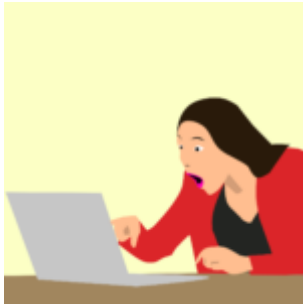


Stuitende reactie makers AI-triage-app Babylon op serieuze criticus



In het Verenigd Koninkrijk is vanaf eind 2017 binnen een samenwerkingsverband van huisartsen (GP At Hand) in Londen de triage-app Babylon in gebruik. Deze app werkt als chatbot bij hulpvragen bij die huisartsen. Er bestaat van diverse kanten uit medische hoek in het V.K. serieuze kritiek op deze app. Eén van die critici publiceerde zijn bezwaren o.a. op Twitter onder het pseudoniem @DrMurphy11. Afgelopen maandag 24 februari 2020 verzorgde hij een bijdrage op een bijeenkomst van de 'The Royal Society of Medicine' gewijd aan "Recent developments in AI and digital health 2020". Hij gaf daar aangekondigd als Dr Murphy, onder zijn eigen naam David Watkins, een presentatie waarin hij opriep tot meer onafhankelijke verificatie van claims die Babylon Health, het bedrijf achter de app, ventileert. Ook riep hij op tot het minder hypen van een dergelijke app. Diezelfde dag kwam Babylon Health met een ongemeen harde en stuitende persverklaring.

Reactie

In dat persbericht beschuldigt het bedrijf Babylon Health Watkins, oncoloog in het Royal Marsden Hospital in Londen, van het gedurende lange tijd lastig vallen van staf, partners en klanten van het bedrijf naast regelgevers en journalisten. Men beschuldigt hem van het verzenden van tweets met een lasterlijke inhoud door middel van Tweets. Waar David Watkins echter al ruim drie jaar aandacht voor vraagt zijn de onnauwkeurige en onjuiste uitkomsten van de triage-app Babylon in het geval van levensbedreigende situatie.

Werkwijze Watkins

Hij deed dit door in de app fictieve patiënten in te voeren met fictieve klachten. Zo schatte de app bij een man met pijn op de borst de situatie in als een hartinfarct, terwijl bij een vrouw de diagnose histerie op de eerste plaats stond. Ook waarschuwde hij voor de differentiaaldiagnose die de app gaf bij een fictieve 67 jarige rokende blanke patiënt met overgewicht met diabetes en hoge bloeddruk die pijn op de borst zou hebben. Daar komt Babylon met de diagnose gastro-oesofageale reflux of gastritis zonder ergens ook maar bij de vijf opgegeven diagnoses de mogelijkheid van een hartinfarct te vermelden.

Stuitend

De inhoud van het persbericht van Babylon Health is ronduit stuitend. Babylon Health gaat zelfs zo ver door hem een Twitter-trol te noemen. Men gaat er met een gestrekt been in zonder tot te kern te komen. Dat is dat de app in een aantal gevallen diagnostische informatie verschaft die niet klopt. Babylon Health roept aldoor dat zij constant bezig is haar product te verbeteren, maar testen van David Watkins in 2017, 2018, 2019 en 2020 laten zien dat het voorbeeld van de rokende 67 jarige uit de vorige alinea nog steeds dezelfde onjuiste uitkomst geeft. Watkins meldde de slechte resultaten van de app aan de Care Quality Commission. Die lijkt behalve het beleefd in gesprek gaan met Babylon Health verder niets gedaan te hebben. De berichtgeving van David Watkins was en is op Twitter medisch gezien telkens medisch zakelijk en to-the-point, met een video aan het bericht gekoppeld. In de video dan de wijze waarop hij de data invoerde en wat de uitkomst was.

Media-aandacht

De ongemeen felle reactie van Babylon Health heeft zeer brede

media-aandacht opgeleverd. Op diverse online magazines, Artificial Intelligence News, MobiHealthNews, Techcrunch zijn uitgebreide artikelen te lezen waarin de schrijvers zich hogelijk verbazen over de ongemeen felle reactie van Babylon Health. Ook BBC Newsnight besteedde er in een item genaamd "Digital Healthcare: Is it clinically effective?" aandacht aan. Deze media-aandacht zal Babylon Health absoluut niet uitkomen, maar riep ze over zich zelf af.

Schending privacy

Uitgebreide kritiek is er ook op de wijze waarop Babylon Health gebruiksgegevens (van David Watkins) in het persbericht gebruikt om het in hun ogen schadelijke handelen aan de kaak te stellen. Men vermeldt het aantal malen inloggen in de app en het aantal keren dat een test gedaan werd. Het zijn gegevens die een beheerder van een gezondheidszorg-app nooit naar buiten mag brengen om een geschil met een "tegenstander" in het openbaar te beslechten.

Commercie

De enige reden die te bedenken is waarom Babylon Health zo fel en abject uithaalt is een commerciële. Het bedrijf van oprichter Ali Parsa wil op korte termijn over de hele wereld de vleugels uitslaan. Zo haalde het bedrijf in de zomer van 2019 550 miljoen dollar op bij investeerders om in de Verenigde Staten, Canada en Azië om daar met de app zakelijk actief te worden. Hobbels op dat pad tolereert men blijkbaar niet.

Wonderlijke disclaimer

Zowel op de website van Babylon Health als op het gewraakte persbericht staat een wonderlijke disclaimer. Hoewel de app na invoeren van symptomen van gebruikers tot een differentiaaldiagnose komt schrijft het bedrijf als disclaimer: "Our AI-tools provide information only and do not

provide a medical diagnosis, nor are they a substitute for a doctor.” Door toepassing voordat een patiënt een arts te zien krijgt is er toch sprake van een vorm van triage, uitschiften , waarbij de uitkomst van de app bovendien de arts nog op het verkeerde been kan zetten.

Kritiek is gratis advies

Iemand die op een serieuze manier aantoont dat er reële gebreken in de Babylon app zitten kan men verstandiger benaderen als de brenger van gratis advies. En vervolgens daarnaar handelen. Het is ontstellend dom om met een gestrekt been de brenger van een onwelkome boodschap met een gestrekt been onderuit te willen schoppen.

Het lijkt misschien overdreven om de hierboven beschreven gebeurtenissen aan een Nederlands publiek voor te schotelen. Het is zo gek nog niet omdat Ali Parsa, de zeer commercieel CEO van Babylon Health, in januari 2020 in Nederland als één van de keynote speakers tijdens de ICT&health Openingsmanifestatie van de eHealth-week aangekondigd stond.

W.J. Jongejan, 28 februari 2020

Over GP at Hand en de Babylon-app publiceerde ik de afgelopen twee jaar zes maal. 20-11-2017, 27-12-2017, 24-01-2018, 07-05-2019 en 25-09-2019 en 18-10-2019

Afbeelding van Mohamed Hassan via Pixabay

Het hoofdpijndossier van VZVZ

dat LSP-ketenzorg heet



Op het ketenzorg-programma van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), beheerder van het Landelijk SchakelPunt(LSP) rust niet bepaald een zegen. Al in 2013 tekenden een aantal partijen in de zorg, minus de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) in stilte het Convenant Ketenzorg samen met het Programmaplan Ketenzorg. De opzet was om eind 2015 dit programma landelijk uit te rollen. Op 6 februari 2020 liet VZVZ op haar website weten dat de op 11 februari geplande bijeenkomst "LSP Ketenzorg voor Zorggroepen" niet doorging. Het blijkt dat van de veertien softwareleveranciers slechts zeven het acceptatietraject bij VZVZ met goed gevolg afgelegd hebben. Vier leveranciers hebben een concrete planning afgegeven voor acceptatie door VZVZ. De overige drie moeten hun globale indicatie voor de acceptatietermijn nog concretiseren. De helft is er dus niet klaar voor. Aangezien voor een goede uitwisseling alle deelnemende partijen even ver moeten zijn, kan de LSP-ketenzorg niet landelijk geïmplementeerd worden.

Ketenzorg

Een ketenzorg informatiesysteem (KIS) maakt het mogelijk dat meerdere disciplines in de zorg rond chronisch zieken, zoals de suikerpatiënten, gebruik maken van een gezamenlijk systeem voor de verslaglegging. Door de uitwisseling met een huisarts-informatie-systeem(HIS), de HIS-KIS-koppeling, is de eigen huisarts van de patiënt ook op de hoogte van verdere behandeling in de keten. Bij diabetes-patiënten omvat de keten naast de huisarts en diens praktijkondersteuner ook de diabetesverpleegkundige, de oogarts, de diëtiste en de podotherapeut. Het moge duidelijk zijn dat die allemaal niet dezelfde toegangsrechten tot beschikbare informatie dienen te

hebben. Daarom is het maken van een elektronisch ketenzorgbericht geen sinecure. Door het verschil in toegang tot de data is een gelaagdheid in het LSP-ketenzorg-bericht nodig. Dit soort zaken maakt het realiseren van het ketenzorgbericht nogal moeilijk.

Herhaald uitstel

Bij de aanvang was het voor een beetje ingewijde in de zorgICT al duidelijk dat er sprake was van een hijgerig plan met een onrealistische planningshorizon. Gaandeweg werd duidelijk dat de opzet fundamenteel anders moest. Om volkomen verschillende systemen met elkaar de juiste data te laten uitwisselen kwam het zorgICT-standaardisatie-instituut Nictiz met de ZorgInformatieBouwstenen(ZIB's). Dat moet een oplossing vormen voor het probleem van een niet uniforme opslag van data in de onderscheiden systemen. ZIB's zijn kleine blokken met gedetailleerde informatie waarvan alle betrokken partijen het eens zijn over de inhoud en de opslagplek in hun systeem. In 2018 moest de stichting OZIS die zorgde voor een uitwisselstandaard in de ketenzorg de streefdatum, om die standaard ten faveure van de LSP-Ketenzorgstandaard uit te faseren, verschuiven naar 1 januari 2020. Ook dat haalt men nu niet. Opvallend stil was het in 2018 bij de LHV over dit onderwerp.

Programmeercapaciteit

Wat zich nu lijkt te werken is iets waar ik al eerder, in 2015, melding van maakte. ZorgICT-leveranciers zijn private bedrijven die niet een oneindige programmeercapaciteit hebben. Naast regulier onderhoud van hun producten, dient er ruimte te zijn voor zorginhoudelijk programmeren. Dat betekent verbeteringen aanbrengen op verzoek van gebruikers(verenigingen) en beroepsverenigingen. Daarnaast komt dan het programmeren om te voldoen aan landelijke standaarden, zoals bij de ketenzorg. Daar tussendoor fietst

dan ook weer de eigen overheid die op basis van bepaalde (actie)programma's eist dat de programmatuur aan die eisen voldoet. Daarbij komt het dan soms ook weer voor dat het voldoen aan die overheidsprogramma's het ontwikkelen en implementeren van ZIB's in de weg zit. Dit alles betekent dat de zorgICT-bedrijven keuzes moeten maken binnen hun capaciteit.

Positie LHV

Zoals in de aanhef genoemd, was de LHV geen ondertekenaar van het Convenant en Programmaplan Ketenzorg. Het bestuur stelde zich dan ook in 2016 op het standpunt dat ze niet op voorhand commitment af gaf voor het toevoegen van nieuwe functionaliteiten of het aansluiten van doelgroepen op het LSP. Daarover zei de LHV te besluiten als die situatie zich voordoet. Een van de gevolgen van dit verminderde commitment is dat als in 2018 VZVZ de governance-structuur aanpast dat de LHV in de besluitvorming binnen VZVZ spel wordt gezet. In een ingedikt bestuur heeft de LHV nog wel toegang tot de Algemene Vergadering met twee zetels, maar geen stemrecht meer.

Alternatief

Al in december 2016 was het duidelijk dat er een werkend alternatief was voor de OZIS-standaard voor de communicatie tussen de ketenzorg-partners. In de wetenschap dat de OZIS-ondersteuning zou stoppen zodra LSP-ketenzorg een feit zou zijn, was dat ook een plezierige wetenschap. Ik beschreef al in december 2016 de mogelijkheid van goede ketenzorg-communicatie met behulp van VipLive van het bedrijf Calculus. In de noordelijke Maasvallei in Limburg gebruikt men dit bij Syntein bijvoorbeeld. Dit soort mogelijkheden maakt ook dat de LHV een vrije rol kon en kan spelen bij de ketenzorgcommunicatie.

Laatste beletsels?

Het stagneren van LSP Ketenzorg lijkt nu volledig op het niveau van de zorgICT-leveranciers te liggen. Het is maar de vraag wanneer alle veertien daarbij betrokkenen klaar zijn met hun ontwikkel- en programmeerwerk voor de ketenzorg. Zodra iedereen klaar is zal er ook nog weer uitgebreid getest moeten worden om te weten te komen of alles werkt zoals het moet. Blijkens het bericht op de website van VZVZ heeft men nu de financier van het LSP, Zorgverzekeraars Nederland, als breekijzer ingeschakeld om de zaak vlot te trekken.

Gezien alle ontwikkelingen tot nu toe denk ik dat weer gezegd kan worden: wordt vervolgd.

W.J. Jongejan, 25 februari 2020

Afbeelding van Gerd Altmann via Pixabay

Onjuiste pretenties van digitaal preventie-programma bij pre-diabetes



Het Nederlandstalige online magazine SmartHealth publiceerde op 18 februari 2020 een artikel: “Newsroom: digitaal preventieprogramma voor pre-diabetes”. Het gaat om een online behandelprogramma van het Amerikaanse zorgbedrijf Omada Health uit zuid Californië voor mensen met een voorstadium van suikerziekte. Over dit behandelprogramma publiceerden meewerkende artsen eind 2019 in Preventing Chronic Disease,

Public Health Research, Practice and Policy. Dit onderzoek dat tussen februari 2016 en maart 2017 plaatsvond presenteert het bedrijf ten onrechte als succesvol, maar ook de websites MobiHealthNews en SmartHealth doen dat. Bij nadere beschouwing valt dat succes nogal erg tegen. De doelgroep bestond uit mensen van hispanic/latino afkomst met een laag inkomen, fors overgewicht en de kenmerken van pre-diabetes. Men vergeleek de uitkomsten op twee tijdstippen. De eerste groep ging om de uitkomsten van deelnemers, grofweg 26 weken na de start. Een tweede groep betrof de uitkomsten van mensen rond 52 weken na de start.

Aanbod

Omada Health bood de deelnemers wekelijks online lessen aan via de smartphone of internet, gepersonaliseerde coaching op het gebied van voeding en gezondheid. De deelnemers werden digitaal gevolgd. Het programma startte met een intensieve 16 weken durende digitale begeleiding, gevolgd door een 36 weken durende onderhoudsfase. Gezondheidscoaches zorgden voor individuele counseling en faciliteerden groepsdiscussies op chat-platforms. Het curriculum was opgezet op het niveau van wat we hier als groep 6 of 7 lagere school beschouwen. Tekst was in Spaanse vertaling beschikbaar. De coaches waren tweetalig

Pre-diabetes

Waar hebben het over bij pre-diabetes? Het is een voorstadium van diabetes. Er is sprake van licht verhoogde bloedsuikerconcentraties zonder dat er sprake is van manifeste diabetesklachten als veel dorst, veel plassen en vermoeidheid. Nuchtere bloedsuikers zijn bij pre-diabetes iets te hoog en ook het HbA_{1c}-gehalte is dan verhoogd. Die laatste bepaling is een maat voor de bloedsuikerspiegels in de twee tot drie maanden voorafgaand aan de bloedafname.

Onderzoek

In het onderzoek deden aanvankelijk 273 mensen mee. Door wat afvallers begon men met 227 personen. 136 voltooiden de 6 maanden follow-up periode(groep T1) en 149 de 12 maanden follow-up periode(groep T2). Voor de definitie van de T1 periode had men een nogal ruim tijdsbegrip. Zes maanden is 26 weken, maar men hanteerde voor die groep een spreiding van 24 tot 35 weken. Toch vielen er van de 136 die ik eerder noemde toch nog 25 daarbuiten. Voor T2 hanteerde men niet 52 weken deelname, maar koos men voor een spreiding van 47 tot 65 weken. Desondanks vielen er van de 149 in de T2 groep nog 45 personen buiten die termijn. En uiteindelijk blijken er maar 76 personen zowel de T1 als de en T2 follow-up gehaald te hebben. Iets meer dan een kwart van de aanvangsomvang van de studie.

Gewichtsdaling

Het doel bij leefstijlinterventies bij diabetes is het komen tot een gezonde voeding en lichaamsbeweging met een sterk focus op gewichtsvermindering. Voor elke kilo minder gewicht is minder insuline nodig. Een maat voor het overgewicht is de Body Mass Index. 25 geldt als de bovengrens van normaal. Bij 25 tot 30 spreken we van overgewicht. Boven de 30 van adipositas. In de studie was aan het begin het gemiddelde BMI van de deelnemers 34,6. In de T1- groep daalde die slechts 1,5 punten. In de T2-groep 1,6 punten. De patiënten bleven dus gemiddeld fors adipeus. De gewichtsdaling bedroeg in de T1-groep 4,2 procent en in de T2-groep 4,4 procent. Bij een gemiddeld gewicht aan het begin van 199,5 pound=90,5 kg komt het gemiddelde gewichtsverlies op resp, 3,8 en 3,9 kg. Voorwaar geen groots resultaat.

Hba1c

De meetwaarde die het meest kan zeggen over de onderliggende

ziekteconditie van pre-diabetes is wel de HbA1c- bepaling. Het onderzoek liet zien dat er geen significante wijziging was van het gemiddelde HbA1c in de T1-groep en de T2-groep ten aanzien van de waarde bij de start van het onderzoek. Binnen de groepen waren er wel een subgroepje met wat meer gewichtsdeling met een wat lager HbA1c, maar dat doet niets af aan het gemiddelde resultaat waarmee je een oordeel velt over groepsinterventies.

Onterecht optimisme

Het is jammer om te constateren dat een onderzoek dat zo weinig opleverde toch berichtgeving genereert die weinig kritisch is. Doorlezen van alleen de samenvatting van het onderzoek is absoluut onvoldoende om te zien dat er nauwelijks iets bereikt is. Daar staat zelfs:

“We revealed that a digitally delivered intervention, allowing choice of access, can be an effective option in preventing or delaying diabetes by increasing participant engagement.”

Bovendien is het semantisch gezien dubieus om te spreken van een preventieprogramma voor pre-diabetes. De deelnemers waren al pre-diabeet. Het was een poging om te voorkomen dat pre-diabetes ontspoot richting manifeste diabetes mellitus.

In mijn optiek is een initiatief in de zorg niet direct nieuwswaardig alleen omdat het om iets digitaals gaat.

W.J. Jongejan, 21 februari 2020

Afbeelding van Gerd Altmann via Pixabay

Weer verdwijnt 75 miljoen euro in de niet te dempen zorgcommunicatie-put



Op 6 februari 2020 maakte het online magazine SmartHealth bekend dat het in gebruik nemen van de Persoonlijke GezondheidsOmgevingen (PGO's) per 1 juli 2020 niet ging lukken. Op 7 februari ging BNR Nieuwsradio er met een interview verder op in. Een PGO is een app of website waarop patiënten hun medische gegevens afkomstig uit ziekenhuis, apotheek of huisarts elektronisch kunnen opslaan. Volgens de Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens zou de patiënt per 1 juli 2020 de bij zorgverleners vastgelegde gegevens moeten kunnen opslaan in een PGO. Dat gaat niet lukken. BNR maakte met informatie van SmartHealth duidelijk dat het complex is om gegevens afkomstig uit verschillende bronnen, samen te voegen in een PGO. Het is complex omdat alle bronnen, ziekenhuis informatiesystemen (ZIS-sen), apotheekinformatiesystemen (AIS-sen) en huisartsinformatiesystemen (HIS-sen) allemaal verschillende manieren kennen om data op te slaan.

Moeizaam koppelen

De overheid sorteerde nooit voor op de Europese, en latere ISO, -norm 13606 in de zorg. Daarom zal het moeizaam aan elkaar koppelen van zorgdata-systemen, dus ook het bij elkaar brengen van zorgdata in één PGO, lang blijven doorwoekeren. De reactie van het ministerie van VWS enkele dagen later, op 11 februari, is er weer één van de subsidiekraan open draaien met 75 miljoen euro. Het koppelen van data uit verschillende bronnen is door de verschillen in data-architectuur bij de diverse bronnen een blijvend probleem. Nictiz probeert dat te

ondervangen door het ontwikkelen van zogenaamde zorginformatiebouwstenen. Dat is een uiterst langdurig proces waarbij telkens consensus moet bestaan over welke data op welke manier gecommuniceerd worden in een zorginformatiebouwsteen. In feite probeert Nictiz op deze manier een soort oplossing te creëren voor het probleem van niet ISO-13606-compliant zorgICT-systemen.

Boodschapper

Bij de berichtgeving over de vertraging met het realiseren van de vulling van de PGO's is het ministerie van VWS de grote afwezige. Via BNR komt een bericht naar buiten dat zorgaanbieders een half jaar langer nodig hebben om zorgdata uit meerdere bronnen bij elkaar te krijgen in een PGO. Het zijn echter niet de zorgaanbieders die moeite hebben met het bij elkaar brengen van zorgdata in een PGO. Het zijn de zorgICT-leveranciers samen met de PGO-makers die dit blijkbaar niet voor 1 juli 2020 voor elkaar krijgen. **Het is een ICT-probleem waarbij zorgaanbieders de rol spelen van betalende en faciliterende partij en een doorgeefluik zijn van subsidiegeld van VWS richting zorgICT-leveranciers.** In de BNR-uitzending komt Marcel Heldoorn, manager digitale zorg van de Patiëntenfederatie Nederland ook aan het woord. Die vindt het maar niets dat drie en een half jaar na het aannemen van de wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens de data niet in een PGO verzameld kunnen worden. En dat de zorgaanbieders mede aanwrijft.

VWS

In het hele verhaal met negatieve berichtgeving ontbreekt geheel het ministerie van VWS. Dat komt op 11 februari 2020 met een blijmoedig persbericht waarin de PGO-misère niet ter sprake komt. Minister Bruno Bruins meldt dan dat hij besloten heeft 75 miljoen euro uit te trekken voor ziekenhuizen om medische gegevens digitaal aan patiënt beschikbaar te stellen.

In een PGO dus. Het geld is een onderdeel van de inmiddels 400 miljoen euro die VWS als subsidie verschaft aan zorgaanbieders in het kader van het VIPP-programma. Dat staat voor Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional. De 75 miljoen zijn bedoeld voor instellingen voor medisch specialistische zorg, de ziekenhuizen dus.

ZorgICT-put

Wat gebeurt er nu met die subsidie? Die verdwijnt via de ziekenhuizen weer in de richting van de ZIS-leveranciers. De ziekenhuizen zijn namelijk niet bij machte hun zorgICT aan te passen. Dat moet hun leverancier doen. Met de stroom van subsidies is VWS een zeer belangrijke speler bij het in stand houden van de buitenproportionele marktmacht die de ZIS-leveranciers hebben. Immers, hoe lastiger de datacommunicatie is of voorgesteld wordt, des te luider is de roep dat zoiets niet meer van deze tijd is. En des te gretiger schuift VWS weer miljoenen euro's door. Het is nu al te voorspellen dat de nu beschikbaar gestelde miljoenen straks weer niet afdoende zijn om de beoogde doelen te halen.

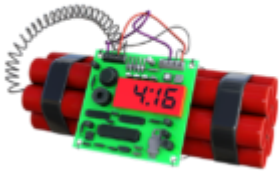
Open eindefinanciering

Het zorgelijke is dat het ministerie van VWS met open ogen een open eindefinanciering van de zorgICT tot stand heeft gebracht. Door telkens met een soort "one final push" te komen in de vorm van subsidies is er nooit een tegenkracht tot stand gekomen om de machtspositie van zorgICT-leveranciers tegenwicht te bieden.

Helaas geldt nu ook weer: wordt vervolgd.

Afbeelding van Momentmal via Pixabay

De aldoor tikkende tijdbom in de zorg die Windows heet



In de digitale wereld gebruikt men op zeer veel plaatsen het besturingssysteem Windows, zowel in de privésfeer als zakelijk. Ook in de zorg is het gebruik van Windows, afkomstig van Microsoft zeer dominant. Het probleem met besturingssystemen is dat ze na verloop van tijd verouderen. Kwetsbaarheden in de software vereisen het continu updaten van besturingssystemen naast grotere eisen die aan de performance worden gesteld. Op een gegeven moment stopt Microsoft met de ondersteuning met updates van de oude versie en dient men op de nieuwe versie over te stappen (upgrade). Gebruikers dienen goed te beseffen dat het niet op tijd tussentijds updaten de systemen kwetsbaar maakt. Helemaal kwetsbaar maakt men zich door niet over te stappen op een nieuwe versie van het besturingssysteem. Nu Windows 7 in januari 2020 geen ondersteuning meer krijgt van Microsoft zal men de overstap naar Windows 10 moet gaan maken. Anders vormt Windows een tikkende tijdbom.

Wisselende levensduur besturingssystemen

Windows XP hield het bijzonder lang vol: van 2001 tot 2014. Windows Vista hield het echter maar zes jaar vol, van 2006 tot 2012, terwijl Windows 7 van 2009 tot januari 2020 ondersteund werd. Het betekent dat systeembeheerders alert moeten zijn en tijdig capaciteit vrij moeten maken voor een upgrade naar de volgende versie van Windows.

Zorg

In de zorg gaat het om zeer privacygevoelige data die goed beschermd dienen te zijn. Het besef dat er op tijd gedacht

moet worden aan een updates en upgrades heeft men in de zorg niet altijd. Dat is een heel zorgelijk probleem. Uiteraard gaat het om grote aantallen systemen die in zorginstellingen bijgewerkt moeten worden. Het digitaal werken brengt echter verantwoordelijkheden en verplichtingen met zich mee. In het Verenigd Koninkrijk heeft men recent becijfert dat in de National Health Service(NHS) op dit moment instellingen zeker 500.000 werkplekken nog niet gemigreerd hebben naar Windows 10. Dat maakt ze zeer kwetsbaar voor aanvallen door hackers op de nog onder Windows 7 (of nog erger: eerdere versies) draaiende systemen

Problemen

Het is absoluut geen zeldzaamheid dat zorgICT-systemen aangevallen worden door hackers. Het meest duidelijk was dat toen in het Verenigd Koninkrijk in mei 2017 het Wannacry-virus toesloeg. Dat maakte gebruik van een kwetsbaarheid in Windows-systemen waarvoor al een softwarepatch aanwezig was, maar die op zeer veel plekken niet geïnstalleerd was.

Zeer oude versies Windows

Binnen de zorg zie je geregeld foto's opduiken van werkplekken waarop oude besturingssystemen van Windows zich zelf verraden. Zo moet men niet vreemd opkijken om op een systeem binnen een instelling Windows XP te zien draaien. Berucht zijn de besturingssystemen op de computers die gekoppeld staan aan bijv. MRI- of CT-scanners. Omdat die systemen ook gekoppeld staan aan een instellingsnetwerk kan zo'n systeem zelfs een specifiek doelwit vormen voor hackers. Het griezelige is dat tegenwoordig ook de mogelijkheid bestaat radiologisch beeldmateriaal te manipuleren. Dat geldt zowel voor de afbeeldingen als ten aanzien van de vermelde diagnose of de tenaamstelling.

Noodzakelijkheden

Om te voorkomen dat Windows-tijdbom ooit bij een gebruikers afgaat dient men zich te houden aan de volgende punten:

- Installeer altijd onverwijld de updates van het actuele besturingssysteem.
- Installeer tijdig de opvolger van een besturingssysteem waarvan de uiterste houdbaarheidsdatum in zicht komt. Dus **voor** de uiterste houdbaarheidsdatum.
- Loop regelmatig alle werkstations af om (zwaar) verouderde versies van een besturingssysteem op te sporen.

De mensen waarvoor u werkt, de patiënten, dienen op uw commitment te kunnen vertrouwen.

W.J. Jongejan, 14 februari 2020

Afbeelding van kalhh via Pixabay

Gaat ACM ook onderzoek doen naar rol VWS bij ontstaan machtspositie zorgICT-leveranciers?



Afgelopen week liet de Autoriteit Consument en Markt (ACM) weten dat zij in 2020 en 2021 onderzoek gaat doen naar de marktmacht van leveranciers van zorginformatiesystemen. Ze beperkt zich in dit onderzoek niet tot een enkele sector binnen de zorgICT, maar start

een sector-breed onderzoek onder andere naar systemen voor elektronische patiëntendossiers. Dit onderzoek lijkt geluxeerd door de ophef die medio 2019 is ontstaan over de machtsposities van de leveranciers van ziekenhuis-informatie-systemen(ZIS-sen). Het online magazine SKIPR besteedde afgelopen week ook aandacht aan dit bericht van de ACM. Er bestaat in de zorgsector al lange tijd ontevredenheid bij zorgverleners over de machtspositie van leveranciers van zorg-informatie-systemen(XIS-sen). Medio 2019 culmineerde dat door een uitzending van De Monitor op tv op 8 september. Kamervragen werden gesteld. In kranten stonden opinië artikelen o.a. van de bestuursvoorzitter van de St. Maartenskliniek, Maarten van Houdenhoven. Het ministerie van VWS speelt echter in dit alles ook een rol.

ACM

Het bericht over het onderzoek van de ACM is niet bepaald op een prominente wijze bekend gemaakt. Het staat op de website een beetje weggestopt onder het hoofdstukje Missie en Strategie bij de Agenda ook ergens midden in de tekst.

“De ACM start een sectoronderzoek naar gegevensuitwisseling en interoperabiliteit van ICT-systemen in de zorg, waaronder systemen voor elektronische patiëntendossiers. De toenemende digitalisering in de zorg biedt veel kansen. Maar commerciële en technische strategieën van marktpartijen kunnen soms de concurrentie beperken, met negatieve gevolgen voor toetredings- en groeimogelijkheden, innovatie en de kwaliteit en veiligheid van zorg.”

Kamervragen

Het onderzoek door de ACM kan gezien worden als het onvermijdelijke vervolg op de beantwoording van Kamervragen over de machtspositie van zorgICT-leveranciers door minister Bruins van VWS. Ook al uitte de minister zich nogal naïef in die brief door te zeggen dat het aan zorgpartijen zelf is om

de juiste ICT-producten tegen de juiste prijzen in te kopen. Bedrijven mogen van hem een eerlijke prijs vragen voor het leveren van hun producten of diensten. De vraag is echter of de prijs eerlijk is. Toch laak minister Bruins het niet transparant zijn van de markt van elektronische patiëntendossiers. Hij zwaait wat met een waarschuwende vinger om de zorgICT-leveranciers te wijzen op hun maatschappelijke verantwoordelijkheid..

Doorgeefluik voor miljard euro

De pregnantste vragen aan de minister betroffen de ZIS-sen Chipsoft en Epic. Toch ging het om meer zorgICT-systemen. Daarbij valt te denken aan huisarts-informatie-systemen(HIS-sen), apotheek-informatie-systemen(AIS-sen) en zorgICT-systemen in de GGZ. Om die ontwikkeling aan te jagen gaf en geeft het ministerie van VWS een heel scala van subsidies. Die hadden en hebben tot doel om de ontwikkelingen in de zorgICT. Het gaat daarbij niet om kinderachtige bedragen. Tot medio 2019 gaf VWS een bedrag van **1078,5 miljoen euro** uit aan een zestiental subsidieprogramma's. Deze miljoenen gaf VWS nooit rechtstreeks aan zorgICT-bedrijven, maar kwamen daar vrijwel altijd wel terecht

Verantwoordelijkheid VWS

In juni 2019 scheef ik:

“Terwijl VWS uit volle borst klaagt over de afhankelijkheid van zorgverleners van hun zorg-ICT-leveranciers, werkt zij zelf met volle kracht mee aan het afhankelijk maken van die bedrijven. Die weten maar al te goed hoe hoog het subsidiebedrag is dat verstrekt wordt en willen best wat maken als de klant hen het subsidiegeld doorsluist. Het ministerie is dan ook zelf de belangrijkste actor in het probleem van de vendor lock-in van zorgverleners ten aanzien van hun leveranciers.”

Ro1 VWS doorlichten

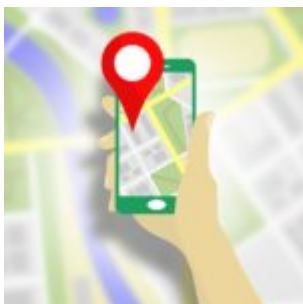
Uiteraard dient de ACM eens goed te kijken naar dominante marktpositie van ICT-leveranciers in de zorg. Het probleem is dat zorgverleners zelf nauwelijks een vuist kunnen of mogen maken tegenover de leveranciers. De beroepsverenigingen van zorgverleners mogen van de ACM niet als collectieve economische vertegenwoordigers van hun leden fungeren. Huisartsen mogen dat hooguit in een groep van maximaal 8 praktijkhouders met een totale omzet van 1,1 miljoen euro. (artikel 7 mededingingswet=bagatel-bepaling). Gebruikersverenigingen van zorgverleners kunnen vanwege hun afhankelijkheid van leveranciers bij het verwezenlijken van hun softwarewensen ook geen vuist maken.

Hopelijk laat de ACM haar licht ook eens goed schijnen over de rol van het ministerie van VWS in dit verhaal.

W.J. Jongejan, 12 februari 2020

Afbeelding van GraphicMama-team via Pixabay

Niets is wat het lijkt te zijn



Al langere tijd is één van mijn lijfspreuken : “Niets is, wat het lijkt te zijn”. Het klinkt cynisch, maar is gebaseerd op menige waarneming in de digitale en niet-digitale wereld. Vaak blijkt de verpakking van veel zaken veel fraaier dan de inhoud bij nader inzicht is. In de digitale wereld lijkt het frequenter voor te komen. Men vent in die branche vaak de

zegeningen van digitale ontwikkelingen luidruchtig uit, zonder de beperkingen, gevaren en valkuilen te melden. Soms blijken bepaalde aannames waarvan men uitging volkomen anders uit te pakken dan gedacht. Een mooi voorbeeld daarvan was afgelopen week de performance van de Duitse kunstenaar Simon Weckert genaamd "Google Maps Hacks". De verkeersinformatie binnen Google Maps gaf op een vroege zondagochtend in Berlijn aan dat er een langzaam rijdende file zich met een snelheid van krap 5 km/uur zich door het centrum bewoog. Niets was minder waar.

Fake-file

Terwijl auto's in de straten van Berlijn andere routes gingen rijden om "de file" te vermijden liep Weckert met een bolderkarretje doodgemoedereerd door lege straten. In zijn karretje lagen 99 mobiele telefoons. Door de aanname dat een verzameling mobiele telefoons op de rijbaan een verzameling auto's representeert, kwam de fake-file, a virtual traffic jam, op Google Maps in beeld.

Aannames

In de huidige digitale wereld gaat men vaak uit van bepaalde aannames om te komen tot een abstractie van de werkelijkheid. Om met gebruik van digitale technieken bepaalde zaken te kwantificeren en zo uitspraken te kunnen doen. Analyses worden gemaakt op basis van aannames, die er best wel eens volkomen naast kunnen zitten. Voorbeelden daarvan zijn naast het geval van de fake-file bijv. de aannames die de overheid gebruikt om fraude op te sporen met behulp van de wet SyRI. Ook en die men gebruikt om "kwaliteit" te meten in de zorg. Bij de wet SyRI gaat men van de aanname af dat fraude vooral voorkomt in sociaal zwakkere wijken, terwijl fraude even goed mogelijk is in sociaal beter gesitueerde wijken. Dat staat nergens in die wet, maar de pogingen van de overheid in Capelle aan den IJssel, Rotterdam -Zuid, Eindhoven en Haarlem wijzen onomstotelijk in die richting.

Beperkingen in aannames

Bij de rechtszitting over de wet SyRI op 29 oktober 2019 in Den Haag kwam te sprake welk soort aannames de staat doet bij het denken te vinden van fraude. Men gaat er bijv. vanuit dat als op één adres meerdere personen ingeschreven zijn volgens het bevolkingsregister met een zeer gering water of elektriciteitsgebruik dat zulks toch wel een sterke aanwijzing voor fraude moet zijn. Daarentegen zijn er uit de losse pols meerdere redenen te bedenken waarom iemand/meerdere ingeschreven personen op een bepaalde plaats geen tot weinig gebruik maakt van nutsvoorzieningen.

Aannames in de zorg

Al langere tijd bestaat het streven om kwaliteitsverbetering in de zorg te bewerkstelligen door het willen kwantificeren van kwaliteit. Recent werd dat extra aangezwengeld door het uit de V.S. overgewaaid geloof in de Value Based Health Care. Met een veelvoud van indicatoren(bijv. meetwaarden) probeert men het begrip "kwaliteit" in maat en getal te vangen. Bij de keuze van de indicatoren doet men aannames die een oversimplificatie zijn van dat begrip. Zo zeggen allerlei gunstige meetwaarden over een diabetespatiënt niet alles wat onder kwalitatief goede zorg verstaan wordt. In de GGZ nemen VBHC-voorstanders aan dat de kwaliteit van zorg gemeten kan worden door het vergelijken van scores van Routine Outcome Monitoring(ROM)-vragenlijsten. Dat, terwijl die indicator nooit voor dat doel ontwikkeld is.

Correlatie en causaliteit

De digitale abstracte van de werkelijkheid geeft in veel gevallen een correlatie, een verband, aan tussen fenomenen>. In beperkt deel van die gevallen is er sprake van een oorzakelijke relatie, een causaliteit. Het aardige van de mobieltjes voort kruisende kunstenaar is Berlijn is dat hij

laat zien dat Google Maps een correlatie aanneemt tussen een concentratie van mobiele telefoons en het aanwezig zijn van een file. Maar die verkeersopstopping hoeft niet noodzakelijkerwijs veroorzaakt te zijn door personen die ieder afzonderlijk met een mobieltje in een auto zitten. Die correlatie hoeft dus niet te berusten op een oorzakelijke relatie die de makers van Google Maps voor ogen stond. Een concentratie van mobieltjes op de rijbaan kan trouwens ook veroorzaakt worden door een groep van bijv. 99 personen die zich lopend gezamenlijk op een deel van de rijbaan bevinden. De aanname in Google Maps is dus op meerdere manieren onderuit te halen.

Omkering van een redenatie

De performance van Weckert toont duidelijk aan dat je redenties niet klakkeloos om kunt draaien. Google Maps stapte met haar aanname precies in die valkuil. De aanname dat voor dat bedrijf een file bestaat uit personen met ieder een mobieltje in dicht opeen, langzaam rijdende, voertuigen laat zich niet omdraaien. Het omgekeerde hoeft helemaal niet waar te zien. Vergelijkbaar is: een tafel is een voorwerp met vier poten. Omgekeerd is niet ieder voorwerp met vier poten een tafel.

Het commentaar van Google liet zich raden: **“Of het nu met een auto, bolderkar of kameel gebeurde, we vinden het mooi om te zien dat op creatieve wijze gebruik gemaakt wordt van Google Maps. Het helpt ons het product steeds verder te verbeteren.”**

W.J. Jongejan, 10 februari 2020

Image by TeroVesalainen from Pixabay

Vonnis rechtbank over wet SyRI: grote gevolgen in binnen- en buitenland



Op 5 februari 2020 deed de rechtbank in Den Haag een belangwekkende uitspraak. Het ging om de wet SyRI (Systeem Risico Indicatie). De rechtbank oordeelde dat de wetgeving onrechtmatig is, want in strijd met hoger recht en dus onverbindend. Daarmee doelde de rechtbank het artikel 8, lid 2 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Het vonnis heeft belangrijke binnenlandse gevolgen, omdat zij raakt aan in aanbouw zijnde wetgeving. Dat betreft de Wet Gegevensverwerking door Samenwerkingsverbanden (WGS), maar ook de opvolger van het in 2018 ingetrokken Wetsvoorstel Wet bevordering samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz). Wat betreft het buitenland vormt deze uitspraak een stimulans om soortgelijke zaken aan te spannen tegen hun regering. VN-rapporteur voor de mensenrechten, Philip Alston, die zich eerder zeer kritisch uitliet over het systeem, stelt dat het vonnis internationaal gevolgen zal hebben. Hij vindt het aannemelijk dat activisten in andere landen vergelijkbare zaken gaan aanspannen.

Overwegingen

In het persbericht bij het vonnis maakt de Rechtbank haar overwegingen in het kort duidelijk. In de volledige tekst van de vonnis spreekt ze zich gedetailleerd uit. Zij kwam tot het oordeel dat de SyRI-wetgeving in haar huidige vorm de toets van artikel 8 lid 2 EVRM niet doorstaat. De rechtbank heeft de doelen van de SyRI-wetgeving, namelijk het voorkomen en bestrijden van fraude in het belang van het economisch welzijn, afgezet tegen de inbreuk op het privéleven die de

wetgeving maakt. Volgens de rechtbank voldoet de wetgeving niet aan de 'fair balance' die het EVRM vereist om te kunnen spreken over een voldoende gerechtvaardigde inbreuk op het privéleven. De wetgeving is wat betreft de inzet van SyRI onvoldoende inzichtelijk en controleerbaar.

WGS

Medio 2018 legde de overheid een tweetal wetsontwerpen ter consultatie voor die qua intentie en uitvoering niet onderdoen voor de wet SyRI. Het wetsontwerp WGS dat in de inleiding noemde is afkomstig van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Het is een uiterst vergaand voorstel om een juridische basis te creëren voor het grootschalig uitwisselen van data betreffende burgers tussen overheidsinstanties en private partijen. Om met die uitwisseling de data te "verrijken" door onderlinge vergelijking en met big-data-analyse op basis van artificiële intelligentie profiling uit te voeren. Om daarna de resultaten met de deelnemers in de samenwerkingsverbanden te delen. Een cumulatief nadeel kan daardoor ontstaan voor groepen in de maatschappij. De WGS is evenals de Wbrsz strijdig met de grondwet. Strijdig met artikel 10 waarin de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer beschreven staat, ook ten aanzien van het vastleggen van persoonsgegevens.

Wbrsz

Het in dezelfde zomervakantie van 2018 gelanceerde wetsvoorstel Wbrsz beoogde niets meer of minder dan een grootschalig doorbreken van het medisch beroepsgeheim met het oogmerk fraude in de zorg op te sporen en aan te pakken. Dit wetsvoorstel introduceert een wettelijke verplichting voor gemeenten, Wlz(Wet langdurige zorg)-uitvoerders en zorgverzekeraars om elkaar tot personen herleidbare patiëntgegevens te verstrekken ter bestrijding van fraude in de zorg. Daarnaast introduceerde dit wetsvoorstel een

wettelijke verplichting voor het CIZ(Centrum Indicatiestelling Zorg), de gemeenten, de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst(FIOD), de Inspectie gezondheidszorg en jeugd, de Inspectie SZW, de particuliere ziektekostenverzekeraars, de rijksbelastingdienst, de Sociale Verzekeringsbank, de Wlz-uitvoerders, de zorgautoriteit en de zorgverzekeraars om vertrouwelijke tot personen herleidbare patiëntgegevens te verstrekken aan het Informatieknooppunt zorgfraude (IKZ) ter bestrijding van fraude in de zorg, maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp.

Reanimatie Wbsrz

Het wetsontwerp deed veel stof opwaaien, omdat het medisch beroepsgeheim ermee bij het vuilnis werd gezet. De minister van VWS kreeg er dan ook de Big Brother Award 2018 van Bits Of Freedom voor. Uiteindelijk trok VWS het wetsvoorstel in. Het ministerie van VWS nodigde nadien op 15 april 2019 de directeur van Bits of Freedom, Hans de Zwart, en mij als verantwoordelijk jurylid voor die Big Brother Award, uit om over de kritiek op het wetsontwerp die in de prijsuitreiking vervat was te bespreken. De namens het ministerie aanwezig jurist van de directie Patiënt en Zorgordening(Programma Rechtmatige Zorg) liet weten dat VWS het wetsvoorstel wel had ingetrokken maar inmiddels al werkte aan een opvolger ervan. Blijkbaar had het ministerie de moed niet opgegeven.

Internationaal

De bodemprocedure in de SyRI-zaak trekt ook internationaal aandacht. In The Guardian verscheen op de dag van de uitspraak een artikel. Daarin betreft de schrijver de uitspraak meteen op de situatie in het Verenigd Koninkrijk. Hij gaf aan dat welzijnsorganisaties de rechterlijke uitspraak nauwkeurig bestuderen om te voorkomen dat kwetsbare mensen nog dieper in de ellende verdagen. Ook laat hij Christiaan van Veen, director of the digital welfare state and human rights project

at New York University School of Law, aan het woord. Die zegt: "It was important to underline that SyRI is not a unique system; many other governments are experimenting with automated decision-making in the welfare state. Australia and the UK are countries where such concerns are particularly acute. This strong ruling will set a strong precedent globally that will encourage activists in other countries to challenge their governments."

Tot hoever?

Het vonnis van de rechtbank slaat een piketpaal bij het afperken van wat een overheid digitaal mag en niet mag doen. Het is een groot goed dat een aantal private organisaties met twee burgers(filosoof Maxim Februari en schrijver Tommy Wieringa) de nek uitgestoken hebben om de staat een halt toe te roepen bij haar pogingen burgers digitaal verregaand te volgen en risicoprofielen over hen te maken. De affaire met de kinderopvangtoeslag bij de belastingdienst laat zien hoeveel ellende door onterecht handelen van de overheid op het digitale vlak kan ontstaan.

W.J. Jongejan, 6 februari 2020

Afbeelding van HNDPTESBC via Pixabay

Met het updaten van een HIS gaat er nogal eens wat mis



Huisarts Informatie Systemen(HIS-sen) zijn geen statische programma's. Aan deze elektronische medische dossiers vindt continu onderhoud plaats. De leverancier zorgt regelmatig voor updates van het HIS. Daarbij loopt niet altijd alles vlekkeloos. Een bekend verschijnsel bij meerdere HIS-sen is dat na een update de "performance" soms opeens achteruit gaat. Daarmee wordt de snelheid bedoeld, waarmee de schermopbouw plaats vindt na aanklikken van een keuze. Ook vliegt de gebruiker dan soms ongewild uit het programma, waardoor opnieuw opstarten nodig is. Eén en ander is betekent een enorme verstoring van de workflow in de praktijken. De problemen lost men na kortere of langere tijd op. Het leidt echter tot veel irritatie op de werkvloer. Ondanks uitgebreid testen van een update door leverancier en huisarts-testers blijkt het toch mis te kunnen gaan. De hoofdreden is dat een HIS een soort kerstboom geworden is met wat eigen ballen, maar ook heel veel andersoortige ballen.

Kerstboom

In de jaren 90 van de vorige eeuw, toen huisartsautomatisering op gang kwam, was er sprake van losse systemen bij praktijken zonder externe koppelingen. Je had dan een betrekkelijk kale kerstboom waar maar enkele ballen in hingen. Behoudens het updaten van het HIS moest hooguit regelmatig een nieuw medicijnbestand ingeladen worden, de zogenaamd G-Standaard. Later zijn er aan de HIS-sen veel hulpprogramma's gehangen plus allerlei externe verbindingen. Bij de hulpprogramma's denk ik dan aan NHGDOC. Dat is een beslis-ondersteunend programma. Bij de externe connecties moet je denken aan verbindingen met apotheken om recepten en medicatiegegevens uit te wisselen. Verder bijv. Zorgdomein, een digitaal platform waarop zorgverleners zorg vragen, zorg aanbieden en op een snelle, veilige manier patiëntinformatie kunnen uitwisselen. Dat gaat dan bijv. om verwijsbrieven die

elektronisch naar de specialist gaan of het kunnen zien van wachttijden voor poliklinieken.

Dieper gaande koppelingen

De laatste tien jaar zijn er nog dieper gaande koppelingen tot stand gebracht in het kader van het uitwisselen van zorgdata via het Landelijk SchakelPunt(LSP). I.v.m. het beveiligen van de toegang kwam daar op elke werkplek een kaartlezer bij voor de UZI-pas . Daarvoor is dan ook weer apart connectieprogramma nodig. Voor het declaratieverkeer dat vanuit het HIS plaatsvindt is ook weer een met een certificaat beveiligde verbinding nodig van het HIS met VECOZO, het declaratie-portaal van de zorgverzekeraars. Los daarvan zijn er de verschillende configuraties waarmee huisartsen met hun HIS werken: op een eigen server, op een met anderen lokaal gedeelde server of met een ASP-provider die het HIS op een serverpark draait en waarbij de huisarts met een beveiligde verbinding werkt. Het zijn steeds meer ballen die aan dezelfde boom hangen. Bronnen voor problemen te over dus.

Recente voorbeelden

Elk HIS kent dit soort problemen. Het vinden van de oorzaak kan soms van korte duur zijn, maar ook veel langer duren. Enkele voorbeelden van de afgelopen 12 maanden:

- Medio 2019 blijkt na een update Promedico ASP plotseling zeer traag te werken. Op Twitter is dat te zien. Tot in oktober 2019 blijkt het probleem voort te duren getuige een Tweet.
- MicroHIS kende in januari 2020 voor een aantal gebruikers een plotse vertraging van de performance vlak na een update. Systemen met de server in eigen beheer hadden het probleem niet. Onder ASP-werkende systemen weer wel. Inmiddels lijkt na anderhalve weken het lek boven water: de koppeling met een extern systeem. Nu wacht men op een update waarin het euvel verholpen

wordt.

- Medicom kende op 29 januari 2020 het probleem dat een aantal huisartsen niet meer konden inloggen in hun systeem, dus er niet meer mee konden werken. Men had een “achtergrondproces” gewijzigd. Ondanks testen bleek er toch een flinke verstoring te zijn die gelukkig maar enkele uren duurde.

Problem-shooting en -solving

Door de veelheid van ballen die in de kerstboom zijn komen te hangen en de verschillen in configuratie is het soms zeer lastig om het lek boven water te krijgen. Vaak is het een oplettende programmeur die het licht ziet, soms zijn het gebruikers die opeens de “clue” zien. Gevallen van serendipiteit dus. Zo kan ik me uit eind jaren '90 me een zeer weerbarstig probleem herinneren met MicroHIS. Ik weet niet meer hoe het probleem eruit zag, maar de ene praktijk had er wel last van en de andere niet. Uiteindelijk was er een opmerkelijke huisarts die ontdekte dat het probleem op een werkstation met Windows 95 zich wel voordeed en niet op één met Windows 98. Het letten op verschillen in performance tussen praktijken met verschillende hard- en softwareconfiguratie blijft nog steeds belangrijk bij de probleemoplossing.

Wordt vervolgd

Het moge uit het voorgaande duidelijk zijn dat ondanks grote inspanningen van leveranciers, pakketcommissies, testers en gebruikers, problemen met het updaten van elektronische medische dossiers, zoals de HIS-sen onvermijdelijk blijven. Het blijft uiteindelijk mensenwerk.

W.J. Jongejan, 4 februari 2020

Afbeelding van Gerd Altmann via Pixabay