

NIP licht Tweede Kamerleden bewust onjuist in over ROM



Gisteren, 6 december 2018, hield de vaste Tweede Kamercommissie voor VWS [een algemeen overleg](#) over de geestelijke gezondheidszorg(GGZ). Een groot aantal onderwerpen passeerden de revue. Bij het onderwerp [“Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022”](#) was het gebruik van Routine Outcome Monitoring(ROM)-data een interessant punt. Het Nederlands Instituut van Psychologen(NIP) stuurde de leden van de Kamercommissie daags tevoren [een brief](#) over het niet deelnemen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten(VNG) aan het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2019-2022. In die brief haalt de voorzitter van het NIP, Jeroen Muller, op een niet mis te verstane wijze bewust negatief uit naar critici van het gecentraliseerd, zonder toestemming van de patiënt verzamelen van ROM-data voor kwaliteitsdoeleinden, benchmarking en zorginkoop. De opmerkingen in de alinea “Vertrouwen in ROM beschadigd” plaatsen de critici, verzameld in de actiegroep [Stop Benchmark met ROM](#), bewust in een negatief daglicht. De tekst verdraait namelijk op grove wijze datgene waar de critici voor staan. Voor iemand buiten de GGZ zou het haarkloverij kunnen lijken, maar niets is minder waar.

Wat staat er precies?

In de brief staat:

“Vertrouwen in ROM beschadigd

Het NIP maakt zich sterk voor een juiste toepassing en doorontwikkeling van ROM. Het vertrouwen in de ROM is ernstig geschaad door acties als Stop Rom. ROM zou een instrument om de voortgang van behandelingen met cliënten te monitoren en als reflectie om behandeling in de ggz te verbeteren. De administratieve lasten in de sector worden nog steeds zeer hoog ervaren.”

Het NIP draait de zaak in deze bizarre politieke uitspraak volkomen om. Let hierbij op het feit dat hij schrijft over ‘Stop ROM ‘ en niet over ‘Stop Benchmark met ROM’.

ROM-gegevens

Door het invullen van vragenlijsten voor, tijdens en na therapie kan een behandelaar in de GGZ samen met de cliënt de therapie evalueren en bijsturen. Dat zijn ROM-gegevens. Dat kan goed binnen de praktijk of instelling waarin die therapie plaats vindt op het niveau van de therapeut en de cliënt. Dat dient te geschieden met een toestemming van de cliënt na goede voorlichting over het doel en de uitvoering ervan. Dat heet een informed consent. Tegen dat specifieke gebruik van ROM-data bestaat GGZ-breed, ook bij ‘Stop Benchmark met ROM’ geen bezwaar.

Gekaapt

Het ingewikkelde is dat het gebruik van ROM-data gekaapt is door de grote instituties in en rond de GGZ, het ministerie van VWS inclusief, om er kwaliteit tussen instellingen mee te meten, zorgaanbieders en zorginstellingen te vergelijken(benchmarking) en te gebruiken voor zorginkoop. Het is dan ook niet vreemd dat centrale verzamelaar en be-/verwerker van ROM-data de Stichting Benchmark GGZ(SBG) volledig door Zorgverzekeraars Nederland(ZN) betaald wordt. Ook de opvolger van SBG, de Alliantie kwaliteit in de GGZ(Akwa), met als be-/ver-werker [De Nieuwe Entiteit](#) zal door ZN gedurende het eerste jaar betaald worden. Daarna betaalt het ministerie van VWS via de kwaliteitsgelden. Voor het

verkrijgen van de ROM-data voor die be-/verwerking **buiten de praktijk/instelling** gaat men helaas uit van de [“veronderstelde toestemming”](#) van de patiënt, een uiterst discutabele basis. Het begrip “veronderstelde toestemming” is het synoniem van stilzwijgende toestemming. Die kan slechts gehanteerd worden binnen de directe groep van mede-behandelaren van de patiënt. Het inschakelen van externe ICT-bedrijven om de ROM- data uit de dossiers te halen plus aanlevering EN verwerking door SBG- straks door De Nieuwe Entiteit- vallen daar geenszins onder. De grootste fout die ooit gemaakt is trouwens om centraal op persoonsniveau behandelinformatie te willen verzamelen.

Stop Benchmark met ROM

De mensen die in de actiegroep Stop Benchmark met ROM verzameld zijn hebben zoals eerder gezegd geen enkel probleem met het gebruik van ROM-gegevens binnen de therapeutische relatie. Het probleem zit 'm erin dat die data voor een doel waarvoor ze nimmer bedoeld en geschikt zijn, grootschalig, zonder toestemming verwerkt worden door een bedrijf buiten de instelling. Bovendien levert SBG, en straks Akwa, de data door aan derden. Een welbewuste toestemming op basis van goede informatie is noodzakelijk. Ondanks pseudonimiseren dienen de verstuurde ROM data namelijk toch beschouwd te moeten worden als tot personen herleidbare gegevens. De gedachte dat de kwaliteit van de therapie meetbaar zou zijn met de ROM-data is al jaren terug door een groot aantal hoogleraren ontzenuwd. De gedachte dat ROM-data als basis kunnen dienen voor financiering van de GGZ is al in begin 2017 afgeschoten [door de Algemene Rekenkamer](#).

Kwalijk

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de voorzitter van het NIP, Jeroen Muller, die de brief ondertekende, op uiterst kwalijke wijze de kritiek door 'Stop Benchmark met ROM' een negatief “frame” geeft. Het is strijdig is met de werkelijkheid. Het is ook geen verschrijving. Hij weet met de

vele bestuurs-petten die hij op heeft binnen de GGZ, echt wel hoe de hazen lopen in ROM-land.

Niet eerste keer

Het is zeker niet voor het eerst dat het bestuur van het NIP een dubieuze rol speelt bij het doorzetten van het ROM-men. Al [eerder in oktober 2017](#) liet ik in een artikel zien dat het NIP een heel aparte rol speelt op dat vlak. Je zou veronderstellen dat ze als een vertegenwoordiger van therapeuten het belang van de cliënt het meest zou dienen. Het bestuur van NIP bewijst bij monde van Jeroen Muller lippendienst aan de bureaucratische instituties en aan Zorgverzekeraars Nederland. Ze doet haar leden tekort.

W.J. Jongejan, 7 december 2018.

Correctie 10 december 2018 in alinea "Gekaapt": Betaling Akwa en De Nieuwe Entiteit is in 2019 nog via ZN, maar daarna door het ministerie van VWS via de kwaliteitsgelden.

Minister Schippers: patiënt heeft recht doorlevering ROM-data aan SBG te weigeren



Op 4 september 2017 beantwoorde minister Schippers van VWS [Kamervragen](#) die gesteld waren door de D66-Kamerleden Diertens en Verhoeven. De vragen gingen over patiënten die onder druk gezet worden om bijzondere persoonsgegevens in de vorm van ROM-data af te staan in de geestelijke gezondheidszorg(GGZ). Aanleiding was [het aanzeggen van een boete](#) van 45 euro aan een client van de GGZ-instelling Centiv, die geen [ROM-lijsten](#) wilde invullen als die vervolgens doorgestuurd werden naar de Stichting Benchmark GGZ(SBG). Bij de beantwoording van de vragen blijkt de minister toch opeens begrip te hebben voor het standpunt van hen die doorsturing van ROM-data weigeren. Ze zegt het dreigen met een boete door de GGZ-zorginstelling Centiv als onacceptabel te beschouwen. Daarbij zegt ze wel direct dat Centiv nooit daadwerkelijk is overgegaan tot het innen van de boete. Dat doet niets af aan het onder druk zetten van de patiënt door het aanzeggen van die boete. Graag zou ik in de volgende alinea's verder ingaan op de beantwoording van de Kamervragen.

Weigeren

Naast de "afspraken" tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders dat van vijftig procent van de behandelde patiënten ROM-data aangeleverd moeten worden aan SBG, geeft de minister in het antwoord op vraag drie nu aan dat de patiënt wel altijd de mogelijkheid moet hebben te weigeren om mee te werken aan ROM of geen toestemming te geven voor doorlevering van persoonsgegevens aan SBG. ROM-data zijn namelijk bijzondere persoonsgegevens, omdat ondanks dubbele pseudonimisering ze in theorie door intelligente koppeling aan andere databases tot individuen herleidbaar zijn. Bij dit alles moet men wel bedenken dat het gebruik van ROM-data in de individuele relatie tussen patiënt en therapeut wel van belang kan zijn om het therapieresultaat te evalueren. Dat beaamt de minister in het antwoord op vraag vier en vijf. Ze zegt daar opnieuw dat de patiënt de keuze moet hebben om niet mee te werken. Het financieel onder druk zetten voor het invullen van de ROM-

vragenlijsten acht zij niet acceptabel.

Haarkloverij

In vraag zeven wordt haar gevraagd of de zorginstelling per patiënt gekort wordt indien de zorginstelling onvoldoende ROM-data aanlevert. De minister geeft als antwoord dat de zorginstelling niet per patiënt gekort wordt. Dit antwoord getuigt van een irritante haarkloverij. Er vindt namelijk wel een generieke korting plaats op het zorgbudget van een instelling als er minder dan 50% ROM-data aan SBG aangeleverd wordt, dus wel een korting maar niet per patiënt. Dat was nu net de reden dat de GGZ-instelling Centiv met een boete dreigde. Dat de zorgverzekeraars op dit moment coulant omgaan met het percentage aangeleverde ROM-data zegt niets over de administratieve regeling om te korten. Coullance is een gunst, geen recht en vaak van incidentele of tijdelijke aard. Zodra de aandacht in de media over het opsturen van ROM-data etc geluwd is kunnen de zorgverzekeraars die coullance laten varen.

Andere wijzen van druk

De minister ontkent elke andere vorm van druk op patiënten om mee te werken om ROM-lijsten in te vullen. Die is er wel degelijk. Op LinkedIn gaf Paul Pieters, principal business consultant bij CGI aan dat hem bekend is dat enkele zorginstellingen in de GGZ [geen intake doen](#) voor behandeling als er geen ingevulde ROM-lijst is. CGI is een bedrijf dat zich bezig houdt met informatietechnologie en zakelijke dienstverlening, ook in de zorg.

Nuancering

In het antwoord op vraag twee staat een uitspraak van de minister die in principe voor haar een exit-strategie vormt als de dit jaar ontketende discussie over de verplichte ROM-levering aan SBG een nog groter momentum krijgt. Ze zegt daar op de vraag of de ROM-data wel gebruikt mogen worden voor benchmarkonderzoek het volgende:

“Partijen zullen steeds moeten (blijven)nagaan en benoemen waar de grenzen voor het zinvolle gebruik van ROM-gegevens liggen, wat de zeggingskracht is en wat de tekortkomingen zijn van de ROM-data”

Weeffout

Het probleem waar de minister mee zit is dat er een ernstige weeffout zit in het systeem dat bedacht is voor het doorleveren van ROM-data aan SBG. In de eerste plaats heeft men zich nooit gerealiseerd dat er sprake zou kunnen zijn van herleidbaarheid tot individuen, waardoor de data als bijzondere persoonsgegevens beschouwd moeten worden en ze onder zeer strikte regelgeving vallen. In de tweede plaats heeft men een verplichting tot aanlevering door zorgaanbieders bedacht met financiële sancties door zorgverzekeraars bij het niet halen van een afgesproken percentage, terwijl de patiënt om wiens data het gaat daar geen contractpartij in is. Dat is vragen om problemen.

In ieder geval lijkt het er nu op dat de minister een heel voorzichtige beweging aan het maken is om zonder gezichtsverlies dit dossier achter zich te laten. In ieder geval getuigt het van enig realisme.

W.J. Jongejan

**Wet 33980 middel in queeste
VWS om niet-gecontracteerde**

zorg te knechten



Op 8 oktober begint de Eerste Kamer(EK) met de behandeling van het wetsontwerp 33980, met als doel het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving in de zorg. Het gaat nog niet om een plenaire behandeling, maar om het doen van het zogenaamde voorbereidende onderzoek door de EK-commissie voor VWS. Over het wetsvoorstel is veel reuring ontstaan. In veel media staan berichten over aantasting van het medisch beroepsgeheim. Het gaat in dit wetsvoorstel om de materiële controle van zorgdossiers mogelijk te maken voor de laatste categorie verzekerden voor wie dit nog niet gold, namelijk degene die een restitutiepolis afsloten. Inzage in zorgdossiers door medisch adviseurs van zorgverzekeraars bestond al voor naturapolissen. Met 33980 wordt de doorbreking van het medisch beroepsgeheim voor restitutiepolissen volledig gelijkgesteld met die voor naturapolissen. Medisch adviseurs van zorgverzekeraars konden al bij de restitutiepolissen een zogenaamde materiële controle van het zorgdossier bij gecontracteerde zorgaanbieders doen. Door de volledige gelijkschakeling in wetsontwerp 33980 geldt dat ook voor niet-gecontracteerde zorg.

Doorn

Niet-gecontracteerde zorg is de minister van VWS al lange tijd een doorn in het oog. In het verleden zijn daarover al meerdere rechtszaken gevoerd, onder andere over de hoogte van de vergoeding die de zorgverzekeraar moet betalen indien de

zorgaanbieders geen contract heeft. De minister heeft geprobeerd invloed te krijgen op deze situatie door het maken van een wijziging in artikel 13 van de ZorgVerzekeringsWet(ZVW). Door het inperken van de keuzevrijheid van zorgaanbieders met dit te wijzigen artikel zouden zorgverzekeraars minder last gaan krijgen van het moeten betalen van niet-gecontracteerde zorg. De Tweede Kamer stemde in met de wijziging, [maar de Eerste Kamer niet na een tumultueus debat op 16 december 2014.](#) Het ministerie van VWS en zorgverzekeraars zijn zo gefocust op het inperken van niet-gecontracteerde zorg omdat zorgverzekeraars deze zorg moeten vergoeden tot een niveau dat de kosten geen feitelijke hinderpaal zijn voor de verzekerde op de hulp in te roepen. Zorgverzekeraars verloren daar meerdere rechtszaken over, waarop de minister liet weten daar “not amused” over te zijn. Over het algemeen geldt daarbij een hoogte tot 70 % van het gecontracteerde tarief. [De Hoge Raad deed daar op 11 juli 2014 uitspraak over.](#)

Proportionaliteit

Elke voorgenomen privacy beperkende wettelijke maatregel dient getoetst te worden aan de grondwet en aan het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens(EVRM). [De Raad van State vroeg dat bij het wetsontwerp 33980 dan ook expliciet aan de minister in haar nader advies](#) zonder over die toetsing zelf een uitspraak over te doen. Zeer recent lieten zowel [advocaten van de VVAA](#) als die van [het advocatenkantoor Spong](#) in een brief aan de Eerste Kamer weten dat zij het wetsontwerp strijdig achten met het artikel 8 EVRM. Beargumenteerd wordt dat de privacy van de patiënt zwaarder weegt dan het financiële belang, de fraudebestrijding. Het gaat hier om de proportionaliteit, d.w.z. de afweging of een interveniërende handeling te rechtvaardigen is in het licht van de inbreuken die daarbij gemaakt worden en-of negatieve gevolgen die mogelijk optreden.

Daarnaast speelt altijd de subsidiariteit, d.w.z. of er

maatregelen/manieren zijn bedacht om tot hetzelfde doel te komen met minder ingrijpende middelen. Hier heeft de minister onvoldoende oog voor gehad en blijkt ze ook in de beraadslagingen in de Tweede kamer geen oog voor te willen hebben.

Niet-gecontracteerde zorg

Het net van overheids- en zorgbemoediging rond de niet-gecontracteerde zorgaanbieder sluit steeds verder. Zo geldt de verplichting om mee te doen met het aanleveren van de Routine Outcome Monitoring (ROM) in de GGZ per 1 januari 2017 niet alleen voor de gecontracteerde psychotherapeuten maar ook voor zij die dat niet zijn. Het niet-gecontracteerd zijn kan een zeer bewuste keuze van de zorgaanbieder zijn in een als steeds knellender ervaren wereld van regelgeving en andere beperkingen. Ook kan het van patiënten een zeer bewuste keuze zijn.

Planmatig

Via diverse wegen probeert de minister van VWS dus het bestaansrecht van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder onderuit te halen. Zoals in diverse media al terecht betoogd is, haalt het wetsontwerp 33980 het medisch beroepsgeheim niet opeens onderuit, maar beoogt het een verdere stap te zijn in de aantasting die eerder begon. De minister probeert tegelijk een zeer betekenisvolle stap te zetten op het pad van het inperken van de mogelijkheden om van niet-gecontracteerde zorg gebruik te maken. De vraag is ook hoe dit zich verhoudt met [het zogenaamde hinderpaal-criterium dat in de Hoge Raad in het bovengenoemde arrest verwoordt](#). Door het steeds verder belemmeren van de niet-gecontracteerde zorg hindert het ministerie van VWS deze in ernstige mate.

W.J. Jongejan

Ronkende eHealth-promo-praat van VWS richting Tweede Kamer



Bij het lezen van [de brief die de bewindslieden van VWS, Schippers en van Rijn, op 6 oktober j.l. naar de Tweede Kamers stuurden over eHealth](#) merkte ik dat het ministerie alle registers met managementtaal open heeft getrokken om eHealth te promoten. eHealth is door het ministerie van VWS omarmd om de zorg toekomstbestendig te maken. Bezuinigingen door eHealth zijn al ingeboekt. Het moet en zal dus een succes worden voor VWS. De brief, met als titel “Voortgangsrapportage eHealth en zorgvernieuwing” laat zich lezen als een stuk met ronkende stimuleringstaal. Daarbij valt er ook weer geld van VWS te vergeven. 105 miljoen euro over drie jaar verdeeld plus nog eens 20 miljoen euro. De kost gaat blijkbaar voor de baat uit, want het ministerie is meestal niet zo scheutig. De minister lijkt te verwachten door toename van de efficiëntie of substitutie veel geld te besparen in de toekomst.

PR

De Kamerbrief is subtiel van opzet. Bang dat het stimuleren van technologische oplossingen en met name ICT kil overkomt begint deze met het ten tonele voeren van [Tim](#), een patiënt met multiple medische problemen, voor wie eHealthtoepassingen veel betekenen. Het is alleen niet bepaald de gemiddelde zieke

burger. Maar zo krijgt eHealth even een menselijk gezicht. In de samenvatting op pagina één tot en met vier gaan de opstellers helemaal los. Ze schetsen eerst een zorglandschap waarin allerlei eHealthtoepassingen bottom-up lokaal en regionaal ontstaan met eventueel een landelijke potentie. Beeldzorg wordt er ook weer bijgehaald. Het aparte is dat beeldzorg nu juist iets is dat kleinschalig wel gedijt, maar [waarbij het opschalen naar grote aantallen gebruikers nergens goed blijkt te werken](#). Zelfs de [Gartner hype cycle](#) en de [Rogers innovatie curve](#) worden erbij gehaald om te beargumenteren dat validatie, marktontwikkeling en succesvolle implementatie en opschaling de nodige tijd en inspanning kosten. VWS geeft hiermee aan wel te moeten acteren. VWS stelt dat belangen doorbroken moeten worden voor een succesvolle samenwerking. Helaas komen andere belangen van overheden, zorgverzekeraars en ICT-bedrijven daarvoor in de plaats.

Snelle actie met snelle namen

Onder het motto het huidige tempo van adoptie van eHealth verder te optimaliseren komt de minister met nieuw acties.

- Het organiseren van een **nationale eHealth-week** voor burgers, mantelzorgers, patiënten en zorgprofessionals in januari 2017. Het is te hopen dat de minister en de staatssecretaris niet dezelfde onzin gaan uitkramen als in september dit jaar. In de aanloop naar de Europese eHealth-week zeiden ze dat in 2030 alle ziekenhuizen niet meer nodig zullen zijn.
- Er moet een **Fast Track initiatief** komen om sneller en *duurzamer* (de vraag was wanneer dat modewoord een keer zou gaan vallen) op te schalen.
- Het openen van een laboratorium voor **Health Impact Bonds (HIB)** om organisaties te adviseren en steunen bij de totstandkoming van deze Bonds.. Hier had ik het gevoel het spoor even bijster te zijn. Via Google werd het mij duidelijk het een [nieuw financieringsinstrument is voor de implementatie of opschaling van projecten](#),

een nieuwe vorm van publiek-private samenwerking. Het is een instrument om private investeerders/fondsen, zorgverleners, zorgverzekeraars en ministeries te committeren aan innovatie in de zorg. Bij een HIB financiert een private investeerder een interventie die gezondheidswinst en kostenbesparingen oplevert. Dan kunnen investeerders uit die besparingen worden terugbetaald door die partij bij wie de besparingen vallen. Health Impact Bonds lijken veelbelovend, maar tegelijk zijn er ook duidelijke knelpunten. Bijvoorbeeld het aantonen van causaliteit en van besparingen, de meetbaarheid en beschikbare data, perverse prikkels in het zorgsysteem, meerdere opdrachtgevers en hoge transactiekosten.

- Er gaat een **Innovatiecurriculum Gezondheid & Zorg** komen in samenwerking met ReShape Center van het RadboudUMC en betrokkenheid van het Canadese MaRS, een non-profit organisatie op het gebied van innovatie, en het uiterst commercieel opererende Singularity University. [Dat is gewoon een bedrijf met winst oogmerk en heeft niets maar dan ook niets te maken met een universiteit.](#) Het enige wat het doet is congressen organiseren over innovatie..
- **Handelsmissies worden opgetuigd** naar Japan, de VS en Canada om eHealth-toepassingen uit te venten. De Hollands koopman komt weer boven.
- **Het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional(VIPP)** gaat de komende drie jaar 35 miljoen euro per jaar krijgen.

Dadendrang

Nog is de lijst van voorgenomen activiteiten uitgepunt. Er volgen nog wat actiepunten.

- VWS ondersteunt de ontwikkeling van een **persoonlijke gezondheidsomgeving(MedMij)** door een coalitie onder leiding van de Patiëntenfederatie Nederland(PN). Heel vreemd is dat niet want de PN

wordt voor meer dan 80 procent door subsidies van VWS gesponsord en is zo een trouwe vazal van VWS. Opvallend is dat niet meer gesproken wordt van een persoonlijk Gezondheids Dossier (PGD). Blijkbaar heeft dat inmiddels een negatieve connotatie.

- Het programma **Zorg voor Innoveren** van VWS met de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en ZonMW wil meer bekendheid gaan geven aan de regelgeving.
 - VWS en NZa verruimen de beleidsregel **Zorginnovatie**
 - VWS en het ministerie van Economische Zaken gaan met bedrijven en andere veldpartijen werken aan **Healthdeals**.
 - VWS wil “vernieuwers” samenbrengen in een ‘**dwarsdenknetwerk**’.
 - In het **Startup2scaleupnetwerk** moeten startups, incubators, financiers, patiënten en zorgaanbieders ervaringen uitwisselen en nieuwe initiatieven onderzoeken.
- **Het landelijk netwerk zorginnovatie** wordt ondersteund door VWS.
 - Er komen **zorginnovatiewinkels**, waar mensen de mogelijkheden van digitale zorg kunnen ervaren.

Identificatiemiddel

Tussen die ronkende promopraat staat ook het afhankelijk zijn van het ontwikkelen van een betrouwbaar publiek identificatiemiddel (eID). Hiermee staat of valt de toegang tot zorgdata. Het nieuwe identificatiemiddel was onderwerp van [veel kritiek](#) nog voor het in de Tweede Kamer besproken gingt worden. [Van meerdere kanten](#) door niet de minsten, werd de Tweede Kamer benaderd met waarschuwingen rond de gang van zaken rond het eID, nu opeens Idensys-systeem genoemd. [De vaste Tweede Kamercommissie voor Binnenlandse zaken op 29 september](#) was dan ook uiterst kritisch over de plannen van

minister Plasterk. Het betekent dat alle mooie plannen van VWS afhankelijk zijn van de implementatie van een nu al ter discussie staand identificatiemiddel.

Promo-praat

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn dat de bewindslieden van VWS met veel verbaal geweld proberen eHealth er bij zorgverleners en burgers door te drukken. De Kamerbrief laat zien dat er grote bemoeienis is geweest van PR- en beleidsmedewerkers. De plannen verschaffen ook zeker weer werk voor zorgconsultants, die alle plannen moeten gaan begeleiden. Of de zorg nu erg gebaat is met eHealthplannen die top-down opgelegd gaan worden is maar helemaal de vraag. Organische groei van die eHealth-toepassingen die waardevol gebleken zijn is een verstandiger weg om te begaan dan het van bovenaf doordrukken van wilde plannen. De brief van de bewindslieden heeft iets weg van twee pubers, die iets mooi en gaaf vinden, maar er toch bange gevoelens bij hebben, en zich overschreeuwen als ze het erover hebben.

W.J. Jongejan

Voorkom uitholling van medisch beroepsgeheim. Doe een beroep op de senaat.



Het wetsontwerp 33980 ligt nu bij de Eerste Kamer na **goedkeuring in de Tweede Kamer**. De naam van dit voorstel is officieel Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving. **Door deze wetswijziging worden de mogelijkheden om in het belang van fraudebestrijding het medisch beroepsgeheim op te heffen volledig.** Tot nu toe kon met een keuze voor een restitutiepols een patiënt zijn privacy beschermen. Met de beoogde wijziging is dat ook niet meer mogelijk. Veel zorgverleners zien dit wetsvoorstel als de zoveelste poging om het medisch beroepsgeheim uit te hollen dan wel af te schaffen. De website www.privacybarometer.nl heeft het initiatief genomen senatoren te benaderen per email om hen te bewegen tegen het wetsontwerp te stemmen. Het wetsontwerp wordt gezien de omvang van het probleem, fraudebestrijding in de zorg, dat de minister ermee wil bestrijden als disproportioneel beschouwd door zorgverleners.

Achtergronden(bron: [privacybarometer](http://www.privacybarometer.nl))

Zorgverzekeraars krijgen met dit wetsvoorstel wettelijke bevoegdheden om fraude op te sporen. Als er vermoedens van fraude zijn, moet de zorgverzekeraar een stappenplan volgen om te kunnen vaststellen of er gefraudeerd is. De eerste stap gaat het minst diep en heeft de minste impact op privacy. Met elke volgende stap kan de verzekeraar meer gegevens opvragen. De laatste stap is de inzage in de medische dossiers van mensen. Elke volgende stap mag pas genomen worden als de vorige geen duidelijk antwoord gaf of het fraude betreft. De

precieze voorwaarden bij de stappen en de voorwaarden bij de inzage in het medisch dossier worden later door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. De Tweede Kamer krijgt daarbij inspraak. Als het daadwerkelijk tot de laatste stap komt en de zorgverzekeraar heeft in het medische dossier gekeken, moet zij de patiënt binnen drie maanden hierover inlichten. Dus achteraf in plaats van wat veel wenselijker is: toestemming vragen vooraf.

Medisch beroepsgeheim([bron: privacybarometer](#))

Dit wetsvoorstel is een inperking van het medisch beroepsgeheim. Commerciële zorgverzekeraars krijgen immers de mogelijkheid om medische dossiers van mensen in te zien zonder daarvoor toestemming te vragen. Dat is een fundamentele koerswijziging. Het medisch beroepsgeheim is er om de zorg toegankelijk te maken. Mensen kunnen in vertrouwen hun problemen voorleggen, zonder dat ze bang hoeven zijn dat deze veelal intieme informatie bij anderen terecht komt. Door die zekerheid zoeken mensen tijdig hulp, waarmee niet alleen hun eigen gezondheid is gediend, maar ook de gezondheid van de samenleving als geheel. Eerder besloot de Tweede Kamer ook al dat [justitie in medische dossiers mag kijken](#) om de toerekeningsvatbaarheid van verdachten te beoordelen. Het trieste is dat voor fraudebestrijding in de zorg naar het oordeel van het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg(iBMG) geen uitbreiding van bestaande wet- en regelgeving nodig is. [Dit staat vermeld in een rapport dat door het instituut is opgesteld](#), nota bene in opdracht van het ministerie van VWS.

Beroep op senatoren

Uiteraard wil niemand het plegen van fraude verdedigen en is er ook niets tegen het terugdringen ervan. Het is wel zeer bezwaarlijk dat zonder toestemming vooraf van patiënten/cliënten zorgverzekeraars medische dossiers zouden mogen inzien voor dat doel. Op 13 september j.l. heeft de

Tweede Kamer ingestemd met het wetsvoorstel 33980 die dit mogelijk moet maken. Het is de verwachting dat de Eerste Kamer in december 2016 over dit voorstel zal stemmen.

Als u ook van mening bent dat het medisch beroepsgeheim niet verder uitgehold moet worden kunt u [door op deze link te klikken een kant-en-klare brief vinden](#) die kan worden gestuurd aan senatoren in de commissie volksgezondheid die nog twifelen over hun stem. De relevante mailadressen van de senatoren die zitting hebben in de vaste Kamercommissie voor VWS staan in bovenstaande link met de brief vermeld. Door op de naam van een senator te klikken zal uw mailprogramma een mail aan die senator adresseren. U kunt uw eigen tekst er in zetten maar ook met knippen een plakken van de voorbeeldbrieftekst.

Een tweede mogelijkheid is om via een petitie uw stem te laten horen:

<https://schrapp3398016.petities.nl>

Nog beter is het natuurlijk om beide te doen!

Ondersteuning

De actie van Privacybarometer wordt ondersteund door de Stichting Koepel van DBC-vrij Praktijken (KDVP). Deze zet zich in voor het behoud van privacy en vertrouwelijkheid binnen de (geestelijke) gezondheidszorg door het beheer van privacygevoelige informatie geheel te laten bij cliënt en hulpverlener. De KDVP procedeerde met succes meermalen tegen de verplichting om diagnose-informatie op declaraties van GGZ-hulpverleners te moeten zetten.

Ook ik kan mij volledig aansluiten bij het beroep dat nu gedaan wordt de senatoren op andere gedachten te brengen.

Laat het medisch beroepsgeheim niet verloren gaan.

W.J. Jongejan

23-10-2016: [Het Platform Bescherming Burgerrechten](#) ondersteunt ook deze actie, evenals Specifieke Toestemming.

Kamervragen over onveilige webbrowsers i.v.m. UZI-pas. VZVZ dekt zich in



[Op 21 september meldde ik op deze website dat alle UZI-pas-houders een email van het UZI-register gekregen hadden.](#) Het UZI-register valt onder de dienst CIBG van het ministerie van VWS. [In die email stond](#) het dringende verzoek om met ingang van 1 oktober geen update van de webbrowsers te doen. Dat is dus overmorgen. Het heeft te maken met het uitfaseren per 1 oktober van de browser-hulpprogramma's Java en Active X door de leveranciers van webbrowsers. Doet men de browser-updates wel, dan zal de UZI-pas niet meer werken was de boodschap. Deze pas is niet alleen in gebruik voor de autorisatie en authenticatie als een zorgaanbieder gebruik wil maken van het Landelijk SchakelPunt(LSP)om zorgdata uit te wisselen. Veel

apotheek- en huisartsinformatie-systemen maken gebruik van de UZI-pas om werkers in te laten loggen in het systeem. Dat maakt dit probleem zeer pregnant. Inmiddels zijn door [de Tweede Kamerleden Verhoeven en Dijkstra vragen gesteld](#) over deze materie.

Webbrowsers

De Kamerleden focussen niet zozeer op het niet meer kunnen werken van zorgaanbieders door het uitvallen van het inlogsysteem met de UZI-pas, maar meer op het feit dat een webbrowser, waaraan geen updates uitgevoerd worden, snel kwetsbaar wordt voor indringers. Er komen namelijk geen beveiligingsupdates voor de webbrowser meer binnen. Een indringende vraag van hen is dan ook of de inhoud van de brief door het ministerie van VWS gecoördineerd is met het Nationaal Cyber Security Centrum (NCSC)? Indien dat niet het geval is vragen de Kamerleden of de minister bereid is alsnog advies in te winnen bij het NCSC. Op zich is dit een zeer relevante vraag, maar daarnaast zou er ook aan de minister gevraagd moeten worden hoe ze denkt om te gaan met de verantwoordelijkheid voor de goede werking van zorginformatiesystemen van zorgaanbieders(huisartsen en apotheken). Onder verantwoordelijkheid van het ministerie is een inlog-systeem opgetuigd met de UZI-pas, die alleen maar kan werken als een keten van software(en hardware) naar behoren werkt. Daarbij blijken nu hulpprogramma's voor webbrowsers de zwakke schakels in de keten te zijn.

VZVZ

Het kan geen toeval zijn dat de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) op het zorgverleners- en het ICT-leveranciersdeel van haar website net 24 uur voordat het UZI-register haar dringende email deed uitgaan een onschuldig lijkend artikel publiceerde, genaamd: [“Werken in de LSP-keten”](#). Daar zal wel enige overleg kort ervoor met het

ministerie(UZI-register) als initiatiefnemer aan vooraf zijn gegaan. Wel heel toevallig gaat het artikel over storingen in de LSP-keten, waarbij een paar mogelijkheden werden genoemd met als laatste het geval dat de UZI-pas niet goed werkt. De zorgverlener kan dan klikken op een link naar een document genaamd "[Storingen in het LSP-Incidentmanagement](#)". De inhoud van dit zeer recent gemaakte stuk komt het erop neer dat de op het LSP-aangesloten zorgaanbieder vooral de helpdesk van de eigen ICT-leverancier moet bellen. Fijntjes wordt gewezen op [het Convenant gebruik landelijke infrastructuur 2016-2020](#) waar de rollen van alle deelnemers in beschreven staan. Mocht het totaal onduidelijk zijn waar een storing in de LSP-werking vandaan komt dan ziet VZVZ nog wel een faciliterende taak voor haar eigen helpdesk.

Pers

Inmiddels hebben diverse media op het internet dit probleem met de UZI-pas opgepikt. Meerdere websites uit de [ICT-](#) en [beveiligingsbranche](#) brengen het bericht over de email van het UZI-register aan de pashouders. Op de website [www.huisartvandaag.nl](#) stond in een reactie op het eerdere artikel over dit onderwerp van mijn hand (dat ook daar verscheen), dat een huisarts op 25 september al meldde dat een update van Windows 10 bleef hangen op de software van Safe Sign(UZI-pas software). De waarschuwing verscheen bij hem dat installeren van de update de software van de UZI-pas onbruikbaar maakte. Het is net geen oktober. Over een paar dagen gaan we zien hoe groot het probleem wordt.

Wordt uiteraard vervolgd. Morgen is het 1 oktober.

W.J. Jongejan

eHealth: de nieuwe kleren van de keizer



Een waar media-offensief is op dit moment gaande om eHealth te promoten. Het grote publiek, de zorgaanbieders, maar ook de leden van de Tweede Kamer worden bestookt met ronkende taal over de zegeningen van eHealth. Bedachte besparingen worden al ingeboekt. De indruk wordt gewekt dat eHealth “hot” is. Bij lezing van de [brief aan de Tweede Kamerleden](#) en de [eerder gepubliceerde eHealth-monitor 2015](#) met als titel : “Tussen vonk en vlam” valt op dat er eigenlijk nog maar weinig substantieels bereikt is en dat het vooral gaat om het aanjagen/stimuleren. Het is woordgebruik dat herinneringen opwekt aan de stimulering van het gebruik van het Landelijk SchakelPunt(LSP) door het ministerie van VWS in een recent verleden.

Sprookje

Wie kent het [sprookje van de nieuwe kleren van de keizer](#) niet, gepubliceerd door Hans Christiaan Andersen in 1837. De modebewuste keizer, die alle trends volgde en blasé geworden was, laat zich door enkele bedriegers wijsmaken dat hij onzichtbare kleren krijgt, die alleen hij zelf ziet. Zijn onderdanen durven er niets over te zeggen ook al loopt hij naakt rond. Tot een kind zegt dat de keizer in zijn blootje loopt en de bedriegers ontmaskert. Alle onderdanen lachen hem uit en de koning weet niets beters dan trots, maar wel naakt,

door te lopen naar zijn paleis.

eHealth

De definitie ervan is: het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën, met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Van Rijen et al., 2002). Veel vormen van gebruik van ICT vallen in de zorg onder het begrip eHealth. Patiëntportalen (afspraken, herhaalmedicatie en e-consulten), medische apps voor de smartphone, zorg op afstand valt er onder. Het is de zogenaamde laag-complexe zorg . [Op 5 oktober j.l.](#) heeft minister Schippers van VWS aangekondigd 127 miljoen euro uit te geven aan duurzame medisch technologische innovatie, zowel ten behoeve van de hoog-complexe zorg als voor de laagcomplexe. Geld dat ook naar eHealth gaat.

Weinig progressie

Zowel in de brief aan de Tweede Kamer, als uit de eHealth-monitor blijkt al snel dat er eigenlijk nog maar weinig bereikt is met eHealth. De minister constateert dat introductie van innovatieve geneesmiddelen en behandelingen bijna vanzelf gaan, maar dat de eHealth onvoldoende van de grond komt. Ook de titel van de eHealth-monitor "Tussen vonk en vlam" is in dat kader veelbetekenend.

VWS wil vasthouden aan de inmiddels al weinig realistisch gebleken doelstellingen die [op 2 juli 2014 geformuleerd](#) werden, namelijk:

- Tenminste 80 % van de chronisch zieken en 40% van de overige Nederlanders moeten toegang hebben tot hun medische gegevens in 2019
- 75% van de chronische zieken en kwetsbare ouderen moeten zelfstandig metingen kunnen uitvoeren in combinatie met monitoring op afstand
- Iedereen met zorg en ondersteuning thuis moet in 2019 desgewenst via een beeldscherm 24 uur per dag met een

zorgverlener kunnen communiceren.

De minister constateert zelf al dat er nog weinig bereikt is, want even later staat in de Kamerbrief in de zogenaamde nulmeting uit 2015:

- Slechts 10 % van de chronische zieken heeft inzage gehad in de eigen medische gegevens
- 40% van de chronische zieken voert zelfstandig metingen uit, terwijl het elektronisch delen van die data met de arts slechts bij 7 % van chronisch zieken en 13% van de kwetsbare ouderen voorkomt.
- Slechts 5 % van de mensen die thuis zorg ontvingen in 2014 konden met een beeldscherm contact maken met een zorgverlener.

Het moge duidelijk zijn dat de doelstellingen weinig realistisch zijn gezien de omvang en het beoogde tijdspad. Voorbijgegaan wordt aan zaken die al lang bekend zijn. Apps kunnen wel van alles meten maar veel verkregen metingen zijn zeer vaak niet gevalideerd en daardoor moeilijk in te passen in ICT-systemen waar wel-gevalideerde uitslagen van laboratoria zitten. [Telezorg of zorg op afstand](#) (met beeldschermen) lijkt theoretisch heel aardig maar blijkt nergens echt goed te landen ondanks intensieve stimulatie. [25 % van de ouderen heeft geen internet-ervaring](#). Bovendien moet eHealth uitnodigen tot gebruik en dat is zeker bij patiëntportalen vaak niet het geval. Bovendien missen mensen bij allerlei elektronische voorzieningen het gewone, warme, intermenselijke contact.

Ronkende toon

De toon in alle stukken van het ministerie en van NICTIZ is dat zoveel dingen technisch mogelijk zijn en dat het zo jammer is dat het allemaal nog niet of onvoldoende gerealiseerd is. Daarbij wordt veelvuldig naar het werkveld en de beroepsorganisaties gewezen, waarbij woorden als

koudwatervrees en weerstand vallen. Het aanbieden van de eHealthmonitor en de daaropvolgende Kamerbrief is met het nodige mediaspektakel begeleid. Krant, tv-journaal, radio en internet stonden opeens vol van wat er allemaal al niet kan met handige apps en slimme ICT-toepassingen, die zoals eerder gemeld nog niet bepaald gemeengoed zijn. Er is sprake van een PR-matig verwachttingsmanagement, waarbij de indruk gewekt wordt dat het er allemaal kan zijn als de zorgverleners maar doorpakken. Het is dezelfde media-retoriek die we eerder zagen en zien rond de introductie van het gebruik van het LSP vanaf 2008. Ook toen werd een verwachting bij de burgers gewekt die niet aansloot bij de werkelijkheid. Het is een manier van top-down een bepaalde ontwikkeling te willen afdwingen die bottom-up langzaam tot stand komt. Vroeg of laat leidt die strategie tot grote problemen.

Helaas

Aan het einde van de brief wordt door de minister de indruk gewekt dat de zorgverleners moeilijk afscheid nemen van oude processen. Bedrijfseconomische argumenten worden er bij gehaald met de opmerking dat afschrijvingen op bestaande investeringen nieuwe ontwikkelingen in de weg staan. Deze opmerkingen voeden de gedachte dat het werkveld andere werkwijzen en technieken min of meer in de weg staat. Als er één gebied is in de zorg waar de ICT volledig en snel zijn intrede heeft gedaan is het de huisartsgeneeskunde wel geweest. Veel sectoren in de zorg lopen qua automatiseringsgraad daar nog bij achter.

Ehealth is handig, nuttig en soms besparend als het van onderaf organisch groeit onder het motto "Wat goed is komt vanzelf". Het is weinig productief om het van boven af aan te jagen.

De huidige PR-strategie van het ministerie en het door haar gefinancierde NICTIZ rond eHealth creëert helaas een hoge verwachting zonder daadwerkelijke inhoud. De nieuwe kleren van

de keizer dus, waar alleen de keizer in gelooft.

W.J. Jongejan