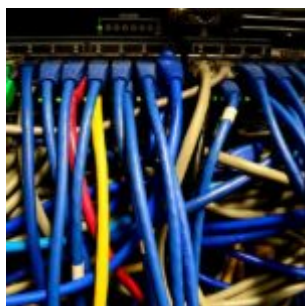


Loze, bonte, beweringen van Bruno Bruins in regiebrief over zorg-ICT



Op donderdag 20 december 2018 zag de al enige maanden terug [aangekondigde regiebrief over de zorg-ICT](#) het daglicht. Vol met op het oog krachtige taal. Berichtgeving in de media en druk van Kamerleden over “haperende ICT in de zorg” geeft de minister voor Medische Zorg Bruno Bruins aan als reden voor het aankondigen van meer regie. Meer regie vanuit het ministerie van VWS om belemmeringen in de elektronische gegevensuitwisseling aan te pakken. Digitaal moet het nieuwe normaal worden en het gaat allemaal niet snel genoeg. Er is trouwens een zeer pregnante reden voor minister Bruins om krachtige taal uit te slaan, namelijk om het zieldogende Landelijk SchakelPunt(LSP) zien te redden. Daarmee kunnen wel medicatieoverzichten op redelijke schaal worden opgevraagd bij de bron, maar stagneert het uitwisselen van medische data fors. Vooral omdat meer dan de helft van de Nederlanders geen opt-in-toestemming geeft voor het doen delen overzichten van gegevens die bij huisartsen zijn vastgelegd.

Roep om sterke man

Het afgelopen jaar werkte het ministerie van VWS al toe naar het inzetten van een sterke man bij digitale zorgcommunicatie. [Het regisseerde het zelf.](#) Daarbij werd VWS geholpen door de [drie regeringspartijen\(VVD, CDA en D66\)](#) die in juni 2018 een

motie indienden om de deelname aan elektronische zorgcommunicatie verplicht te stellen, zonder te vermelden of het voor de zorgaanbieders, de burgers of beide zou moeten gelden. De vraag naar het inzetten van een sterke man wordt door de media na het uitkomen van de regiebrief nog versterkt in de commentaren. Bij [NOS](#), [NRC](#), [Volkskrant](#) etc is de ondertoon toch dat het allemaal niet verder kan zoals het nu gaat en dat er rap iets aan gedaan moet worden. Het wonderlijke is dat Bruno Bruins helemaal niet het type is van een onverschrokken, sterk politicus, maar eerder een wat bedeesd en aarzelend optredend politicus. Dat was ook te zien bij het recente faillissement van twee ziekenhuizen.

Grote woorden

De brief van zes en een half A4-tjes staat vol met aankondigingen van verplichte zaken. Welgeteld **zestien** keer zie je die vorm van sturing voorbij komen. Bij nauwkeurige beschouwing van de tekst is het vooral op een geval van blufpoker. Grote woorden, krachtige taal, gebruikt hij rond al in gang gezette trajecten, die echter intrinsiek lastig te realiseren zijn en dus veel tijd en moeite kosten. Met grote woorden zoals regie en “wettelijke verplichting” gaan dat soort processen niet bepaald sneller lopen. Mocht er toch tijdswinst zijn dan zal dat ten koste gaan van de nauwkeurigheid, dus veiligheid voor de patiënt. Het is nooit onderzocht hoeveel fouten er door ICT veroorzaakt worden. Maar het is volgens de minister nu wel “heel gevaarlijk” en “moet snel anders”. [Dat is lekentaal en een vorm van bangmakerij.](#)

Voorsorteren op het LSP

Na het in 2011 unaniem afwijzen door de Eerste Kamer van het wetsvoorstel op het Landelijk Elektronisch Patiënt dossier nam deze Kamer een motie aan. De motie Tan, verzocht de minister van VWS elke beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking aan de landelijke infrastructuur voor elektronische gegevensverwerking te beëindigen. Bruno

Bruins haalt dat expliciet aan in hoofdstuk 2 om daarna te stellen dat die motie teveel vrijblijvendheid creëerde. Het nemen van meer regie betekent volgens hem een koerswijziging ten opzichte van deze lijn. De motie Tan zag ook toe op het gebruik van het LSP na de private doorstart van het LSP. **Door het zeer expliciet vermelden van de motie Tan laat de minister duidelijk zien dat zijn inspanningen eigenlijk in hoofdzaak het gebruik van het LSP betreffen.** Hij sorteert voor op één systeem terwijl alternatieven bewust niet genoemd worden

Al lopende zaken

De minister wil verplichte eenduidige afspraken over taal, Eenheid van Taal. Dat is echter een project dat [eerder dit jaar](#) gestart is en op zich al een invoeringstraject van acht jaar kent ([Roadmap 2018-2016](#)). Het hele traject is zo opgezet dat alle zorgaanbieders gaan meedoen. Het vereist wel een zeer grote zorgvuldigheid. Zoiets laat zich door hard roepen niet versnellen. Daarnaast memoreert hij aan het verplicht gebruik van bouwstenen voor taal en techniek. Dat gaat om de zogenaamde [zorg-informatie-bouwstenen\(ZIB's\)](#). Het is een project dat Nictiz, het standaardisatie-instituut voor de zorg, al in 2013 mee begon en daarmee gestaag doorgaat. Ook daar helpt hard roepen niet zoveel.

Prioritaire processen

Uiteraard kan niet alles tegelijk gerealiseerd worden en zegt de minister dat Nictiz op zijn verzoek prioriteit voor een aantal zorgprocessen heeft vastgesteld. (Zie hoofdstuk 3.3 van de brief). Opvallend is dat die lijst van prioritaire processen vrijwel gelijk is aan de lijst die voorkomt [op pagina 26 in het businessplan 2016-2020](#) van de vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), die verantwoordelijk is voor het LSP en het beheert. Voor die processen is het van groot belang dat daar de Eenheid van Taal en de Zorg-Informatie-Bouwstenen bij gebuikt worden. Maar die hebben juist een lange ontwikkeltijd, zoals hierboven

geschetst. Vermakelijk is daarbij ook de positie van de proces: “ketenzorg bij chronische aandoeningen”. Daar is VZVZ met Nictiz al sinds 2014 mee bezig. Het had in 2015 al moeten werken maar de invoering ervan heeft in 2018 nog steeds niet plaatsgevonden. Het is een intrinsiek moeilijk proces omdat niet elke zorgaanbieder in de zorgketen voor bijvoorbeeld diabetes evenveel informatie in mag zien. Het moet dus een zeer gelaagd bericht zijn. Dat laat zich ook door hard geroep om vaart maken niet echt versnellen.

Wettelijke verplichting?

De bewindsman komt meerdere keren met de aankondiging dat er wettelijke verplichting voor de elektronische zorgcommunicatie gaan komen. Voor alle sectoren in de zorg, bindend voor zorgprofessionals, zorginstellingen, infrastructuren **EN** ICT-leveranciers. Het is natuurlijk de vraag hoe dat er uit moet gaan zien. Hij vergeet voor het gemak dat er in de zorg enkele honderden private ondernemingen actief zijn die de soft- en hardware leveren, nodig voor de zorgcommunicatie. Die laten zich niet allemaal zomaar sturen. Het lijkt me niet simpel de beoogde verplichting bestaande wet- en regelgeving binnen te fietsen. Een nieuw wetsontwerp zal dan ongetwijfeld gemaakt gaan worden. De ervaring met wetgeving rond elektronische communicatie in de zorg heeft geleerd dat het parlementaire traject ervan meestal meerdere jaren in beslag neemt. Met daarbij de vraag of zoiets ongewijzigd en ongeschonden de Kamers passeert.

Heel veel ketelmuziek

Bij wat nauwkeurige beschouwing van de tekst en de intentie van de brief komt deze vooral op mij over als een poging flinke taal te bezigen zonder nu echt nieuwe gezichtspunten naar voren te brengen. Zelfs een neologisme in de vorm van “escalatieoverleg” wordt in de brief geïntroduceerd. Het is overduidelijk dat het de intentie is om het gebruik van het LSP een boost te geven omdat daar een forse stagnatie

plaatsvindt door een beperkte toestemmingsbereidheid van de Nederlandse burger als het gaat om zijn/haar huisartsdossier.

Dat is tegelijk de achilleshiel in het verhaal van Bruno Bruins. Alles staat of valt met vrijheid van de burger om te beslissen of zijn/haar zorgdata ingezien/uitgewisseld mogen worden.

Samengevat lijkt het erop dat Bruno Bruins net als bij zijn uitspraken rond de recent failliet gegane ziekenhuizen weer veel belooft en weinig kan leveren. Het is weer een verhaal voor de bühne zonder echte diepgang.

W.J. Jongejan, 24 december 2018

Eerste Kamer debatteert over wetsontwerp dat eerder(2016) veel stof opwierp



Vandaag, 17 december 2018, debatteert de Eerste Kamer plenair over het wetsontwerp 33980. Het wetsontwerp heet voluit Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving. Het is een wetsontwerp dat in 2016 zeer veel stof deed opwaaien, maar nu eigenlijk zonder veel ophef in de media besproken gaat worden. De reden dat het er destijds veel aandacht voor was is gelegen in het feit dat er weer een stap gezet werd in het verder aantasten van het medisch beroepsgeheim. Eind 2016 hadden de leden van de Eerste Kamer over dit wetsontwerp [veel vragen gesteld](#) aan de toenmalige minister van VWS, Edith Schippers. Die had met de Tweede Kamer-verkiezingen in het vooruitzicht geen trek in een heleboel gedoe in de Eerste Kamer en stuurde dus een uitstelbrief over de van haar verwachte Memorie van Antwoord. Het bleef heel lang, ruim anderhalf jaar, doodstil rond dit wetsontwerp. Toch waren er signalen dat het wetsontwerp niet dood verklaard was door het ministerie. Midden in de zomer 2018 kwam de huidige minister voor de zorg Bruno Bruins, met de [Memorie van Antwoord](#).

Niet-gecontracteerde zorg en medisch beroepsgeheim

De kern van wetsontwerp 33980 is dat VWS ook voor niet-

gecontracteerde zorg wil dat een inzagerecht van zorgverzekeraars, middels hun medisch adviseur, gaat gelden. [Ik schreef](#) er in 2016 al over. Een inzagerecht krijgt men dan van medische gegevens zonder toestemming vooraf van de patiënt. Hoewel het wetsontwerp het tegengaan van zorgfraude als doel lijkt te hebben is het tevens een instrument om niet gecontracteerde zorg te willen inperken. Dat was destijds Edith Schippers al een doorn in het oog, maar [de huidige bewindslieden op VWS](#) zitten op hetzelfde pad. En dat terwijl het niet-gecontracteerd zijn juist een signaal is over het slechte klimaat waarin zorgverzekeraars zorgaanbieders contracten aanbieden. De in het wetsontwerp gpresenteerde wijze om zorgverzekeraars inzage te geven is een verdere aantasting van het medisch beroepsgeheim.

Geen ODA

Hoewel er al een mogelijkheid is om de het aantasten van het medisch beroepsgeheim in dezen te omzeilen door het inschakelen van een [Onafhankelijk Deskundig Arts \(ODA\)](#) wil minister Bruins daar niet aan. De constructie van de ODA is opgezet in 2016 door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst(KNMG) in samenwerking met meerdere stakeholders in de zorg, maar nimmer gebruikt. Minister Bruins vindt het toepassen van de ODA een disproportioneel middel. Hij vindt 2500 inzagen van dossiers niet genoeg om het gebruik van een ODA te rechtvaardigen. Dat is te lezen op pagina 2 van de in oktober 2018 verschenen [Nadere Memorie van Antwoord](#). Mijns inziens is 2500 toch wel een substantieel aantal waarbij je je af moet vragen of het niet anders moet.

Verbazingwekkend

Het is ronduit zeer verbazingwekkend dat een wetsontwerp dat in de media in 2016 veel stof deed opwaaien nu vrijwel geruisloos in de Eerste Kamer plenair behandeld gaat worden. Er is zelfs in 2016 [een petitie](#) op gang gebracht om de Eerste

Kamer te bewegen tegen dit wetsontwerp te stemmen.

Het is des te vreemder als je beseft dat het ministerie van VWS nog veel verder wil gaan. Met een consultatieronde [presenteerde VWS](#) deze zomer het wetsontwerp [Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg](#). Daarin komt het ministerie met de meest grove vorm van aantasting van het medisch beroepsgeheim. Men wil dat allerlei diensten en overheidsinstellingen medische gegevens van patiënten onderling gaan uitwisselen en ook gaan melden aan een Informatie Knooppunt Zorg. Met de cijfers van Zorgverzekeraars Nederland in de hand kan geconstateerd worden dat [99,964 procent van de zorguitgaven niet frauduleus](#) besteed worden. In dat licht zijn alle pogingen om zonder te kijken naar minder ingrijpende manieren om zorgfraude te bestrijden disproportioneel te noemen

Breed besef

Het is triest om te zien hoe vluchtig media-aandacht voor een omstreden wetsontwerp is. Wat in 2016 veel stof deed opwaaien trekt nu eigenlijk geen aandacht. Er zou in de medische wereld een breed besef moeten zijn dat het de overheid niet past en niet aangaat om het medisch beroepsgeheim stelselmatig uit te hollen. Een overheid dient er te zijn om de burger al die op zijn zwakst is, namelijk als patiënt, te beschermen tegen priemende ogen van derden die inzage willen in zijn of haar medische gegevens. Het is te hopen dat de senatoren net zo kritisch blijven als ze tot nu toe bij het stellen van vragen aan het ministerie geweest zijn en dat het wetsontwerp niet onderwerp is van een politiek spel.

W.J. Jongejan, 17 december 2018

Doel Akwa en De Nieuwe Entiteit: toch weer zorginkoop en benchmarking met ROM



Op 26 november 2018 organiseerde Akwa, het nieuwe kwaliteitsinstituut voor de GGZ een invitational conference over de doorontwikkeling van ROM. Het gaat om het gebruik van Routine Outcome Monitoring gegevens. Over die bijeenkomst kwam wel [iets naar buiten](#). Een verslag van de [Vereniging van Cognitieve en GedragsTherapeuten](#), VCGT, laat heel duidelijk zien wat de koers is van Akwa en haar be-/verwerker van ROM-data, De Nieuwe Entiteit. Die koers is na eerst veel klemtoom op kwaliteitsverbetering met ROM, uiteindelijk toch vergelijkings(=benchmark)informatie en zorginkoop. Door alle aandacht voor het ontorechte gebruik van ROM-data vanaf het voorjaar van 2017 is door behoudende krachten in de GGZ en op het ministerie van VWS een Alliantie voor kwaliteit in de GGZ, Akwa, opgetuigd, die hetzelfde gaat doen als wat tot nu toe de Stichting Benchmark GGZ(SBG) uitvoert. Maar dan onder een minder belastende naamgeving. Besmette, oude wijn, in nieuwe zakken dus.

Verandering

Onder leiding van Akwa, dat begin 2019 van start gaat, vindt de voortzetting plaats van de activiteiten van de be-/verwerker van ROM-data SBG plaats. Die houdt op te bestaan en De Nieuwe Entiteit, een naam die niets zegt over de activiteiten, gaat de be-/verwerking van ROM-data overnemen. Binnen Akwa zijn veel beroepsverenigingen in de GGZ bijeengebracht onder de vlag van het voor kwaliteit in de GGZ staan. Want, ja, je kan toch moeilijk tegen kwaliteitsverbetering zijn. Het probleem is echter dat ROM-gegevens wel bruikbaar zijn in de één op één relatie tussen cliënt en therapeut. [Voor kwaliteitsinformatie zijn ze ongeschikt](#), niet wetenschappelijk en tijdrovend . Het biedt ondanks allerlei kunstgrepen, zoals het uitvoeren van een case-mix-correctie en wat men nu de “doorontwikkeling van ROM” noemt, geen zicht op kwaliteitsverbetering. En dat terwijl er wel [een alternatief](#) is.

Verslag VCGT

De VCGT begint met terecht te stellen dat het ROM-men de afgelopen twee jaar veel stof heeft doen opwaaien. Het wordt al snel duidelijk dat Akwa de zorg dat de ROM-data ook zullen worden gebruikt voor zorginkoop niet kan wegnemen. Voor de bühne zegt VCGT dat de zorgverzekeraars geen stemrecht hebben binnen Akwa. Als het uiteindelijk doel echter toch weer gewoon is om zorginkoop te faciliteren met ROM-data stelt het ontbreken van stemrecht niets voor. Het zit namelijk gewoon ingebakken in het ontwerp van Akwa.

VCGT meldt dat Akwa benadrukt dat het ontwikkelen van ROM voor de behandeling en ROM als leerinstrument het primaire doel is. Pas als dat stevig staat kan gekeken worden of dezelfde data zich ook lenen voor vergelijkingsinformatie en zorginkoop. Dit gaat men in pilots onderzoeken. Hier is dus klip en klaar wat de uiteindelijk doelstelling van het verzamelen van die data is.

Toestemmingsonzin

Naast het ongeschikt zijn van ROM-data voor kwaliteitsvergelijking speelt ook dat voor de be-/verwerking buiten de instelling veelal geen toestemming wordt gevraagd aan de cliënt. Men heeft zelfs het manke begrip "veronderstelde toestemming geformuleerd om het verwerken van ROM-data doorgang te doen vinden. Nu komt men volgens VCGT met de Algemene Verordening Gegevensverwerking(AVG) als reden met het idee om de toestemmingsvraag op te splitsen. Voor intern gebruik binnen een praktijk of instelling (bijsturing van de behandeling en intervisie) een andersoortige dan voor geanonimiseerde datadeling met externe partijen(voor onderzoek, patiënten en zorginkoop-informatie).

Buitengewoon vreemd

Als data voor beide beschreven doeleinden de praktijk-/instelling verlaten voor be-/verwerking is sowieso expliciete toestemming van de patiënt nodig, het "informed consent". Dat men apart toestemming wil vragen voor het extern gebruik van geanonimiseerde data is uiterst wonderlijk. De erkenning dat hiervoor expliciete geïnformeerde toestemming (met onder meer een welbepaald doel), houdt namelijk in dat men beseft dat ook geanonimiseerde data als herleidbaar moeten worden aangemerkt. Het vragen van toestemming voor geanonimiseerde data is daarmee een misleidende formulering. Dit alles nog afgezien van de bruikbaarheid en daarmee de noodzakelijkheid van deze gegevensverwerkingen zoals ik hierboven betoogde.

Krachten

Het inkijkje dat VCGT biedt laat zien dat meerdere krachten, ministerie van VWS, zorgverzekeraars en grote zorginstellingen erop uit zijn om een eenmaal ingenomen standpunt over het gebruik van ROM-data door te willen blijven drukken. Ook al zijn er gedachten in het veld hoe het anders kan. Organisaties van zorgaanbieders worden door de behoudende krachten ingezet als pionnen die dienen als vlag om de lading te dekken.

Concluderend kan ik stellen dat wat met Akwa en De Nieuwe Entiteit gebeurt, gewoon slecht smakende oude wijn in nieuwe zakken is.

W.J. Jongejan, 14 december 2018

Zoeken op deze website met zoekterm: ROM levert meer dan 40 artikelen op.

Van eHealth naar eHell door hacken chatplatform



Je zal maar op een online-platform je gevoelens en gedachten over je psychische problemen met zorgprofessionals delen en te horen krijgen dat de site gehackt is? Met daar bovenop dat hackers losgeld vragen voor de gekaapte data. Het is of je van

de eHealth in de eHell terecht gekomen bent. Precies datgene meldden [RTL Nieuws](#) en [de Volkskrant](#) gisteren nadat een klokkenluider via [de website Publeaks](#) de datadiefstal gemeld had. Het is helaas een gebeurtenis die je kon voorspellen dat die ooit zou gaan gebeuren. Alleen het moment waarop niet. Bij het op enorme wijze pushen van eHealth door het ministerie van VWS zijn allerlei online hulpmiddelen, zoals chatplatforms en apps, voor mensen met psychische problemen als paddenstoelen uit de grond geschoten. Een cruciaal punt bij dat soort elektronische vormen van professionele hulp is de beveiliging van de website of app en de onderliggende database. Daarbij dient een zorgprofessional die aan zoiets mee werkt te beseffen dat meewerken inhoudt dat men ook verantwoordelijkheid draagt voor die beveiliging. En dus ook dat men aan te spreken is bij het falen van die beveiliging.

Wat gebeurde er?

Uit bovengenoemde bronnen is het duidelijk dat het chatplatform voor jonge mensen met psychische problemen, www.pratenonline.nl gehackt is en de onderliggende database gecompromitteerd is. Het chatforum is een initiatief van de jeugd-RIAGG Noord Holland Zuid en richt zich met name op jongeren tussen de 12 en 23 jaar die kampen met angst- en depressieve klachten. In eerste instantie werd gemeld dat alleen mailadressen en telefoonnummers in handen van de hackers waren gekomen. De Volkskrant meldde echter dat men van de hackers inzage had gehad in de inhoud van chats van een drietal personen. Daarbij was het onduidelijk of die gegevens niet gefingeerd waren. Het is de vraag of de mensen achter de website in eerste instantie naar buiten toe de schade beperkt wilden doen lijken of niet wisten tot op welk niveau men doorgedrongen was. Het lijkt te gaan om ruim 14.000 persoonsprofielen en 16.631 chatgesprekken. Ook bleek er losgeld gevraagd te worden om openbaarmaking te voorkomen.

Eisen

Cruciaal bij alle pogingen om on-line psychische hulp te verlenen is het beveiligingsniveau van de betreffende website/chatforum/app. Alleen een zeer stringente beveiliging kan voorkomen dat er makkelijk ingebroken kan worden in de systemen. Daarnaast zal binnen die systemen door compartimentering ervoor gezorgd moeten worden dat indringers niet het hele systeem in één keer binnendringen en leegroven. Het is daarbij de vraag of de overheid en in het bijzonder het ministerie van VWS niet eisen moet stellen aan het beveiligingsniveau van dergelijke dienstverlening en een controlerende taak daarin moet hebben. Zeker als vanuit dit ministerie eHealth aangejaagd wordt ligt daar een bijzondere verantwoordelijkheid voor het ministerie.

Verantwoordelijkheid deelnemende professionals

Als psychotherapeuten, psychologen of psychiaters meewerken aan een website als www.pratenonline.nl dan dienen zij te beseffen dat zij een medeverantwoordelijkheid dragen voor het geval de website gehackt wordt. Voor een organiserende instanties geldt dat uiteraard in de eerste plaats. Naar mijn gevoel zijn zorgprofessionals bij een aantoonbare zwakke opzet van de beveiliging van de website ook tuchtrechtelijk aan te spreken. Men kan er zich dan niet vanaf maken door te stellen dat ICT-ers steken hebben laten vallen of dat de hackers te slim waren. Als zorgprofessional dien je het medisch beroepsgeheim te bewaken en dat betekent ook je vergewissen van het beveiligingsniveau van iets waar je aan mee werkt.

Moet je het willen?

Het lijkt allemaal heel mooi en laagdrempelig als met chatforums of apps mensen met psychische problemen geholpen worden. Gezien het risico dat er altijd een vorm van datalekkage of diefstal door hacken op de loer ligt moet men zich ook serieus afvragen of men altijd maar moet willen wat technisch kan. Want alles heeft zijn voor en tegen. Er bestaat

niet zoiets als alleen maar win-winsituaties op dat vlak. Of zoals ik weleens in mijn werkzame bestaan zei: “Het is net als met deeg dat je uitrolt. Wat je wint in de lengte verlies je in de breedte”

W.J. Jongejan, 28-11-2018

eHealth-monitor 2018 wijst voor VWS met vinger naar zorgsector bij stagnatie



Als je ook maar een beetje in zorg-ICT geïnteresseerd bent, kon je [de afgelopen week er niet omheen](#) dat [de eHealth-monitor 2018](#) het levenslicht gezien had. In die monitor maakt Nictiz jaarlijks de balans op over de voorziene en gerealiseerde ontwikkelingen rond eHealth in de zorg. [De directeur van Nictiz , Lies van Gennip, zegt](#) over de huidige situatie dat het glas half vol, maar dus ook half leeg is. Het rapport heet ook veelbetekenend “ E-health in verschillende snelheden”.

Men constateert dat de door minister Schippers in 2014 gestelde doelen niet gehaald zijn en dat er een duidelijk verschil is tussen de gebieden waarin eHealth-toepassingen zich manifesteren. In de adviezen die Nictiz in het rapport

geeft, komt telkens naar voren dat het zorgverleners en koepelorganisaties visie, durf en inzet zouden moeten tonen om de gestelde doelen te halen. Indirect houdt men de zorgsector voor dat er dus een gebrek aan visie, durf en inzet heeft bij stagnatie.

Verschillende snelheden

Nictiz ziet de afgelopen jaren een consistente toename van het gebruik van eHealth binnen het professionele domein. Het gaat dan vooral om het gebruik van elektronische patiëntendossiers in ziekenhuizen – huisartsen werken in Nederland al veel langer papierloos – en om een gestage toename in de elektronische en de gestandaardiseerde uitwisseling van patiëntgegevens . Ook ziet Nictiz een gestage toename van eHealth-toepassingen door zorggebruikers zonder tussenkomst van een zorgverlener. Daar waar een eHealth toepassing de inzet vraagt van zowel zorgprofessionals als zorggebruikers, gaat opschaling langzamer. Zelfs bij een relatief eenvoudige toepassing als het elektronisch aanvragen van herhaalrecepten zien we beperkt gebruik door zorggebruikers (18%), terwijl 88% van de huisartsen deze mogelijkheid wel aanbiedt. Ook blijkt tussen denken en doen van patiënten een wereld van verschil te zitten.

Analyse Nictiz

Nictiz stelt dat de voortgang in ontwikkeling en de toepassing van eHealth wordt maar in zeer beperkte mate bepaald wordt door technische mogelijkheden. Factoren die bijdragen moeten volgens haar meer worden gezocht in een gevoel van urgentie, het zien van de meerwaarde van eHealth en de mogelijkheid én bereidwilligheid om processen te kunnen veranderen. Hier klinkt al subtiel in door dat het zorgveld de meerwaarde van eHealth niet goed zou zien en ook niet voldoende bereidwilligheid zou vertonen om eHealth naar grote hoogten op te stuwen.

Adviezen Nictiz

Nictiz komt met vier heel algemene adviezen.

1. Zet eHealth in vanuit een heldere visie en beleid en zorg dat deze bekend zijn. Wie: Bestuur en directie zorgorganisaties, overkoepelende organisaties en zorggebruikers (zoals cliëntraden)
2. Faciliteer zorgverleners in aanbod en gebruik eHealth. Wie: Overheid, belangenorganisaties zorgverleners (KNMG, LHV, NHG, V&VN, Ac z), bestuur/ management zorgorganisaties, verpleegkundigen en onderwijsinstellingen.
3. Faciliteer zorggebruikers in goed gebruik van eHealth. Wie: Overheid, zorgverleners en belangenorganisaties voor zorgconsumenten en patiënten (Pharos, Patiëntenfederatie Nederland).
4. Stel een onderzoeksagenda op. Wie: Onderzoeksorganisatie en -faculteiten, in samenspraak met ZonMw en overheid. In deze opsomming valt op hoe vaak men naar zorgorganisaties, overkoepelende organisaties en zorgverleners verwijst.

In deze opsomming valt op hoe vaak men naar zorgorganisaties, overkoepelende organisaties en zorgverleners wijst.

Teleurstellend

Als je het geheel van de eHealthmonitor 2018 overziet is het overduidelijk dat men zeer goed bij door heeft dat de ooit door VWS gestelde doelen niet gehaald zijn. Reflectie de zin dat men bij VWS veel te hoog gegrepen heeft is er niet. De reactie is dan niet de ambities lager te stellen, maar naar het veld te wijzen en te roepen dat het er meer visie, ambitie en inzet moet zijn.

Gevolg van top-down benadering

Wat we hier zien zijn de gevolgen van de topdown-benadering

die VWS heel bewust gekozen heeft voor het propageren van eHealth. In het gewone leven komt iets wat goed is vanzelf en heeft het geen massaal en kostbaar duw- en trekwerk nodig. De idee dat iets bottom-up zou gaan op dit vlak schrok VWS blijkbaar instinctief af. Nu blijkt dat het allemaal niet zo vlot gaat met de gekozen benadering komt toch al gauw het wijzende vingertje naar de werkvloer waar visie, durf en inzet zouden ontbreken. Het vingertje komt van Nictiz als schijnbaar onafhankelijke instantie. De praktijk leert al jaren dat Nictiz altijd lippendienst bewijst aan HIS Masters Voice -VWS-

Twee lijken in de kast

Twee zaken die eigenlijk nooit erg goed liepen komen ook weer in dit rapport voor: het beeldbellen en de elektronische medicijndispenser- de Medido- van Philips. Bij het beeldbellen gaat om contact tussen zorgverlener en patiënt op een Skype- of Facetime-achtige wijze. Beeldbellen wordt al ruim 15 jaar gepropageerd maar blijkt niet massaal op te schalen te zijn. Het werkt eigenlijk alleen goed bij zeer omschreven chronische ziekten zoals bijvoorbeeld gevorderd COPD en hartfalen. Ik schreef er in november 2015 al een artikel over met de vraag: [“What to do when riding a dead horse”](#).

De Medido-box heeft VWS 2016 [in een grotendeels door Philips betaalde brochure](#) over eHealth ongegêneerd gepropageerd. Het is aardig om in het rapport te lezen dat het met de Medido-box eigenlijk nooit iets geworden is.

W.J. Jongejan, 16 november 218

Peperdure website “Kiezen In De GGZ” zal veel geld blijven kosten



Met de nodige tamtam is afgelopen week [de peperdure website “Kiezen in de GGZ”](#) van de patiëntenorganisatie MIND de lucht in gegaan. [MIND](#), het ministerie van VWS en [Zorgverzekeraars Nederland](#) presenterden het in Gouda op 8 november 2018. De website is opgezet om informatie te geven over de wachttijd per GGZ-aanbieder, per type aandoening (bijvoorbeeld angststoornis of depressie) en de vergoeding voor een behandeling. Het initiatief is bedoeld om mensen die op zoek zijn naar therapie meer inzicht en houvast te bieden en de transparantie van de geestelijke gezondheidszorg te vergroten. Men hoopt door het inzicht te geven in wachttijden in de GGZ plus informatie over klanttevredenheid te komen tot een betere verdeling van de patiënten over de beschikbare zorgaanbieders. Het opzetten van de website heeft gruwelijk veel geld gekost. Zorginstituut Nederland (ZiN) heeft namens VWS een subsidie van één miljoen euro op tafel gelegd om de website te maken plus alle koppelingen naar bestaande openbare gegevensbestanden van zorgaanbieders in de GGZ en wachttijden. Het opzetten van een website is vers één, maar het onderhouden en vooral het up-to-date houden van de informatie is een arbeidsintensieve en dus kostbare zaak. Het is nu al te voorzien dat deze website jaarlijks veel geld zal blijven kosten.

MIND

De organisatie die de website beheert is MIND. Voluit heet het MIND landelijk platform psychische gezondheid . De organisatie presenteert zich als een onafhankelijke maatschappelijke beweging die stem geeft aan mensen met psychische kwetsbaarheid. Maar MIND is helemaal niet zo onafhankelijk als het lijkt. Alleen al voor de website ontving men één miljoen euro van het ministerie van VWS. Door de prominente aanwezigheid van Zorgverzekeraars Nederland bij de presentatie van de website zal van die kant ook financieel bijgedragen zijn.

Geldstromen

De opgave van de inkomsten van MIND in [het meerjarenplan 2017-2019 \(zie onder Inkomsten en Uitgaven\)](#) is veelzeggend . Daarin is te zien dat MIND uit meerdere rechtspersonen bestaat, namelijk MIND/Fonds Psychische Gezondheid, MIND/Landelijk Platform Psychische Gezondheid en Korrelatie. De voorlaatste heeft een basisfinanciering van VWS en krijgt projectsubsidies uit meerdere bronnen(wel meest VWS). Korrelatie draait volledig op een basisfinanciering van VWS. Het is een constructie [die we ook kennen bij de Patiëntenfederatie Nederland](#). Die spreekt vrijwel uitsluitend HIS Masters Voice(VWS). Dat kan bij MIND dan ook niet anders zijn. Onafhankelijk is men dus absoluut niet.

Bronnen

De website haalt haar informatie uit openbare bronnen. Bronnen die wel een zekere logheid en daardoor ook traagheid kennen. De informatie over de NAW-gegevens van de zorgaanbieders haalt men uit [het zogenaamde AGB-register](#). Alle zorgaanbieders hebben een AGB-code. Gaat het om instellingen dan hebben die ook nog daarenboven een eigen AGB-code. AGB staat voor Algemeen Gegevens Beheer. De wachttijden komen van Vektis vandaan. Deze organisatie houdt op verzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) de wachttijden bij. Als ze tenminste

aangeleverd worden. Halverwege dit jaar bleek dat één derde van de zorgaanbieders in de GGZ [verzuimt maandelijks de wachttijden door te geven](#). Het is niet direct onwil van de niet-indieners, maar het is tijdrovend en vergt administratieve en ICT-aanpassingen.

Dynamisch geheel

De inhoud van de website is gezien het doel ervan uiterst dynamisch is, enerzijds vanwege personele mutaties in het zorgverleners-bestand en mutaties van hun ANW-gegevens, anderzijds door continue veranderingen in de wachttijden en de gegevens over de klanttevredenheid. Wat betreft de wachttijd zijn er dan ook nog twee soorten. De aanmeld-wachttijd en de behandelwachttijd, want aanmelden betekent meestal nog niet direct behandelen. Er zal continu gemonitord moeten worden of de data compleet en up-to-date zijn. Dat kost mankracht en dus geld. De website zal bij het in de lucht blijven tot in lengte van jaren jaarlijks een flink bedrag kosten aan onderhoud.

Relevante info

Het is de vraag hoe relevant de geleverde informatie is. Het feit dat er bijvoorbeeld ruimte is bij een bepaalde therapeut voor angststoornissen wil nog niet zeggen dat de therapeut wel geschikt is voor de specifieke angststoornis van de patiënt. Het is de vraag hoe aktueel de informatie is. Ik las al van een psycholoog die recentelijk van praktijkadres veranderd was en inmiddels gepensioneerd is. Hij staat nog pontificaal op Kiezen in de GGZ. De website schermt ook met het vermelden van klanttevredenheidsonderzoeken. Vaak staan ze er niet op en voor bijv. Altrecht en Psymed in Utrecht staat er [een excelbestand verzamelbestand uit- mind you- 2015](#). Dat bestand is totaal onleesbaar qua informatie. Daar heeft de zoekende patiënt niets aan.

Terechte kritiek

In het dagblad Trouw schreef journaliste Rianne Oosterom op 8

november [een artikel over de website van Mind](#). Daarin komt de hoogleraar psychiatrie Jim van Os aan het woord die één miljoen euro een afschuwelijk hoog bedrag vindt voor een website die zegt transparantie te bevorderen. De directeur van Mind, Marjan ter Avest, vond dit commentaar belachelijk en kwam met een uitleg dat het bedrag op het totaal van alle miljarden aan zorguitgaven juist weinig voorstelt. Dit is wel een zeer gekunstelde uitleg van een majeure uitgave die niet in verhouding staat tot het doel van de website. Op haar manier kan je alle dure projecten relativeren door ze te vergelijken met de totale zorguitgaven. Ik ben het dan ook hardgrondig eens met Jim van Os. Zeker in het licht van de gedachte dat de website elk jaar veel geld zal blijven kosten.

W.J. Jongejan, 12 november 2018

VWS dreigt met de NZa-knoet bij stagnatie zorgclustermodel-pilot in GGZ



Het ministerie van VWS wil voor de bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg(GGZ) een nieuw bekostigingsmodel introduceren. Het gaat om het zogeheten zorgclustermodel dat de bekostiging met gebruik van diagnose-

behandelcombinaties(DBC's) moet gaan vervangen. Alvorens tot deze systeemwijziging over te gaan is in 2017 een pilotproject gestart. Daar bleek weinig animo voor te bestaan, waardoor de Nederlandse Zorgautoriteit(NZa) zich genoodzaakt zag [een aantal GGZ-instellingen te verplichten](#) mee te doen. [Ik berichtte hierover op 3 november 2017.](#) Naar nu blijkt, leveren de al dan niet gedwongen GGZ-zorgverleners, onvoldoende informatie aan om de pilot enigszins zinvol te evalueren. Om die reden blijkt het ministerie van VWS nu met dwangmaatregelen van de NZa te dreigen. [In een ledenbrief van de Landelijke Vereniging van vrijevestigde psychologen en psychotherapeuten\(LVVP\)](#) is te lezen hoe belangrijk VWS de pilot vindt. Zij geeft aan dat de NZa -die de ontwikkeling van het nieuwe model begeleidt- de bevoegdheid heeft om eventueel handhavingsmaatregelen te treffen in de situatie dat een zorgaanbieder onverhoopt in gebreke blijft.

Welke handhavingsmaatregelen?

De vraag is natuurlijk [welke maatregelen de NZa kan opleggen](#). Dat zijn: de aanwijzing, last onder bestuursdwang en last onder dwangsom. Die zijn ingesteld om een onrechtmatige situatie te beëindigen of te voorkomen en zijn reparatoir van aard. Daarnaast kan een bestuurlijke boete worden opgelegd. Ook is het mogelijk een combinatie van een boete en de eerder genoemde maatregelen op te leggen. Legt men de boete op dan neemt men de GGZ-zorgverlener/- instelling geld af wat die nu juist gekregen had bij het al dan niet gedwongen meedoen als compensatie voor de overlast.

Grote problemen

Het ministerie van VWS blijkt in, zelf veroorzaakte, grote problemen te zitten. Men heeft zich zelf de deadline van januari 2020 gesteld voor het invoeren van het zorgclustermodel. [In berichtgeving van het ministerie uit 2017](#) stond al dat de tijdsplanning voor de invoering met een pilot ervoor zeer krap was. Men begon nattigheid te voelen toen er

onvoldoende animo in het veld bleek te bestaan om überhaupt deel te nemen. Door het onvoldoende aanleveren van data binnen de pilot blijkt men nog verder in het moeras te zakken. Het eerste probleem is dat men nu al weet dat de invoering in 2020 niet gehaald zal gaan worden, maar dat het handhaven van het huidige systeem met de DBC's om meerdere redenen ook niet haalbaar is. Wat het plan nu wordt, is volkomen onduidelijk. Om zoveel mogelijk van de opzet te redden dreigt VWS nu met handhavingsmaatregelen van de NZa.

NZa vleugellam orgaan

Uit de gang van zaken blijkt eens te meer dat de NZa niet zelfstandig opereert maar een vazal is in de handen van VWS. [Op papier is het een zelfstandig bestuursorgaan](#), maar uit het verleden is onder minister Schippers vaker gebleken dat het ministerie uiteindelijk aan de touwtjes trekt bij de NZa. Dat werd o.a. duidelijk [in een affaire rond subsidie van 100 miljoen euro](#) aan het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam. Dat weigerde de NZa eerst maar moest dat besluit onder dwang van VWS herzien.

Reden voor weerstand

Het is heel goed voor te stellen dat de GGZ-zorgverleners, die nu al dan niet gedwongen meedoen aan de pilot, niet razend enthousiast meedoen. Binnen deze proef moet men namelijk zowel volgens het oude systeem declareren, maar ook met het nieuwe erbij. Dat betekent een enorme administratieve belasting. Men krijgt wel geld extra voor die inspanning maar dat betekent niet dat daar meteen de mankracht voor is. In een veld waar de administratieve belasting al bijzonder hoog is zal extra geld niet zomaar iets oplossen.

Triest

Het meest trieste is eigenlijk dat het zorgclustermodel dat men bedacht heeft min of meer een kopie is van het Engelse zorgclustermodel. Daar is het in principe uitgedacht. Saillant

is echter dat in Engeland het zorgclustermodel helemaal niet gebruikt wordt. [Ik berichtte daar op 1 september 2017 over](#) op deze website.

W.J. Jongejan, 22 oktober 2018

VWS regisseert zelf roep om regie door sterke man bij digitale zorgcommunicatie



Het laatste jaar klinken steeds sterkere geluiden dat er meer leiding moet komen vanuit het van VWS als het gaat om elektronische communicatie van zorgdata. De uitwisseling van deze gegevens op digitale wijze blijkt namelijk om een veelvoud van redenen weerbarstiger te zijn dan menig een denkt. Al enige tijd is te zien dat VWS op allerlei manieren bezig is om toch een steeds grotere vinger in de zorgcommunicatie-pap te krijgen. Daarbij valt op dat VWS erop aanstuurt dat allerlei stakeholders in dat veld luid gaan roepen dat VWS “eindelijk” eens de regie neemt. VWS regisseert daarmee een eigen regierol die echter politiek gezien nogal omstreden is door ont-/verwikkelingen in het verleden. Om dat regieproces kracht bij te zetten bedient VWS zich ook van zijn huis-consultant KPMG. De organisatie, betaald door VWS, bracht recent [het rapport “Outcome-doelen in kaart”](#) uit, dat op 15 oktober 2018 aan de Tweede Kamer werd aangeboden door de minister. Officieel is

het een overzicht dat gemaakt is op verzoek van het Informatieberaad en onthoudt KPMG zich van adviezen. Toch laat het rapport zich lezen als een stapel adviezen met als conclusie dat VWS vooral de regie moet nemen.

Grote beperkingen

VWS weet dondersgoed dat er grote politieke hinderpalen zijn voor het innemen van een manifeste regierol in de elektronische zorgcommunicatie. Na het echec met het Landelijke Elektronische Patiënten Dossier (L-EPD) in 2011 had de Eerste Kamer in [de motie Tan](#) het ministerie verboden om beleidsinhoudelijke, financiële en organisatorische medewerking te verlenen aan het Landelijk Schakel punt (LSP) dat een cruciale rol speelt in het denken van het ministerie. Niet in de laatste plaats door de ruim 300 miljoen euro die er tot 2011 ingestoken zijn. Ook het opleggen van dwang bij zorgaanbieders en patiënten om verplicht deel te nemen is door meerdere Kamermoties geblokkeerd. Om die redenen probeert het ministerie al langere tijd het zo te spelen dat zij door het veld wel gesmeekt / gedwongen wordt om de regierol op zich te nemen. Daarbij werd hij geholpen door een door drie regeringspartijen dit jaar ingediende [motie 429 van Aukje de Vries](#) om de regie te nemen. [Dat was niet geheel toevallig.](#)

Via het Informatieberaad

Door het oprichten van het Informatieberaad zorg in 2014 door de minister van VWS dacht deze door het met elkaar overleggen van alle belanghebbenden bij digitale zorgcommunicatie grip te krijgen op dat onderwerp. Omdat het meer een Poolse landdag bleek te zijn, met veel praten en weinig beslissen, kwamen er door sturing van VWS in 2017 expertcommissies en een architectuurboard. Een viertal "outcome-doelen" werden gesteld om tot resultaatverplichtingen te komen. [Marcel Daniëls, voorzitter van de Federatie Medische Specialisten](#) en uit dien hoofde deelnemer in het Informatieberaad heeft de afgelopen maanden de pers gezocht om een krachtige regie te bepleiten. Niet geheel toevallig maakte [de NOS een item](#) over de problemen

met de zorgcommunicatie. Het ministerie van VWS heeft hierop het extern onderzoeksbureau KPMG onderzoek laten doen naar de afhankelijkheden tussen de programma's onderling en naar de mijlpalen in relatie tot de outcome- doelen. [Het informatieberaad is uiteraard volledig in haar nopjes](#) met het door VWS geregelde rapport.

Apart

Op zich is het nogal apart dat een ministerie extern onderzoek laat doen naar de afhankelijkheden en mijlpalen van door en via haar georganiseerde en gefinancierde programma's. Het betekent namelijk de facto dat het ministerie eigenlijk zelf geen zicht heeft op wat er met haar inzet en geld gebeurt. In dit geval heeft VWS echter een uitkomst nodig die de roep om een sterke man die de regie op zich neemt zogenaamd onderbouwt.

KPMG

Het adviesbureau heeft de onderlinge samenhang van allerlei programma's en projecten zichtbaar gemaakt in enkele afbeeldingen die door de veelheid aan informatie en connectiepijlen. Op slag onleesbaar geworden zijn. Alleen minutieuze beschouwing van onderdelen lost iets van de overdaad aan info op. Eigenlijk kan je concluderen dat alles met alles te maken heeft.

Op pagina 19 en 20 van het rapport komt KPMG met acht constateringingen die eigenlijk impliciet regelrechte adviezen zijn. Zo concludeert men dat er een masterplan ontbreekt. Impliciet advies: kom met een masterplan. De zorg-ICT leveranciers zijn of te groot(lees: machtig) of te klein. Impliciete advies: probeer als minister grip te krijgen op die sector. Ook: er is niet gekozen voor één zorginfrastructuur. Impliciet advies: kies voor één zorginfrastructuur. Hoewel niet uitgesproken val dat alleen maar te lezen als kiezen voor het LSP. Op die manier doet KPMG, geregisseerd door VWS, voorzetten die de minister maar voor het inkoppen heeft.

Minister

En [minister Bruno Bruins voor Medische Zorg](#) doet dat vervolgens ook door te zeggen dat hij de oproep om meer regie herkent en verkent daarom op dit moment de mogelijkheden om daaraan gehoor te geven. Hij erkent wel dat er door de motie Tan geen sprake meer kan zijn van één landelijke infrastructuur voor gegevensuitwisseling en ook van betrokkenheid van de overheid bij dergelijke infrastructuren. Toch kan je met een ministerie dat zijn eigen regie regisseert er nooit zeker van zijn welke paden zij bewandelt om haar plannen door te drukken. Het blijft in de woorden van [Jan Jacobs van het online-magazine SmartHealth](#) een soap waar we nog veel afleveringen van kunnen verwachten.

W.J. Jongejan, 19 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

Bizar conflict LUMC-Chipsoft toont wurggreep door zorg-ICT-leverancier



Op de website van het online magazine Zorgvisie stond op 25 september 2018 [een opmerkelijk artikel: "LUMC beklagt zich bij Inspectie over Chipsoft"](#) . Daarin vertelt de bestuursvoorzitter, Willy Spaan, van het Leids Universitair Medisch Centrum(LUMC) over de klacht die door het bestuur ingediend is bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd(IGJ). Die gaat over een in de ogen van het LUMC onveilige update van het ziekenhuisinformatiesysteem(ZIS) van Chipsoft. Volgens het LUMC maakt Chipsoft gebruik van een dominante marktpositie om een update af te dwingen. Die leidt in de ogen van de veiligheidsexperts en specialisten van het LUMC tot onveilige zorg. Het bestuur vindt dit onacceptabel. Het LUMC stelt dat het ministerie van VWS en de IGJ hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De discussie met de IGJ loopt nog steeds en heeft blijkbaar nog geen definitieve stellingname van de IGJ opgeleverd. Het is een probleem dat eigenlijk alle ziekenhuizen met Chipsoft als ZIS raakt. Uit het artikel blijkt dat andere ziekenhuizen schoorvoetend overstag zijn gegaan, maar dat het LUMC de poot stijf hield. Wel ging het LUMC onder tijdsdruk akkoord met een aangepaste update. Dit roept toch wel veel vragen op over de veiligheid van zorg-ICT-systemen, in het bijzonder die in ziekenhuizen en de druk die een leverancier blijkbaar kan uitoefenen.

Probleem

Blijkens het Zorgvisie-artikel dateert het conflict vanaf 2017. Chipsoft heeft laten weten thans in 2018 haar oude software van 2017 niet meer te ondersteunen. Ze kwam met de nu betwiste software- update. Het ZIS Chipsoft verzorgt niet

alleen het vastleggen en in het ziekenhuis transporteren van data maar ook de koppeling van medische onderzoeksystemen in het ziekenhuis aan het ZIS. Daarbij doel ik op laboratoriumcomputers, computers die gekoppeld zijn aan beeldvormende apparatuur, zoals MRI-, CT-scan etc. Die hebben vaak ook hun eigen besturingssysteem en dienen ook de laatste updates daarvan te hebben, die dan ook dienen samen te werken met het ziekenhuis-brede ZIS. Mogelijk zit in die koppeling de grootste bottleneck.

Geen bewerkersovereenkomst

Waarschijnlijkheid speelt daarnaast ook een rol dat CHIPSOFTE als leverancier weigert bewerkersovereenkomsten te tekenen. Dat is in januari 2018 al door Mark van Houdenhoven CEO van de Maartenskliniek in Nijmegen [aangekaart in het magazine Medisch Contact](#). Ook die deed een oproep aan het ministerie van VWS om in te grijpen. Chipsoft weigert namelijk een bewerkersovereenkomst te tekenen. Voor bedrijven die programma's leveren waarin data worden verwerkt geldt een namelijk een bewerkersovereenkomst waarin is vastgelegd hoe de bewerker met de persoonsgegevens moet omgaan. Dataverwerkers zijn bijvoorbeeld websitebouwers, ontwikkelaars van laboratoriumsystemen, leveranciers van personeelsadministratiesystemen, maar ook leveranciers van elektronische patiënten dossiers zoals Chipsoft. Dit is dan wel geen softwareupdate-probleem, maar is geen goede zaak in de relatie klant-leverancier.

Wurggreep

Het probleem maakt duidelijk dat in een markt waar eigenlijk maar twee grote ZIS-sen actief zijn, Chipsoft en EPIC, er naast een "vendor lockin" (onmogelijkheid om makkelijk van andere leverancier te wisselen) ook zonder plan om van ZIS te veranderen een enorme afhankelijkheid van de leverancier bestaat. Uit eigen ervaring als lid van de raad van advies van een gebruikersvereniging van een

huisartsinformatiesysteem(HIS) weet ik dat een leverancier soms een heel ander ontwikkelingspad voor ogen heeft dan de gebruikers(vereniging).

Onveilige ZIS-sen

Zoals in de eerste alinea al gezegd zijn andere ziekenhuizen dan het LUMC met tegenzin akkoord gegaan met een update die veiligheidsexperts en specialisten binnen het LUMC vinden leiden tot onveilige zorg. De LUMC-bestuursvoorzitter Willy Spaan, zegt ook dat de andere ziekenhuizen het met het LUMC eens waren. Blijkbaar is de schaalgrootte van het LUMC de enige machtsfactor geweest die het mogelijk heeft gemaakt een tussen-release van de software af te dwingen. Op zich is dat al triest. Heel triest is het om te constateren dat er nu blijkbaar tientallen ziekenhuizen met onveilige CHIPSOF- software werken, omdat zij hetzij per ziekenhuis, hetzij collectief juridisch gezien geen brede borst hebben kunnen of willen maken richting CHIPSOF. **Het kan en mag nooit zo zijn dat de onmogelijkheid van klanten om een vuist te maken richting hun leverancier leidt tot onveilige zorg.**

ACM?

Het bestuur van het LUMC heeft zich nu gewend tot de IGJ en daarmee ook tot het ministerie van VWS waaronder de IGJ ressorteert. Het is daarnaast de vraag of de beschreven problematiek ook niet het gevolg is van een te machtige marktpositie van de twee ZIS-sen, Chipsoft en EPIC. Daarmee komen we dan automatisch uit bij een eventuele mede-beoordeling van deze kwestie door de Autoriteit Consument en Markt(ACM). Het is te hopen dat de IGJ uit praktische overwegingen de ACM ingelicht heeft over het onderzoek dat het LUMC-bestuur de IGJ vroeg te doen.

Bizar

Het hierboven beschreven probleem is eigenlijk een tamelijk bizarre situatie. Ik mag aannemen dat CHIPSOF geen onveilige

software wil leveren en dat het LUMC op zich geen enkel belang erbij heeft om iets nodeloos op de spits te drijven. Het is dan ook tamelijk bizar dat betrokkenen niet tot een onderling vergelijk konden komen en de situatie geëscaleerd is tot wat er nu speelt.

Triest is het om te constateren dat blijkbaar alleen een grote omvang van een organisatie die ook één van de grootste spelers binnen de universitaire medische wereld is, een bepalende machtsfactor is om in ieder geval een tussen-release van software te bewerkstelligen.

Helemaal triest is dat kleinere ziekenhuizen door akkoord te gaan met de 2018 release van de Chipsoft-software nu opgescheept zitten met software die binnen het LUMC als onveilig wordt beschouwd.

W.J. Jongejan, 27 september 2018

Aanvulling 4 oktober 2018: Op Twitter doet Marc van der Gracht @MarcGr8 de volgende suggestie over de aard van het probleem: Het artikel lijkt te suggereren dat zorgaanbieders met wel geüpdatete EPD een veiligheidsrisico zouden lopen. Ik denk dat dit risico enkel is voor de oude EZIS-dossiers die niet meer op veiligheid gemonitord worden, net als destijds met systemen die nog op Windows XP draaiden.