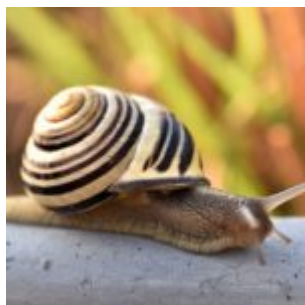


Ketenzorg via het LSP: de slak kruipt voort



Al vaker schreef ik op dit medium over de pogingen om de functionaliteit van het landelijk SchakelPunt(LSP), dat tot nu toe een half miljard euro kostte, op te krikken. Recent berichtte ik over [het TWIN-project](#), maar ik wil weer eens terugkomen op een LSP-project dat voortkruipt met het tempo van een slak: de ketenzorgberichtgeving via het LSP. De pogingen om dat te gaan realiseren dateren van eind 2013. We leven nu in maart 2019 en er is nu mondjesmaat sprake van een uitrol [in twee regio's](#). In 2019 moeten nog vier regio's gaan volgen. En dat terwijl het OZIS-systeem, waarvoor het LSP als vervanging zou gaan werken, per 2020 uit de lucht zou gaan. [Het gebruiksrecht voor de ketenzorg](#)-standaard van dat systeem zal op 1 januari van dat jaar door de Stichting OZIS beëindigd worden. De afgelopen jaren werd pijnlijk duidelijk dat het realiseren van ketenzorg-communicatie via het LSP een zeer weerbarstige materie is. Het is dan ook te zien aan het tempo waarin alles plaatsvindt: een slakkengang.

Ontwikkelingstempo

Eind 2013 ondertekenden een aantal partijen uit de eerstelijnszorg bij VZVZ een tweetal documenten: het [Convenant Ketenzorg](#) en het [Programmaplan Ketenzorg](#). De stukken zijn nooit door VZVZ gepubliceerd, maar bereikten mij doordat ze ergens van de wagen vielen. Daarin stond een uiterst ambitieus schema om per 2015 ketenzorg-communicatie via het LSP geregeld te hebben. Het bleek ook niet binnen die tijd te kunnen. In de loop der tijd bleek dat het standaardisatie-instituut voor de zorg-ICT, Nictiz, uitgebreid ingezet moest worden voor onder andere het ontwikkelen van zorgbouwstenen. Dat is nodig

om het ketenzorgbericht modulair vorm te geven.

LHV

Zeer opvallend was ook dat bij alle ondertekenaars van het convenant de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV) ontbrak. [Ik schreef er in januari 2014](#) op de website www.huisartsvandaag.nl een artikel over. Een reden daarvoor is nooit gegeven, maar laat zich raden. Als ketenzorgcommunicatie namelijk uitsluitend via het LSP zou plaatsvinden zou er de facto dwang ontstaan voor huisartsen om aan te sluiten op het LSP. Ook toen medio 2018 het bericht verscheen dat de OZIS-ketenzorg standaard per 2020 beëindigd zou worden liet [de LHV](#) niets van zich horen.

Pilots

In 2017 en 2018 hebben pilotprojecten na eerdere Proofs of Concept(POC's) plaatsgevonden bij de Zorggroep Ketenzorg West-Friesland(met zes huisartspraktijken) en Zorggroep Friesland(met 12 huisartspraktijken). In die testen deden slechts vier van de acht huisarts-informatie-systemen(HIS-sen) mee en slechts twee van de bij praktijkverpleegkundigen in gebruik zijnde keten-informatie-systemen(KIS-sen). Naar eigen zeggen van VZVZ zijn de pilotprojecten succesvol verlopen.

Opschalen

Het probleem met het opschalen naar een landelijk niveau is dat de haalbaarheid vaak omgekeerd evenredig is met de schaalgrootte. Daarbij zal ongetwijfeld een rol gaan spelen dat niet alle HIS-sen en KIS-sen waarmee ketenzorg bedreven wordt, deelnamen aan de pilots. Eigenlijk heeft alleen het HIS Promedico ASP via het internet ([op 13 februari 2019](#)) laten weten dat het helemaal gereed is voor de implementatie voor het ketenzorgbericht via het LSP. Onduidelijk is hoever andere systemen zijn.

Opnieuw toestemming patiënt

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 voor het LSP 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 de burger vereisen, dus bij de ketenzorg.

Beperkte omvang

Omdat tot heden maar ongeveer een derde van de Nederlanders een opt-in-toestemming gaf voor het delen van huisartsgegevens zal uitwisselen van ketenzorgberichten via het LSP slechts een beperkte omvang kennen. Mogelijk dat onder degenen die toestemming gaven een flink aantal chronische patiënten zit die onder de ketenzorg vallen.

Al met al maakt het bovenstaande duidelijk dat het laatste woord over de landelijke uitrol van ketenzorgcommunicatie via het LSP het laatste woord nog niet gezegd is. Het is ook de vraag of het qua omvang ooit iets voor gaat stellen.

Woerden, 5 maart 2019

Perfekte storm op Twitter over BIG-nummers door inschattingsfout VWS



Het afgelopen weekend brak op Twitter een hevige Tweet-storm uit vanwege de nieuwe verplichtingen aan zorgaanbieders hun BIG-nummer zeer breed openbaar kenbaar te maken. BIG staat voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Bepaalde beroepsbeoefenaren in de zorg moeten zich registreren in het BIG-register dat onder het ministerie van VWS valt, bijv. artsen en fysiotherapeuten. Op 10 juli 2018 werd na goedkeuring door de Eerste Kamer [het wetsontwerp 34629](#) van kracht. Hierin staan verbeteringen in de wet BIG en het tuchtrecht. [De gewraakte passage in de wet vindt u in artikel 4a.](#) Op vrijdag 22 februari verschenen de eerste berichten op Twitter wat die veranderingen in de praktijk in gingen houden. Met een publicatie op de website van het [BIG-register gedateerd 12 februari 2019](#) maakte het ministerie van VWS bekend dat per 1 april aanstaande het BIG-nummer(11 cijfers) op alle plaatsen waar een BIG-geregistreerde zich in het openbaar kenbaar maakt dit ook gepubliceerd moet worden. Dat heeft grote consequenties. Door de ingangsdatum dachten veel zorgaanbieders aan een 1 april grap.

Reikwijdte

De nummers dienen met de wet in de hand op alle plaatsen

kenbaar gemaakt te worden waar de BIG-geregistreeerden naam en beroep vermelden, dus:

- website(s) en andere digitale media; zoals Twitter
- briefpapier en e-mail ondertekening;
- facturen;
- op bordjes in wachtkamers van praktijken en ziekenhuizen waar de naam van de BIG- geregistreeerde zorgverlener wordt vermeld. Dus ook op naam bordjes op bedrijfskleding.

Het ministerie van VWS liet weten dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd zal controleren en bij overtredingen een bestuurlijke boete kan opleggen.

Reden

[In de Memorie van Antwoord](#) bij het wetsontwerp is op pagina 7 de motivatie te lezen. De minister schrijft dat het soms moeilijk is om zonder het BIG-nummer een beroepsbeoefenaar te vinden. Daarbij noemt hij gevallen waarin een beroepsbeoefenaar in de praktijk zijn of haar getrouwde achternaam voert, maar in het BIG-register met eigen achternaam staat ingeschreven. Of aan gevallen waarin een beroepsbeoefenaar zzp-er is en in meerdere plaatsen werkt, maar in het BIG-register met zijn woonplaats staat ingeschreven.

Non-probleem

In wezen is het een non-probleem omdat bij problemen een simpele vraag aan een zorgverlener of instelling een BIG-nummer zo te verkrijgen is. Bovendien kent het BIG-register bij zoekproblemen een telefonische en email-hulplijn. Tijdens de Twitter-storm met reacties op dit onderwerp passeerden ook een aantal zeer werkbare suggesties de revue. Het gaat de zorgaanbieders in geen dele om het geheim houden van het BIG-nummer, maar om wat de ministeriele maatregel voor praktische,

logistieke en financiële consequenties heeft voor het veld.

Storm

Het signaal dat van een dergelijke maatregel richting zorgverleners uitgaat is fout. Na de publicatie van de maatregel op de website www.bigregister.nl stak 22 februari 2019 een gigantische storm uit op Twitter. Na twijfel over een eventuele 1 april grap kwam de verontwaardiging om deze evidente verhoging van de regeldruk in een tijd waarin met acties als Het Roer Moet Om en Ontregelde Zorg er juist naar minder regelgeving gezocht wordt. Veel BIG-geregistreeerden vervingen hun naam op Twitter door hun BIG-nummer. De psychiater Aad Cense verwoordde het fraai. Hij zei dat dit weer één van de vele dubieuze exercities van de overheid is die meer problemen veroorzaken dan ze oplossen en sprak zijn bezorgdheid uit over de denkwereld erachter.

Interventie subtop VWS

Wat vervolgens gebeurde was een interventie van twee ambtenaren uit de subtop van VWS, de secretarisgeneraal Erik Gerritsen en de Chief Information Officer Ron Rozendaal. Het begon met een vraag van hen over waar de nuance in het debat gebleven was. Zij begrepen echter snel de portée van het protest. Via Erik Gerritsen schreef uiteindelijk dat VWS de bedoeling had een betere vindbaarheid van BIG-geregistreeerden te bereiken. Hij toonde de bereidheid van VWS het gesprek te voeren over een praktische uitvoeringspraktijk conform die bedoeling zonder onnodige administratieve lasten. Die wil, aldus Gerritsen, niemand, ook VWS niet. De Twitter-storm nam daarop af. Longarts Sander de Hosson vatte dat op Twitter samen: *“Na uitgebreide discussies op dit medium is duidelijk: de reikwijdte van het delen van het BIG-nummer is vele malen groter en kostbaarder dan vooraf gedacht. VWS heeft beloofd om met een werkbaar alternatief te komen. Lijkt mij prima! Kous voor nu af.”*

Reactie beroepsverenigingen

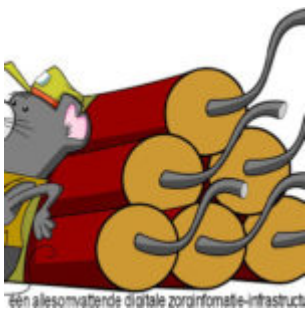
Zowel de [Koninklijk Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst](#) als de [Landelijke Huisartsen Vereniging](#) gaven een persbericht uit met het verzoek aan VWS om vereenvoudiging van de regelgeving en een latere ingangsdatum. Als VWS echter toch niet met vereenvoudigingen komt is die latere ingangsdatum voor de zorgaanbieders niet acceptabel. Bovendien moet men zich afvragen of de beroepsverenigingen zelf de impact van de maatregel niet hadden moeten voorzien. En of men de stem daarover tijdens de parlementaire behandeling wel voldoende luid en duidelijk heeft laten klinken.

Inschattingsfout VWS

Al met al kan gerust gesteld worden dat het ministerie van VWS een forse inschattingsfout gemaakt heeft bij het opstellen van het wetsontwerp en men zich niet gerealiseerd heeft wat één en ander voor het werkveld zou gaan betekenen. Wat we hier nu zien dat de uitvoerende macht(VWS) een wetsvoorstel bedenkt dat door de legislatieve macht(Staten Generaal) aangenomen wordt en daarna weer door diezelfde uitvoerende macht deels teruggedraaid moet worden.

W.J. Jongejan, 26 februari 2019

Brave toekomstvisie digitalisering huisartsenzorg met toch enig dynamiet



Op 25 oktober 2018 maakten de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap(NHG), en het eerstelijns samenwerkingsverband InEen het visiedocument [“Digitalisering Huisartsenzorg 2019-2022”](#) bekend. Het stuk borduurt voort op bestaande ontwikkelingen in de zorg en in de digitale wereld en is daarom niet bepaald revolutionair te noemen. Het document zegt richting te willen aangeven aan EEN bij de veranderende huisartsenzorg passende

toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur, maar kiest nadrukkelijk niet voor ÉÉN allesomvattende oplossing. Zonder de naam te noemen doelt men daarbij expliciet op het gebruik van de infrastructuur rond het Landelijk SchakelPunt(LSP). Dat de met name de LHV zich niet meer vast wil leggen op het LSP als enige zaligmakende oplossing voor zorgcommunicatie [meldde ik recent\(11-10-2018\) op deze website](#). Hoewel de LHV één van de “founding fathers” is van VZVZ blijkt ze door recente verandering van de governance-(lees: verenigings-)structuur nog wel toegelaten te worden tot de algemene vergadering, maar geen stemrecht meer te hebben. Het aparte is dat bij alle berichtgeving over het visiedocument van LHV, NHG en InEen géén van de recensenten de apert in de kamer aanwezige olifant wensen te zien. ([A](#), [B](#))

Braaf en voorspelbaar

De gepresenteerde visie is als braaf en voorspelbaar te karakteriseren. Het is meer van hetzelfde. Obligate passages als het gebruik van kunstmatige intelligentie, big data en beslisondersteuning passeren weer de revue. Het inzetten op samenwerking en interoperabiliteit is ook een open deur te noemen. Ook de roep om verdere standaardisatie en protocollering. Het aloude WCIA-HIS-referentiemodel van de NHG is weer eens afgestoft door het vermelden van toetsbare basiseisen voor eerstelijns ICT-systemen(XIS-sen).

De olifant in de kamer

In hoofdstuk 3 onder de alinea “Leidende principes” komen in punt 3 en 4 de drie eerstelijns-organisaties wel met het door mij hierboven genoemde stukje dynamiet. Het kan niet anders dat het visiedocument hierin het standpunt van de LHV hier voluit verkondigt.

“Wij gaan niet voor één allesomvattende oplossing om een passende, toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur te realiseren. Eén oplossing voor alle

behoeften is niet realistisch; diverse oplossingen zijn goed voor specifieke doelen; daarnaast kent iedere oplossing zijn eigen ontwikkeltempo.

“Wij vinden keuzevrijheid en vernieuwing belangrijk. Het is belangrijk dat er een keuzepalet beschikbaar is aan mogelijkheden en oplossingen.”

Geen gedwongen keuze

Hoewel VZVZ als verantwoordelijke voor het LSP luidkeels roept dat er meerdere systemen naast elkaar kunnen bestaan is er toch een niet te ontkennen convergentie langs diverse lijnen naar een dominante, zo niet monopolistische positie van het LSP binnen de zorgcommunicatie. Als bijvoorbeeld het ketenzorgbericht via LSP ooit vaste grond onder de voeten krijgt en dat de enige wijze zou zijn om de ketenzorg qua communicatie te faciliteren zou er een de facto noodzaak zijn en geen keuze meer bestaan over het al dan niet aansluiten op het LSP. De LHV heeft al in 2014 die bui zien hangen en heeft toen het ketenzorgconvenant van VZVZ niet medeondertekend. Er zijn meer voorbeelden te bedenken waarbij er een de facto dwang richting LSP-gebruik kan ontstaan en die de LHV koste wat kost wil vermijden..

Geen echte oplossingen

De in de visie verwoorde gedachtengoed laat geen schokkende nieuwe inzichten zien die bekende systemen en de uitwisseling ertussen beter zullen maken. Meer gestandaardiseerde berichten zijn niet de oplossing. Nictiz kan dan wel in samenwerking met VZVZ bezig zijn met het definiëren van zorgbouwstenen voor communicatie via het LSP, maar wat echt nodig is, is een bibliotheek van gestandaardiseerde componenten, die bruikbaar zijn in **ELK** systeem. Daarbij doel ik bijvoorbeeld op het kiezen van een andere basis van ICT-systemen waarin zorgdata worden vastgelegd, namelijk de keuze voor [de Europese EN13606 norm](#). Deze is ontworpen om als standaard voor informatie-architectuur, zodat daarmee elektronische zorgdossiers

eenvoudig uit te wisselen zijn. De in Nederland gebruikte [HL7 FHIR standaard](#) is vooral ontworpen voor de communicatie tussen zorginformatiesystemen, zonder direct iets over de architectuur van de zorginformatiesysteem zelf iets te zeggen. Het voordeel van het gebruik van de Europese norm is dat iedereen componenten gebruikt die gebaseerd zijn op een gemeenschappelijk generiek database-model en iedereen dezelfde codestelsels gebruikt. De LHV met haar partners in het visiedocument borduren voort op de bestaande situatie die zeer ingewikkeld geworden is en steeds gecompliceerder wordt en maken geen fundamentele keuzes.

W.J. Jongejan, 29 oktober 2018

Ontbrekend verdienmodel PGO's gaat leiden tot subsidie en opname in ZV-pakket



Op dit medium schreef ik de laatste 10 maanden al enige malen over de Persoonlijke GezondheidsOmgevingen (PGO's). ([A](#), [B](#), [C](#), [D](#)). Dat zijn de apps of programma's, die bedoeld zijn om de burger er zijn/haar medische data in op laten slaan te slaan. Data die elektronisch verkregen zijn uit elektronische

dossiers van zorgaanbieders, zoals huisartsen, apotheken en ziekenhuizen. Het ministerie van VWS heeft kosten nog moeite gespaard om de PGO's tot stand te doen komen. Met subsidies, speerpuntfinanciering en ook het opzetten van een heel afsprakenstelsel (MedMij-protocollen) zette het ministerie van VWS, soms in samenwerking met Zorgverzekeraars Nederland, in op het maken van deze nieuwe elektronische zorgdata-kluisjes voor de burger. [Door subsidieregelingen](#) zijn er nu ruim 60 verschillende PGO's in de maak. Er bestaat ondanks al die inspanningen geen enkel zicht op een effectief verdienmodel voor de makers en beheerders van de PGO's. Men wil de burger niet rechtstreeks zelf laten betalen. Het ziet er, bevestigd door een kwartiermaker van het project OPEN, naar uit dat de kosten van een PGO's als die door een burger gekozen en geactiveerd is gedragen gaan worden door het ministerie van VWS, in de vorm van eerst subsidie en later opname in het basispakket van de zorgverzekering. Want subsidies hebben de onhebbelijkheid vroeg of laat op te houden.

MedMij en OPEN

VWS financiert samen met Zorgverzekeraars Nederland de stichting MedMij die het afsprakenstelsel/protocollen maakt om zorgdata in een PGO te kunnen krijgen. Het acroniem OPEN staat voor Ontsluiten Patiëntengegevens Eerstelijnszorg Nederland. [Het is een programma](#) dat opgezet is door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederland Huisartsen Genootschap (NHG) en InEen, de vereniging van organisaties van eerstelijnszorg. Men noemt het nogal ronkend een sectorprogramma voor huisartsen en ketenzorgpartners. Het moet uitvoering geven aan het gestelde in de Wet Cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens (33509) die in 2017 aangenomen is. Daarin staat dat patiënten zelf over hun zorgdata moeten kunnen beschikken.

HIS demo-dag

Elk jaar organiseert NedHIS, de koepel van gebruikersverenigingen van huisartsinformatiesystemen(HIS-sen) een dag waarop op specifieke onderdelen deze met elkaar vergeleken worden. Ook komen elektronische data-uitwisselsystemen ter sprake. Arina Burghouts van de Patiëntenfederatie Nederland was aanwezig om over de MedMij-protocollen te vertellen. Voor OPEN was de voormalig huisarts en thans adviseur Bart Brandenburg aanwezig. Hij is “kwartiermaker” voor OPEN. Hun presentatie vindt u [onder deze link](#).

Zorgverzekeraars betalen?

Tijdens technisch [overleg met de vaste Tweede Kamercommissie](#) voor VWS op 22 mei 2018 en tijdens een verzameloverleg kwam te sprake wat u het verdienmodel voor de PGO's was. Toen verkondigden de vertegenwoordiger van de Patiëntenfederatie Nederland, de Chief Information Officer van VWS en minister Bruno Bruins nog dat het *“waarschijnlijk”* de zorgverzekeraars waren die zouden gaan betalen.

Subsidie / in ZV-pakket

In de discussie over de presentatie van Bart Brandenburg bracht ik het ontbrekende verdienmodel onder de PGO's te sprake. Bart Brandenburg van OPEN zag de burger ook niet rechtstreeks als betaler voor een PGO. Wel gaf hij aan dat er subsidie voor ging komen en dat er plannen waren om het eventueel op te nemen in het basisverzekeringspakket. Opgenomen in het verzekeringspakket zal de burger dan toch wel meebetalen. Bovendien kan het door verdringing zorgen dat andere zaken uit het basisverzekeringspakket kunnen verdwijnen.

Beroepsgeheim veilig?

Zeer opmerkelijk in de presentaties van Arina Brughouts en

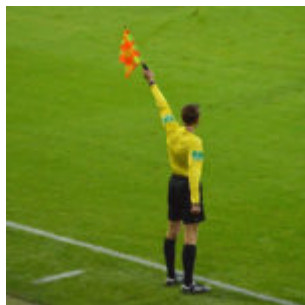
Bart Brandenburg was dat zowel MedMij als OPEN stellen dat het beroepsgeheim er veilig bij is. Die opmerkingen zorgden voor enig rumoer onder de ruim 70 aanwezigen. Het is namelijk zo dat als zorgdata met behulp van MedMij-protocollen en gefaciliteerd door het OPEN-programma in PGO's beland zijn er juist **GEEN** bescherming meer is van de patiënt door de arts door middel van het medisch beroepsgeheim. De patiënt kan bij het aanvragen van voorzieningen simpel door overheden onder druk worden gezet om toch zorgdata te leveren. Ook bedrijven kunnen door subtiele vormen van reclame de burger overhalen de zorgdata met hen te delen voor een beperkt financieel of materieel gewin.

LHV

Het is jammer dat de LHV als partner binnen het OPEN-programma dit soort gevaren niet signaleert en benoemt. Uiteindelijk ontstaat op termijn een groot probleem als zorgdata gedeeld blijken te zijn en de patiënt bij hoog en laag beweert dat hij/zij niet degene is geweest die de data beschikbaar stelde.

W.J. Jongejan, 16 oktober 2018

**LHV vrijwel buitenspel in
recent ingedikte VZVZ-
organisatie**



In de organisatiestructuur van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie (VZVZ), die het landelijk SchakelPunt (LSP) beheert, heeft recent een ingrijpende wijziging plaatsgevonden. [Antoon Kuypers, tot voor kort voorzitter en lid van de Raad van Bestuur](#), maakte bekend, dat de governance fors gewijzigd was om VZVZ slagvaardiger te maken. Bij het bekijken van de wijzigingen valt voor een geoefend oog meteen op dat de Landelijk HuisartsenVereniging (LHV) in die wijzigingen min of meer buitenspel is komen te staan. Dit is opmerkelijk, omdat de LHV in de door VWS eind 2011 geregisseerde private overname van het LSP één van de founding fathers was. Vier koepelorganisaties van zorgaanbieders, met steun van Patiëntenfederatie Nederland [stonden aan de wieg](#) van VZVZ. Dit zijn de koepels van huisartsen (LHV), huisartsenposten (InEen), apotheken (KNMP) en ziekenhuizen (NVZ). Uitsluitend kijkend naar de berichtgeving van VZVZ lijkt het te gaan om een efficiencyslag die men wil maken. Er zitten mijns inziens ook andere, namelijk financiële en strategische, belangen achter.

Structuur

VZVZ kent een Raad van Toezicht, een Raad van Bestuur en een algemene vergadering. De vereniging kende 8 adviesraden, die verschillende geledingen vertegenwoordigden. Zo was er een koepel-adviesraad, een patiënten-adviesraad, een leveranciers-adviesraad, een regio-adviesraad etc. inclusief het bestuur ging het om rond de 80 personen. Ze waren allen in de algemene vergadering verenigd. [Dat aantal is nu teruggebracht naar 27.](#)

De verschillende adviesraden zijn afgeschaft. De algemene ledenvergadering bestaat nu uit 17 afgevaardigden namens 10 verschillende organisaties. Opvallend daar bij is dat van de 17 afgevaardigden er 15 stemrecht hebben. 4 zijn voor de Patiëntenfederatie Nederland. De LHV wordt, **niet meer lid zijnde**, toegelaten tot de algemene vergadering met 2 afgevaardigden, maar die hebben **geen** stemrecht. Via InEen, de koepel van huisartsenposten, is er zijdelings nog een zeer beperkte inbreng met stemrecht voor huisartsen mogelijk. De Raad van Bestuur bestaat nu uit 2 personen en de Raad van Toezicht uit 8. In die laatste zijn nu nog 2 vacatures.

LHV

Het is niet helemaal verbazingwekkend dat de LHV binnen de algemene vergadering nu vleugellam gemaakt is. De LHV heeft al langere tijd, ook onder de Paul Habets, de voorganger van Carin Littooi, die als secretaris van de LHV ook nu ICT in haar portefeuille heeft, op een aantal momenten wat afstand genomen tot VZVZ-standpunten. Het was in 2014 dan ook opvallend dat [de LHV niet mede-ondertekenaar was](#) van het Ketenzorg-convenant van VZVZ. [Ook toonde de LHV in het VZVZ-convenant voor 2016-2020 minder commitment](#) dan VZVZ deed voorkomen. De LHV verkondigt ook al langere tijd op zachte toon dat men niet gecharmeerd is van slechts één infrastructuur voor zorgcommunicatie. Het gegeven dat slechts één derde van de Nederlandse burgers toestemt met het delen via het LSP van de bij de huisarts vastgelegde gegevens zal bij de LHV ook niet het heilig LSP-vuur blijvend hebben doen ontsteken.

Besparing

Het besluit om de organisatiestructuur in te dikken brengt VZVZ als dé manier om de besluitvorming sneller en efficiënter uit te voeren. Eenzelfde ontwikkeling was te zien bij het Informatieberaad. Daar was de besluitvorming door het deelnemersaantal ook wat stroperig geworden. Ik kan mij echter

niet aan de indruk onttrekken dat de hele indikkingsoperatie ook ingegeven is door de wens te bezuinigen binnen de organisatie. Het grote aantal afgevaardigden ter ledenvergadering al de afgelopen jaren een aanzienlijk bedrag aan vacatiegelden en vergaderuitgaven kosten gekost hebben. Dat, gezien het opleidingsniveau van de afgevaardigden. Zorgverzekeraars Nederland zal na begin 2012 jaarlijks tussen de 25 en 50 miljoen euro in het LSP via VZVZ gestopt te hebben, toch ook wel eens een keer besparingen willen zien bij uitblijven van majeure uitbreidingen van LSP-functionaliteit.

Afrekening

Ik kan me niet geheel aan de indruk onttrekken dat het buiten spel zetten van de LHV een manier is om met deze af te rekenen voor het langzaam beperkter geworden commitment. Het zou zomaar eens kunnen zijn dat men de LHV voor de keuze gesteld heeft om met volledig commitment verder te gaan met stemrecht of met minder dan gewenst commitment zonder stemrecht.

Vierde voorzitter in zes jaar

Enigszins [verstopt op de website van VZVZ](#) blijkt tevens dat de vorig jaar aangetreden voorzitter van de Raad van Bestuur Antoon Kuypers al in september 2018 plaats maakte voor zijn medebestuurslid Adriaan Blanckstein. Na Edwin Velzel, Ben van Miltenburg en Antoon Kuypers is dit nu de vierde voorzitter van VZVZ in zes jaar. Blijkbaar is het een functie die niet tot een lange functietermijn uitnodigt.

Nog even dit

Bij het schrijven van dit artikel stelt VZVZ haar verenigingsstructuur aangepast te hebben, maar alle verenigingsstukken, zoals het verenigingsreglement en de statuten blijken op de website nog steeds van 2013 te zijn, dus nog de oude structuur betreffend.

W.J. Jongejan, 11 oktober 2018

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 afwezigheid 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

Nog steeds niet beschikbare UZI-pas (niet op naam) maakt illegaal handelen tot noodzaak



Voor een aantal medewerkers bij zorgverleners, als apotheken, huisartsen en ziekenhuizen, bestaan "UZI-passen-niet-op-naam". Deze zijn bedoeld voor personeelsleden die het informatiesysteem van de zorgverlener voor hun werk moeten gebruiken, maar niet geautoriseerd zijn om via het Landelijk

SchakelPunt handelingen te verrichten. [Eind mei 2017](#) liet de instantie die de passen uitgeeft, het UZI-register, onder verantwoordelijkheid vallend van [het CIBG](#), plotseling weten dat zulk soort passen tot 1 maart 2018 niet te verlengen of nieuw te verkrijgen zouden zijn. We leven nu in juni 2018 en deze [UZI-passen- niet op naam-](#) zijn nog steeds niet te krijgen. Koepelorganisaties van zorgverleners, als de [Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie\(KNMP\)](#), de [Landelijke HuisartsenVereniging\(LHV\)](#) en [INEEN](#) waarschuwden de afgelopen week dat deze passen nog steeds niet beschikbaar zijn. De oorspronkelijke negen maanden die het UZI-register zelf voorspelde in 2017 zijn nu ruim elf geworden. Het gevolg van het niet leveren van nieuwe passen is dat zorgverleners hun personeel in toenemende mate met workarounds toch hun werk moeten laten doen. Dat gebeurt dan op andermans UZI-passen. Dat is in wezen illegaal, maar wel noodzakelijk om op de werkvloer alles goed te laten verlopen. [Ik schreef erover op 23 mei 2017.](#)

Reden

De reden van het plotsklaps niet meer kunnen aanmaken van nieuwe UZI-passen(niet op naam) was gelegen in gewijzigde eisen waaraan het UZI-register moet voldoen als Trusted Service Provider. Daar viel bijvoorbeeld het opnemen van Kamer van Koophandel(KvK)-nummers in UZI-passen. En daar was de chip op de kaart niet op berekend. Zowel het UZI-register zelf als de passen moesten aangepast worden. In 2017 heeft men het probleem te laat zien aankomen, waardoor slechts in de laatste week van mei nog passen die verliepen opnieuw aangevraagd en uitgeleverd konden worden. Onder de oppervlakte wordt continu gesleuteld aan de UZI-passen. [Ik vond een document](#) waarin het CIBG-een dienst onder verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS- één en ander opsomt. Op pagina 10 ziet u het schema van de mutaties rond de helft van het jaar 2017. In hoofdstuk 1.1.2. ook wat opmerkingen over de genoemde pas.

Onvindbaar

Als u nu zoekt op de website www.uziregister.nl dan is er niets over de UZI-passen-niet-op-naam te vinden. Alle links die ik in het hierboven genoemde artikel van mij van 23 mei 2017 plaatste met betrekking tot pagina's op de website van het UZI-register zijn dood. Het lijkt erop alsof ze van de aardbodem verdwenen zijn om lastige vragen te voorkomen zolang de gewraakte kaart net beschikbaar is.

Illegaal

De niet op naam staande passen zijn normaliter in gebruik bij administratieve medewerkers van zorgaanbieders. Het gaat om leerling (apothek)assistenten, administratieve krachten, bezorgers en stagiaires. Het niet hebben van de passen leidt tot verstoring van werkprocessen. Om deze toch normaal hun werk te kunnen laten doen laten hun werkgevers hen nu werken op werkstations waarop andere pashouders ingelogd zijn. Het doel waarvoor de passen-niet-op-naam ooit gemaakt zijn, wordt daarmee volledig voorbij geschoten. Logging van wie wanneer op welk werkstation deed is nu deels onmogelijk.

Uitlokking

Wat hier gebeurt, is het uitlokken van illegaal handelen. Het inloggen op andermans passen is iets waarvoor het ministerie van VWS continu gewaarschuwd heeft, mede naar aanleiding van [de resultaten van een onderzoek uit 2011](#). Daaruit bleek dat vaak met andermans pas werd ingelogd of dat medewerkers bij het tijdelijk verlaten van de werkplek niet uitlogden.

Het geeft ook weer eens aan hoe weerbarstig ICT-problemen in de zorg zijn. ICT-projecten bij de overheid, waarbij deadlines niet gehaald worden zijn zeer talrijk. De overheid wil dan nogal eens net doen of de neus bloedt en het probleem doodzwijgen, bagatelliseren of in het ergste geval ontkennen.

W.J. Jongejan, 15 juni 2018

Beleidsmakers NICTIZ bedenken digitaliseringsparadox voor huisartsen



Op 19 maart 2018 publiceerde Nictiz, het standaardisatie en expertisecentrum voor zorg-ICT, een zogeheten whitepaper met als titel ["Toekomst digitalisering eerstelijnszorg Huisartsen"](#). Daarin introduceren de schrijvers, Quintus Bosman en Jan de Boer, de tot nu toe onbekende digitaliseringsparadox in de eerstelijns IT. Zij stellen [in het stuk](#) dat er een noodzaak is voor het doorbreken van die paradox en bedachten oplossingsrichtingen. In de ogen van Nictiz stagneert namelijk de ontwikkeling van de huisartsautomatisering en denkt men dat die niet klaar is voor de digitale toekomst. Het is het zoveelste beleidsstuk, dat de ontwikkeling van de ICT in de zorg moet aanjagen en voorstelt de schouders er weer eens flink onder te zetten. Het geheel ademt de sfeer van het niet voldoen aan de verwachtingen van hen die beleid over zorg-ICT bedenken. Daarbij lijkt er onvoldoende historisch besef te bestaan bij Nictiz over eerdere pogingen vanuit de

huisartsenwereld om tot uniformering van de HuisartsInformatieSystemen(HIS-sen) te komen. Het is staand beleid van het ministerie van VWS om ICT-ontwikkelingen in de zorg sterk te propageren. Het is uitermate de vraag of de nu door Nictiz gekozen weg zo verstandig is bij het doel volgen van "His masters Voice Al eerder liet ik bij diverse eHealth-ontwikkelingen, aangejaagd een kritisch geluid horen.

Digitaliseringsparadox

Bij Nictiz concludeert men dat er ten aanzien van de eerstelijns IT een paradoxale situatie is ontstaan. Nictiz stelt dat er tevredenheid is in de huisartsenwereld over het dagelijks gebruik van IT en gewenning ontstaan is voor ongemakken ervan, terwijl in de nabije toekomst een "digitale transformatie" noodzakelijk is zodat de eerste lijn de sleutelrol waar kan maken die zij strategisch en maatschappelijk in de zorg toegedicht krijgt. Ze stelt dat er een probleem is en zegt oplossingsrichtingen aan te dragen.

Welk probleem?

Nictiz stelt dat de eerstelijns IT-oplossingen, de huisartsen zelf en de IT-markt niet klaar zijn voor de digitale toekomst. En stelt dat de "pijn" van de digitalisering onvoldoende gevoeld wordt. Men zegt dat er een beperkte ruimte is voor vernieuwing. Leveranciers van HIS-sen programmeren weinig voor zorginhoudelijke zaken en veel voor het voldoen aan wet- en regelgeving, landelijke gegevensuitwisseling(via het LSP) en koppelen van systemen. [Ik schreef in 2015 al over dit onderwerp.](#) Ook stelt men dat er meer geïnvesteerd moet worden zowel in harde IT-investeringen als organisatorische kosten. En passant meent men ondanks onduidelijke cijfers hierover dat huisartsen procentueel minder investeren dan ziekenhuizen of de GGZ. Er staat nog wel een regeltje waarin men zich afvraagt of individuele huisartspraktijken die kosten kunnen en willen dragen.

Keuzerichtingen volgens Nictiz

Nictiz kent twee keuzerichtingen voor het door haar gedefinieerde probleem. Dat is het krachtig investeren in het ontwikkelen van integrale regionale oplossingen onder regie van eerstelijnsparitijen zelf. Wel vindt Nictiz dan dat de bestaande structuren, processen en ICT-invulling ter discussie moet staan en men moet accepteren dat evolutie mooi is als het kan, maar revolutie nodig is waar het moet. **Je hoort hier in net iets andere woorden de modieuze kretologie over disruptieve ontwikkelingen.** Als tweede mogelijkheid stelt Nictiz voor dat er samenwerking wordt gezocht met en geaccepteerd wordt dat “krachtige” partijen met wortels in de tweede en derde lijn expanderen naar de eerste lijn met platformoplossingen voor regionale zorg-ICT. Nictiz vermeldt daarbij niet wat de financiële en organisatorische gevolgen van deze door haar bedachte oplossingsrichtingen zijn. De geschetste twee oplossingen vormen een “vals dilemma.” Alsof deze twee richtingen de enige zouden zijn. Er is bijv. ook een variant te bedenken waarbij de overheid en zorgverzekeraars met financiële injecties digitale barrières in de eerstelijns-ICT en de datacommunicatie slecht. Het gaat niet aan om te roepen dat de huisartsen wereld zelf de oplossing voor de Nictiz bedachte problemen gaan oplossen en regelen.

Oplossingsrichtingen

Uiteraard komt men met een aantal oplossingsrichtingen die huisartsen zouden moeten hanteren, waaronder een digitale toekomstvisie , het maken van een model voor het formuleren van eisen, toetsen etc, het versterken van de organisatie met het accent op de regio, het dwingen van de markt om modulair en richting platformen te ontwikkelen, en jawel het staat er echt: het echt werk maken van het digitaal scholen van de eerste lijn. Ook het opzetten van een verbeterplan wordt gesuggereerd, waarbij aangetekend wordt dat de KNMP, net als de LHV, om financiering daarvoor gevraagd hebben bij de zorgverzekeraars zonder dat duidelijk is of die financiering

überhaupt toegekend is of wordt. Huisartsen lopen nog steeds voorop met ICT in de zorg, zulks in tegenstelling tot de specialisten. **Het is goed om te bedenken dat recent voor de ziekenhuizen een overheidssubsidie gestart is van 105 miljoen euro, verdeeld over drie jaar om door middel van [het VIPP-programma](#) de toegankelijkheid van medische data voor de patiënt te verbeteren. Richting huisartsen is dat nooit gebeurd. Die moeten dat zelf maar regelen en financieren.**

Gotspe

De huisartsen hebben als eersten in de zorg het belang van automatisering / digitalisering ingezien en ten uitvoer hebben gebracht. In de afgelopen twintig jaren hebben huisartsen voorop gelopen in het op gang brengen van elektronische datacommunicatie. De besturen van HIS-gebruikersverenigingen en de Landelijke Huisartsen Vereniging hebben tijdens drie achtereenvolgende kabinetten gepoogd tot één HIS te komen in plaats van de negen die we nu hebben. De verantwoordelijke ministers hebben telkenmale gezegd dat de markt zijn werk moest doen.

Geen benul

Het benul dat er geen echte markt was en dat de “markt” bij honderd procent automatisering geheel statisch was is er bij het ministerie nooit geweest. De reden dat er voor zorginnovatie weinig tot soms geen programmeercapaciteit was, ligt voor het grootste deel aan overheidsmaatregelen die telkenmale grote programmeercapaciteit vergde. Een triest voorbeeld daarvan is het programmeren ten behoeve van het Landelijke SchakelPunt. Veel tijd en moeite is er in gaan zitten om HIS-sen LSP-compatibel te maken, terwijl al lange tijd duidelijk is dat slecht één derde van de Nederlanders zijn huisartsendata via het LSP wil delen. Ik kan daarmee duidelijk stellen dat de overheid zelf een grote hinderpaal is geweest bij ICT-ontwikkelingen in huisartsenland.

De beleidsmakers bij Nictiz gaan vrij ver door te stellen dat de huisartsen de digitalisering “er even bij doen”. Men heeft geen benul van welke inspanningen op dat vlak al geleverd worden terwijl tegelijkertijd het primaire proces, de zorg aan zieke medemens, gewoon doorgang vindt.

Het is jammer dat Nictiz denkt met een dergelijk aanjaag-stuk de digitalisering van de eerstelijnszorg op te schudden.

W.J. Jongejan

Vooraf nieuwe ordners nodig voor huisartsen bij invoering AVG



Op 25 mei 2018 gaat de [Algemene Verordening Gegevensverwerking\(AVG\)](#), gebaseerd op Europese regelgeving in. In het Engels heet deze regelgeving de General Data Protection Regulation (GDPR). De AVG is in mei 2016 in werking getreden. Van organisaties wordt verwacht dat zij vanaf die tijd hun bedrijfsvoering met [de AVG](#) in overeenstemming brengen. Zij

krijgen daarvoor tot 25 mei 2018 de tijd. De regeling die op zich nobele doelen nastreeft zoals o.a. transparantie, gegevens-, doel-, bewaar-beperking, juistheid, integriteit, vertrouwelijkheid en verantwoording voor de verzamelde data lijkt echter voor de geautomatiseerde huisarts eerder een slang die zich zelf in de staart bijt. Het lijkt zinnig voor huisartspraktijk in eerste instantie een aantal nieuwe ordners aan te schaffen om alle papierwinkel die vast zit aan de invoering van de AVG eerst eens op te slaan alvorens het uitvoeren ervan te overwegen.

Te abstract

Het moge duidelijk zijn uit mijn voorgaande publicaties dat ik bijzonder hecht aan de vertrouwelijkheid van datgene wat vastgelegd wordt in zorgsystemen over datgene wat tussen arts en patiënt gecommuniceerd wordt en wat aan onderzoeken plaatsvindt. Ik ben dan ook niet tegen regelgeving die deze zaken borgt. Het probleem met de AVG is echter dat deze zeer abstract, eigenlijk te abstract, is opgesteld, waardoor er sprake is van [naast veel nieuwe verplichtingen ook onduidelijkheid](#) is wat nu precies wel of niet moet worden geïmplementeerd in huisartspraktijken. En dat los van de vraag hoe. De Landelijke HuisartsenVereniging(LHV) heeft op haar website zeer recent een manmoedige poging gedaan om duidelijkheid te scheppen, maar stort daarmee een hoeveelheid informatie over het werkveld die de gemiddelde huisarts niet bepaald gelukkig maakt.

Onderdelen

De LHV bouwt de voorlichting op met een drietal webpagina's: [Wat moet u weten?](#) , [Wat moet u doen?](#) en [Producten](#). De eerste beschrijft vijf onderdelen:

- *Het sluiten van verwerkersovereenkomsten*
- *Het bijhouden van een verwerkingsregister*

- *Het uitvoeren van een Data Protection Impact Assessment (DPIA)*
- *Het instellen van een Functionaris Gegevensbescherming*
- *Het publiceren van een privacyverklaring*

De tweede webpagina werkt al deze punten uit en op de derde webpagina worden negen “producten” benoemd. Daarvan zijn alleen [de KNMG-richtlijn “Omgaan met medische gegevens”](#), [het voorbeeld verwerkersovereenkomst](#) en de [Handreiking datalekken](#) beschikbaar. De zes andere producten moeten nog een keer gepubliceerd worden. De producten die nog moeten verschijnen zijn de handreiking “AVG in de huisartspraktijk”, de checklist verwerkersovereenkomst, het model verwerkingenregister, hoe datalekken documenteren, het functieprofiel Functionaris Gegevensbescherming(FG) en de preferred suppliers van de LHV en overzicht van aanbieders FG.

Verwerkersovereenkomst

De reeds beschikbare bestanden bevatten zeer veel pagina's tekst en zijn eigenlijk net als de nog te publiceren bestanden vooral raamwerken die per praktijk een andere invulling zouden behoeven. Daarbij is het zo dat aparte juridische kennis nodig is om de modelteksten geschikt te maken voor gebruik in specifieke praktijksituaties. Nog los van het feit of een praktijk grip heeft op de definitieve inhoud van te tekenen stukken. Een voorbeeld daarvan is de verwerkersovereenkomst. Een verwerker kan een HuisartsInformatiesSysteem(HIS)-leverancier zijn, een IT-leverancier of salarisadministratie , maar ook een zorggroep zijn. Met iedereen die geen medewerker of ingehuurd personeel is en die toegang heeft tot de persoonsgegevens moeten verwerkersovereenkomsten worden afgesloten die conform de AVG zijn. Deze specifieke afspraken kunnen in een aparte overeenkomst, een zogenoemde verwerkersovereenkomst, of in een bestaande overeenkomst worden opgenomen. Het is een illusie om te denken dat op praktijkniveau de huisartsen invloed op de inhoud van

dergelijke overeenkomsten zullen hebben. De wederpartij zal over het algemeen de inhoud van deze overeenkomsten dicteren.

DPIA

Onderdeel van de invoering van de AVG is ook de [Data Protection Impact Assessment\(DPIA\)](#) in “goed Nederlands” ook wel de gegevensbeschermingseffectbeoordeling genoemd. Met een DPIA worden vooraf de privacyrisico's van gegevensverwerking in kaart gebracht, bijvoorbeeld het opnemen van medische dossiers in een informatiesysteem. Bij het aanschaffen van een nieuw HIS is een dergelijke DPIA nodig. Hoe die er precies moet uitzien en of voor de uitvoering daarvan een vast format gebruikt mag worden is nog steeds onduidelijk. Ook raadt de Autoriteit Persoonsgegevens aan bij bestaande systemen, lees: HIS-sen, eens per drie jaar zoiets te doen. Er zijn al allerlei [consultancybedrijven](#) die op de DPIA-markt actief zijn. **Het moge duidelijk zijn een DPIA een tijd en geld verslindende operatie is, waarbij men allerlei op papier mogelijke gevaren in kaart brengt maar er geen garantie is of dat in de praktijk ook werkt.** De meeste datalekken ontstaan namelijk door menselijke fouten bij bijvoorbeeld de verzending van data of door opslag op mobiele datadragers tegen protocollen en afspraken in.

Functionaris gegevensbescherming

Zoals uit het voorgaande blijkt, denkt de LHV dat in huisartspraktijken ook een functionaris gegevensbescherming(FG) dient te worden aangesteld, dan wel dat één van de praktijkmedewerkers die taak op zich neemt. Ook zou het volgens de regelgeving mogelijk zijn dat een FG voor meerdere bedrijven of instellingen zou mogen werken. De vraag is dan weer hoe groot die collectiviteit mag zijn. Het is echter nog volledig onduidelijk of in huisartspraktijken überhaupt een FG moet worden aangesteld. Het juridische consultancy-bureau Dirkzwager publiceerde [op 27 december 2017](#) op de eigen website een oproep aan de overheid om meer

duidelijkheid te verschaffen over regels voor het wel of niet aanstellen van een FG.

Papieren exercitie

Uit het voorgaan moge blijken dat nog veel onduidelijk is over de implementatie van de AVG bij huisartspraktijken. Vooralsnog lijkt het heel verstandig om de bestaande en toekomstige documentatie op dit vlak te downloaden van de website van de beroepsorganisaties en deze na uitprinten op te bergen in een aantal verse lege ordners. Het bewijs dat men er kennis van heeft genomen is dan aanwezig. Voor de dagelijkse praktijk blijft het omgaan met (medische) data vooral een kwestie van gezond verstand en een forse portie kritiek op het eigen handelen.

Het hele gedoe rond de invoering van de AVG doet sterk denken aan de invoering van de ARBO-wet in 1994. Toen kregen alle praktijken opeens het bericht dat ze RI&E-plichtig geworden waren. Dat bleek een Risico Inventarisatie en Evaluatie te zijn. Daarbij moest volgens de documentatie zelfs een plan van aanpak voor een plan van aanpak gemaakt worden. Na heel veel angstig gepraat en gedoe bleek het een papieren tijger te zijn die opgelost werd met een soort collectief format.

L'histoire se repète.

W.J. Jongejan

LSP-verplichting sluipt weer contracten van

zorgverzekeraars met huisartsen in



Het Landelijk SchakelPunt(LSP), bedoeld voor het uitwisselen van medische informatie via een centraal computersysteem, lijkt ondanks het halve miljard euro dat er tot nu toe ingestoken is een kwakkelend bestaan. Het enige wat een beetje redelijk werkt zijn de medicatieoverzichten die opgevraagd kunnen worden, maar waarvan de betrouwbaarheid zonder mondelinge toelichting van de patiënten niet groot is. Huisartsgegevens kunnen maar beperkt opgevraagd worden omdat slechts één derde van de Nederlanders daar tot heden toestemming voor gaf. Los daarvan zijn er nog steeds acht procent van de huisartsen en vijf procent van de apothekers niet aangesloten op het LSP. Dat is de zorgverzekeraars die jaarlijks minstens achttien miljoen euro in het LSP stoppen een doorn in het oog. Al in 2011 probeerden de zorgverzekeraars een contractuele verplichting tot deelname aan het LSP in de zorgcontracten met huisartsen te stoppen. Onder dreiging van een kort geding door de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen(VPHuisartsen) ging dat toen niet door. Eind 2015 probeerden zorgverzekeraars in de Overeenkomst Vrijgevestigd Huisarts 2016-2018 het opnieuw. Nu is er eind 2017 weer een herhaling van zetten. In ieder geval staan in de contracten van zorgverzekeraars VGZ en De Friesland verplichtingsbepalingen. Als het heel goed zou gaan met het LSP zouden verplichtingsbepalingen niet nodig zijn!

Niet afdwingbaar

Het aansluiten op en gebruik maken van het LSP door zorgaanbieders mag niet afgedwongen worden door zorgverzekeraars. Dat is het gevolg van de motie, die door de Tweede Kamerleden [Attje Kuiken en Linda Voortman op 22 december 2011 ingediend](#) en daarna aangenomen werd. Alle pogingen tot nu toe door de zorgverzekeraars om zorgverleners per contract tot een verplichte deelname aan het LSP en de verplichting om opt-in-toestemmingen van patiënten te verkrijgen zijn dus wederrechtelijk.

De Friesland

[In de overeenkomst die zorgverzekeraar De Friesland](#) aan de apotheekhoudende huisartsen aanbiedt staat de volgende bepaling in de rubriek Verklaringen:

“Verklaart U als zorgaanbieder dat aan de navolgende eisen voor een overeenkomst wordt voldaan.....”

- 5. De zorgaanbieder is voor de apotheek/ieder van de apotheken aangesloten op het LSP”*

Het aangesloten zijn op het LSP is dus een contractuele verplichting geworden. In de tekst van het contract staat verder dat deze passage opgenomen is in het kader van landelijke uniforme afspraken, hetgeen absoluut niet het geval is.

VGZ

In de overeenkomst vrijgevestigd huisarts 2018-2020 van [zorgverzekeraar VGZ](#) staat een nogal creatieve formulering.

“VGZ stimuleert en ondersteunt de realisatie van de benodigde infrastructuur voor elektronische uitwisseling van (medische) informatie van patiënten via de vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ). (Noot WJJ: VZVZ is beheerder van het LSP) De zorgaanbieder spant zich in om deze informatie via elektronische weg met andere zorgaanbieders uit te wisselen en

om zijn patiënten toestemming te vragen om zijn gegevens beschikbaar te stellen via bijvoorbeeld het LSP. Deze zogenoemde opt-in-regeling komt voort uit wetgeving ter bescherming van de privacy van de patiënt. De Landelijke HuisartsenVereniging(LHV) is één van de oprichters van de VZVZ. Zij hebben zich gecommitteerd aan de landelijke doelstelling. “

Wat we hier zien is een inspanningsverplichting die men contractueel probeert vast te doen leggen. Het is zeer opvallend dat in de eerste zin pregnant alleen de VZVZ wordt genoemd als beheerder van uitsluitend het LSP , en daarna in de tweede zin opeens de elektronische uitwisseling van medische data opeens breder wordt getrokken waarbij het LSP zogenaamd één van de opties is. Daardoor lijkt het alsof er bedoeld wordt op meerdere uitwisselingsystemen. Het is een poging om inspanningsverplichting opeens breder te trekken dan in de eerste zin bedoeld is. De LHV mag zich dan wel gecommitteerd hebben aan de landelijke doelstelling van het LSP, maar dat houdt geenszins in dat de LHV op welke manier dan ook sturend optreedt in het doen aansluiten van individuele huisartsen op het LSP of bij het vragen van opt-in-toestemmingen aan patiënten. De LHV houdt de motie Kuiken/Voortman goed in het achterhoofd.

Het roer moet om

Met het opnieuw invoegen van een contractuele verplichting houden de zorgverzekeraars zich ook niet aan afspraken die gemaakt zijn in het kader van Het ROER MOET OM(HRMO). In dat kader zijn afspraken gemaakt over de uniformering van contracten. Veel werk is er door zorgaanbieders binnen de HRMO-beweging gestopt in dit soort uniformeringsafspraken. Door net te doen door VGZ alsof de nu in het contract gebezigde formulering een afspiegeling is van afspraak tussen Zorgverzekeraars Nederland en HRMO frustreert VGZ alle inspanningen in HRMO-verband. [VPHuisartsen liet duidelijk weten](#) de acties van de zorgverzekeraars af te wijzen. De LHV

laat zich er in de media niet over uit, maar naar individuele leden toe lijkt de directie zich niet al te druk te maken en het een keer in overleg met Zorgverzekeraars Nederland in te brengen. Mijns inziens een verkeerd signaal omdat nu al contracten met de gewraakte passages ondertekening van huisartsen behoeven.

Boerenslimheid

In een Tweetreeks over dit onderwerp mengde zich Jaap de Bruin, bestuursadviseur van VGZ en stakeholdermanager aldaar. Die stelde dat de uniforme bepalingen die met HRMO waren afgesproken onverkort waren opgenomen, maar dat aanvullingen niet uitgesloten waren. Op die manier is elk overleg met zorgverzekeraars totaal zinloos omdat dan altijd overal aanvullingen bij bepalingen kunnen worden geplaatst. Het is een vorm van boerenslimheid, want dit soort acties maken de zorgverzekeraars tot een volkomen onbetrouwbare contractpartij.

TROG

Aangezien er geen individuele mogelijkheden zijn om over de contracten te overleggen en eigenlijk alleen maar wel of niet getekend kunnen worden, verdienen de overeenkomsten van zorgverzekeraars met huisartsen de naam TROG-contact. Wijlen Hans Nobel, huisarts en bestuurslid van VPHuisartsen, noemde die zo. TROG staat voor : Teken Rechts Onder Graag. Het is uitermate belangrijk om nu een duidelijk geluid te laten horen tegen de pogingen van zorgverzekeraars om weer een contractuele verplichting rond het LSP in de contracten op te doen nemen, zodat die passages uit de contracten worden gehaald.

[VPHuisartsen heeft bij De Friesland en VGZ geprotesteerd](#), waarna De Friesland met een aanvullende verklaring kwam, waarin toegegeven wordt dat er ten onrechte gerefereerd wordt aan landelijke afspraken(in het kader van HRMO. De Friesland

spreekt nu in een addendum bij het contract van een aanmoediging om mee te doen met het LSP en geen verplichting en zegt niet te gaan controleren op het al dan niet inspanden voor het LSP. In mijn optiek is de enige juiste weg het aanbieden van een nieuw contract zonder de vermelding van het LSP in enige bepaling. Zorgverzekeraar VGZ heeft trouwens nog niet gereageerd.

W.J. Jongejan