

# LHV zwijgt weer bij bericht over mogelijke opheffing OZIS-ketenzorg in 2020



Op 9 juli 2018 maakte [het bestuur van de stichting OZIS](#) bekend dat het gebruiksrecht van de OZIS Ketenzorg standaard op 1 januari 2020 afloopt. Het is de bedoeling dat per die datum de uitwisseling van het ketenzorgbericht via het Landelijk SchakelPunt(LSP) gaat lopen. Bij de berichtgeving daarover valt op dat de aangekondigde datum toch wel weer boterzacht is, omdat het bestuur tussentijds eens per kwartaal de voortgang van het ketenzorgprogramma evalueert met drie organisaties. Dat zijn de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), verantwoordelijk voor het LSP, Zorgverzekeraars Nederland(dat het LSP volledig financiert en InEen, de organisatie die de belangen behartigt van de organiseerde eerste lijn in de zorg. Grote afwezige bij die organisaties is evenwel de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV). Die wordt niet door InEen vertegenwoordigd. De LHV heeft zich ook in het verleden, bij de aankondiging van [het Convenant Ketenzorg](#) en het [Programmaplan Ketenzorg](#), d.d. 30 oktober 2013, zich afzijdig gehouden van dit project. De LHV ondertekende beide niet, wel de Landelijke Vereniging georganiseerde eerste lijn (LVG), de rechtsvoorganger van InEen. Het is nogal saillant omdat de LHV binnen het bestuur van VZVZ wel vertegenwoordigd is via de Koepelraad, maar met de ketenzorg toch afstand neemt tot dezelfde organisatie.

## Weerbarstige materie

Ketenzorg vindt plaats rond categorieën van patiënten. In de eerste plaats ging het om diabetes mellitus, daarna astma/COPD, CardioVasculair RisicoManagement(CVRM) en ouderenzorg. Binnen de keten zijn bijvoorbeeld bij diabetes mellitus allerlei soorten zorgverleners bezig rondom de patiënt. Elk met een eigen invalshoek, maar ook elk met een eigen autorisatieniveau ten aanzien van de zorgdata. Zo mag een diëtiste niet alles van de uitgewisselde zorgdata inzien behoudens datgene wat op haar beroepsgebied ligt, en de mag praktijkondersteuner diabetes weer meer dan de diëtiste inzien. Er moet dus een gelaagde toegang tot de informatie zijn afhankelijk van het autorisatieniveau. Dat is best moeilijk om te implementeren en dat bleek ook wel de afgelopen jaren.

## Te ambitieus

In het genoemde Convenant ketenzorg en Programmaplan Ketenzorg uit 2013 werd 2014 als start gemeld en 2015 als het jaar van implementatie. Dat blijkt toch wel anders te lopen. Nu in 2018 wordt een implementatie per 1 januari 2020 aangekondigd, met nog een slag om de arm zoals hierboven vermeld. Om grip op de materie te krijgen is men teruggevallen op een heel basaal niveau door het definiëren van zogenaamde [zorginformatiebouwstenen](#) (ZIB's). Onderdelen van zorg worden daarin gedefinieerd en er wordt voor gezorgd dat daar consensus over is. Veldtesten in de vorm van een tweetal pilotprojecten zijn ook veel later dan voorzien in West-Friesland(2017) en Friesland(2018) gestart. Naar mijn weten loopt de pilot in Friesland nog steeds.

## Voorbehoud LHV

In 2016 heeft de LHV een heel duidelijk voorbehoud gemaakt ten aanzien van nieuwe functionaliteit van het LSP. Het ondertekende toen wel het LSP Convenant 2016-2020, maar maakte daarbij [de volgende opmerkingen](#):

*“De LHV vindt de uitwisseling van huisartswaarneemgegevens (tussen huisartsenpraktijk en huisartsenpost) en het beschikbaar hebben van actuele medicatie- en ICA-gegevens voor voorschrijvers en verstrekkers van groot belang. Het LSP is een veilige manier om deze gegevens uit te wisselen. We zullen de verdere doorontwikkeling van het LSP en de VZVZ kritisch volgen en beoordelen. De komende periode wordt in de eerste plaats gekenmerkt door het intensiveren van het gebruik en de doorontwikkeling van de huidige basisinfrastructuur. De LHV geeft niet op voorhand commitment af voor het toevoegen van nieuwe functionaliteiten of het aansluiten van nieuwe doelgroepen op het LSP. Daarover wordt besloten als de situatie zich voordoet.”*

## **Probleem**

Het voornaamste probleem dat bij ketenzorg via het LSP ontstaat is dat er eigenlijk een de facto verplichting voor arts en patiënt gaat ontstaan om mee te doen met het LSP. En dat terwijl in het parlement aangegeven is dat er nooit een verplichting mag zijn tot aansluiting of het geven van toestemming. Het LSP fungeert dan als een fuik, tenzij ketenzorg via een andere weg dan het LSP gefaciliteerd kan worden. [Ik schreef er op 8 december 2016 een bijdrage over.](#) Het is overduidelijk dat de LHV de kaarten voorlopig tegen de borst houdt.

## **Groter probleem**

Een bijkomend probleem is ook dat in de rechtszaak van de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen tegen VZVZ door [de Rechtbank Midden Nederland op 23 juli 2014](#) in rechtsoverweging 5.18 bepaald is dat de opt-in-toestemmingen die verkregen zijn alleen gelden voor de toen aanwezige functionaliteit. Dat was de waarneem- /huisartsenpostinzage van huisartsendata en de medicatieoverzichten. VZVZ bevestigde dat ook voor de rechtbank Elke uitbreiding van de functionaliteit zal ook volgens VZVZ opnieuw toestemming van elk de burger vereisen,

dus ook voor de ketenzorg. Ik schreef hierover ook [op 26 april 2016](#) toen de eerste vertragingen rond het ketenzorgbericht duidelijk werden.

W.J. Jongejan, 17 juli 2018