

Mijn reactie op de Column van Arie Nieuwenhuijzen Kruseman. Zie:
<http://knmg.artsennet.nl/dossiers/Columns/column/Stopzetten-LSP-vertraagt-informatieuitwisseling.htm>

De column van Arie Nieuwenhuijzen Kruseman bevat een aantal cruciale denkfouten. Het LSP is véél meer dan een wegennet. En als regionale uitwisseling nodig is moet dit via kleinschalige regionale schakelpunten of gespecialiseerde systemen verlopen. Anders is qua privacybescherming niets gewonnen ten opzicht van het huidige Landelijk Schakelpunt (LSP).

De heer Kruseman beschrijft het LSP als "slechts een wegennet". Dit is onjuist. Het LSP is veel meer dan een wegennet. Het LSP bevat een index van alle landelijke gegevens en log-informatie. Bovenal verzorgt het LSP alle toegangscontroles, zonder dat de decentrale bronssystemen hier zelf invloed op kunnen uitoefenen. Het EPD ontsluit op landelijke schaal patiëntinformatie, tot zeker 15 jaar terug. De naam Elektronisch Patiëntendossier (EPD) is dan ook volkomen terecht.

Begin dit jaar schreef ik een rapport over de beveiliging van het EPD. Daarin kwamen nogal wat zwakke punten in de beveiliging naar voren. Sommige problemen zijn oplosbaar, andere niet of lastig. In een brief aan de Eerste Kamer (zie <http://staff.science.uva.nl/~noordend/epd/letter.html>) beschrijf ik hoe de architectuur van het EPD precies in elkaar zit en wat de problemen zijn.

Het is verbazend om te zien dat de KNMG ondanks alle twijfel en recente inzichten vasthoudt aan het LSP. De artsenfederatie wil het LSP zelfs gaan gebruiken voor de regionale uitwisseling van gegevens. Hiermee laat de KNMG zien dat zij (net zoals het Ministerie van VWS) de risico's van een centraal LSP nog steeds onderschat.

Kleinschaliger en veiliger alternatieven zijn mogelijk, o.a. door gegevensuitwisseling via schakelpunten waarop slechts een beperkt aantal (samenwerkende) zorgverleners zijn aangesloten. Een andere optie vormen specialistische systemen, zoals voor complexe zorg of voor specifieke groepen patiënten. Dit kan afwijkende of hogere eisen stellen aan toegangscontrole. Kleine systemen zijn flexibeler en eenvoudiger aan te passen aan voortschrijdend inzicht en veranderende (beveiligings)eisen dan nationale infrastructuren. Door de kleinere schaal zijn ze bovendien inherent minder risicovol.

Wel moet men goed, beter dan tot nu toe, nadenken over echte toestemming van de patiënt voor de uitwisseling van gegevens, en over o.a. tijdige en volledige verwijdering van gedeelde gegevens. Bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt en na afloop van de behandeling.

En landelijke, (boven)regionale communicatie tussen zorgverleners? Dat kan het beste veilig verlopen via een beveiligd postbussensysteem. Als dit technisch goed ontworpen is, geeft dit veel minder privacy-consequenties dan een landelijk EPD. Dit is dan ook één mogelijk toekomstige rol voor het LSP - maar dan zonder dossiersysteem en zonder centrale index.

Een moratorium op de aanmelding van nieuwe gegevens in het LSP -zoals de Eerste Kamer wil- is verdedigbaar. Dat geeft de tijd voor een heroverweging van niet alleen de wet, maar vooral ook van de technieken die worden gebruikt voor de uitwisseling van medische gegevens in Nederland, en van de toestemming van de patiënt.

Nictiz, CBP en de overheid zouden zich in de toekomst faciliterend moeten opstellen, als expertisecentrum respectievelijk strenge toezichthouder. Vanuit een onafhankelijke positie kunnen ze dan zorgen voor een gezonde druk op de regionale EPD's om te innoveren en om tot een optimale beveiliging te komen.

Het einddoel moet zijn: een zo veilig mogelijke uitwisseling van patiëntgegevens, die voldoet aan de strenge eisen van WGBO en WBP. Kortom, uitwisseling van patiëntgegevens is prima, maar alleen als dat echt nodig is, met toestemming van de patiënt, op een zo klein mogelijke schaal, en voor een zo kort mogelijke tijd.

Guido van 't Noordende is onderzoeker Informatica aan de Universiteit van Amsterdam.

Zijn onderzoek over de beveiliging van het EPD is te vinden op <http://staff.science.uva.nl/~noordend/epd/>