

# LSP in huidige vorm ontoereikend om te voorzien in behoefte 2e lijn



Dat het LSP in de huidige vorm ontoereikend is om te voorzien in de behoefte van de tweede lijn is een zeer opmerkelijke uitspraak. Hij is gedaan door medewerkers van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ). VZVZ is verantwoordelijk voor het Landelijk SchakelPunt(LSP). [Die uitspraak deden ze op 13 december 2018](#) tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van VZVZ met op het LSP aangesloten ziekenhuizen. Het gebeurt onder het motto "LSP gebruik & beheer voor Ziekenhuizen". [De uitspraak stond op een sheet](#) in de presentatie van drie medewerkers over de over nieuwe ontwikkelingen bij VZVZ in de tweede lijn. Voor de rechtgeaarde criticus van het LSP is de ontoereikendheid van het LSP om ziekenhuizen te bedienen een open deur. Het LSP is in de huidige vorm een verouderd systeem met een sterk verouderde centralistische opzet. Het is niet opgezet volgens "privacy by design". Het is zoals dat in de IT-wereld heet: een [legacy-systeem](#). Opgezet in 2006 is er telkens wel aan gesleuteld en is de gebruikte software steeds aangepast, maar met blijft zitten met een erfenis uit het verleden. De infrastructuur om het LSP te laten werken is de Aorta-architectuur. Het concept daarvan dateert van 2002. Voor IT-begrippen zijn het gedateerde ontwerpen.

## Beperkt verkeer van en naar ziekenhuizen

Het berichtenverkeer naar de ziekenhuizen is beperkt tot de Interacties, Contra-indicaties en Allergieën(ICA-data) en de medicatieoverzichten van huisarts en apotheek. Dat werkt [zo traag en is zo foutgevoelig](#) dat het niet real-time kan gebeuren maar met [prefetching](#) moet gebeuren. Dat betekent dat de ziekenhuisapotheker daags voor het polibezoek van patiënten bij een specialist deze data via het LSP tevoren opvraagt. Zo zijn ze tijdens het spreekuur te tonen. **Vanuit** het ziekenhuis is alleen maar [een vooraankondiging van een recept](#) richting apotheek te verzenden en dat is geen rechtsgeldig elektronisch recept. Een digitaal recept kan niet omdat vooralsnog geen digitale handtekening in het receptbericht dat via het LSP loopt te zetten.

## Niet Dé digitale zorginfrastructuur

Lange tijd is gedacht en gehoopt dat de Aorta-architectuur met LSP als centrale computer met daarin een verwijsindex “de nationale zorginfrastructuur” zou zijn. Lange tijd heeft het ministerie van VWS ons dat ook doen geloven. Zoals hierboven betoogd is gebleken dat dat een doodlopende weg is geworden. Het biedt maar [een beperkt soelaas](#) binnen het hele zorgveld. In 2017 komen [vanuit Nictiz](#) en ook anderszins [discussies](#) op gang waarbij het begrip “dé nationale digitale zorginfrastructuur” wijder gedefinieerd wordt.

## Nieuwe gedachten

In 2017 zie je dan de definitie verschijnen :

“[Een zorginfrastructuur](#) is een verzameling technische en organisatorische

voorzieningen en afspraken die de veilige en betrouwbare uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners, patiënten en derden betrokken bij de zorg mogelijk maakt.”

## **“Een zorginfrastructuur:**

- is “open” en beschikbaar voor meerdere soorten zorgverleners, patiënten en zorgtoepassingen;
- is niet gebonden aan één organisatie;
- maakt het transport van data mogelijk, maar stelt geen voorwaarden aan de inhoud van de gegevensuitwisseling.”

Met het ontstaan van allerlei andere regionale netwerken, zoals die voor de uitwisseling van documenten en radiologiebeelden tussen ziekenhuizen(XDS-netwerken) zie je een concept tot stand komen van een zorginfrastructuur waarbij vele bestaande netwerken en aan elkaar gekoppeld zouden moeten worden in. Daarbij worden de centrale computers van die regionale systemen [knooppunten\(hubs\) in een netwerk](#). In zo'n concept is het LSP zo'n schakelhub, net zoals een XDS-regiohub. XDS staat overigens voor Cross Platform Document Sharing.

## **InterZorgNet**

In wezen is het concept wat vanaf 2017 ontwikkeld wordt een getrouwe kopie van wat er met het internet plaatsvindt. Nodes(knooppunten) waarover eerst alleen eigen berichtenverkeer plaats vond worden dan plekken waarlangs later ook andersoortige berichten kunnen passeren. Vooropgesteld dat er de nodige standaardisatie heeft plaatsgevonden op het gebied van de opbouw en de inhoud van de berichten. Door herdefiniëring van het begrip zorginfrastructuur kom je dan tot een soort InterZorgNet.

## **Failliet**

Aan het eind van dit artikel wil ik weer even terugkeren naar de betekenis van het LSP voor het dataverkeer van en naar de tweede lijn. Gebleken is dat zulk berichtenverkeer toch weerbarstiger is dan menigeen bij VZVZ ooit gedacht heeft. Dat VZVZ bij monde van haar medewerkers ooit zelf zou zeggen dat

het LSP in de huidige vorm niet toereikend is om in de behoefte van de tweedelijnszorg te voorzien had ik niet verwacht. Verbouw, ombouw, herziening van het LSP gaat echter klauwen met geld kosten. Het is de vraag of de zorgverzekeraars die tot nu toe jaarlijks bijna 50 miljoen euro in het LSP en VZVZ stoppen dat willen blijven betalen. We gaan het zien.

W.J. Jongejan, 11 januari 2019

---

## **Elektronische vooraankondiging recept is geen van vervanging digitaal recept**



Op [19 december 2019 maakte ik melding](#) van een project in Noord Brabant om de elektronische vooraankondiging van een recept te gebruiken als vervanging van een digitaal getekend recept. Het gaat daarbij om het versturen van recepten door specialisten vanuit een ziekenhuis richting de apotheek. Bij de persuitingen over het project meldde men niets over het percentage fouten. Uit eigen cijfers van VZVZ, gepresenteerd

op haar [“Ziekenhuisdag” op 13 december 2018](#) blijkt dat een [onacceptabel percentage, 5,7 procent\(sheet 10 van 19\)](#) van de vooraankondigingen van recepten om meerdere redenen niet bij de apotheek aankwam. De “ziekenhuisdag” had als thema: “LSP gebruik & beheer voor Ziekenhuizen”. Met het Landelijk SchakelPunt(LSP) is het vooralsnog onmogelijk om een digitaal getekend recept te versturen. Daarom proberen diverse belanghebbenden, o.a. de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) als verantwoordelijke voor het LSP, controlerende instanties zoals de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd(IGJ) ervan te overtuigen dat de vooraankondiging afdoende is. VZVZ geeft in haar presentatie op 13 december 2019 zelf meerdere oorzaken aan voor dit falen. Een groot probleem is dat bij het niet arriveren van het bericht bij de apotheek het LSP het bericht daarna niet nogmaals aanbiedt. Het voor-aangekondigde recept is daarmee elektronisch verdwenen. Als de patiënt geen papieren kopie meer bij zich heeft bij het bezoeken van de apotheek zal deze geen medicatie kunnen verstrekken.

## Soorten fouten

Het probleem blijkt niet zozeer te liggen in het verzenden van de vooraankondiging naar het LSP-systeem. In dat deel van de keten gaat maar 0,075 procent fout. Het ligt vooral aan de connectie LSP richting apotheek.

De redenen, aangegeven met foutcodes, zijn:

- KEY 205: Voorschrift met dit nummer bestaat al. Daardoor kan het bericht niet verwerkt worden in het apotheeksysteem
- [RTEDEST](#): Het ontvangende systeem is ongepland niet beschikbaar, waardoor het voorschrift niet kan worden afgeleverd.
- SYN100: Syntaxfout in het bericht waardoor het voorschrift niet verwerkt kan worden in het

apothekesysteem. Dat kan een verkeerde AGB- of een verkeerde UZI-code van de verzender zijn.

- INACTIVE: Het ontvangende systeem is niet actief, waardoor het voorschrift niet elektronisch afgeleverd kan worden
- RTUDEST: De adressering van de apotheek is niet correct.

De eerste drie fouten zijn verantwoordelijk voor 82% van de foutmeldingen.

## Keten

Het moge duidelijk zijn dat ook hier het oude adagium opgaat dat de keten zo sterk is als haar zwakste schakel. Die schakel blijkt dus de verbinding LSP richting apotheek te zijn. Op zich is het volkomen logisch dat het zo vaak fout gaat. Aan de ontvangerskant is sprake van een veelvoud van systemen, die bijvoorbeeld òf niet online zijn, óf net niet een juiste update geïnstalleerd hebben.

## Onacceptabel

Het grote aantal fouten maakt dat het niet te accepteren is dat een controlerende instantie als de IGJ akkoord zou gaan met het gebruik van de vooraankondiging van een recept als een regulier receptbericht. Dat dient namelijk elektronisch ondertekend te zijn. Dat klemt des te meer als het gaat om medicatie die onder [de opiumwet](#) valt. Daarbij gelden zeer strenge regels over de vorm en inhoud van het recept. Daaraan mag niet getornd worden. In het kader van het hierboven genoemde percentage missers is het gebruik van de vooraankondiging dan ook absoluut niet te tolereren.

## Openheid

Het is zeer teleurstellend dat in perspublicaties over het project in Noord Brabant geen openheid is verstrekt over het percentage missers. Pas bij lezing van een PDF-document op de

website van VZVZ met daarin 198 sheets van presentaties op de Ziekenhuisdag op 13 december 2019 viel het mij op in een reeks van negentien sheets over de vooraankondiging van recept.

W.J. Jongejan, 9 januari 2019

---

# Function-creep in het Brabantse: vooraankondiging recept wordt recept?



Het gebeurt wel vaker in de zorg-ICT dat men grenzen van bepaalde functionaliteit oprekt. “Function-creep” is de term daarvoor. We zien het eigenlijk overal waar grote hoeveelheden data verzameld en verwerkt worden. Zo houdt het kentekenregistratiesysteem ([ANPR](#)) boven de snelwegen de verzamelde data langer vast dan eerst voorzien was en zijn er naast de politie ook [andere overheidsinstanties \(belastingdienst\)](#) geïnteresseerd in die data. In Zuidoost-Brabant startte het Regionaal Zorg Communicatie Centrum (RZCC) een jaar terug [een project om digitaal recepten te verzenden](#) van de tweede naar de eerste lijn met gebruik making van het Landelijk SchakelPunt (LSP). Officieel is een elektronisch recept van een arts alleen een rechtsgeldig voorschrift als het elektronisch ondertekend is. Dat is echter niet mogelijk met de huidige stand van zaken rond het receptbericht dat via het LSP verzonden wordt. Daarom heet hetgeen elektronisch overgebracht wordt naar de apotheek via het LSP dan ook een vooraankondiging van het recept. Het is nog altijd noodzakelijk dat het fysieke recept op een andere wijze (post of via de patiënt) alsnog de apotheek

bereikt. [Het RZCC](#) stelt nu na een jaar met de deelnemende regio-partners dat de regio ervoor kiest om de vooraankondiging als een recept te beschouwen. Men doet dat na een risicoanalyse. Men kan dat wel zo vinden maar juridisch is het geen recept omdat een elektronische handtekening ontbreekt.

## **Vooraankondiging recept**

In een document van het standaardisatie instituut voor de zorg, [Nictiz, uit 2012](#) is al te lezen welke rol een vooraankondiging van een recept heeft. Het bevat dezelfde informatie als nog te realiseren elektronisch recept maar een elektronische handtekening ontbreekt. Technisch is het nog steeds niet mogelijk dat zoiets elektronisch uitgewisseld wordt. In 2016 laat de communicatiemedewerker van de Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ), [Alf Zwilling optekenen](#) dat het toevoegen van een elektronische handtekening nog een detail is dat aangepast moet worden. Voor de goede orde: VZVZ beheert het LSP en is er verantwoordelijk voor. Anno 2018 is dat “detail” nog steeds niet zover. De programmamanager Medicatie bij het RZCC, Roanda Fokkens-Steba, die [een blog over het project](#) schreef op 14 december 2018 op het online magazine SKIPR beschrijft trouwens ook dat het echt geen techniek feestje was.

## **Niet arriveren**

Dat het werken met de vooraankondiging niet zonder problemen is geeft [een factsheet van VZVZ](#) aan. Daarin maakt VZVZ duidelijk dat er meerdere foutenbronnen zijn waardoor een vooraankondiging niet bij een apotheek kan aankomen. Een aantal foutenbronnen noemt men bij naam. Ook is het zo dat als er zich een fout heeft voorgedaan bij verzending of ontvangst van de vooraankondiging van een recept het LSP dan niet op een ander tijdstip opnieuw gaat proberen het bericht alsnog af te leveren. Er wordt dan vanuit gegaan dat er op een andere manier is geprobeerd het recept in de apotheek te krijgen. Als



men in Zuidoost-Brabant in dat soort gevallen geen fysiek recept meer naar de apotheek stuurt is het recept richting apotheek gewoon verdwenen. De patiënt wil dan zijn medicatie krijgen maar de apotheek heeft geen grond voor aflevering.

## **Lastig**

De ondertoon van de blog over het project is dat het nasturen van een fysiek recept richting apotheek toch wel een lastige en arbeidsintensieve onderneming is. Men komt met een risicoanalyse om daarmee aan te willen tonen dat het eigenlijk best wel veilig is om te werken met alleen de vooraankondiging van het recept en het qua bewaking van de medicatieveiligheid grote voordelen heeft. Ondanks het positief uitvallen van de eigen risicoanalyse geeft de programmamanager toch wel aan dat juridisch gezien de meningen verdeeld zijn. Verdeeld over of de vooraankondiging binnen de huidige wetgeving als recept beschouwd mag worden door het ontbreken van een digitale handtekening.

## **Juridisch duidelijk**

Mijns inziens is het echter volkomen duidelijk dat een vooraankondiging van een recept niet als recept te beschouwen is. Zonder (digitale) handtekening kan het nooit de status krijgen van een rechtsgeldige vorm van prescriptie. Het is ook de vraag of de iets wat door RZCC, deelnemende apotheken en Maxima Medisch Centrum als opportuun wordt gezien ooit de goedkeuring krijgt van de Inspectie GezondheidsZorg en Jeugd. Immers ook een per fax verstuurd recept is een vooraankondiging van een recept. Ondanks dat het gebruik van de fax hiervoor sterk wordt afgeraden laat de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie([KNMP](#)) [op haar website](#)(alinea: Een recept via de fax, mag dat?) dat een per fax verstuurd recept als een vooraankondiging beschouwd wordt.

## Oprekken en omzeilen

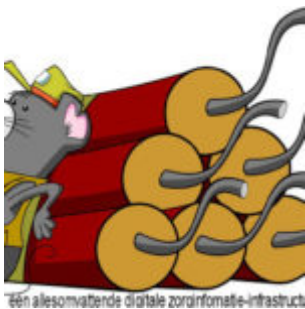
Uit de berichtgeving van het project is af te leiden dat men van iets, wat juridisch helemaal niet kan, af wil. Men probeert duidelijk de grenzen op te rekken, waardoor sprake is van function-creep. Uit het verslag blijkt ook dat de functionaliteit nog niet voldoet aan de wensen van de zorgverleners zoals zij het in de praktijk willen toepassen. Men spreekt over duidelijk afspraken over werkwijze zodat tekortkomingen in de huidige functionaliteit omzeild worden. Het is klip en klaar dat hiermee work-arounds voor gerezen problemen worden bedoeld.

W.J. Jongejan, 19 december 2018

19 december: kleine aanvulling aan einde alinea "Niet arriveren."

---

# Brave toekomstvisie digitalisering huisartsenzorg met toch enig dynamiet



Op 25 oktober 2018 maakten de Landelijke Huisartsen Vereniging(LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap(NHG), en het eerstelijns samenwerkingsverband InEen het

visiedocument [“Digitalisering Huisartsenzorg 2019-2022”](#) bekend. Het stuk borduurt voort op bestaande ontwikkelingen in de zorg en in de digitale wereld en is daarom niet bepaald revolutionair te noemen. Het document zegt richting te willen aangeven aan EEN bij de veranderende huisartsenzorg passende toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur, maar kiest nadrukkelijk niet voor ÉÉN allesomvattende oplossing. Zonder de naam te noemen doelt men daarbij expliciet op het gebruik van de infrastructuur rond het Landelijk SchakelPunt(LSP). Dat de met name de LHV zich niet meer vast wil leggen op het LSP als enige zaligmakende oplossing voor zorgcommunicatie [meldde ik recent\(11-10-2018\) op deze website](#). Hoewel de LHV één van de “founding fathers” is van VZVZ blijkt ze door recente verandering van de governance-(lees: verenigings-)structuur nog wel toegelaten te worden tot de algemene vergadering, maar geen stemrecht meer te hebben. Het aparte is dat bij alle berichtgeving over het visiedocument van LHV, NHG en InEen géén van de recensenten de apert in de kamer aanwezige olifant wens te zien. ([A](#), [B](#))

## **Braaf en voorspelbaar**

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

## **De olifant in de kamer**

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

voluit verkondigt.

*“Wij gaan niet voor één allesomvattende oplossing om een passende, toekomstgerichte digitale zorginformatie-infrastructuur te realiseren. Eén oplossing voor alle behoeften is niet realistisch; diverse oplossingen zijn goed voor specifieke doelen; daarnaast kent iedere oplossing zijn eigen ontwikkeltempo.*

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

## **Geen gedwongen keuze**

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

## **Geen echte oplossingen**

De in de visie verwoorde gedachtengoed laat geen schokkende nieuwe inzichten zien die bekende systemen en de uitwisseling ertussen beter zullen maken. Meer gestandaardiseerde berichten zijn niet de oplossing. Nictiz kan dan wel in samenwerking met VZVZ bezig zijn met het definiëren van zorgbouwstenen voor communicatie via het LSP, maar wat echt nodig is, is een bibliotheek van gestandaardiseerde componenten, die bruikbaar

zijn in **ELK** systeem. Daarbij doel ik bijvoorbeeld op het kiezen van een andere basis van ICT-systemen waarin zorgdata worden vastgelegd, namelijk de keuze voor [de Europese EN13606 norm](#). Deze is ontworpen om als standaard voor informatie-architectuur, zodat daarmee elektronische zorgdossiers eenvoudig uit te wisselen zijn. De in Nederland gebruikte [HL7 FHIR standaard](#) is vooral ontworpen voor de communicatie tussen zorginformatiesystemen, zonder direct iets over de architectuur van de zorginformatiesysteem zelf iets te zeggen. Het voordeel van het gebruik van de Europese norm is dat iedereen componenten gebruikt die gebaseerd zijn op een gemeenschappelijk generiek database-model en iedereen dezelfde codestelsels gebruikt. De LHV met haar partners in het visiedocument borduren voort op de bestaande situatie die zeer ingewikkeld geworden is en steeds gecompliceerder wordt en maken geen fundamentele keuzes.

W.J. Jongejan, 29 oktober 2018

---

## Mislukken iPMD-pilot slecht voortekenen voor start PGO's



Zeer recent, op 16 oktober maakte de directeur van de Stichting Gerrit, [Wim Hodes, in een interview met het online-](#)

[magazine Zorgvisie](#) bekend dat de uitkomsten van een mislukt pilotproject in Friesland een slecht voorteken betekenen voor de toekomstige Persoonlijke GezondheidsOmgevingen(PGO's). Dat zijn programma's -meestal in de vorm van app's- die een soort datakluis zijn met medische gegevens van een patiënt. De stichting Gerrit, die zich bezig houdt met elektronische datacommunicatie in de zorg in Noord-Nederland, heeft in 2016 een pilotproject gestart om ervoor de zorgen dat patiënten hun medicatieoverzicht op een smartphone(iPhone)-app konden zetten en inzien. Dat was een PGO avant-la-lettre, volgens Hodes. Ik schreef daar [op 15 december 2015 een artikel](#) over. Hodes waarschuwt in het interview dat de huidige [MedMij](#) protocollen, die ontwikkeld zijn om zorgdata in PGO's te kunnen krijgen, onvoldoende zijn en uitbreiding behoeven. Het is bijvoorbeeld met de huidige plannen wel mogelijk dat patiënten zorgdata, zoals medicatieoverzichten in een PGO te laden, maar omgekeerd is het niet mogelijk dat zorgverleners op de hoogte zijn wat een patiënt bijhoudt.

## **iPMD**

In Friesland werd door Gerrit-Net begin 2015 de opzet van een pilot gemaakt. In september 2016 startte deze. In die pilot werkten enkele zorgaanbieders in Zuidwest-Friesland, Zorgkluis B.V., VZVZ, de PatiëntenFederatie Nederland, Nictiz en diverse overheidsinstanties samen. De patiënt maakte gebruik van een intelligent Persoonlijk medicatiedossier(iPMD)-app. Deze communiceerde voor de opslag van de data met Microsoft-HealthVault. Met de app(op de Apple iPhone) maakte de patiënt contact met het Landelijk SchakelPunt(LSP) via een portaal van VZVZ. De authenticatie, de vraag of de patiënt degene is die hij/zij beweert te zijn geschiedde door middel van het gebruik van de DigiD plus Remote Document Authentication(RDA). Dat principe berust op het uitlezen van een Near Field Communication(NFC)-chip in moderne identiteitsbewijzen van de overheid door middel van een iPhone. Een keten met heel veel techniek dus.

## De facto mislukte pilot

[Het pilot-project is eind 2017 beëindigd.](#) Er werd een positieve draai aan gegeven door te stellen dat de praktische doelstelling was behaald. Dat zou gaan om het maken van een werkende oplossing voor patiënten om hun eigen medicatiegegevens uit het LSP te kunnen inzien, het kunnen verwerken/bewerken van deze gegevens en deze uit te kunnen wisselen met hun zorgverlener. Maar een vervolg kreeg de pilot niet omdat er technisch toch nog teveel onopgeloste punten waren. Het authenticatieproces, nodig om veilig gegevens via een koppeling met het LSP naar de iPMD-app te krijgen was te complex en dus niet voor groter gebruik geschikt. Tevens bleek dat er verschillen aan het licht kwamen tussen de medicatie-informatie die aan de patiënt werd getoond en de informatie zoals de zorgverlener die kon zien. In wezen is de pilot gewoon mislukt, omdat opschalen erna niet haalbaar werd bevonden.

## Pull-systeem

Doordat een de vulling van een PGO berust op het ophalen van zorgdata door de patiënt uit systemen van zorgaanbieders is het te beschouwen als een pull-systeem. [Omgekeerd zal een PGO ook wel data kunnen verzenden\(push-actie\) naar systemen van zorgaanbieders](#), maar de omvang daarvan is veel beperkter: zelfmetingen, afspraak maken, annuleren en wijzigen naast archiveerbare PDF's( voor digitale documenten). Het PGO haalt zijn data op bij de bron. Als een patiënt dus niet recent een ophaalactie heeft uitgevoerd, kan er een flink verschil zitten in wat er in een PGO staat en wat er bij de zorgverlener, bijv. de huisarts, staat in diens systeem. Zonder verificatie of er een verschil is in vastgelegde informatie betekent de inhoud van het PGO niet veel.

## Tijdbom

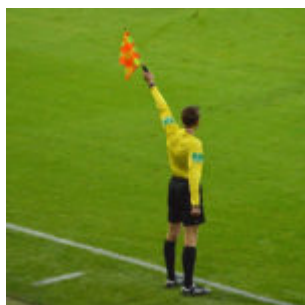
De opmerkingen van Wim Hodes maken duidelijk dat met de toekomstige PGO's hetzelfde probleem kan gaan spelen als in de

iPMD-pilot: het verschil tussen data in het IPMD en bij de zorgverlener. Daarbij speelt ook nog dat die pilot alleen de medicatieoverzichten betrof en niet andere zorgdata zoals samenvattingen van huisartsgegevens en berichtgeving vanuit de ziekenhuizen. Daar kan exact hetzelfde probleem spelen. Hodes spreekt over uitbreiding van de MedMij-protocollen om de door hem gesignaleerde problemen het hoofd te bieden, terwijl er pas recent overeenstemming tussen alle belanghebbenden is bereikt over de huidige protocollen. Dit zal een tijdbom leggen onder het streven om per 2020 op een betrouwbare wijze PGO's te kunnen gebruiken.

W.J. Jongejan, 25 oktober 2018.

---

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



In de organisatiestructuur van de Vereniging van



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

## Structuur

VZVZ kent een Raad van Toezicht, een Raad van Bestuur en een algemene vergadering. De vereniging kende 8 adviesraden, die verschillende geledingen vertegenwoordigden. Zo was er een koepel-adviesraad, een patiënten-adviesraad, een leveranciers-adviesraad, een regio-adviesraad etc. inclusief het bestuur ging het om rond de 80 personen. Ze waren allen in de algemene vergadering verenigd. [Dat aantal is nu teruggebracht naar 27.](#) De verschillende adviesraden zijn afgeschaft. De algemene ledenvergadering bestaat nu uit 17 afgevaardigden namens 10 verschillende organisaties. Opvallend daar bij is dat van de 17 afgevaardigden er 15 stemrecht hebben. 4 zijn voor de Patiëntenfederatie Nederland. De LHV wordt, **niet meer lid zijnde**, toegelaten tot de algemene vergadering met 2 afgevaardigden, maar die hebben **geen** stemrecht. Via InEen, de koepel van huisartsenposten, is er zijdelings nog een zeer

bepaalde inbreng met stemrecht voor huisartsen mogelijk. De Raad van Bestuur bestaat nu uit 2 personen en de Raad van Toezicht uit 8. In die laatste zijn nu nog 2 vacatures.

## **LHV**

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

## **Besparing**

Het besluit om de organisatiestructuur in te dikken brengt VZVZ als dé manier om de besluitvorming sneller en efficiënter uit te voeren. Eenzelfde ontwikkeling was te zien bij het Informatieberaad. Daar was de besluitvorming door het deelnemersaantal ook wat stroperig geworden. Ik kan mij echter niet aan de indruk onttrekken dat de hele indikkingsoperatie ook ingegeven is door de wens te bezuinigen binnen de organisatie. Het grote aantal afgevaardigden ter ledenvergadering al de afgelopen jaren een aanzienlijk bedrag aan vacatiegelden en vergaderuitgaven kosten gekost hebben. Dat, gezien het opleidingsniveau van de afgevaardigden. Zorgverzekeraars Nederland zal na begin 2012 jaarlijks tussen de 25 en 50 miljoen euro in het LSP via VZVZ gestopt te

hebben, toch ook wel eens een keer besparingen willen zien bij uitblijven van majeure uitbreidingen van LSP-functionaliteit.

## **Afrekening**

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

## **Vierde voorzitter in zes jaar**

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

## **Nog even dit**

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

W.J. Jongejan, 11 oktober 2018

---

# Autoriteit Persoonsgegevens ontloopt stelselmatig verantwoordelijkheid



Recent, op 6 september 2018, verscheen in het NRC-Handelsblad een artikel van Liza van Lonkhuyzen met als kop: [“Raad van State: burger in de knel door digitale overheid”](#). Het betrof een ongevraagd advies van de Raad van State over hoe de overheid met de data van burgers omgaat. Op de wijze waarop de toezichthouder van diezelfde overheid op het uitwisselen van gegevens van burgers, de Autoriteit Persoonsgegevens (AP), opereert, is helaas ook het nodige aan te merken. Zij blijkt nogal eens haar verantwoordelijkheid te ontlopen. Medische gegevens zijn bijzondere persoonsgegevens waarmee men zeer zorgvuldig moet omgaan, zeker bij uitwisseling met behulp van een datanetwerk. Het Landelijk SchakelPunt (LSP), waarmee medische gegevens opvraagbaar zijn bij de bron, is zo'n netwerk. Voor het opvraagbaar maken is een goed geïnformeerde toestemming van de burger noodzakelijk. Als die toestemming ten onrechte genoteerd is en door de burger gesignaleerd en ongedaan gemaakt is, dan doet de AP daar vervolgens na melding niets mee.

## Onterechte toestemming

Als een burger zijn medische data ter beschikking wil laten stellen voor een elektronisch landelijk uitwisselingssysteem waarop iedere zorgverlener in Nederland zich kan aansluiten,

moet hij of zij zich zelf daarvoor aanmelden of dit via een opt-in-toestemming via de zorgaanbieder(huisarts of apotheek) laten vastleggen waarna dit via het informatiesysteem van deze zorgaanbieder rechtstreeks als aanmelding in het LSP systeem wordt verwerkt. Het LSP-systeem neemt meteen daarna die toestemming op haar computer over. Het is helaas niet zeldzaam dat een zorgaanbieder ten onrechte een opt-in-toestemming vastlegt. Mij overkwam dat bij herhaling. [In totaal noteerden drie apotheken tegen mijn wil een opt-in-toestemming.](#)

## **Omkering bewijslast**

Of een onterechte opt-in-toestemming genoteerd is bij een zorgaanbieder is alleen maar te achterhalen, is alleen maar te achterhalen via iemands huisarts of apotheek of via de website van VZVZ. De zorgaanbieder (apotheek in mijn geval) heeft, evenals VZVZ, geen verificatie- en notificatieplicht. **Als de onterechte toestemming bij de zorgaanbieder op verzoek van de burger is gecorrigeerd, bestaat er geen logging van deze handeling bij zorgaanbieder of VZVZ.** Bijgevolg kan niemand na verwijdering van de onterechte registratie van toestemming achteraf constateren dat er een toestemmingsregistratie heeft plaatsgevonden. Een zeer storende factor daarbij is dat de burger zelf bij de AP moet aantonen dat een onterechte, onvrijwillige, toestemming, vastgelegd is. Dat is alleen maar mogelijk door het maken van een schermafbeelding van de webpagina bij VZVZ waarop de toestemming genoteerd staat. In feite is hier dan ook sprake van een stuitende omkering van de bewijslast.

## **Veronderstelling**

Het lijkt logisch om te veronderstellen dat de AP als toezichthouder daar streng op toe zou moeten zien, maar niets is minder waar. Bij het aanklaarten van het ten onrechte registreren van mijn toestemming met verwijzing naar andere onjuiste, laakbare “registratiepraktijken” van apotheken en apotheekgroepen in den lande blijkt de AP haar

verantwoordelijkheid waar het gaat om het onrechtmatig uitwisselen van bijzondere/medische persoonsgegevens stelselmatig te ontlopen. Handhavingsverzoeken die men hetzij persoonlijk(A,B) hetzij collectief(C,D) bij de AP neerlegt worden telkens vlakweg afgewezen.

## **AP schiet schromelijk tekort**

Het ongedaan maken van de onterechte toestemming blijkt een onoverkomelijke hindernis te zijn voor actie door de AP. De gedachtegang die de AP hanteert bestaat er namelijk uit dat men stelt dat [zodra de toestemming herroepen is door de burger](#)(zie alinea Toelichting AVG en Toelichting Awb), er geen sprake meer is van een overtreding. De AP meent dat burgers/patiënten na het doen verwijderen van een ten onrechte verleende toestemming geen belang meer hebben bij handhavend, corrigerend optreden van de toezichthouder. De AP gaat daarmee totaal voorbij aan het datalek dat het gevolg is geweest van deze onterecht geregistreeerde toestemming. Om de AP tot actie te brengen zou de burger de onterechte geregistreeerde toestemming moeten laten bestaan tot de AP na verloop van tijd (enkele maanden meestal) een beslissing heeft genomen.

## **Datalek**

Het optreden en sanctioneren bij onrechtmatige verwerking van persoonsgegevens (hier feitelijk als gevolg van een structureel probleem dat kan leiden tot niet controleerbare datalekken) door de AP wordt daarmee niet gezien als een taak van de toezichthouder. De oncontroleerbare dataverwerking in mijn casus toont aan dat de AP publiekelijk aangesproken dient te worden op haar verantwoordelijkheid om op te treden tegen deze gebrekkige, oncontroleerbare verwerkingspraktijken van bijzondere/medische persoonsgegevens.

W.J. Jongejan, 9 oktober 2018

11 oktober 2108: enkele kleine tekstuele aanpassingen in alinea Onterechte toestemming en Omkering bewijslast.

---

# Een betrouwbare basisvoorziening is het LSP absoluut niet



Na een publicatie van [de NOS op 16 september 2018](#) over het niet naadloos op elkaar aangesloten zijn van elektronische uitwisselsystemen voor medische gegevens [was VZVZ er op 18 september](#) als de kippen bij om te stellen dat het LSP voorziet in een basisbehoefte op dat gebied. [Ik schreef er zeer recent over.](#) De Vereniging van Zorgaanbieders Voor Zorgcommunicatie(VZVZ) is verantwoordelijk voor en beheert het Landelijk SchakelPunt(LSP). Zoals zo vaak in het verleden doet VZVZ hier aan grootspraak, want er zitten behoorlijke beperkingen in het gebruik van het LSP. Daardoor is het niet altijd duidelijk is of de opgevraagde gegevens wel betrouwbaar

**genoeg en volledig zijn.** In het recente verleden betoogde ik meermalen op deze website dat het LSP slechts een beperkte functionaliteit heeft en dat hetgeen wat getoond wordt bij opvraag van gegevens niet volledig en betrouwbaar genoeg is om volledig op te varen. Zo wil nog steeds slechts één derde van de Nederlanders de gegevens die opgeslagen zijn bij de huisarts via het LSP doen delen. Twee derde van de Nederlanders wil de data van de apotheek, de medicatie data wel delen via het LSP, maar die zijn ook niet volledig .

## **LMP**

Het aardige in het persbericht en in de melding op de website van VZVZ is dat zij in hun boodschap het ook grotendeels hebben over de medicatieoverdracht. Dat is iets [wat ik al in 2016 constateerde.](#) Door het gebrek aan transport van huisartsendata is het LSP dan ook niet veel meer dan wat ik gekscherend in 2016 een Landelijk MedicatiePunt(LMP) noemde. Via het LSP kunnen aangesloten zorgaanbieders indien er een behandelrelatie is die medicatiedata opvragen, maar de betrouwbaarheid en volledigheid is beperkt.

## **Flinke beperkingen**

De medicatieoverzichten opgevraagd via het LSP zijn in eerste instantie onbetrouwbaar, omdat nooit zeker is of de patiënt de opt-in-toestemming wel verleend heeft bij alle apotheken waar die de medicatie betreft. Je weet wat je krijgt, maar niet wat je mist. Daarnaast geeft het verkregen overzicht alleen de medicatieverstrekkingen weer en niet per se alle medicatievoorschriften. Patiënten kunnen de apotheek namelijk altijd vragen bepaalde medicatie niet af te leveren. Dat kan om financiële maar ook persoonlijke, principiële redenen zijn, die men niet tegen de voorschrijver zegt. Daarnaast is het zo dat stopberichten(bericht van de huisarts dat een medicijn gestopt wordt) en wijzigingen in de dosering niet doorkomen via het LSP. Ook noteert de apotheek zelfmedicatie, die bij de patiënt bij de apotheek betreft, niet altijd in het



medicatie dossier van de patiënt. Aangezien onder de zelfmedicatie ook medicatie zit die in hogere dosering alleen op doktersvoorschrift verkregen kan worden is dit een duidelijk manco.

## **Waarneming/weekend-/avonddiensten**

Hoewel het LSP constant gepropageerd is voor gebruik tijdens waarneming en (weekend-/avond-) diensten blijkt het zo te zijn dat recepten die in deze vervanging van de eigen huisarts voorgeschreven worden **NIET** uitgewisseld kunnen worden via het LSP. Dat is een zeer grote beperking van de volledigheid van het systeem. Qua medicatieoverzichten is het verkeer tussen ziekenhuizen enerzijds en apotheek-/huisarts-informatie-systemen ook nog steeds één richting op. In ziekenhuizen kan, als het ziekenhuissysteem überhaupt aan te sluiten is op het LSP, alleen een medicatieoverzicht van buiten opgevraagd worden. Omgekeerd kan dat vooralsnog helemaal niet.

## **ICA**

Bij het voorschrijven van medicatie is het altijd van belang om informatie te hebben over interacties (strijdige werking van geneesmiddelen onderling), contra-indicaties (redenen waarom bepaalde medicatie niet geslikt moet/kan worden) en allergieën. Afgekort met de voorletters van deze drie redenen heten dat de ICA's.

Nu zijn er echter flinke problemen met die ICA's bij LSP-gebruik:

- Op zorgverlener niveau is het mogelijk dat de patiënt kan weigeren om ICA-informatie beschikbaar te stellen. Dat kan door het afschermen van die regels voor bevraging op verzoek van de patiënt in het zorgverlenersysteem.
- Alleen als voor de systemen waar eventueel ICA's genoteerd staan een opt-in-toestemming gegeven wordt zijn deze zichtbaar bij bevraging.

- In ziekenhuizen is het niet altijd mogelijk de ICA's zichtbaar te maken/ op te vragen.

## **HIS-sen**

Uit het veld vernam ik ook signalen van diverse kanten dat het bepaalde huisartsinformatiesystemen en apotheeksystemen onderling niet lukt om medicatie van elkaar te bevragen via het LSP. Die onzekerheid maakt dat er weer een factor extra is die veroorzaakt dat de medicatieoverzichten die een zorgaanbieder via het LSP opvraagt niet volledig en dus niet betrouwbaar zijn.

Voorstanders zullen zeggen dat iets beter is dan niets, maar omdat men er niet op kan varen zal het ouderwetse vragen aan de patiënt wat die slikt nog steeds doorgang moeten vinden. Tel uit je winst dus.

Het honderden miljoenen euro's verslindende LSP is dus zeker niet die betrouwbare basisvoorziening die VZVZ voorstelt.

W.J. Jongejan, 25 september 2018.

---

# Zwaar weer LSP in Twente. Extra ondersteuning met regionale stimuleringsgelden



Het is blijkbaar zwaar weer voor het Landelijk SchakelPunt(LSP) in de regio Twente als anno 2018 in deze voormalige koploperregio extra ondersteuning ingezet moet worden. Naar mij uit welingelichte bron ter ore kwam is tegenwoordig bij de Regionale Samenwerkings-Organisatie(RSO) IZIT extra ondersteuning vanuit de Vereniging van Zorgverleners Voor Zorgcommunicatie gedetacheerd. VZVZ is de verantwoordelijke voor het LSP sinds de private doorstart van het gebruik ervan in januari 2012. Twente behoorde samen met Nijmegen tot [de groep van koploperregio's](#) die het gebruik van het LSP moesten helpen aanjagen. Twente was zelfs [super-koploper](#). Deze regio's waren al actief in de periode dat het ministerie van VWS de scepter zwaaide over het LSP: de publieke fase. In de regio Twente is er in tegenstelling tot andere regio's sprake van een achterblijvend aantal opt-in-toestemmingen voor apothekers. Blijkbaar moet met extra geld

en mankracht de zaak uit het slop getrokken worden. Geld afkomstig uit de regionale stimuleringsgelden van Zorgverzekeraars Nederland en mankracht van VZVZ.

## **IZIT**

In Twente is IZIT actief, [gevestigd in Enschede](#). Het bedrijf richt zich op informatieuitwisseling en communicatie in de zorg in Twente en De Achterhoek. Aandeelhouders zijn zes zorginstellingen: Carint Reggeland Groep. De Twentse Zorgcentra, Dimence, Livio, Medisch Spectrum Twente en Ziekenhuisgroep Twente. Binnen de regio Twente/Oost Achterhoek ontwikkelt IZIT een groot aantal diensten die moeten bijdragen aan: – maximale uitwisseling van informatie – optimalisatie van zorgprocessen en inzet van zorgprofessionals – maximale betrokkenheid van de patiënt.

## **Geen koploper meer**

Twente was zoals gezegd eerder koploperregio, maar is dat al lang niet meer. In de meeste van [de 44 regio's van VZVZ](#) is het zo dat het percentage opt-in-toestemmingen van burgers voor het delen van medicatiegegevens ruim 50 procent hoger dan het aantal opt-in-toestemmingen voor de samenvatting van huisartsgegevens. Landelijk is het aantal opt-in-toestemmingen voor de apotheken twee maal zo hoog als die voor huisartsendata( ruim 12 tegenover ruim 6 miljoen Nederlanders). Dat is [al langere tijd zo](#)(bijdrage uit 2016 op deze website). [In Twente is echter het percentage apotheek-opt-ins 61 en dat voor de huisartsdata 71](#). In Deventer zijn die percentages 60 en 73. Dat is heel andere koek dan de landelijke ontwikkeling. Vlakbij [in de Achterhoek](#) lijken de percentages op die van de landelijke trend. [Eigenlijk zag je het al in 2016](#). Het is zelfs iets achteruitgaan sinds die tijd.

## **Stimulering**

Blijkbaar moet er in de regio iets gaan gebeuren volgens VZVZ.

Er is namelijk sinds kort een medewerker van VZVZ in het werkgebied van IZIT gedetacheerd die met regionale stimuleringsgelden van Zorgverzekeraars Nederland openbare apothekers “systeem neutraal” gaat werven. Niet alleen gaat het dus om een achterblijvend aantal opt-in-toestemmingen, maar ook zullen er blijkbaar in de regio Twente apotheken zijn die niet aangesloten zijn op het LSP. De nood is blijkbaar hoog dat men tot een dergelijke stimulering over gaat. Het gaat ook weer om extra geld vanuit Zorgverzekeraars Nederland. Regionale stimuleringsgelden komen namelijk uit een ander potje dan de grote pot van waaruit VZVZ en het LSP regulier betaald worden.

## **Niet zo vlot**

Ondanks alle mooipraat en juichtaal over het LSP moet blijkbaar toch her en der de zaak met extra geld en mankracht aangejaagd worden. Ik memoreerde op deze website de afgelopen drie jaar al meerdere keren dat de functionaliteit van het LSP eigenlijk voornamelijk beperkt is tot het uitwisselen van medicatiegegevens. Twee derde van de Nederlanders wil geen samenvattingen van de eigen huisartsgegevens doen delen via het LSP. Dat zal in de toekomst niet of nauwelijks veranderen.

W.J. Jongejan, 23 augustus 2018

---

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



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

## Weerbarstige materie

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

## Te ambitieus

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

## Voorbehoud LHV

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

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

## **Probleem**

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

## **Groter probleem**

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



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

W.J. Jongejan, 17 juli 2018