



De heer Klink, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
© M. Sablerolle – Gouda

procedure aan de Kamer laat. Wij hebben daar geen problemen mee.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Over de moties zal aanstaande dinsdag worden gestemd.

De vergadering wordt enkele ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:  
- **het wetsvoorstel Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatieuitwisseling in de zorg (31466).**

(Zie vergadering van 20 januari 2009.)

De **voorzitter**: Wij hebben de eerste termijn van de Kamer gehad. Het woord is nu in eerste termijn aan de minister van VWS.

De algemene beraadslaging wordt hervat.

□

Minister **Klink**: Voorzitter. Er zijn veel beschouwingen over het epd gehouden en er zijn veel vragen gesteld twee dagen geleden. Ik houd eerst een algemene inleiding. Vervolgens ga ik op een aantal thematische onderwerpen. Deze hebben betrekking op de wijze waarop het epd werkt, het tempo van invoering, de zorgvuldigheid van met name de pilots, de veiligheid, de aansprakelijkheid en de regionale netwerken. Daarna beantwoord ik de resterende vragen. Dat doe ik per fractie. Ik meld op voorhand dat ik een enorme lap tekst voor mij heb.

Eerst iets van persoonlijke aard. In mei 2007 verscheen een boekje van Henk Kuijer met lotgevallen, hartenkreten en tips. Ik heb dat al vaker gemeld. De heer Kuijer was kankerpatiënt. Hij is inmiddels overleden. Het adagium van het boekje is in feite: stel de patiënten centraal en luister in hemelsnaam een keertje naar ons c.q. naar mij.

Het boekje sprak mij vooral aan – ik was toen twee, drie maanden minister – omdat ik bijna per pagina werd aangesproken in de zin van: minister Klink, als u enig succes wilt boeken van deze periode en als u iets voor de patiënt wilt doen, regel dan het epd, want veel missers zijn het gevolg, ook bij hem persoonlijk, van gebrekkige informatieoverdracht. Degene die nog geen urgentiegevoel bij het epd zou hebben, raad ik aan dit boekje te lezen.

Door gebruik te maken van een landelijk epd verbetert de gegevensuitwisseling in de zorg op een veilige en betrouwbare manier ten opzichte van de huidige situatie.

De **voorzitter**: Ik geef mevrouw Agema kort de gelegenheid om te interrumpen, maar daarna geef ik de minister de gelegenheid om op gang te komen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Mijn interruptie heeft betrekking op mijn opening twee dagen geleden. Het gaat mij om de platte dogmatiek, waarmee wordt gesteld dat een epd iets zou doen aan die 19.000 vermijdbare fouten. Natuurlijk wil mijn fractie dat dit aantal wordt teruggedrongen. Uit het onderzoek waarnaar steeds wordt verwezen, kwam naar voren dat het terugdringen van fouten vooral te maken heeft met intensievere begeleiding van patiënten, een verbetering van de therapietrouw, als de verstrekking van NSAID's onder deskundige begeleiding komt te staan en als er meer onderzoek wordt gedaan. Dat wil dus niet zeggen dat het epd iets verbetert. Waarom houdt de minister die platte dogmatiek dan toch vol?

Minister **Klink**: Waarom plat? Wat is er plat aan die dogmatiek?

De **voorzitter**: Ik stel voor dat de minister de interruptie beantwoordt en dat er niet heen en weer wordt gepingpong. Dat is niet zo zinvol.

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter. Dit was het belangrijkste punt uit mijn inbreng.

Minister **Klink**: Ik meld dan even wat kennelijk model staat voor dogmatiek. Ik was gisteren in het ziekenhuis St Jansdal. Ik heb daar gesproken met mensen op de spoedeisende hulp. Zij meldden mij dat het ontzettend belangrijk is dat het epd er komt. Zij maken namelijk met regelmaat mee dat er mensen binnenkomen waarvan niet bekend is in hoeverre zij een anti-epilepticum nodig hebben. Dat kan dan niet worden toegediend. Men weet niet in hoeverre bepaalde personen allergieën hebben. Daar hebben de fractie van het CDA, maar ook andere fracties op gewezen. Het is ook niet bekend in hoeverre bepaalde personen niet tegen penicilline kunnen. Soms moeten antistollingsmiddelen worden gebruikt, of juist niet, terwijl je op die manier een hartinfarct of een beroerte kunt voorkomen. Men stelde dat al die zaken niet bekend zijn als men niet stante pede en paraat kennis krijgt van de medicatieachtergronden van betrokkenen. Dat vermijdt doden en gezondheidsschade. Als mevrouw Agema dat wil afdoen als platte dogmatiek, raad ik haar inderdaad aan de verschillende NCH's die wij in dit land kennen een bezoek te brengen en de desbetreffende vraag daar te stellen. Vervolgens mag zij aangeven in hoeverre de minister van Volksgezondheid als hij dit debiteert bezig is met platte dogmatiek en een

## Klink

verhaaltje dat mensen kennelijk op de mouw wordt gespeld. Ik zou u graag vergezellen in die richting, mevrouw Agema. Laten wij ons beiden overtuigen van de vraag in hoeverre hierbij sprake is van dogmatiek.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb hierover twee opmerkingen. Ten eerste hebben 330.000 mensen aangegeven niet te willen worden opgenomen in het elektronisch patiëntdossier. Betekent dit dat op het moment dat zij op de spoedeisende hulp komen, op de grond blijven liggen en niet geholpen worden omdat er geen inzage in het epd is? Daarnaast doelt de minister steeds op 19.000 vermijdbare fouten. In het betreffende onderzoek wordt nergens een elektronisch patiëntdossier genoemd in relatie tot vermindering van het aantal vermijdbare fouten. Therapietrouw heeft niets te maken met het elektronisch patiëntdossier. Betere begeleiding heeft er niets mee te maken. Toch zegt de minister steeds: het epd gaat het aantal vermijdbare fouten verminderen. Uiteindelijk gaat het om de mensen die omgaan met de dossiers. Dat zagen wij ook in het rapport over de dood van peuter Savanna. Het ging in dit geval niet om de dossiers, maar om het feit dat ze niet werden bijgehouden.

Minister **Klink**: Allereerst wil ik constateren dat ik de woorden "19.000 doden" niet in de mond genomen heb; daar heb ik helemaal niet naar verwezen. Ik heb verwezen naar het boekje van de heer Kuijter en mijn ervaringen, bijvoorbeeld gisteren op de spoedeisende hulp, waar men aangaf hoe belangrijk het is om een elektronisch patiëntdossier te hebben. Verder spreekt mevrouw Agema over 330.000 mensen die bezwaar hebben aangetekend. Laat één ding duidelijk zijn: met het elektronisch patiëntdossier – laat ik dit direct klip-en-klaar stellen – bieden wij mensen een faciliteit aan. Het is geen verlies- of winstrekening. Het is niet zo dat het een verlies is voor deze minister c.q. dit departement als er meer bezwaren zijn dan wij hadden verondersteld, zelfs al zou dit oplopen tot 10%. Dat is het namelijk niet. Wij bieden mensen een faciliteit aan en vragen of ze er gebruik van willen maken of niet. Ervan gebruikmaken staat hun vrij. Hebben degenen die er geen gebruik van maken, geen recht op optimale zorg? Jazeker. Artsen die vervolgens niet in kennis gesteld worden van de medicatie die betrokkenen gebruiken op het moment dat sprake is van een spoedopname, kan men echter niets verwijten als ze hierdoor fouten maken. Natuurlijk zullen zij er alles aan doen – bij deze mensen komt dat van binnenuit – om fouten voor zover mogelijk te vermijden. Het is in ieder geval behulpzaam als men over toereikende informatie beschikt. Als mevrouw Agema dit ontkent, vind ik dat zij van haar kant met desinformatie bezig is. Zij moet mij niet in de schoenen schuiven dat degene die de informatie niet heeft, vervolgens laakbare, ontoereikende zorg levert op het grond van het feit dat hij deze informatie toevallig niet heeft. Dat is niet aan de orde. De zorg optimaliseert er wel van. Sterker nog, de zorg wordt er beter van.

De **voorzitter**: Afrondend, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit is een bijzonder ernstige zaak. Als wij spreken over aansprakelijkheid, stelt de minister dat mensen die niet meedoen aan het elektronisch patiëntdossier straks minder rechten hebben met

betrekking tot adequate zorg. Als er fouten worden gemaakt, zijn deze mensen straks de dupe. Daarnaast vraagt de minister: waar haalt mevrouw Agema deze 19.000 vandaan? Dit betreft de openingszin van zijn eigen nota van toelichting.

Minister **Klink**: Ik heb al aangegeven dat ik in mijn beantwoording de fracties afloop. Op deze 19.000 zal ik nog uitvoerig terugkomen. Mevrouw Agema zegt dat dit gegeven in het HARM-rapport geenszins verbonden wordt met het elektronisch patiëntdossier. Dat is gewoonweg niet juist.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: Door gebruik te maken van een landelijk epd verbetert de gegevenswisseling in de zorg op een veilige en betrouwbare manier ten opzichte van de huidige situatie. Relevante gegevens over een patiënt zijn nu niet altijd beschikbaar op het juiste moment en de juiste plaats, terwijl de zorgsector toch een buitengewoon informatie-intensieve sector is. Het kan voor een arts van groot belang zijn om te weten dat een patiënt bepaalde medicatie slikt. Ik gaf zo-even al de illustraties. Verkeerde of ontbrekende informatie kan leiden tot vermijdbare ziekenhuisopnames of zelfs fatale gevolgen hebben. Papieren uitwisseling van gegevens is echter tijdrovend en tijd is er vaak niet. Bellen, faxen en brieven posten om erachter te komen of relevante gegevens over een patiënt aanwezig zijn, leveren een flinke administratieve last voor de arts op. Toen ik ongeveer een halfjaar geleden bij Kaiser Permanente was en ik met artsen sprak over het elektronisch patiëntdossier dat zij geïntroduceerd hadden, meldde men mij twee dingen. Ten eerste. Als je ons het elektronisch patiëntdossier zou ontnemen: it would be a revolution, we would never accept it. Het zou hen in hun zorgverlening werkelijk schaden.

Ten tweede zeiden zij: wij verzwijgen dit liever terwijl de manager hier aanwezig is, maar wij denken dat 30% van de tijd die wij in het verleden kwijt waren met bureaucratie, met bellen, faxen enzovoort gewonnen is. Dit is tijd die wij ook kunnen besteden aan zorg voor de patiënten. Dit is precies de reden waarom Barack Obama op dit moment samen met Tom Daschle een impuls wil geven aan de elektronische medical records: "saving lives and costs". Die "costs" hebben alles te maken met doelmatigheid.

Daarnaast hoeven patiënten dan niet telkens hun verhaal te herhalen. Dat was een van de punten die voortdurend genoemd werd: ik word er zo moe van, het verhaal te herhalen en vervolgens telkens weer, ook aan artsen soms, aanvullende informatie te geven. Onnodig dubbel onderzoek omdat actuele gegevens niet beschikbaar zijn, kan worden teruggedrongen, en de second opinion wordt vergemakkelijkt. Dat scheelt naast medische fouten veel ergernis en ongemak, zowel voor de patiënt als voor de zorgaanbieder. Daarnaast verbetert het epd de samenwerking tussen professionals en de zorg. Een epd is een voorwaarde voor ketenzorg en zorg voor chronische patiënten. Vooruitlopend op een later deel van mijn betoog: ik hecht er nogal aan dat bij het verder ontwikkelen en doorontwikkelen van het elektronisch patiëntdossier met name ook naar de chronisch zieken gekeken wordt, toch al een prioriteit van dit kabinet en van ons beleid. Ik zou willen dat het

## Klink

elektronisch patiëntendossier de samenhang in de zorg die voor hen zo belangrijk is, zal ondersteunen. Ook hiervoor bevind ik mij aan de zijde van een instantie, Kaiser Permanente, die dat al ruimschoots heeft gedaan en daar zwaar de nadruk op legt. Deze instantie heeft dit met name voor chronischziekenzorg heeft geïntroduceerd.

Ik heb in de eerste termijn van de kant van de Kamer brede steun gehoord voor het principe van het landelijk elektronisch patiëntendossier. Ik hecht eraan, dat te markeren. Niet alleen in de Kamer maar ook in het veld is jarenlang aangedrongen op de spoedige invoering van een landelijk epd. Ik zeg met nadruk: landelijk. Op 8 juli 2004 hebben de KNMG, de KNMP, het NHG, de NVZ, de NVZA, de Orde van Medisch Specialisten, de NFU en Nictiz een manifest, Veilige medicatie en ICT, ondertekend en aangeboden aan de toenmalige minister Hoogervorst, met de roep om een landelijk elektronisch medicatienetwerk. Hieraan is gevolg gegeven door de toenmalige minister.

Op 2 januari 2007 stuurde de KNMG een brief aan de informateur Wijffels, waarin de volgende passage staat: "ICT en de zorg, waaronder de elektronische opslag en uitwisseling van patiëntengegevens en telemedicatie moet veel krachtiger worden gestimuleerd en veel eenduidiger worden aangestuurd dan in de vorige kabinetsperiode. Het is onaanvaardbaar dat er na vele jaren discussies nog geen samenhangend landelijk elektronisch patiëntendossier is, temeer omdat dit van groot belang is voor de kwaliteit en de veiligheid van de zorg." "Onaanvaardbaar" dus, van de zijde van de landelijke koepel. Men vroeg om een landelijk elektronisch patiëntendossier. Om die reden heeft ook de toenmalige formateur, de heer Balkenende, een en ander opgenomen in het regeerakkoord: "de toepassing van ICT wordt met urgentie bevorderd". Men kwam zo tegemoet aan de KNMG. "Nadruk ligt op een spoedige introductie van het elektronisch patiëntendossier, uiterlijk in te voeren 2009, en het elektronisch medicatiedossier". Zo werd mede tegemoetgekomen aan de wens van mijn voorganger om hieraan, mede op basis van het manifest dat hij ontving, voorrang te geven.

Wij zijn dan ook bezig om deze afspraak uit het regeerakkoord na te komen. De inwerkingtreding van de wet is daarvan een belangrijk onderdeel. Er was jarenlang veel kritiek op het trage tempo. Nu wij tempo maken, geven sommigen aan dat ik te voortvarend ben. Dat beeld zou ik bepaald willen nuanceren. Wat regelen wij immers ten principale in de wet? Ten eerste regelt de wet een kader voor verantwoorde landelijke uitwisseling van bepaalde relevante medische gegevens. Daarbij worden de rechten van de patiënt geregeld, wordt de elektronische toegang van de patiënt vormgegeven en worden regels gesteld om de privacy te beschermen. Een belangrijke keerzijde van een verplichte invoering is namelijk dat de privacy wordt beschermd. Daarover zeg ik een enkel woord, omdat daarover veel misverstanden bestaan. Zoals ik zo-even aangaf, en met klem wil herhalen, doen wij eigenlijk niet meer en niet minder dan burgers, patiënten, een faciliteit aanbieden. Zij kunnen gebruikmaken van een infrastructuur waardoor informatie uitgewisseld kan worden. Is elke burger gehouden om daaraan deel te nemen? Integendeel. Iedereen kan telkens weer zeggen dat hij bepaalde onderdelen niet wil laten uitwisselen, of helemaal geen gegevens wil laten uitwisselen. Dat staat de patiënt vrij. Willen wij die

faciliteit kunnen aanbieden, moet de zorgverlener wel verplicht zijn om daaraan deel te nemen, want anders werkt het gewoonweg niet. De verplichting rust dus niet op de patiënt. De verplichting rust op de zorgaanbieder om een en ander aan te bieden en het mogelijk te maken. Met andere woorden: een zorgaanbieder moet de faciliteit aanbieden. Geen patiënt is gehouden, van deze faciliteit gebruik te maken. Meer dan een faciliteit is het elektronisch patiëntendossier niet. Maar als je het aanbiedt, zijn wij natuurlijk wel gehouden om ervoor te zorgen dat de infrastructuur veilig is, dat de privacy beschermd is en dat men zelf bij de gegevens kan.

De wet regelt dus een kader voor verantwoorde landelijke uitwisseling van bepaalde relevante medische gegevens. Daarbij worden de rechten van de patiënt geregeld, wordt elektronische toegang van de patiënt vormgegeven en worden regels gesteld om de privacy te beschermen. Tevens wordt voor zorgverleners helderheid gecreëerd over de te gebruiken standaarden en de inhoud van het epd. Dit heeft natuurlijk alles te maken met de communicatie. Deze moet over en weer helder zijn, anders heb je niet zoveel aan gegevensuitwisseling.

De landelijke infrastructuur wordt geregeld en de positie van het landelijk schakelpunt wordt wettelijk verankerd. Dit was ook een eis van het CBP. Tot slot biedt de wet de mogelijkheid tot een verplichting voor bepaalde zorgaanbieders om aan te sluiten. Dat is nodig om te zorgen voor de volledigheid van de gegevens en voor de volledigheid van het aanbod van de zorgaanbieder. De wet moet borgen dat de zorgverleners zich niet gemakkelijk kunnen onttrekken aan deelname, waardoor onvolledige informatieuitwisseling tot stand zou komen. Dit zou schijnveiligheid en risico's met zich meebrengen. Dan kun je er als zorgaanbieder wellicht niet van op aan dat het medicatiedossier bijvoorbeeld compleet is.

De wet is een raamwet die in eerste instantie voor de uitwisseling van huisartswaarneemgegevens en medicatiegegevens opgaat. Deze gegevens kunnen later door andere relevante gegevens aangevuld worden via landelijke standaarden. De standaarden zijn nodig om uniformiteit, interoperabiliteit, ketenzorg en kwaliteit van zorg te garanderen en desinvesteringen zo veel mogelijk te voorkomen. Ik zei al: bij de verdere uitbreiding vind ik het belangrijk om aan te sluiten bij de ontwikkelingen die met name in de huisartsenzorg aan de orde zijn, namelijk de zorg voor de chronisch zieken. Er zit dus een grote samenhang tussen wat wij met de bekostiging willen, namelijk een functionele bekostiging, en wat wij met het epd willen. Dit staat voor een groot deel ten dienste van de chronische patiënt. De huisarts heeft daarbij een centrale rol. Om die reden vind ik het ook zo belangrijk dat huisartsen hierbij betrokken zijn. Het is meer dan een technische exercitie en gegevensuitwisseling. Dit maakt een centrale positie voor de huisarts mogelijk bij de zorg voor chronisch zieken, dicht bij huis, waar het beste ingebed kan worden. Dit inbedden betekent dat de huisarts de patiënt soms letterlijk van binnen en van buiten als persoon kent en dus weet hoe de zorg het beste verleend kan worden. Daarom zijn ook substitutie en de vrije prijsvorming in de ziekenhuiswereld en het B-segment zo van belang, zodat je kunt uitplaatsen naar de huisarts en andere instanties binnen de eerste lijn.

Ik zal nu ingaan op een zestal onderwerpen waarvoor alle woordvoerders aandacht hebben gevraagd. Deze onderwerpen zijn de werking van het epd, het tempo van

## Klink

de invoering, zorgvuldigheid, veiligheid, aansprakelijkheid – met name de heer Zijlstra stelde dit onderwerp terecht aan de orde – en de regionale netwerken.

Hoe werkt het epd? Mevrouw Vermeij vroeg mij om nog eens in te gaan op de vraag hoe dit procesmatig in gang wordt gezet, zodat op het netvlies staat wie wanneer aan zet is en waar precies de verantwoordelijkheden liggen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik heb een vraag over de kaderwet. De voorhangprocedure zou eigenlijk vier weken moeten duren. Minister Klink heeft daarvoor een vrij korte procedure bepleit. Deze lijkt mij heel kort, terwijl dit een heel belangrijk onderdeel is.

Minister **Klink**: Ik kom daar later graag op terug, maar van de twee weken zullen wij gewoon vier weken maken.

Hoe werkt het epd? Laat ik het voorbeeld nemen van een weekend waarin een willekeurige mevrouw, zeg mevrouw Jansen, steeds meer last krijgt van buikpijn. Mevrouw Jansen vertrouwt het niet en belt de huisartsenpost. De assistente van de huisartsenpost vraagt haar om langs te komen. Aan de balie vraagt de assistente van de huisartsenpost mevrouw Jansen om haar identiteitsdocument. Zij is namelijk niet haar reguliere patiënt. Zij legitimeert zich met het paspoort. De assistente neemt mevrouw Jansen op in de zorgadministratie en controleert of de gegevens en mevrouw Jansen bij elkaar horen. De waarnemend huisarts stelt mevrouw Jansen een aantal vragen over haar buikpijn. Vervolgens vraagt hij toestemming om de medische gegevens in te zien via het epd. Dat is niet onbelangrijk: eerst komt mevrouw Jansen in de zorgadministratie terecht. Vervolgens wordt haar om toestemming gevraagd. Hij of zij krijgt die toestemming. De waarnemend arts logt in met behulp van zijn pas – ook niet onbelangrijk – en vraagt via het epd een samenvatting op van het medisch dossier. Het systeem controleert eerst of mevrouw Jansen als patiënt is ingeschreven bij deze huisarts; vandaar die administratie. Vervolgens krijgt de huisarts de vraag of sprake is van een behandelrelatie en of mevrouw Jansen toestemming heeft gegeven. Dit is een moment waarop je niet zomaar mag gaan kijken, het is een extra signaal, met name door het CBP bepleit. Verder wordt gevraagd of mevrouw Jansen daadwerkelijk toestemming heeft gegeven. Vervolgens controleert het systeem of de huisarts geautoriseerd is, dus in hoeverre betrokkene zelf bij de gegevens mag om die gegevens in te zien. Het systeem registreert die opvraging, wat ook niet onbelangrijk is: er wordt een registratie gemaakt, naderhand in te zien, van het feit dat betrokkene de informatie heeft opgevraagd. Mevrouw Jansen kan dus in de loggegevens zien dat deze huisarts gegevens over haar heeft opgevraagd. De waarnemend huisarts krijgt op zijn of haar scherm een overzicht van de belangrijkste gezondheidsproblemen van deze dame.

Ook krijgt hij informatie over haar laatste bezoeken aan de huisartsen en leest hij actuele informatie over medicijngebruik en allergieën. In het dossier staat dat mevrouw Jansen allergisch is voor bepaalde antibiotica. Hij of zij vraagt dit na bij mevrouw Jansen, de waarnemend huisarts wilde haar eerst de betreffende antibiotica voorschrijven, maar nu verstrekt hij haar dus andere medicijnen. Aan de vaste huisarts wordt een waarneemb bericht gezonden, zodat deze op de hoogte is van deze behandeling. Stel dat deze mevrouw een week later naar

haar vaste huisarts gaat, die intussen al weet van het bezoek aan de waarnemende huisarts. Hij controleert of het voorgeschreven medicijn goed werkt en vraagt waarschijnlijk of er klachten zijn.

Stel dat in dit voorbeeld mevrouw Jansen bezwaar heeft gemaakt, dan krijgt de waarnemend huisarts geen gegevens te zien over deze dame. De huisarts van mevrouw Jansen zal haar zonder deze informatie behandelen, en zal haar vragen naar haar gezondheids-toestand en eventuele allergieën. Daar komt het goed zorgverlenerschap natuurlijk aan de orde, als je geen toegang hebt tot de gegevens. Maar stel dat mevrouw Jansen bewusteloos wordt binnengebracht op de eerste hulp, dan is via het epd wel inzicht te krijgen in de medicatiegegevens, maar van iemand die dat heeft afgeschermd, weet je de gegevens niet. Natuurlijk moet je dan alles doen om je te vergewissen van informatie die wellicht relevant kan zijn, maar soms is dat onmogelijk, en dan ontstaan er inderdaad medicatiefouten, zonder dat je die fouten vervolgens aantoonbaar naar iemand kunt herleiden, want er zijn geen fouten gemaakt. Maar in de uitkomsten zijn natuurlijk wel fouten gemaakt, zij het dat arts en patiënt niet fout zitten, want je hoeft niet deel te nemen aan het epd. Uiteindelijk is het wel een fout, in die zin dat er een medische onwenselijkheid op kan treden.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Dit is zeer helder. Wij zouden veel vaker met dit soort voorbeelden moeten gaan werken, om duidelijk te maken wat er gebeurt. Ik heb nog een vraag over patiënten die bezwaar hebben gemaakt. Er zijn al veel regionale systemen, dus als ik bezwaar zou hebben gemaakt – dat heb ik niet, want ik denk dat het epd een goed ding is – zou ik in de huidige situatie bij een huisartsenpost komen. In veel gevallen kunnen zij via genoemde regionale systemen ook al terecht in mijn dossier. Verandert dat na de invoering van het epd, of blijft dat zo?

Minister **Klink**: Het staat iedereen vrij om een regionaal netwerk in te richten, naast of parallel aan het landelijke schakelpunt en de landelijke netwerken. Maar daar moet ik wel de kanttekening bij plaatsen dat de Inspectie van haar kant meer en meer gaat letten op de veiligheid, en dat de veiligheidseisen gaandeweg parallel gaan lopen met die voor het landelijke schakelpunt. De privacy-bescherming zal op een identieke manier worden benaderd door het CBP, dat dit ook min of meer heeft aangegeven. Ik kan daar in tweede termijn preciezer in zijn. Het CBP is daar alert op, wat ook logisch is, want als wij hier met elkaar vinden dat iemand toestemming moet geven voor informatie-uitwisseling tussen huisartsen of apothekers en huisartsen, en dat je bij je loggegevens moet kunnen, en als wij vinden dat dat essentiële rechten zijn, dan geldt dat niet alleen maar voor de landelijke uitwisseling, maar ook voor de regionale uitwisseling. Natuurlijk is maatvoering daarbij van belang en moet een zekere wijsheid worden betracht, want het zou werkelijk onzinnig zijn om van vandaag op morgen te zeggen dat er niet meer regionaal mag worden gecommuniceerd. Dan berokken je waarschijnlijk meer schade dan wat je aan wenselijkheden toevoegt. Een ding moge wel duidelijk zijn: gaandeweg zullen ook de regionale systemen aan de eisen moeten voldoen en daarvoor zal een bepaald tijdspad moeten worden aangegeven. Wij hechten groot belang aan veiligheid en

## Klink

privacy. Er is niet voor niets sprake van een heel voortraject met pilots bijvoorbeeld rond de UZI-pas. Veel huisartsen hebben zich ervoor ingespannen om daaraan deel te nemen. Ook refereer ik aan de inspanningen van het departement, het Nictiz et cetera. Al die inspanningen zijn erop gericht geweest om een systeem te krijgen dat veilig is en dat tegemoetkomt aan de privacy. Vervolgens krijgt dat in wetgeving zijn beslag. Dan kan het natuurlijk niet zo zijn dat er allerlei systemen blijven bestaan die niet aan die eisen tegemoetkomen. Ik vind het soms een beetje pijnlijk om ook in de berichtgeving over het epd te moeten constateren dat de onveiligheid en de privacy die nog onvoldoende geregeld is in de regionale netwerken zomaar één op één doorvertaald worden naar het landelijk netwerk, terwijl dat er nu juist in wil voorzien dat die privacy en veiligheid gewaarborgd zijn.

Mevrouw **Agema** (PVV): Goed dat voorbeeld van minister Klink, maar het geeft tevens ook waar het mijn partij om te doen is. Wij kennen allemaal nog wel het voorbeeld van vorig jaar, van een moeder van drie kinderen die tot drie keer aan toe op de intensive care terecht was gekomen omdat zij allergisch was voor een bepaald antibioticum. Het probleem in dat geval was dat er helemaal niet in haar dossier gekeken werd en dat er ook niet naar haar geluisterd werd toen zij aangaf allergisch te zijn voor een bepaald middel. Het gaat ons er om dat de minister nu een soort schijnveiligheid introduceert, omdat het eigenlijk gaat om de mensen die met patiënten werken. Dan gaat het om veel meer dan het epd.

Minister **Klink**: Ik zal dat niet ontkennen, maar waarom het één in mindering brengen op het ander? Op het moment dat je een elektronisch patiëntendossier hebt, betekent dat toch niet dat er minder zorg verleend zou moeten worden of dat de betrokkene minder aandacht krijgt? Integendeel. Die dingen liggen alleen maar in elkaars verlengde. Ik zie helemaal niet in waarom je dit nu in mindering moet brengen op goed zorgverlener-schap op andere terreinen.

Mevrouw **Agema** (PVV): Dit en ook in samenhang met dossiers die bijvoorbeeld verouderd zijn of waarin fouten staan. Dan worden er juist fouten gemaakt. Ik zou dan ook graag zien dat u niet voortdurend de positieve kant belicht maar dat u ook belicht dat met de invoering van het epd er meer fouten gemaakt kunnen worden en er tegelijkertijd niet zo veel verbetert aan de verhouding tussen patiënt en arts.

Minister **Klink**: Ook dat vind ik een merkwaardige redenering. Waar hebben wij nu al die pilots voor opgezet en waarom besteden wij zo veel aandacht aan privacy en veiligheid? Waarom hebben wij hiervoor wetgeving? Dat is toch allemaal om te vermijden dat er fouten gemaakt worden en om het systeem veilig te laten zijn, de privacy te bedienen en de zorg te verbeteren? Dacht u nu werkelijk dat wij ons al die inspanningen zouden getroosten als u dat in mindering zou kunnen brengen op de kwaliteit van de zorg?

Mevrouw **Agema** (PVV): Dat klopt, en daarom vinden wij ook dat het niet moet gebeuren. Niet alleen uitstel maar ook afstel. Laat ik even in herinnering brengen een bericht van twee dagen geleden met als kop "Grote

epd-fout, patiënten gebruiken maandenlang verkeerde medicatie". Dat is een voorbeeld uit Amerika. Mensen werden maandenlang met de verkeerde medicatie opgescheept door het epd. Dus laten wij elkaar hier nu niet bewieroken en zeggen dat het epd alleen maar voordelen gaat opleveren. Laten wij het uitstellen omdat het juist ook grote negatieve gevolgen met betrekking tot de veiligheid kan hebben.

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even het voorbeeld aan van Amerika. Barack Obama en Tom Daschle zeggen dat er veel moet worden gewerkt met "electronic medical records for saving lives and costs". Vervolgens is er op dit moment in Amerika ook een discussie dat als tot die records wordt overgegaan de veiligheid en de privacy gewaarborgd moeten worden. Dus ook in Amerika is men zich bewust van het feit dat systemen zoals ze nu functioneren niet over de gehele linie waterdicht zijn. Verder wijs ik erop dat juist de regionale uitwisseling die nu plaatsvindt, niet voldoet aan de eisen van privacy en veiligheid. Ik zeg dat niet om daarop af te dingen. Het is buitengewoon goed dat die initiatieven genomen zijn. Ik zeg dit ook niet om het vervolgens af te breken. Helemaal niet, wij gaan het verbeteren. Als u naar Amerika verwijst dan zeg ik van mijn kant: dat is precies de slag die wij aan het maken zijn om het zo te optimaliseren dat het veilig is, aan de privacy tegemoetkomt en, nog belangrijker, dat het de zorg vele malen verbetert. Ik heb er in de regel niet zo veel behoefte aan om met allerlei voorbeelden te komen. Iedereen kent namelijk zijn eigen voorbeeld en daarmee laat je een soort demagogische sfeer ontstaan. Ik raad mevrouw Agema aan om eens op de website van de Universiteit Utrecht te kijken. Men is daar bezig met de overdracht van patiëntgegevens van de eerste naar de tweede lijn. Ik heb geen zin in dramatiek en ik ga daarom geen voorbeelden noemen, maar mevrouw Agema kan op die site zelf nalezen welke illustraties worden geboden van vreselijke dingen kunnen gebeuren als bij een huisartsenpost de gegevens van patiënten niet aanwezig zijn. Als wij daaraan tegemoet kunnen komen, doen wij dat. Moet iedereen daar gebruik van maken? No way. Als mensen het niet willen, hoeft het niet. Het is een faciliteit. Als zij het wel willen, bieden wij een belangrijke handreiking om de zorg voor hen te verbeteren.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb een punt van orde. De minister blijft nu wel minutenlang doorpraten omdat u met uw vingertje zit te zwaaien dat ik niet meer mag interrumperen.

De **voorzitter**: Nee hoor. Ik heb helder aangegeven dat de interrupties uit drie delen bestaan en u hebt nu drie keer de gelegenheid gehad. Ik kom heel erg voor u op, mevrouw Agema; dat weet u toch?

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Stel dat in het voorbeeld van de minister die mevrouw Jansen een bekende Nederlander is. Zij is heel mooi en de overbuurman vindt haar geweldig. Hij is arts en heeft een UZI-pas. Hij gaat haar dossier bekijken en zegt dat hij toestemming gegeven heeft. De inloggegevens staan er uiteraard ook in. Mevrouw Jansen kan echter zelf niet zien dat haar overbuurman dit doet, want dat systeem is er nog niet. Dat is toch een probleem? Dan kun je achteraf wel een zware straf geven – dat moet ook – maar je hebt wel een

## Klink

probleem als de patiënt niet op het moment dat het nodig is, kan zien wat er gebeurt. Die mogelijkheid moet gecreëerd worden.

Minister **Klink**: Om die reden moet het systeem waterdicht zijn: een gesloten netwerk dat niet via internet loopt. Daarom kunnen ook alleen personen met een UZI-pas en BIG-registratie de informatie bekijken. Daarom moet er een behandelrelatie zijn. Daarom wordt er gelogd en is bekend wie er ingelogd heeft. Zo is voor iedereen, en zeker voor de patiënt, kenbaar wie de gegevens bekeken heeft. Daarom zal er een stevige sanctie volgen voor personen die misbruik maken van het epd. Die personen zullen traceerbaar zijn, in elk geval voor de patiënt.

Daarnaast wil ik nog wel een andere misvatting uit de wereld helpen. Een huisarts kan niet zomaar bij alle gegevens. Een apotheker kan ook niet zomaar alle huisartsgegevens oproepen. Er zijn schotten tussen de verschillende disciplines in de zorg, zodat niet alles voor iedereen in complete zin inzichtelijk is. Bovendien kunnen mensen zeggen dat zij het te kwetsbaar vinden en daarom niet meedoen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dan blijft mijn punt staan. De wet stelt ook dat de patiënt te allen tijde moet kunnen zien wat er in zijn dossier gebeurt. Zolang dat technisch niet mogelijk en niet veilig is, zouden wij dit niet moeten willen. Is de minister het met mij eens dat wij dat eerst mogelijk moeten maken voordat wij dit kunnen laten doorgaan?

Minister **Klink**: Wij moeten onderscheid maken tussen het gebruikmaken van informatiesystemen zoals wij die nu kennen en de faciliteit in het kader van de uitrol. Mevrouw Koşer Kaya kan nu ook niet zien wie er heeft ingelogd in de regionale systemen. Dat kan straks wel. Dat is belangrijk om vast te stellen. Wanneer de verplichting komt dat alle artsen die faciliteit moeten aanbieden, moet het voor patiënten mogelijk zijn om te zien wie er ingelogd heeft in de patiëntengegevens. Dat vind ik inderdaad ook. Het kan nu ook al, maar dan moet het in elk geval ook elektronisch kunnen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dan blijft mijn punt nog steeds staan. Juist omdat het nu niet goed geregeld is, willen wij naar een beter systeem. De minister heeft mij nooit horen zeggen dat het epd geen goed systeem zou kunnen zijn, maar het staat of valt met de mogelijkheid voor patiënten om hun gegevens in te zien. Dat is ook belangrijk voor het draagvlak onder burgers. Dat zal de minister toch echt eerst voor elkaar moeten krijgen.

Minister **Klink**: Laten wij even helder zijn. Dat kan nu ook al. Dat is de grote winst van het landelijke epd. Ook nu kunnen mensen achterhalen wie ingelogd heeft. De manier waarop zij dat kunnen verschilt echter. Nu kan dat vooral schriftelijk. Wij willen dat mensen het straks ook online, elektronisch dus, kunnen zien. Op het moment dat de verplichting er komt, is het ook mogelijk om elektronisch in te zien wie ingelogd heeft. Laten wij wel zijn, bij het landelijk epd kunnen mensen nu ook de inloggegevens zien. Regionaal is dat niet mogelijk. Dat is dus een belangrijk winstpunt van een landelijk epd. Ik herhaal dat om die reden het landelijk epd veilig moet zijn en dat de privacy van de mensen moet zijn

gewaarborgd. Daar werken wij niet alleen hard aan, die privacy is zelfs gegarandeerd. Alleen de wijze waarop is straks dus "more sophisticated".

Mevrouw **Gerkena** (SP): Ik vrees dat wij vandaag niet om vier uur klaar zijn als de minister zo langdradig antwoord geeft. Ik heb maar drie interrupties.

Mijn eerste vraag gaat over het volgende. Mevrouw Jansen komt de huisartsenpost binnen, maar voordat zij de dokter kan bereiken verliest zij het bewustzijn. Zij heeft zich aangemeld bij het landelijk epd, maar kan de arts geen toestemming geven om in haar gegevens te kijken.

Minister **Klink**: De arts mag die gegevens inzien omdat er sprake is van een feitelijke behandelrelatie. Een en ander kan echter niet geverifieerd worden. Als je toestemming hebt gegeven om het epd in te zien, mag in gevallen dat iemand wilsonbekwaam is of als er sprake is van een spoedgeval ...

Mevrouw **Gerkena** (SP): De minister begrijpt mij verkeerd. Mevrouw Jansen heeft nog geen toestemming kunnen geven. De minister heeft net een situatie geschetst. Deze mevrouw Jansen meldt zich aan met een identiteitsbewijs, gaat in de wachtkamer zitten en verliest het bewustzijn voordat zij door de dienstdoende arts wordt opgehaald. Zij heeft geen bezwaarformulier ingevuld, maar zij heeft ook geen toestemming aan de arts kunnen geven.

Minister **Klink**: Ingeval iemand geen bezwaarformulier heeft ingevuld, vindt bij de eerste keer dat gegevens van betrokkene in het systeem komen een melding plaats en kan betrokkene alsnog zeggen het niet te willen.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Volgens mij begrijpt de minister mijn vraag niet. Mevrouw Jansen komt bij de dienstdoende huisarts en valt flauw, voordat de vraag gesteld kan worden of haar gegevens opgevraagd kunnen worden. Wat dan?

Minister **Klink**: Daar gaat een fase aan vooraf. In dit voorbeeld gaat het in totaal om drie fasen. Ten eerste de algemene mailing waarbij aan mensen is gevraagd in hoeverre zij willen meedoen. Mevrouw Gerkena gaat ervan uit dat bij een spoedgeval gegevens geregistreerd zijn in de verwijsindex en dus oproepbaar zijn. In dat geval is er aan betrokkene een persoonlijke mededeling gedaan: let op, er komen gegevens in de verwijsindex en daar kan bezwaar tegen worden gemaakt. Dat is de tweede fase. Er vindt dus eerst algemeen en vervolgens gepersonaliseerd een waarschuwing plaats. Als beide keren geen bezwaar wordt aangetekend, kan een arts bij een spoedopname de gegevens inzien. Vandaar dat wij de fase van belang vinden waarin iemand op persoonlijke titel aangeschreven wordt om de kans te bieden bezwaar te maken.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Dit punt is helder. Ik kom daarop in tweede termijn terug.

De minister gaf zo-even een voorbeeld. Mevrouw Jansen komt bij de eerstehulp post en de arts roept de medische gegevens op, zoals contra-indicaties, allergieën en het laatste bezoek van de huisarts. Ik heb in mijn termijn al gezegd dat als het epd de omvang krijgt die de

## Klink

minister wil daarin veel extra informatie in zit. Ik noem informatie van de specialist, de dermatoloog, de podotherapeut, de fysiotherapeut. Zit er dan niet te veel informatie in het epd als het een spoedeisend geval betreft? Is het niet beter om het epd tot de eerstelijns-informatie te beperken?

Minister **Klink**: Wel als het een toegankelijk dossier moet zijn waarin in één keer de meest relevante zaken te zien moeten zijn. Dat vergt dus veel van standaardisering van de vormgeving.

Mevrouw **Gerken** (SP): Waarom is daarvoor niet gekozen? Waarom wordt het epd zo uitgebreid?

Minister **Klink**: Nu is er het WDH en het medicatie-dossier. Wij hebben gezegd dat met e-Spoed uit te willen breiden, vervolgens met e-Lab, de laboratorium-gegevens, en vervolgens ook met de gegevens over diabetici. That's it, voorlopig. Ik heb gezegd dat het van groot belang is om chronisch zieken beter te kunnen begeleiden. Dat is in de verdere trajecten van betekenis.

Ik loop natuurlijk het risico van een wijldopig betoog met zoveel relevante vragen. Een vervolgvraag is bijvoorbeeld of een patiënt alle gegevens, bijvoorbeeld laboratoriumwaarden, van de specialist mag inzien of dat de huisarts die een duiding moet kunnen geven. De vraag speelt nu niet, want nu hebben wij het over het huisartsen waarnemingsdossier en het medicatiedossier, maar ik ben mij er zeer bewust van dat die vraag toch speelt, ook bij de beroepsgroepen. Aan die zorg over de begeleiding van patiënten moeten wij natuurlijk absoluut tegemoetkomen. Daarom hecht ik ook zo aan die eerste lijn, aan de huisarts. Niet voor niets noemde ik dat zo-even. Die kent de patiënt en kent de persoonlijkheid van die patiënt, die kan dus het beste begeleiden en eventueel met betrokkene afspraken maken over duiding, wie de informatie het eerst krijgt enzovoort. Dat moet allemaal inderdaad nog worden uitgewerkt en daarom ben ik blij dat de LHV en ik op dit moment weer in gesprek zijn, want dit zijn echt relevante vragen.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Mevrouw de voorzitter. Mevrouw Jansen komt binnen en dan zijn er, uitsluitend geredeneerd, twee mogelijkheden. Zij is aanspreekbaar, er kan met haar gecommuniceerd worden, of niet. Ik richt mij nu op de laatste mogelijkheid en op een situatie met een spoedkarakter. De arts gaat dus aan de slag. Wie is het, is er een dossier dat wordt opgeslagen? En dan de vraag of dat een volledige inzage geeft in de kenmerken of dat er ook dingen van afgeschermd kunnen zijn. Is dat als zodanig dan bekend of zichtbaar? Niet wat erachter zit natuurlijk, maar wel dat iets afgeschermd is? Dat levert natuurlijk wel een handicap op voor de slagkracht van het systeem.

Minister **Klink**: Ik kom daar zo meteen op terug, maar in globale zin alvast dit. Het is niet bekend dat er zaken zijn afgeschermd. Ik dacht dat het CBP daar ook de vinger op had gelegd. Ik ben daar niet helemaal zeker van, maar nogmaals, ik kom daar zo op terug. Het is niet bekend omdat je dan het risico loopt dat de arts toch gaat doorvragen. Waarom heeft u dat afgeschermd? Dat kan een patiënt in een ongemakkelijke positie brengen, als die uiteraard bij bewustzijn is. De vraag van mevrouw Sap of je ervoor kan kiezen dat het al dan niet bekend bij

een arts, vind ik op zichzelf wel relevant, want dan zou de patiënt er zelf voor kiezen dat het bekend mag zijn bij de arts. Nu is in ieder geval gekozen voor onbekendheid.

De heer **Van der Vlies** (SGP): De minister komt er nog op terug, dus wacht ik dat maar even af.

De **voorzitter**: Ik weet dat u altijd heel goed oplet!

De heer **Omtzigt** (CDA): Voorzitter. Ik zal mijn interventie over mijnheer Jansen, een arts in Twente, even opsparen.

De minister zegt dat er straks inzage is in de loggegevens. Zijn dat alleen de loggegevens van het landelijk schakelpunt of gaat hij er ook voor zorgen dat de loggegevens van de regionale schakelpunten beschikbaar komen voor de patiënt?

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan dat de regionale netwerken uiteindelijk aan dezelfde eisen zullen moeten voldoen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Binnen ongeveer welke termijn kunnen wij verwachten dat u ook kunt zien in welke regionale netwerken is ingelogd?

Minister **Klink**: Ik kan u daar op dit moment niet op antwoorden. Het verschil tussen het landelijke netwerk en regionale netwerken is dat wij, regering en parlement, artsen die faciliteit dienen aan te bieden. Dat is dus een verplichting. Maar als men met regionale systemen werkt die veilig moeten zijn, dan vloeit daar krachtens de WGBO natuurlijk uit voort dat je je eigen gegevens moet kunnen inzien. De keerzijde van het feit dat je die digitaal opslaat kan zijn dat men dan ook inderdaad digitaal de beschikking dient te krijgen over de loggegevens en over de patiëntgegevens.

De heer **Omtzigt** (CDA): Kunnen wij daar definitief uitsluitsel over krijgen?

Minister **Klink**: Ik zal u daarover berichten. Ik gaf al aan dat het CBP en de Inspectie daar op dit moment ook aandacht voor hebben en dat het CBP dat ook nadrukkelijk heeft aangegeven.

De wijze waarop de heer Van der Vlies zo fraai en genuanceerd sprak over het tempo van invoering, sprak mij zeer aan. Bij de invoering gaat het juist om de balans tussen zorgvuldigheid en tempo. Ik wil het nog wel krachtiger zeggen: het gaat om een elektronisch patiëntendossier dat buitengewoon belangrijk is, waardoor zorgvuldigheid boven tempo moet gaan, want uiteindelijk moet het een goed systeem worden. Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om bij AMvB regels te stellen aan de termijn die de zorgaanbieder krijgt voor de aansluiting op en invoering van gegevens in het epd. Hierdoor kan de wet wel in werking treden, waardoor helderheid ontstaat over het precieze kader, de standaarden en de privacy, maar zou voor de aangewezen zorgaanbieders de verplichting tot aansluiting op het lsp pas volle werking krijgen zodra deze termijn verstreken is. Met andere woorden, alle eisen die in de wet worden gesteld aan privacy, standaarden en het kader gelden wel zolang men op vrijwillige basis deelneemt, dan moet men wel aan die eisen voldoen. Op het moment dat de verplichting voor de artsen wordt geregeld via een

## Klink

algemene maatregel van bestuur, geldt dat iedereen verplicht mee moet doen. Dat is het verschil. De kaders gelden, ook al gebeurt het op vrijwillige basis in het kader van de uitrolfase. De termijn voor de verplichting kunnen wij natuurlijk afhankelijk stellen van het tempo dat wordt gemaakt in het veld en de mate waarin de informatiesystemen zijn gekwalificeerd. Huisartsen en apothekers hebben dus tot het einde van die termijn de tijd om aan te sluiten op het epd.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): De verplichting was tot op heden vastgesteld op 1 september 2009.

Minister **Klink**: Nee, ik heb vorig jaar het vermoeden en de ambitie uitgesproken dat dit op 1 september zou zijn gerealiseerd, overigens met de kanttekening dat ik niet gevoelig ben voor onwil om mee te werken aan de uitrol, maar dat onmacht kan leiden tot het verplaatsen van die datum. Over die onmacht ben ik vrij pragmatisch. Ik signaleer dit nu ook. De informatiesystemen van de ziekenhuizen, huisartsen enzovoort, moeten SIS-gekwalificeerd zijn, dat wil zeggen dat ze aan de hoogste veiligheidseisen moeten voldoen, voordat zij kunnen aansluiten. Op het moment dat de leveranciers van die systemen die nog niet helemaal op orde hebben en huisartsen er dus nog niet mee kunnen werken, duurt het langer. Daar worden wij nu onder andere mee geconfronteerd.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Welke conclusies trekt de minister hier uit? Welke termijn staat hem nu voor ogen voor de eerste stap, dat wil zeggen het elektronisch medicatiedossier en het waarneemdossier? Wat ziet hij als mogelijke datum voor de invoering van de verplichting?

Minister **Klink**: Ik heb er een beetje moeite mee om nu weer een datum te noemen. Als je een datum noemt en je kunt die om pragmatische redenen niet halen, wordt al snel gezegd: het lukt niet met het epd enzovoort. Door wijsheid een beetje voorzichtig geworden, houd ik het nu op een paar maanden of een halfjaar. Ik wil het liever inhoudelijk inkleuren. De informatiesystemen moeten veilig zijn. Dat vonden wij in het verleden en dat vinden wij nu ook. De veronderstelling was vorig jaar dat de systemen in september veilig zouden zijn. Een ding is duidelijk, er komen pas een epd en aansluiting als het veilig kan. Dat was mijn oordeel en dat is mijn oordeel en het moment is afhankelijk van de vraag of dit gerealiseerd kan worden. Ik moet nu constateren dat een aantal van de systemen waar huisartsen, ziekenhuizen en apotheken mee werken nog niet over de hele linie aan de veiligheidseisen voldoet. Het schiet wel op en gaat in de richting van 50% tot 60% van de aanbieders. Ik moet wachten tot dit wel is gerealiseerd. Bovendien hebben wij bij de uitrol de huisartsen nodig. Het is belangrijk dat wij de ambitie die velen overigens wel hebben, echt kunnen accommoderen om vaart te kunnen maken.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Het is mooi dat de minister niet langer aan een sector vasthoudt en, sterker nog, de ruimte wil nemen tot het veilig is om met het epd van start te gaan. Die veiligheid moet wel ergens aan worden getoetst. Er zou in ieder geval een pilot moeten worden uitgezet, waaruit nadrukkelijk blijkt dat het veilig is. Komt

er zo'n pilot of zal de minister zelf bepalen dat het veilig is?

Minister **Klink**: Het is goed dat mevrouw Koşer Kaya die vraag stelt, want kennelijk is er sprake van een misverstand. Ik heb gezegd dat er met pilots is gewerkt, omdat voorop staat dat het systeem niet kan functioneren als het niet veilig is. Niemand mag erop aansluiten als het informatiesysteem onveilig is. Bij huisartsen en apothekers staan computers waarop kan worden ingelogd. Dat moet ook veilig zijn, anderen mogen daar niet bij kunnen, het moet GBZ-gecertificeerd zijn. Deze veiligheidseisen kennen wij allang. Het landelijke epd komt niet van de grond dan nadat is geborgd dat men in de feitelijke situatie aan deze veiligheidseisen voldoet. Dat het epd wordt uitgesteld omdat het niet veilig is, is een verkeerde inschatting. Wij nemen nu een aantal maanden extra de tijd omdat de veiligheidseisen verplichten tot enig uitstel. Deze veiligheidseisen stonden van meet af aan vast. Geen enkele huisarts, apotheker of ziekenhuis is op dit moment aangesloten op het epd zonder dat het veilig is.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat was mijn vraag niet. Op een gegeven moment zal de minister concluderen dat alles prima in orde is en dat het epd veilig ingevoerd kan worden. Die conclusie zal hij moeten koppelen aan wellicht nog een pilot waarvan de conclusie is dat het epd van start kan gaan en dat het overall prima zal verlopen. Is dat het geval? Of zegt de minister dat hij zelf gaat bekijken wanneer het veilig is?

Minister **Klink**: Nee. De criteria voor veiligheid staan vast. Er zijn pilots geweest om te bekijken in hoeverre, gegeven deze criteria, men zou kunnen werken met de systemen die er zijn. De conclusie was dat er veilig mee te werken zou zijn. Kennelijk is er op dat punt een misverstand bij mevrouw Koşer Kaya. Vervolgens hebben wij gekeken op welke punten wij nog verbeteringen zouden kunnen aanbrengen, steeds met behoud van de veiligheidsnormen. Ik heb dus helemaal geen behoefte aan pilots over de veiligheid, want die veiligheid is gegarandeerd. Het gaat er nu om in hoeverre, gegeven de veiligheidsnormen, het systeem uitgerold kan worden. Nogmaals: het is een misverstand dat het epd nog niet veilig zou zijn. Dat ik uit dien hoofde de invoering heb uitgesteld, is dan ook echt een misvatting.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Laat ik het dan anders zeggen. Er zijn nog kinderziektes. Op een gegeven moment moeten die verholpen zijn en mogen ze niet meer voorkomen. Dat zal de minister ergens aan moeten toetsen. Hoe gaat hij dat doen?

Minister **Klink**: Daarvoor zijn nu juist die pilots uitgevoerd. Wij hebben een rapport van Telematica en wij krijgen aan het eind van de maand een rapport van Plexus. Daaruit kunnen wij zien in hoeverre het systeem toereikend is en of het met het nodige gemak kan werken, gegeven de veiligheidsstandaarden, die nooit omstreden zijn geweest.

Mevrouw **Gerken** (SP): Gisteravond had ik al uit de pers vernomen dat invoering van het epd uitgesteld zou worden. Volgens het verslag van het vorig jaar septem-



## Klink

ber gehouden debat over het epd zei de minister toen precies hetzelfde: de wetgeving moet per 1 september 2009 op orde zijn, de uitrol komt daarna, wij toetsen ieder moment of het tempo nog wordt gehaald of dat er vertraging is. Krijgen wij nu een sigaar uit eigen doos gepresenteerd?

Minister **Klink**: Ik heb inderdaad niet een soort heilige datum in september genoemd. Wel heb ik de inschatting gemaakt dat september te halen zou zijn. Als dat niet mogelijk is, moeten wij de zaak uitstellen. Daar ben ik heel pragmatisch in. Wat ik bestrijd, is dat het een uitstel is wegens een aarzeling aan mijn kant als zou het niet veilig zijn. Dat is niet aan de orde.

Mevrouw **Gerken** (SP): Ik concludeer dat het inderdaad een sigaar uit eigen doos is en dat er helemaal niets veranderd is aan het tempo. De minister doet precies wat hij in september heeft toegezegd.

Minister **Klink**: Dat is ook niet waar. De inschatting was dat het september zou kunnen worden. Omdat een aantal leveranciers nog geen veilige systemen kan leveren, kunnen wij het epd nog niet implementeren en gaat het wat langer duren.

Mevrouw **Gerken** (SP): Volgens mij zeggen wij precies hetzelfde. De minister zei toen al dat er een invoerings-termijn zou kunnen komen die iets meer lucht gaf. Dat gebeurt nu en de minister doet nu gewoon wat hij toen beloofd heeft. Dat is de sigaar uit eigen doos.

Minister **Klink**: Als mevrouw Gerken consistentie en doen wat je belooft een sigaar uit eigen doos noemt, dan hoop ik dat ik nog veel sigaren uit eigen doos mag geven.

De **voorzitter**: Ja, en dat met het rookverbod! Laten wij het daar verder niet over hebben. Het spijt mij.

De heer **Omtzigt** (CDA): De minister heeft begin januari van dit jaar een concept-AMvB naar de Kamer gestuurd die onder andere een termijn van initiële vulling van vier maanden bevatte. Kan de minister ons een idee geven welke planning voor de initiële vulling en de uitrol hem op dit moment voor ogen staat? Op welke datum stuurt hij aan?

Minister **Klink**: Dat zal ik u graag schriftelijk doen toekomen.

De **voorzitter**: Wanneer kunnen wij dat ongeveer verwachten?

Minister **Klink**: Dat kan binnen een week.

De **voorzitter**: Binnen een week wordt u daarover schriftelijk geïnformeerd, mijnheer Omtzigt. En de anderen natuurlijk ook.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Volgens mij zijn wij het met elkaar eens dat veiligheid bij het epd cruciaal is en dat de wettelijke normen die daaraan worden gesteld streng genoeg zijn. De hoofdvraag is hoe nu wordt getoetst of het systeem en de processen bij een zorgaanbieder die zich aansluit echt aan die normen voldoen. Daarnet

noemde de minister als reden voor het uitstel van de wettelijke verplichting dat de systemen nog niet genoeg op orde zijn. Dat voedt mijn zorg dat er te technisch en te procedureel naar gekeken wordt of men voldoet aan de veiligheidsnormen. Wordt keihard getoetst in de praktijk van zo'n zorgaanbieder die zich aansluit of het systeem, en de manier waarop mensen ermee werken, echt stand houdt? Voor het vertrouwen, ook van burgers, in het elektronisch patiëntendossier zou het heel goed zijn als de minister over een paar maanden zelf ook een grote hack hierop loslaat, zodat wij kunnen aantonen dat dit echt stand houdt.

Minister **Klink**: Dit is een belangrijke vraag. Laat ik die in drieën knippen. Ik geloof dat ik dan juist ben. Zo niet, dan zal ik mijzelf in tweede termijn corrigeren.

Je hebt de locatie waarop de apotheker, de huisarts en de spoedeisende hulp werken. Die locatie moet voldoen aan de eisen van goed beheer en zorgverlenerschap. Daar wordt gekeken naar de vraag in hoeverre toevallige passanten, niet-BIG-geregistreerden, zomaar bij de computer kunnen komen. Er wordt gekeken naar de vraag in hoeverre men werkt met een UZI-pas. Dus aan die kant wordt inderdaad op basis van een set van criteria getoetst in hoeverre het veilig is en de privacy is afgeschermd.

Vervolgens werk je met de communicatie met het landelijk schakelpunt (LSP). Dat is een informatiesysteem. Daarvan kennen wij er verschillende: bij de apothekers, bij de huisartsen en bij de ziekenhuizen. Die leveranciers kunnen de informatie alleen maar leveren ten behoeve van het LSP op het moment dat die systemen getest zijn op veiligheid. Bij de huisartsen loopt dit nu ongeveer naar de 50% van de systemen die men hanteert, bij de apotheken is dit iets hoger. Die zijn inderdaad getoetst en gekwalificeerd. Dan mag je dat dus pas gaan gebruiken. Alleen met die systemen kun je aansluiten op het landelijk schakelpunt. Dat is een tweede waarborg.

Het LSP zelf is een gesloten systeem, dat niet loopt via internet. Hierbij speelt wel de belangrijke vraag wat er gebeurt als iemand zelf inlogt en gegevens opvraagt. Bij het LSP is gekeken, mede op basis van uw inbreng, naar parallellen met de banken en er zijn bij mijn weten de beste hackers op losgelaten om te zien in hoeverre het voldoende veilig is. Het antwoord was ja. Vandaar dat ik er zoveel waarde aan hecht. De veiligheid is altijd gegarandeerd, in die zin dat er pas gebruik kan worden gemaakt van het landelijk elektronisch patiëntendossier als al die stappen doorlopen zijn. Dus het uitstel heeft niet te maken met aarzeling aan mijn kant over de veiligheid, maar simpelweg met het feit dat wij die normen helder hebben, maar dat de informatiesystemen gewoon nog niet aan die normen voldoen en het dus gewoon nog niet kan functioneren.

Het laatste punt is de aansluiting van personen zelf, zodat je de informatie kunt zien. Nictiz werkt nu aan een portal, die garandeert dat nooit virussen, wormen en dergelijke vanuit de huiscomputer bij het LSP terecht kunnen komen. Daarvoor worden barrières gebouwd. Dit zal dus ook pas gaan functioneren op het moment dat zeker is dat de veiligheid gegarandeerd wordt. Zo proberen wij stap voor stap, met inachtneming van de normen die wij kennen, te kijken in hoeverre wij de uitrol kunnen voltooien.

## Klink

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ik snap de drie stappen die de minister schetst, maar bij de eerste stappen zou ik graag nog iets concreter van hem horen hoe er gekeken wordt of het systeem voldoet. De minister zegt dat er wordt getoetst op een aantal punten. Als dat een vooraf aangekondigd bezoek is waarbij mooi de boeken, de systemen en de procedures zoals vastgelegd worden nagelopen, vind ik dat weinig vertrouwenwekkend. Ik zou graag zien dat er iemand op af gestuurd wordt, anoniem, die kijkt of hij erin kan komen en of hij de boel kan ontregelen. Alleen als dat niet lukt, is het veilig genoeg.

Minister **Klink**: In feite zegt u: in de eisen geloof ik wel, maar in hoeverre vindt er voldoende controle plaats op die eisen? Daarop kom ik graag in tweede termijn terug.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Mag ik de minister vragen om dan ook terug te komen op het idee om het vertrouwen in het systeem te vergroten door er zelf de zwaarste toets op te geven en de meest slimme hackers erop af te sturen?

Minister **Klink**: Dat hebben wij met het LSP gedaan. Daar zijn de zwaarste hackers op afgestuurd. Er vindt rondom die informatiesystemen altijd een toets plaats in hoeverre men eraan voldoet. Vervolgens gaat het om de controle op de locatie en in hoeverre men de GBZ-kwalificatie kan krijgen, maar daar kom ik op terug.

Mevrouw **Agema** (PVV): Een minister die zo'n vertrouwen heeft in het epd en de veiligheid met betrekking tot privacy noem ik naïef. Het beveiligingsbedrijf Fox-IT, dat de overheid adviseert met betrekking tot staatsgeheimen, heeft al aangegeven dat je heel gemakkelijk in de onbeveiligde computers van therapeuten en artsen komt. Sterker nog, je zou zelfs gegevens kunnen wijzigen. Mijn fractie heeft al eerder gewezen op de kwestie met het dossier van voetballer Robin van Persie. Dat ging niet over hackers en ook niet over ICT-problemen. Het probleem is dat mensen met die dossiers werken. Zij hebben uiteindelijk toch vaak een bepaalde interesse in die dossiers. Dat overkwam George Clooney. Recent overkwam het Britney Spears. Houdt de minister vol dat het systeem veilig is, terwijl het niet gaat om de techniek, maar om de mensen die ermee werken?

Minister **Klink**: Ik wilde eigenlijk zeggen: gelukkig zijn wij niet allemaal George Clooney, maar doordenkend, vraag ik mij af of ik dat moet doen. Die kwalificatie neem ik dus terug, maar mevrouw Agema heeft wel een punt. Het gaat om de veiligheid van de systemen. Daar bevroeg mevrouw Sap mij op. Het gaat er ook om dat mensen verantwoord gebruik maken van de systemen. Ik maak het voorbeeld van Van Persie maar even tot het mijne. Toen gingen mensen onbevoegd in het systeem. Kan dat bij het epd ook? Theoretisch zou het kunnen. Een huisarts of een apotheker zou, ook al zijn de verschillende onderdelen afgeschermd, onbevoegd een dossier kunnen lichten. Dat is niet verstandig en ook niet raadzaam, want het is voor iedereen en dus ook voor de patiënt inzichtelijk. Anders dan in het geval van Van Persie weet ik één ding zeker, namelijk dat de patiënt kan nagaan welke arts in zijn gegevens heeft gekeken. Dat staat voor eeuwig en altijd in de loggegevens. Betrokene verraadt zichzelf dus altijd. Daar zit ook een onwaarschijnlijk stevige sanctie op, want het kan ertoe

leiden dat men uit het BIG-register wordt gehaald en dat men zijn bevoegdheid als arts verliest. Het is dus niet raadzaam, maar gaat dit gebeuren? Gegeven het feit dat deze sancties erop staan, gelet op alle beveiligingseisen, op het feit dat er een behandelrelatie moet zijn, op het feit dat je een UZI-pas moet hebben en op het feit dat de loggegevens beschikbaar zijn, heb ik er vertrouwen in, kijkend naar al die strakke waarborgen, dat dit niet gebeurt. Iemand die het wel doet, is binnen no time inzichtelijk.

Mevrouw **Agema** (PVV): Het laatste is niet altijd het geval. Ik heb al gewezen op de opmerking van Fox-IT dat een onverlaat van buiten zo in de onbeveiligde computers van huisartsen en therapeuten kan komen. Deze kan de elektronische dossiers ook nog eens wijzigen, maar dat kan tot veel problemen leiden. Stel dat niet je linker- maar je rechterteent wordt afgezet! Fox-IT is nota bene een bedrijf dat de Staat adviseert met betrekking tot staatsgeheimen. Daar is de minister nog niet op ingegaan.

Dan nog iets over de kwestie-Van Persie. De minister stelt dat achteraf kan worden gezien wie in het dossier is geweest, maar dat is wel mosterd na de maaltijd. Dan is het kwaad al geschied en ligt de informatie al op straat. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en het College bescherming persoonsgegevens stellen dat situaties zoals die van George Clooney en Britney Spears in ons land ook mogelijk zijn. De minister moet toegeven dat hij vooraf geen enkele garantie kan geven dat onbevoegden of bevoegden niet in systemen gaan kijken.

Minister **Klink**: Ik gaf zo-even al aan welke waarborgen er aan de voorkant zijn. Deze zijn talloos. Voor waarborgen aan de achterkant geldt één ding waarvoor ik maar een paar trefwoorden nodig heb: als de pakkans 100% is, gaat daar een enorme preventieve werking vanuit. In die zin kan men vooraf en achteraf niet scheiden.

De **voorzitter**: Afsluitend op dit punt, mevrouw Agema.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik heb enerzijds nog steeds geen antwoord op mijn vraag met betrekking tot onbeveiligde computers waar men van buitenaf op kan inbreken. Daarnaast blijft ...

Minister **Klink**: Mevrouw Agema ...

De **voorzitter**: Nee, minister, wacht even. Als wij door elkaar gaan praten, wordt het niets. Mevrouw Agema heeft op dit punt een slotvraag aan de minister.

Mevrouw **Agema** (PVV): Ik concludeer dat de minister toegeeft dat er dus geen sprake is van een slot vooraf, maar achteraf. Je weet immers achteraf wie het gedaan heeft. Dat is mosterd na de maaltijd en dus is sprake van een niet-veilig systeem.

Minister **Klink**: Ja ... Ik zucht al een beetje. Mevrouw Agema kan wel doorgaan met het verkopen van desinformatie, maar ik gaf zo-even al aan dat vooraf voldoende, zelfs meer dan voldoende waarborgen zijn dat ...

Mevrouw **Agema** (PVV): Voorzitter, ik teken hier bezwaar tegen aan. Immers, het is geen desinformatie, maar

## Klink

gewoon feitelijkheid. Als iemand in een dossier kijkt en wij zien daarna wie het is geweest, is dat nog steeds mosterd na de maaltijd. Dat is geen desinformatie.

De **voorzitter**: U hebt uw punt gemaakt, mevrouw Agema. Het zijn de woorden van de minister en hij is vrij om deze te kiezen. U hebt uw informatiebronnen en de minister heeft zijn bronnen. De minister geeft nu antwoord op de slotvraag van mevrouw Agema op dit punt.

Minister **Klink**: Vooraf is er de UZI-pas. Je kunt er alleen in als je bevoegd bent. Je moet BIG-geregistreerd zijn. Vervolgens vindt er een login plaats. Iedereen kan het zien. Er is 100% zekerheid dat het op een bepaald moment naar boven komt als je er onbevoegd ingaat en dat je vervolgens sancties krijgt. Dat werkt hartstikke preventief. Dan de opmerking dat het systeem zo lek als een mandje is. Ik gaf zo-even al in de richting van mevrouw Sap aan dat de beste hackers erop gezeten hebben. Zij zijn niet door de beveiliging heen gebroken. Als mevrouw Agema blijft volhouden dat het systeem onveilig is, houden woorden op een gegeven moment op.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn betoog.

Minister **Klink**: De landelijk invoering van het epd is, zoals aangegeven, op zichzelf al gestart. Veel ICT-leveranciers hebben ongelooflijk veel werk verzet en voorbereidingen getroffen om de aansluiting van de klanten, de huisartsen, apothekers en ziekenhuizen, mogelijk te maken. Vaak zijn er al behoorlijke investeringen gedaan. Ten aanzien van de zorgaanbieders: 27 van de 32 regio's hebben concrete plannen gemaakt voor aansluiting. Kortom, de landelijke invoering is gestart en er zijn veel inspanningen verricht in het voorbereidings-traject. Ik teken hierbij aan dat het in dit geval gaat om een invoering waarvoor op dit moment nog geen plicht geldt voortvloeiend uit hoofde van de wet. Straks zal dat wel het geval zijn. Er is sprake van een uitrol.

Ik ben het met de Kamer eens dat de eerder genoemde datum van 1 september niet realistisch is, zoals ik zo-even al aangaf. Voor de eerste helft van 2009 staan bijna 800 aansluitingen in de planning – de heer Omtzigt vroeg hiernaar – inclusief 350 huisartsenpraktijken. Het grootste gedeelte van de aansluitingen staat nu gepland voor na het derde kwartaal van 2009. Aansluiting worden gestimuleerd via voorlichting. Ondersteuning verloopt via teams die in de regio's op pad gaan. Subsidiëring in de vorm van aansluitsubsidie en kan uiteindelijk via verplichting in de wet worden afgedwongen. Ik voel er veel voor om het moment van verplichte aansluiting in werking te laten treden als een groot deel van de zorgaanbieders al is aangesloten. Ik gaf zojuist al aan dat men hierbij moet denken aan een uitstel van maanden c.q. een halfjaar, overigens zonder mij hieraan te willen binden. Anders loop ik het risico dat ik met dezelfde woorden weer een aantal maanden extra de tijd moet geven.

De heer **Omtzigt** (CDA): De minister geeft aan dat in de eerste helft van 2009 ongeveer 800 zorgverleners aangesloten worden. Nu zijn er, naar ik meen, 85 aangesloten. Hiermee zit je op 885. Er zijn in Nederland zeker 10.000 huisartsen en apothekers. Hoelang denkt de

minister nodig te hebben om die overige 9000 zorgverleners aangesloten te krijgen?

Minister **Klink**: Ik heb zo-even gezegd dat ik schriftelijk terugkom op de planning die wij hierbij in gedachten hebben. Eén ding geldt hierbij wel. Als wij de kinderziekten en de bottlenecks uit de informatiesystemen gehaald hebben en wij met deze systemen werken, gaat de aansluiting wel steeds sneller op grond van het feit dat je al veel tegengekomen bent. Dat is alvast een kanttekening hierbij. Het tijdspad zal ik de Kamer doen toekomen. Op zichzelf ben ik het met de heer Omtzigt eens. Ik geloof dat wij 4300 huisartsen hebben. Straks hebben wij het over een aansluiting van 800 plus 80. Gemeten aan het totaal zijn dit pas de eerste percentages.

Het realiseren van elektronische toegang voor de patiënt is geen voorwaarde voor de inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Wel zal de toegang van de patiënt gereed moeten zijn als de verplichting om aan te sluiten voor zorgaanbieders gaat gelden, zoals ik zo-even al tegen mevrouw Koşer Kaya zei. Ik ga ervan uit dat dit aan het begin van 2010 gerealiseerd kan worden. Dat zal parallel lopen met de verplichting om de faciliteit aan te bieden.

Patiënten hebben op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst inzage in hun medisch dossier. In de WGBO is niet geregeld dat de gegevens door de zorgverlener op verzoek van de patiënt ook op elektronische wijze moeten worden verstrekt. Indien dat geregeld zou moeten worden, vergt dat overigens wijziging van de WGBO. Ik vind dat deze twee zaken parallel moeten lopen: enerzijds inzage en het recht op inzage en anderzijds het verplicht stellen van deelneming door de hulpverlener c.q. zorgverlener aan het epd.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Kan de minister dat laatste nog iets specificeren? Dit ging te snel. Volgens mij zegt de minister wat ik gevraagd heb. Je dient in, en hebt tegelijkertijd ook inzage. Zal dat ook virtueel zijn? Met andere woorden, je zit achter je pc ...

De **voorzitter**: Ja, dat begrijpt de minister wel.

Minister **Klink**: Ja, ik begrijp het.

Voorzitter. Er is de afgelopen tijd veel discussie geweest over het epd. Daarbij waren soms achterhaalde zaken aan de orde, bijvoorbeeld de instabiliteit van het landelijk schakelpunt.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Voorzitter.

Minister **Klink**: Eén ding is helder, zeg ik tegen mevrouw Koşer Kaya. Op het moment dat de verplichting er komt voor de zorgaanbieders om deze faciliteit – ik kies mijn woorden vrij bewust – aan te bieden aan mensen, in de zin dat men de informatieoverdracht via het epd als faciliteit geregeld kan zien en men daarvoor kiest, heeft men tegelijkertijd het recht op inzage in de dossiers. Dat recht bestaat nu al. Dit recht zul je ook langs elektronische weg kunnen invullen. Met andere woorden, als de burger geen bezwaar aangetekend heeft, en hij laat de informatie-uitwisseling plaatsvinden via het landelijk epd, dan heeft hij straks op het moment dat de huisarts of de apotheker daarop verplicht aansluit, ook het recht om langs elektronische weg de gegevens in te zien.



Mevrouw Gerkens (SP)

© M. Sablerolle – Gouda

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat klinkt mooi. Zodra het epd straks in al zijn facetten daadwerkelijk ingaat, kan ik het dus ook elektronisch inzien vanachter mijn pc in mijn studiekamer?

Minister **Klink**: Ja.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Ook voor de GroenLinksfractie is dit een belangrijk punt. Ik zou dit dus graag nog iets scherper krijgen. Stel dat er nog een aantal beren op de weg komt op het punt van de elektronische toegang van patiënten en dat dit toch wat meer tijd gaat kosten dan de minister nu voorziet. Het wordt bijvoorbeeld niet eind 2009 of begin 2010, maar duurt bij wijze van spreken een halfjaar langer. Is de minister dan ook bereid om de verplichting voor de zorgverleners om zich aan te sluiten eveneens dat halfjaar langer te laten duren? Voor ons is het namelijk heel belangrijk dat dit echt gelijk opgaat.

Minister **Klink**: Ja. Sterker, dat zal ik dan ook doen; dit is meer dan slechts een bereidheid. Die twee zaken zijn gewoon gekoppeld.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Dat is heel goed nieuws. Daar ben ik heel blij mee.

De heer **Omtzigt** (CDA): Samen met mevrouw Vermeij heb ik een amendement ingediend dat erin voorziet dat de gegevens niet alleen kunnen worden ingezien – ik ben overigens buitengewoon blij met de toezegging van de minister dat dit bij de invoering geregeld is – maar tevens kunnen worden gedownload. Als dit amendement aangenomen wordt, wil de minister dan in ieder geval de ambitie uitspreken dat dit eveneens op dat moment mogelijk wordt, als dat technisch mogelijk is?

Minister **Klink**: Ik ben geneigd daar ja op te zeggen. In tweede termijn geef ik een definitief antwoord of dit kan.

De heer **Omtzigt** (CDA): Het gaat om de ambitie. Ik stel een tweede vraag. Straks is elektronische inzage mogelijk. Een van de knelpunten daarbij is de authenticatie en verificatie van 16 miljoen Nederlanders. Misschien

komt de minister daarop zo nog terug. Zal dat gaan met sms-verificatie of face-to-face? Om iedereen nog eens langs een loket te laten lopen, is best lastig. Hoe denkt de minister dit op te lossen? Op welke wijze zal de identificatie van deze Nederlanders plaatsvinden?

Minister **Klink**: Ik kom daarop zo meteen iets uitvoeriger terug. Wij dachten aanvankelijk aan eNIK. Daarover hebben wij verschillende keren gesproken. Dit is echter niet tijdig rond. Wij moeten dus terugvallen op DigiD en vervolgens met sms-verificatie gaan werken. Dat betekent wel face-to-face uitgifte van het DigiD. Je moet je wel identificeren voordat je in aanmerking komt voor dat authenticatiemiddel.

De heer **Omtzigt** (CDA): Oké, daar ontvangen wij dan graag informatie over. Kan de minister toezeggen dat iemand op één mobiele telefoon meerdere sms'jes kan ontvangen, ook voor zijn kinderen? Anders moeten kinderen onder de twaalf ook allemaal een mobiele telefoon hebben.

Minister **Klink**: Wij zijn op dit moment bezig met de uitwerking. Ik licht de Kamer daarover graag nog in. Dit heeft echter onze volle aandacht. Sterker nog, ik heb hierover met de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken verschillende keren gesproken. Mij ware eNIK liever geweest, maar dit systeem is op dit moment niet mogelijk. Daarom zoeken wij naar een andere modaliteit. Het was het CBP dat ons erop wees dat een en ander via identificatie zal moeten. Daarom is een face-to-face-aangifte nodig. Dit zal waarschijnlijk via de gemeenten gaan lopen.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Velen achter mij zitten te juichen, maar ik vind deze mededeling dramatisch. Zij is ook inconsistent. Even geleden voerde de minister Klink een fel debat met mevrouw Agema over de veiligheid van het systeem. Daarbij zei hij dat het systeem niet via internet loopt, omdat dit onveilig is. Vervolgens geeft hij in principe 16 miljoen Nederlanders via internet toegang. Waar zijn wij mee bezig? Waarom maakt de minister het systeem zo onveilig? Dit valt op allerlei andere manieren op te lossen. Waarom doet hij dit?

Minister **Klink**: Als ik de overtuiging had dat ik het hiermee onveilig zou maken, zou ik het inderdaad niet doen. Maar dit betrof de vierde stap die ik zojuist aan mevrouw Sap meldde. Ik sprak over de locatie, over het informatiesysteem en over het LSP. De vierde stap is de toegang van de patiënt zelf tot de gegevens. Er zal een portal gebouwd moeten worden tussen het LSP en de mensen die thuis achter de computer zitten, zodanig dat er geen virussen of anderszins bij het LSP kunnen. Men heeft mij verzekerd dat dit te doen is. Als het niet te doen zou zijn, zou ik dat niet doen. Veiligheid gaat voorop.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Virussen zijn één ding. In mijn betoog heb ik ook gezegd dat het veiligste communicatiesysteem tussen bedrijf en klant in Nederland, zelfs in de wereld, het internetbankieren is. Dit geldt niet eens voor alle bedrijven, zeker niet voor het bedrijf dat ook met sms-authenticatie werkt. Deze systemen worden regelmatig gekraakt. Hoe regelmatig weten wij niet, omdat de banken dit angstvallig onder het kleed houden. Wij zouden dit graag willen weten.

## Klink

Wat geeft de minister de overtuiging dat hij het ei van Columbus heeft gevonden en wij een waterdicht systeem hebben gevonden?

Minister **Klink**: Ik zei al dat wij dit alleen op voorwaarde van veiligheid gaan realiseren. Men heeft mij ervan kunnen overtuigen dat het veilig kan. Ik vind het belangrijk dat patiënten bij hun gegevens kunnen. Ik vind het ook buitengewoon belangrijk dat zij bij de log-gegevens kunnen. Daarin zit een preventieve werking. Om die reden gaan wij dit faciliteren, op voorwaarde dat het veilig is.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Ik daag de minister uit om ook mij ervan te overtuigen. Laat hij alle gegevens die hij heeft op dit gebied doen toekomen aan de Kamer, zodat wij daadwerkelijk kunnen controleren of het veilig is. Ik heb daar namelijk grote twijfels over.

Minister **Klink**: Maar natuurlijk doen wij dit. De Kamer controleert de regering. Dit is een buitengewoon belangrijk punt. De veiligheid van het systeem moet gewoon boven twijfel verheven zijn. Dat is volstrekt helder. Alle informatie die ik erover heb, krijgt de Kamer dus ook.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik heb goed geluisterd naar de woorden van de minister. Ik heb echter nog wel een heel praktische vraag. De minister zegt dat, zoals het er nu uitziet, het systeem werkt op basis van DigiD plus een face-to-face-identificatie. Hij noemde even de gemeenten. Nu zijn er nogal wat kosten aan verbonden om 16 miljoen mensen, misschien minus de kinderen, langs de gemeentebalie te sturen. Heeft de minister daaraan al gedacht? Kan hij ons daarover aanvullende informatie sturen?

Minister **Klink**: Ik zal de Kamer ook daarover informatie sturen. Over alle facetten die ermee samenhangen dat mensen toegang hebben tot hun eigen patiëntgegevens, ook langs elektronische weg, over de veiligheidsaspecten en over de kosten die eruit voortvloeien zal de Kamer informatie ontvangen.

Ik ben ervan overtuigd dat de pilots met het waarneemdossier huisartsen en het elektronisch medicatiedossier aangetoond hebben dat de voorwaarden voor de verdere uitrol van het epd is voldaan. Wij kunnen dus verantwoord uitbreiden naar de rest van Nederland. De pilots laten zien dat de gegevens-uitwisseling werkte. In Twente en Nijmegen draait de WDH goed en vindt geleidelijke opschaling plaats. Deze pilot is in mei vorig jaar afgesloten. Er waren geen nieuwe technische momenten waarvan leerervaringen konden worden verwacht. Alle bevindingen zijn of worden geadresseerd. Dit gebeurt overigens gezamenlijk met deelnemers uit Twente. Het evaluatierapport deel drie van TNO/Telematica heb ik de Kamer destijds toegezonden. In de brief van september heb ik de Kamer nogmaals gerapporteerd over de bevindingen van het Telematica Instituut. Alle rapporten zijn te vinden op onze website. In Amsterdam, Rotterdam en Harderwijk werkt het emd. Met deze pilots is de LSP-communicatie tussen de eerste en tweede lijn getest. Alle bevindingen uit de pilots zijn in nauwe samenwerking met de deelnemers opgepakt. Op 9 januari heeft een evaluatiebespreking plaatsgevonden van de pilot emd over de praktijkervarin-

gen van de zorgaanbieders in de regio's Amsterdam en Harderwijk. Dankzij grote inzet van betrokken zorgaanbieders en leveranciers zijn veel ervaringen opgedaan. Het emd functioneert technisch adequaat. De huidige pilot kent geen momenten meer op basis waarvan belangrijke leerervaringen kunnen worden geconstateerd. Reden waarom ook deze pilot verder uitgerold kan worden. Aan het eind van deze maand zal Plexus met een evaluatierapport komen. Ik zal de Kamer daarvan op de hoogte stellen.

Op dit moment zijn 88 zorgaanbieders in diverse regio's aangesloten. Het gaat om 330.000 patiëntendossiers. Op 31 december zijn epd-gegevens via het landelijk netwerk 220.000 keer succesvol uitgewisseld.

Ik kom op de veiligheid. Vele Kamerleden hebben terecht aandacht gevraagd voor een hoog niveau van veiligheid en adequate werking, inclusief het vaststellen ervan. Ik hecht er ten zeerste aan. De veiligheidseisen liggen veel hoger dan de huidige praktijk van de regionale informatie-uitwisseling.

Om te beginnen ga ik in op de toetsing en auditing van de landelijke infrastructuur. Verschillende experts op het gebied van beveiliging van elektronisch gegevensverkeer zijn de afgelopen jaren ingeschakeld ten behoeve van advies en toetsing: Interpay, het CBP, KPMG, PricewaterhouseCoopers, TNO, DCE, Telematica, internationale certificeringsinstanties en goede hackers. In november 2005 hebben wij mede op verzoek van de Kamer het bankwezen ingeschakeld om te adviseren over de informatiebeveiliging in de zorgsector, dit om het epd minstens hetzelfde beveiligingsniveau te geven als elektronisch bankieren of pinbetalingsverkeer. De UZI-middelen zijn internationaal gecertificeerd. Alle producten zijn door TNO getest. Er heeft een audit plaatsgevonden op de hele beveiligingsorganisatie van het LSP. Indringers (= hackers) hebben getest in hoeverre het LSP werkt. Deze periodieke testen zullen uiteraard gecontinueerd worden. De hele keten zal daarbij worden meegenomen.

Naast al die testen en audits gaat het er uiteraard om dat de aansluitingen op en de werking van het epd op een gecontroleerde manier plaatsvindt. Gezien de gevoeligheid van de uit te wisselen gegevens zijn vanaf het begin hoge eisen gesteld aan de veiligheid van de totale keten. Het LSP voldoet aan de hoge beveiligings-eisen. Dat geldt ook voor de systemen van de zorgverleners, die aansluiten op het LSP. Het landelijk systeem kent veiligheidseisen die hoger zijn dan die bij de huidige regionale netwerken, waar nu al miljoenen gegevens over worden uitgewisseld. De eisen zijn landelijk vastgelegd in de eisen voor een goed beheerd zorgsysteem. Het gaat dan om het waarborgen van een juiste en zorgvuldige registratie, verwerking en verstrekking van gegevens. Voldoet een zorgverlener of een instelling niet aan die eisen, dan kan deze niet op het LSP aansluiten. Landelijke elektronische uitwisseling van medische gegevens is dan dus niet mogelijk. Op die manier wordt voorkomen dat de informatie gemakkelijk te kraken is. Ook kunnen onbevoegden zo geen toegang tot de gegevens in de systemen van andere zorgverleners krijgen. Het LSP is een gesloten systeem dat niet via het openbare internet bereikbaar is. Alle communicatie vindt plaats via besloten en gekwalificeerde netwerken. Kwalificatie vindt plaats onder toezicht van Nictiz, de instantie die kijkt in hoeverre de systemen aan de eisen voldoen. Er kan alleen verbinding met het LSP

## Klink

gemaakt worden via een beveiligde SSL-verbinding op basis van UZI-pascertificaten.

Voorafgaand aan de aansluiting van een zorgaanbieder op het LSP wordt een traject doorlopen. Ik doel op de kwalificatie van het lokale informatiesysteem. Heeft men een systeem dat inmiddels gekwalificeerd is – ik doel op de GBZ-verklaring – dan moet men aan de NEN 7510-norm voldoen en vindt een ketentest plaats in een testomgeving en in een productieomgeving. Voor toegang tot het systeem door een arts vindt in het epd-systeem controle plaats op de behandelrelatie. Intelligente logging vindt plaats op alle raadplegingen. Als misbruik wordt geconstateerd, volgen er sancties, maar daarover hebben wij al vaker gesproken. Ik zal de Kamer extra informatie doen toekomen over de test in de omgeving van betrokkenen.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Ik heb een vraag over de ketenpartners die aan de NEN 7510-norm moeten voldoen. Welke zorgpartners hebben de eigen beveiliging al helemaal op orde?

Minister **Klink**: Al degenen die nu zijn aangesloten, plus de pilots in Harderwijk en Amsterdam.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Hoeveel moet er nog?

Minister **Klink**: Alle overige.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dat snap ik wel, maar hoe groot is die groep?

Minister **Klink**: De heer Omtzigt noemde 10.000, en ik dacht dat het gaat om 4300 huisartsen, waarvan er 800 in de wachtstand staan, en dat rollen wij in de loop van dit jaar uit. De veiligheidseisen staan buiten kijf. Men kan pas deelnemen als men op de eigen werkplek het informatiesysteem heeft dat aan de veiligheidseisen voldoet. Die pilots geven in feite allerlei kinderziektes aan, die je gaat oplossen, waardoor het telkens sneller gaat, want die kinderziektes kun je dan elders makkelijker oplossen. Daaraan ontlenen wij het vertrouwen dat die uitrol met enige spoed kan gaan, mits aan de veiligheidseisen blijft worden voldaan.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): De minister zei net dat de informatie over de test in de omgeving van apothekers nog naar ons toe komt, maar hij zei eerder dat hij die informatie in tweede termijn zal geven. Na het debat, of in tweede termijn?

Minister **Klink**: Ik zal de Kamer in tweede termijn uitvoerig inlichten over die het Goed Beheerd Zorg-systeem.

Er bestaat een algemene regeling voor de verdeling van aansprakelijkheden in het BW. Die regeling maakt het overbodig om in iedere afzonderlijke wet een regeling voor aansprakelijkheid op te nemen. Dat zou pas het geval zijn als sprake is van een afwijking van de algemene uitgangspunten en regels zoals vervat in het BW. De invoering van het epd brengt geen verandering in die algemene uitgangspunten van aansprakelijkheidskwesties in het kader van de gezondheidszorg. Wat de invoering van het epd wel met zich brengt, is dat achteraf is na te gaan welke informatie beschikbaar was en wat de inhoud daarvan was. Het is slechts mogelijk

om algemene uitgangspunten voor aansprakelijkheid vast te leggen in regelgeving, en het is onmogelijk om in specifieke gevallen te treden, waarin feiten en omstandigheden vaak bepalen wie waarvoor aansprakelijk is en in welke mate. Dat is met name voorbehouden aan de rechter, die toetst bij uitstek wat de geschikte weg is om de individuele situaties te beoordelen.

Het lijkt alsof ik met mijn algemene opmerkingen een beetje bij het thema wegloop, maar dat is absoluut niet zo. Wij hebben uitvoerig onderzoek laten doen door de universiteit van Tilburg, en wij hebben er juristen naar laten kijken. Zij zijn gekomen met een publicatie over de aansprakelijkheid. Maar één ding ben ik wel eens met de heer Zijlstra: de context die wij creëren rondom het verplicht deelnemen aan het epd creëert wel een nieuw klimaat, tegen de achtergrond waarvan die aansprakelijkheden beoordeeld worden. Daar wil ik niet bij weglopen. Ik geef daar een illustratie van. Op dit moment functioneren veel regionale informatiesystemen. Artsen zien dat als het ware als een belangrijke handreiking naar elkaar en naar de patiënt. Maar niemand ontleent aan de wet op dit moment de plicht om daarin te participeren. Omdat wij met wetgeving komen waarmee informatie over patiëntengegevens is gemoeid, ontlenen patiënten en artsen daaraan vertrouwen – dat is ook de bedoeling van invoering van het epd – dat die informatie toereikend en compleet is. Op basis van die informatie die men via dit systeem krijgt, gaat men natuurlijk als arts aan de slag. Dat vertrouwen moet je wel kunnen rechtvaardigen: de dossiers moeten compleet zijn. In die zin krijgen de aansprakelijkheidsvragen die er van oudsher liggen hiermee een indringender karakter. Vinden er daarvoor veranderingen plaats in de verantwoordelijkheidsverdeling? Dat denk ik niet, maar het krijgt wel een indringender karakter. Laat ik het voorbeeld noemen van een dossier dat niet compleet is waarbij een arts van de spoedeisende hulp ervan uitging dat het wel compleet was. Wat betekent dat dan voor de arts in relatie tot de vraag in hoeverre hij zich moet vergewissen van de toereikendheid van de informatie? Niemand is dan tot het onmogelijke gehouden. Het betekent niet, zoals de heer Zijlstra gisteren enigszins suggereerde, dat het epd nergens toe leidt op grond van het feit dat je alsnog moet gaan bellen en verifiëren in hoeverre de documentatie en dergelijke compleet zijn. Dat kan natuurlijk niet de bedoeling zijn. Het betekent wel dat je soms navraag doet bij patiënten om na te gaan in hoeverre gegevens kloppen, toereikend zijn et cetera. Een rechter zal nooit een arts houden tot het onmogelijke en vervolgens zeggen: uiteindelijk bent u ook verantwoordelijk want u had niet kunnen afgaan op de informatie die in het medicatiedossier staat. Dat zal niet snel gebeuren. Het zal dus per situatie bekeken moeten worden. Ik ben het wel met de heer Zijlstra eens dat de indringendheid waarmee de aansprakelijkheidsvraag zich aandient, door dit systeem groter wordt. En dat is maar goed ook. Je mag er als patiënt toch ook van uitgaan dat je dossier compleet is. Dat vloeit voort uit de WGBO.

De heer **Zijlstra** (VVD): Die zorg delen wij. Ik snap dat elke keer in een individuele situatie een rechter zal moeten toetsen van welke specifieke omstandigheden sprake is. Onze zorg zit erin dat een aantal zaken in de wet onvoldoende duidelijk zijn, waardoor te veel mist wordt gecreëerd. Dan noem ik de termijn waarop je geacht moet worden om een dossier geüpdatet te

## Klink

hebben als zorgaanbieder. Dat is uitdrukkelijk niet vastgelegd in de wet. Dan is het dus aan de rechter om te bepalen of het een dag, een week, een maand of een jaar is. Dan vind ik dat wij als wetgever wel degelijk de plicht hebben om een indicatie te geven van wat wij een normale termijn vinden. Dan kan het zo zijn dat wat wij normaal vinden, door omstandigheden anders uitvalt, maar dat ontslaat ons niet van de plicht om dat aan te geven. Dit even als voorbeeld.

Minister **Klink**: Ik vind dat een goed voorbeeld. In de gezondheidszorg, zoals ten aanzien van de veiligheid van beademingsapparatuur, worden in de regel van de kant van de veldpartijen handleidingen gemaakt. Ik stel mij inderdaad voor dat rondom dit soort vraagstukken wij gezamenlijk met de artsen en de artsenuitvoeringsorganisaties nader gaan kijken hoe dat ingevuld kan worden en wat dan een veldnorm kan zijn. Dat zijn geen dwingende normen. Een rechter zal er altijd nog vervolgens een eigen afweging naast leggen, maar het zijn wel handleidingen voor betrokkenen om te weten wat toereikende zorg is. Dat allemaal in wetgeving of AMvB's vastleggen, gaat te ver. Dat is fluïde. Daarom zullen er veldnormen moeten komen.

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister zegt toe dat hij in overleg zal treden met het veld om duidelijke richtlijnen te krijgen waarin helder wordt aangegeven: normaliter verbinden wij ons eraan dat het binnen een termijn x moet worden gedaan.

Verder heb ik nog de vraag of de onderzoeksplicht wel moet worden ingevuld op de manier waarop de minister dat doet. Met name in de nota naar aanleiding van het verslag op antwoorden van de fractie van het CDA zegt de minister eigenlijk dat de onderzoeksplicht te allen tijde geldt. Daarmee zegt hij impliciet – en dat maakt onderdeel uit van de wetsgeschiedenis – dat ook als je je baseert op gegevens van het epd, je eigenlijk altijd nog een onderzoek moet gaan doen, aangezien je daarmee gevrijwaard bent van aansprakelijkheid. Naar de mening van de VVD schieten wij dan echt ons doel voorbij. Het epd heeft voor ons ook als doel dat wij geen onnodige medische handelingen uitvoeren. Als de minister dat handhaaft en daarmee dat aansprakelijkheidsdeel helemaal dichtschroeft, wat is dan nog het nut van het epd?

Minister **Klink**: Dat is natuurlijk een vraag die op dit moment ook al speelt. Op het moment dat regionale informatie uitgewisseld wordt, speelt ook de vraag in hoeverre je voetstoots van die informatie kunt uitgaan dan wel of je een onderzoeksplicht hebt. Bij dat laatste geldt natuurlijk altijd, zowel in de oude als in de nieuwe situatie, dat niemand tot het onmogelijke is gehouden en dat altijd in die context binnen het tijdsbestek dat daarvoor staat, en binnen de context van wat onder goed zorgverlenerschap geldt, men het onderzoek zal moeten doen. Niemand is gehouden om vervolgens iedereen te bellen om na te gaan of het medicatiedossier klopt. Dat zal ook geen enkele rechter vergen, noch een tucht-rechter noch een burgerlijke rechter. Er zit ook een stuk ambachtelijkheid in van een arts om er nadere invulling aan te geven. Maar het nu al zeggen dat de onderzoeksplicht niet geldt omdat je voor 100% uit kunt gaan van het systeem, zou echt een inbreuk zijn op de relatie tussen de arts en de patiënt.

De heer **Zijlstra** (VVD): De minister zegt dus – en maakt dat ook onderdeel van de wetsgeschiedenis – dat er in principe van uitgegaan mag worden dat gegevens juist zijn en dat daarop medisch gehandeld mag worden. Er kunnen wel aanleidingen zijn dat men het niet helemaal vertrouwt en het gaat nakijken, maar dan kom je weer in die individuele gevallen terecht. Die gevallen moeten ook heel duidelijk zijn. Normaliter kan men er volgens de minister dus van uitgaan dat de gegevens in het emd correct zijn.

Minister **Klink**: Ja, met de kanttekening – dat is ook een correctie van mijzelf – dat in de AMvB moet komen te staan dat de gegevens binnen 24 uur, of zoveel eerder als nodig is voor goede zorg, in het dossier worden opgenomen. Anders dan ik zo-even meldde, zijn er wel degelijk in de AMvB termijnen gespecificeerd.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ik heb een vraag over de aansprakelijkheid. Begrijp ik goed dat de minister zegt dat het aansprakelijkheidsissue pregnanter wordt door invoering van het epd? Daar zullen wij nog met elkaar over van gedachten wisselen. Er is ook een nieuwe aansprakelijkheid doordat dataverkeer an sich nieuwe vormen van aansprakelijkheid met zich meebrengt. Erkent de minister dat en moeten daar afspraken over gemaakt worden?

Minister **Klink**: Het LSP kan uitvallen en dergelijke. Dan ontstaat natuurlijk de klassieke situatie dat je niet bij de medicatiegegevens kunt. In die context gaat de plicht van de arts er iets anders uitzien. Hij kan niet meer afgaan op een medicatiedossier. Zijn onderzoeksplicht zal dan met name behelzen dat hij aan de patiënt vraagt of hij allergieën heeft et cetera. Daartoe is een arts in de regel toch al gehouden, maar zeker als het LSP uitvalt, kun je niet afgaan op de informatie die in het systeem staat. Dan zal de arts dat iets indringender moeten aanpakken.

Als er fouten voortvloeien uit het wegvallen van het LSP, komt de vraag wie daarvoor aansprakelijk is. Die vraag is echter niet echt nieuw. Wij kennen bij medische apparatuur, zoals beademingsapparatuur in ic's en dergelijke, ook aansprakelijkheidsvraagstukken. Feitelijk onttrekken die zich aan de directe zorgrelatie en hebben zij meer te maken met bijvoorbeeld leveranciers en de raad van bestuur. Die vragen zijn niet nieuw.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Dan geef ik één klein voorbeeld – dat is wel gevaarlijk – waarvan ik denk dat het nieuw is. Een arts verzendt een gegeven, maar dat komt niet in het epd terecht, bijvoorbeeld door een hapering in de verzending.

Minister **Klink**: Ik vind het lastig om op casuïstiek in te gaan omdat ik geen rechter ben. Het is relevant of de arts verantwoordelijk is voor de ommissie. Dat lijkt mij in dit voorbeeld niet het geval. Dan komt de aansprakelijkheid wellicht te liggen bij de beheerder van het LSP. Dat kan ik niet helemaal overzien. Die partijen zijn in het geding. De strekking van mijn betoog is dat in de verhouding rond aansprakelijkheid en de principia die daarbij gelden, niet veel verandering komt. Die komt er waarschijnlijk wel in het toedelen van de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden door de rechter omdat er inderdaad een nieuwe partij bijkomt.

## Klink

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik heb een tweede korte casus. Wij hebben die overigens ook in het verslag aangegeven. Een dokter vult het epd goed in, maar zijn computer staat uit op het moment van de uitvraag. Dan heeft een andere arts geen inzage in het dossier. Is de dokter met de computer die uitstaat, aansprakelijk als de behandelend arts cruciale gegevens over bijvoorbeeld bloedverdunners of allergie voor penicilline mist?

Minister **Klink**: Ja, die is daarvoor aansprakelijk. Het is aan de rechter om zich uit te spreken over de mate waarin en in hoeverre er sprake is van causaliteit en schuld. Naarmate die schakels een patroon vormen in informatieverkeer brengt dat aansprakelijkheden met zich mee. Dat is zowel qua filosofie van het Burgerlijk Wetboek en het aansprakelijkheidsrecht niet wezenlijk anders dan nu. Het is ook niet wezenlijk anders dan de informatie-uitwisseling die nu al plaatsvindt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Gaat de minister nu of straks antwoorden op mijn vragen over het reconstrueren van de gegevensuitvraag?

Minister **Klink**: Daar kom ik straks op terug.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Dat betekent dat iedere huisarts, apotheker enzovoorts, een generator in huis moet hebben. Er doen zich immers steeds vaker stroomstoringen voor sinds de nutsbedrijven verkocht zijn. Dat levert extra kosten op. Ik zie daar problemen opdoemen.

Minister **Klink**: Ik wil wegblijven van de casuïstiek. Een aardig voorbeeld is echter als de stroom uitvalt. Dat kan een arts natuurlijk niet aangerekend worden. Dan komen er aansprakelijkheden van anderen tevoorschijn. Het verandert dus niets wezenlijks. Neem het voorbeeld van de ic, of van de apparatuur die een huisarts heeft, die op een gegeven moment niet functioneert. Dan spelen dezelfde relevante vragen. Ik poets die niet weg. In beginsel raakt dit echter het aansprakelijkheidsrecht niet wezenlijk.

De **voorzitter**: De minister moet nu de gelegenheid krijgen om met zijn betoog door te pakken. Wij hebben nog een middagpauze voor de boeg en wij willen niet tot middernacht door hoeven gaan. Ik doe dan ook een beroep op de Kamer om het tempo erin te houden.

Mevrouw **Sap** (GroenLinks): Waar staat de minister in zijn beantwoording? Wat volgt er nog?

Minister **Klink**: Ik kom nu te spreken over de regionale netwerken. Dat is een heel pak papier. Ik kort dat wellicht in omdat ik daarover al gesproken heb. Vervolgens ga ik in op de verschillende fracties. Ik hoop af en toe door te kunnen bladeren in mijn tekst omdat sommige zaken al bij interruptie aan de orde zijn gesteld.

Een aantal sprekers heeft gevraagd naar de regionale netwerken. Mevrouw Gerkens lijkt te willen inzetten op een andere koers, namelijk regionale epd's in plaats van een landelijk epd. Haar amendement sorteert daarop voor. Een aantal koepels, waaronder de KNMG, heeft dit ook geopperd. Dat verbaast mij gezien de voorgeschiedenis en de vele malen waarbij over dit onderwerp is gesproken. Ik wijs ook op het appel van de KNMG bij de informateur, de heer Wijffels, om met aan landelijk epd

te komen. De behoefte aan landelijke, bovenregionale uitwisseling neemt bovendien alleen maar toe door de grotere mobiliteit van patiënten, verdere specialisatie en meer keuzemogelijkheden voor de patiënt. Ik was gisteren in het ziekenhuis St. Jansdal, waar men zich heeft bekwaamd in onder andere behandeling van liesbreuken. Daar blijken meer en meer mensen van buiten het adherentiegebied te komen omdat de kwaliteit hoger is.

Drie argumenten onderstrepen het belang van een landelijke uitwisseling. Mensen hebben recht op 100% dekking van de informatie. De noodzaak van veilige en betrouwbare gegevensuitwisseling is heel groot met een landelijke infrastructuur. Met UZI-pas en BSN wordt een optimaal en hoog beveiligingsniveau geboden. Tot slot is het niet efficiënt als elke regio opnieuw het wiel moet uitvinden en als er tussen regio's geen uitwisseling van informatie plaatsvindt.

Er zijn in Nederland 65 zogenaamde OZIS-clusters en de meeste betreffen waarneemverbanden van apotheken. Die 65 zijn eigenlijk te vergelijken met eilanden waartussen gecommuniceerd wordt. Ook kent bijvoorbeeld Rotterdam twee verschillende OZIS-clusters, waartussen niet gecommuniceerd kan worden. Binnen OZIS-clusters vindt ook niet altijd uitwisseling plaats en ook zijn huisartsen en apothekers niet over en weer op elkaar aangesloten voor het ophalen van broninformatie. Daarnaast zijn er andere zwakke punten, zoals de veiligheid. De standaardisering van de informatie is niet verzekerd binnen de OZIS-structuren. Ook is de login niet verzekerd in de zin dat mensen kunnen nagaan wie uiteindelijk heeft ingelogd. Het ontwerp houdt ook rekening met een beperkt aantal toepassingen. De OZIS-berichten zijn bovendien matig gedefinieerd in de zin dat er verschillende dialecten ontstaan, wat de communicatie lastig maakt. Door de complexiteit van de communicatie en de vele schakels op regionaal niveau kan de individuele hulpverlener niet overzien waar fouten zitten indien onverhoopt wat misgaat. In het landelijk systeem kan dat wel. Dat is een aanpunting van de aansprakelijkheid.

Vanwege deze punten is samen met de betrokken koepels gekozen voor een verbeterde landelijke infrastructuur. Het verbaast mij dat sommige Kamerleden willen overstappen op een regionaal model, terwijl dat op veel fronten beperkingen kent. Als wij uitgaan van het opplussen van regionale netwerken naar een vergelijkbaar niveau die vervolgens aan elkaar worden geknoopt – dat idee speelt soms – zouden wij moeten werken met 75 regionale schakelpunten. De praktijk laat zien dat het inrichten van een schakelpunt al snel 6 à 7 ton kost. Dan heb je het al gauw over bedragen van 50 mln. Voor die regionale schakelpunten spelen al die vragen die nu al spelen, zoals de inzichtelijkheid en de mate waarin mensen de loggegevens en dergelijke kunnen zien. Het is een beetje raar om er een landelijke kop op te zetten en te melden dat de regionale systemen weer met elkaar zouden moeten kunnen spreken. Met andere woorden, het opwaarderen van de infrastructuur op regionale schaal kost veel geld, terwijl de uitkomst geen meerwaarde biedt boven een landelijk schakelpunt en het landelijke epd. De nadruk voor de regio zou mijns inziens dus niet moeten liggen op techniek, maar op de regionale aanpak voor de aansluiting bij het lsp en samenwerking bij andere berichtensoorten.



## Klink

Dit wetsvoorstel betreft een landelijke uitwisseling en kent een verplichting voor aangewezen zorgaanbieders om bepaalde gegevens landelijk beschikbaar te stellen voor de zorgaanbieders die een patiënt behandelen. Ik ben het met u eens dat regionale systemen op hetzelfde niveau beveiligd zouden moeten zijn en dat patiënten dezelfde rechten zouden moeten krijgen als in het landelijke epd. De verantwoordelijkheid voor de regionale netwerken ligt bij de regionale zorgaanbieders. Het College bescherming persoonsgegevens heeft in een persbericht van 28 april aangegeven dat zowel het landelijke epd als de regionale uitwisseling van medische gegevens moeten voldoen aan de bestaande wetgeving, namelijk de WGBO en de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Het CBP heeft ook aangegeven, bestaande en toekomstige initiatieven op het gebied van het regionale elektronisch patiëntendossier nauwlettend te volgen. Kortom, in de WGBO zijn de rechten van de patiënt met betrekking tot inzage in zijn gegevens geregeld en stelt de Wbp regels over de beveiligings-eisen.

Daarnaast is in de WGBO vastgelegd dat voor uitwisseling van de gegevens toestemming van de patiënt nodig is. Het is niet nodig om de regionale uitwisseling verder wettelijk vast te leggen, aangezien dat in feite al in bestaande wetgeving is verankerd. Maar als het gaat om de nadere invulling daarvan en de controle van de kant van het CBP zullen natuurlijk wel nadere stappen moeten worden gezet, mede onder verwijzing naar de WGBO en de Wbp.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ik ben enigszins in verwarring over het een na laatste en het laatste blokje van de minister. Eerst zegt hij dat hij het buitengewoon wenselijk vindt dat dezelfde eisen worden gesteld als het gaat om toegankelijkheid en beveiliging. Nu worden juist die twee zaken in deze wet geregeld en niet in andere wetten. Daarna zei hij dat het in andere wetten geregeld wordt. Zou het niet veel logischer zijn om de regionale netwerken op termijn onder de werking van de wet te laten vallen? Dat heeft ook een aantal voordelen. Een UZI-pas bijvoorbeeld kan dan zowel regionaal als landelijk worden gebruikt.

Minister **Klink**: Ik verwees naar de WGBO en de Wbp en naar het CBP dat mede op basis daarvan de door henzelf ook aan ons gestelde privacyeisen als maatstaf gaat hanteren voor de regionale netwerken. Dat doet inmiddels ook de Inspectie als het gaat om de veiligheid van de systemen. Langs die wegen worden in feite al de nodige eisen gesteld aan de regionale systemen om die op te waarderen tot een niveau dat ook geldt voor het landelijke epd. Ik wil nog wel even bezien in hoeverre de vervolgstap zou kunnen zijn dat je alle eisen die in de wet op het epd staan ook voor de regionale systemen geldt. Ik wil er wel bij aantekenen dat de betekenis van die regionale systemen ook weer niet onderschat dient te worden. Het landelijke epd kent het waarneemdossier en het medicatiedossier. Dat zal verder worden opgebouwd. De regionale uitwisseling kent wellicht hier en daar een surplus en je kunt niet zomaar in een keer zeggen dat die uitwisseling niet meer mag. Dan moet je de verschillende gerechtvaardigde belangen toch goed met elkaar afwegen, maar de richting en de koers zijn volstrekt helder: uiteindelijk zullen de systemen, ook de regionale, aan belangrijke eisen rondom privacy en veiligheid

moeten voldoen die in het verlengde liggen van de eisen die wij hier stellen.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat klopt. Om een mogelijk misverstand weg te nemen; de CDA-fractie is voor het in stand houden van die regionale netwerken, juist omdat een aantal daarvan op dit moment een meerwaarde heeft boven het landelijke schakelpunt. Er worden al zaken met bijvoorbeeld ziekenhuizen uitgewisseld. Dat wil je echt niet gaan verbieden. Maar sommige zaken worden exclusief in deze wet geregeld, zoals het (elektronisch) inzage-recht en het downloadrecht. Dat staat nergens in een andere wet. Ik geef de minister ten stelligste in overweging om in de tweede termijn toe te zeggen dat hij op termijn – dat hoeft dus niet onmiddellijk bij de inwerkingtreding van deze wet – deze regionale netwerken daaronder zal brengen?

Een tweede vraag die hieruit voortvloeit, is de volgende. Is de minister, omdat hij de meerwaarde ziet, bereid om in ieder geval een aantal proeftuinen te blijven faciliteren? Wij hebben de afgelopen jaren veel gehad aan de pilots emd/WDH. Ook voor het e-Lab en zo zou het heel prettig zijn als een aantal regio's dit uitprobeert en de kinderziekten eruit haalt voordat iedereen ermee aan het werk gaat. Is de minister bereid om ervoor te zorgen dat dergelijke faciliteiten in de toekomst beschikbaar zijn?

Minister **Klink**: Ik deel de ambitie om die eisen te stellen aan alle uitwisseling van patiëntinformatie. De heer Omtzigt gebruikte niet voor niets de woorden op termijn, want er moet natuurlijk een balans zijn tussen wat je opbouwt en wat je afbreekt. Wij moeten niets afbreken wat uiteindelijk meerwaarde heeft. Er is geen verschil tussen zijn opvattingen en de mijne. Ik zal in tweede termijn bezien in hoeverre dit kan worden bereikt door de Wet epd een ruimere strekking te geven evenals de bepalingen die daarin besloten liggen.

Ik kom graag in tweede termijn terug op de opmerkingen over de proeftuinen terug. Ik heb de neiging de heer Omtzigt daarin te volgen om op die wijze kinderziekten op te sporen en te bezien hoe de meerwaarde van e-Lab enzovoort voor patiënten kan groeien.

De heer **Zijlstra** (VVD): De discussie over het epd gaat ook vandaag weer met name over beveiliging en privacy. Klopt het dat een belangrijk deel van de lokale systemen zoals die nu functioneren, niet voldoet aan de eisen die de Kamer aan het epd wil stellen? Het zou toch vanzelfsprekend moeten zijn dat die systemen op termijn – en ik hoor graag welke termijn – ook onder de wet vallen, omdat de Kamer constateert dat de huidige situatie onacceptabel is gelet op de eisen die wij aan het epd stellen?

Minister **Klink**: Ik val de heer Zijlstra hierin bij. Deze wetgeving is mede tot stand gekomen in interactie met het CBP. Dat heeft goed gekeken naar de aspecten van de privacy. Wij hebben het college gevolgd en ik geef daarvan een voorbeeld. Als iemand een behandelrelatie met een persoon heeft en zijn gegevens wil inzien, moet hij nog eens aangeven dat er sprake is van een behandelrelatie. Er is een UZI-pas voor identificatie, er komen loggegevens beschikbaar voor de patiënt. Dit geldt allemaal niet voor de regionale systemen. Als wij van binnenuit vinden dat dit belangrijke aspecten van

## Klink

privacy en veiligheid zijn, moeten ze inderdaad ook voor andere systemen gaan gelden.

De heer **Zijlstra** (VVD): En de termijn waarop? Daarmee zetten wij immers enige druk op de ketel zodat partijen weten dat zij binnen een bepaalde termijn – en dan graag benoemd – moeten voldoen aan de eisen. Dit helpt misschien ook om het epd snel in te voeren.

Minister **Klink**: Ik kom hier in tweede termijn op terug. Ik wijs nog wel op een principiële verschil tussen het landelijke epd en de regionale systemen. Hier wordt een verplichting gecreëerd voor betrokkenen om eraan deel te nemen. Uit die verplichting vloeit inderdaad voort dat het als een facilititeit wordt aangeboden. Als een facilititeit op niet verplichte wijze wordt aangeboden en betrokkenen gaan ermee akkoord om op die wijze informatie uit te wisselen ook al is die suboptimaal op een aantal fronten, is het wel de vraag in hoeverre iemand bewust het risico aangaat. Ik zal dit punt in tweede termijn meenemen. In algemene zin moet gegevensuitwisseling voldoen aan de eisen die ik zo-even heb gesteld.

De heer **Zijlstra** (VVD): Wij delen dit, want als het epd volledig is opgetuigd en alle elementen erin zijn opgenomen, verdwijnt – als het goed is – de noodzaak van een lokaal systeem.

Minister **Klink**: Gaandeweg, naarmate dit een bredere strekking krijgt, zal die noodzaak inderdaad verdwijnen. Dan ontstaan er twee bewegingen. Ik heb al gewezen op het verschil tussen een regionaal en een landelijk systeem, namelijk dat men hier verplicht aan moet deelnemen; het andere wordt als een facilititeit zonder verplichting aangeboden. Het CBP heeft echter niet voor niets gezegd: wij zullen de regionale systemen goed volgen op het punt van privacy. Hetzelfde geldt voor de inspectie op het punt van de veiligheid. Je ziet dus een ontwikkeling in de richting van het upgraden van de regionale systemen naar de eisen die voor het epd gelden. Als het epd dan meer betekenis in de breedte krijgt, loopt dit op een gegeven moment in elkaar over.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Vanuit de patiënt geredeneerd: je kunt geen bezwaar maken als er sprake is van een regionaal netwerk.

Minister **Klink**: Dat is precies waar het CBP op wijst.

Mevrouw **Koşer Kaya** (D66): Dus zullen regionale netwerken ook moeten voldoen aan de eisen die in de wet zijn verwoord.

Minister **Klink**: Ik heb inderdaad aangegeven dat in die richting moet worden gewerkt. Ik wil echter niet het kind met het badwater weggooien. Ik zal de meerwaarde van de regionale systemen niet bestrijden. Sterker nog, het feit dat er regionale initiatieven zijn genomen ter wille van de patiënt, kunnen wij niet anders dan waarderen. Wij zitten hier niet om er een speltje van te maken wie de beste is om vervolgens de rest te depreciëren.

De **voorzitter**: Het is de bedoeling dat de minister zijn eerste termijn rond 13.30 uur afrondt. Dan kunt u tijdens de middagpauze laten bezinken wat er allemaal is gezegd. Ik heb daar uw medewerking bij nodig en ik

vraag u terughoudend te zijn met het plegen van interrupties.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Eigenlijk alle fracties hebben heel veel vragen gesteld. Nu wilt u de minister nog een halfuur de tijd geven om daarop in te gaan. De enige die echt kan beoordelen of dat lukt, is de minister.

De **voorzitter**: Ik heb best zo veel politiek gevoel om in te zien dat het van groot belang is dat iedereen goed antwoord krijgt.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Ja, en een lunchpauze is een lunchpauze. Daarna kunnen wij weer verder. Snapt u?

De **voorzitter**: Ja. Ik doe een beroep op uw aller medewerking en ik zeg u toe dat ik eraan zal meewerken dat u goede antwoorden krijgt.

De minister vervolgt zijn beantwoording.

Minister **Klink**: De gegevens over 19.000 mensen die in een ziekenhuis worden opgenomen en de 1200 van hen die overlijden, zijn afkomstig uit het HARM-onderzoek van 2006. Het komt erop neer dat per dag 60 mensen worden opgenomen wegens medicatiefouten, van wie een drietal per dag overlijdt. Dat is geen extrapolatie, zoals de heer Omtzigt gisteren dacht, van Amerikaanse gegevens. Door gebruik te maken van een landelijk epd verbetert de gegevensuitwisseling, al realiseer ik mij natuurlijk dat de gegevensuitwisseling die nu regionaal plaatsvindt, al heel veel medicatiefouten ondervangt.

Mevrouw Gerkens vraagt ook nog naar de aantallen medische missers als gevolg van het epd. Tot op het heden hebben zich geen missers voorgedaan bij de zorgaanbieders die inmiddels zijn aangesloten.

In een Amerikaanse variant van het epd, waar mevrouw Agema naar verwees, heeft zich onlangs wel een computerfout voorgedaan waardoor medische gegevens, zoals actieve medicatie en onderzoeksresultaten, onder de naam van andere patiënten verschenen. Het dossier gaf het einde van de behandeling niet duidelijk weer, waardoor sommige patiënten onnodige doses medicijnen bleven innemen. Daar klaagden 50 ziekenhuizen over. De fouten in het Amerikaanse systeem begonnen in augustus en zijn ondervangen in december. Als oorzaak wordt de software genoemd. Er zijn geen bewijzen dat patiënten door deze fout iets is overkomen. Het onderzoek daarnaar loopt nog. Ik teken daarbij aan dat een een-op-eenvergelijking met het Nederlandse systeem bijzonder lastig is, omdat de strategische keuze voor de invoering van een epd in ieder land aansluit bij de inrichting van het nationale zorgstelsel. Op dit moment woedt er een behoorlijke discussie in Amerika over de mate waarin de systemen daar tegemoetkomen aan de eisen die wij daar in Nederland aan stellen, namelijk de eisen betreffende privacy en veiligheid.

Mevrouw **Gerkens** (SP): Ik heb geen vragen gesteld over het Amerikaanse systeem. Wel heb ik gevraagd of de minister een inschatting heeft gemaakt hoeveel medische missers door het epd voorkomen gaan worden, anders gezegd hoeveel patiëntverbetering kan worden verwacht, en hoeveel kans er is op missers door het epd. Als die inschatting is gemaakt, krijgen wij daar graag de cijfers van.

## Klink

Minister **Klink**: Die inschatting is wel degelijk gemaakt. Ik noemde niet voor niets die 19.000 ziekenhuisopnames vanwege medicatiefouten. Een groot deel – ik kan echt niet zeggen hoe groot – daarvan kan worden ondervangen door een verbetering in het inzicht in de medicatie.

Mevrouw **Gerkena** (SP): De minister zegt dat er een inschatting is gemaakt, maar dat hij niet precies weet wat de cijfers zijn. Ik wil graag weten hoeveel procent verbetering wij kunnen verwachten.

Minister **Klink**: Ik vind de percentages helemaal niet zo relevant. Al kunnen er maar een paar gevallen per dag op de spoedeisende hulp beter worden geholpen, dan is dat al goed. Al is de techniek van het epd ingewikkeld, het is vervolgens door een vrij simpele handeling mogelijk medicatiefouten te verhinderen. Het wordt heel simpel erachter te komen welke medicijnen iemand slijkt of welke ziekte er gediagnosticeerd is.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Gebruikt de minister dan niet meer de getallen als argument voor invoering van het epd? Er zijn ook nog andere aspecten aan de elektronische uitwisseling van gegevens, waarvan je zekerder weet dat ze voordelen opleveren buiten het verhaal dat de minister nu houdt.

Minister **Klink**: Dat ben ik dus niet met u eens. Als wij constateren dat er 19.000 mensen in een ziekenhuis worden opgenomen vanwege medicatiefouten en als wij een systeem gaan inrichten waardoor die medicatie daadwerkelijk bij artsen bekend is, is dat niet een slag in de lucht, maar een zeer belangrijke stap in de richting van het ondervangen van die fouten. Daaraan doe ik niets af. Er wordt wel eens gesproken over een verschil tussen systeem en leefwereld. Als ik ergens bij mensen die dagelijks in de praktijk staan te horen krijg dat dit echt een oplossing is en dat hiermee fouten worden ondervangen, is het wel op dit punt.

De **voorzitter**: De minister vervolgt zijn beantwoording. Ik vraag hem om niet meer op vragen buiten de microfoon in te gaan.

Minister **Klink**: Een andere vraag van mevrouw Gerkena was of de randvoorwaarden in het wetsvoorstel technisch geregeld zijn. Ik ben uitvoerig op de veiligheidsrandvoorwaarden ingegaan.

Er is gevraagd naar de stand van zaken met de uniformiteit in de registratie, de zogenaamde ADEMD-richtlijn om te zorgen voor uniforme registratie van de patiëntendossiers. Er bestaat sinds 2004 een NAG-richtlijn, waarin wordt beschreven hoe huisartsen hun informatiesysteem dienen in te richten om optimaal inzicht te krijgen in het medische dossier en om de patiënteninformatie betrouwbaar over te dragen. De inhoud daarvan is gebaseerd op een eigen richtlijn. Ik plaats hierbij wel een kanttekening. Er werd zo-even gevraagd waarom ik in de tijd meer ruimte geef. Het gaat om een richtlijn. Een richtlijn is geen dwingend voorschrift. Veel huisartsen zullen hun administratie nog niet langs deze lijnen hebben ingericht. Ik heb er alle begrip voor dat dat niet is gebeurd en dat men op grond van de Wet op het Elektronisch patiëntendossier uiteindelijk toch een behoorlijke slag dient te maken. Ik ga graag met de LHV in overleg om te kijken in hoeverre

ik hen daarbij kan faciliteren. Voor het feit dat hierin veel tijd en wellicht ook geld gaat zitten wil ik bepaald niet weglopen. Ik neem deze argumenten buitengewoon serieus.

Mevrouw Gerkena vroeg verder hoe het zit met de geldigheid van de NEN-normen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Daarover wordt de Kamer geïnformeerd op het moment dat u eruit bent wat dat faciliteren inhoudt qua tijd en geld?

Minister **Klink**: Jazeker. Ik stel mij voor dat ik de heer Omtzigt binnen een week inzicht geef in de uitrol en in de stappen die wij daarbij gaan zetten en dat u tweemaandelijks geïnformeerd wordt over de verdere voortgang, waarvan dit deel zal uitmaken. Mochten hierover met de LHV afspraken zijn gemaakt, dan krijgt u dat natuurlijk ook tussentijds te horen.

Wat de geldigheid van de NEN-normen betreft, is onlangs door de rechter een uitspraak gedaan dat in het Bouwbesluit niet geldig is verwezen naar de NEN-normen. Reden hiervoor was dat de normen niet openbaar zijn en niet op de juiste wijze zijn bekendgemaakt, maar alleen tegen betaling kunnen worden verkregen. Ook in de regelgeving met betrekking tot het gebruik van het burgerservicenummer zijn wijzigingen naar die NEN-norm opgenomen, maar anders dan bij het bouwbesluit gold de NEN-norm al in de zorg. NEN 7510 werkt de verplichte beveiliging van persoonsgegevens op grond van de Europese richtlijn en de Wet bescherming persoonsgegevens uit voor de zorg. Hieraan moeten zorgaanbieders en -verzekeraars op dit moment al voldoen. De norm is in april 2004 vastgesteld door het NEN, in overleg met alle betrokken partijen. Daarmee is sprake van een veldnorm, waarop de inspectie en het CBP toezicht houden, zoals onlangs ook is gebeurd bij het onderzoek door de inspectie en het CBP naar de informatiebeveiliging bij ziekenhuizen.

De verplichting voor zorgaanbieders en -verzekeraars om te zorgen voor een adequate beveiliging is dus niet nieuw, net zo min als het gebruik van de NEN-norm. Wat eventueel in discussie is, is de verwijzing in de wetgeving naar een NEN-norm en de vraag in hoeverre die zou moeten vervallen. Maar ook al zou die in wettelijke zin moeten vervallen, dan nog blijft staan dat de inspectie en het CBP daar wel uit hoofde van hun eigen gezag en de wettelijke titel waarop dat gezag berust kunnen controleren.

Mevrouw Gerkena vroeg of het een idee is om iedereen jaarlijks een overzicht te geven van de inhoud van het epd en de raadplegingen. Het overzicht met gegevens uit de logging uit het landelijk epd bevat informatie over de zorginstelling die informatie heeft of heeft geraadpleegd, de zorgverlener, de datum en het soort gegevens, dus de privacygevoelige informatie. De patiënt moet erop kunnen vertrouwen dat alleen geldige verzoeken tot inzage worden verwerkt. Daarom worden aanvragen zorgvuldig gecontroleerd op volledigheid en juistheid, net zoals nu het geval is bij het bezwaarformulier. Een patiënt weet dan ook dat het overzicht van de uitwisseling van zijn medische gegevens per post zal worden verzonden. Het onaangekondigd jaarlijks versturen van een overzicht verhoogt de kans dat het overzicht in verkeerde handen komt.

De heer **Omtzigt** (CDA): Een helder antwoord, maar nu

## Klink

even het moment van inzage en de autorisatie. Is de zorgverlening dan zodanig geïdentificeerd dat bekend is om wie het gaat, dus met achternaam en de plaats van de werkzaamheden, in plaats van bijvoorbeeld een UZI-pasnummer of zo?

Minister **Klink**: Volgens mij wel. Zo niet, dan zal ik dat herstellen in tweede termijn.

Hoe wordt er omgegaan met informatie over derden in het dossier? Via het landelijk epd kan een samenvatting van het dossier van de huisarts worden opgevraagd. Daarin staat informatie over de laatste vijf consulten of alle consulten van de afgelopen vier maanden, over een lijst van ziektebeelden, over de actuele medicatie, over de historische medicatie van de laatste vier maanden en over allergieën en overgevoeligheden. De zorgverlener die gegevens opvraagt, krijgt dus niet het volledige huisartsendossier te zien. Een huisarts kan bij de registratie rekening houden met privacygevoelige informatie. Elke zorgverlener heeft een geheimhoudingsplicht aangaande de verkregen informatie, ook als informatie over een derde wordt verkregen. Het epd brengt daar geen verandering in.

### Voorzitter: Ten Hoopen

Minister **Klink**: Voorzitter. Dan iets over de compensatie voor het maken van bezwaar en hoe dat is geregeld. Als bezwaar wordt gemaakt voor een kind en een uittreksel is bijgevoegd, zal bij de bevestiging van de verwerking van het bezwaar een compensatieformulier worden mee gestuurd. Wanneer dit wordt geretourneerd, zullen de kosten worden gecompenseerd. Per uittreksel zal € 15 worden uitgekeerd, althans overgemaakt.

Hoe wordt er omgegaan met de gegevens van bezwaarmakers? De gegevens op het bezwaarformulier en in de bijlagen worden alleen gebruikt ter controle en voor de verwerking van het bezwaar. Met deze gegevens wordt zorgvuldig omgesprongen, conform de Wet bescherming persoonsgegevens. Ze mogen niet voor andere doeleinden worden gebruikt en ze worden vernietigd na verwerking.

In hoeverre hebben burgers een bevestiging van hun bezwaar ontvangen? Alle burgers die een bezwaarformulier hebben ingediend voor 15 december hebben inmiddels een ontvangstbevestiging gekregen. Hierin staat dat het bezwaarformulier is ontvangen en in behandeling is genomen. Een deel van de bezwaarformulieren kon nog niet worden verwerkt, omdat de formulieren onleesbaar of onvolledig zijn, of niet zijn vergezeld van de gevraagde kopie van het identiteitsdocument. De desbetreffende burgers worden op korte termijn schriftelijk verzocht alsnog de ontbrekende gegevens in te vullen en aan te leveren. Om iedereen hiervoor voldoende tijd te geven, zal het landelijk schakelpunt niet, zoals aanvankelijk beoogd, in januari of februari worden opengesteld, maar later. Hiermee wordt geborgd dat alle bezwaren, ingediend voorafgaand aan de landelijke uitrol van het epd, kunnen worden verwerkt.

Mevrouw **Gerkena** (SP): Voorzitter. Ik heb een voorbeeld voor de minister, een mailtje dat ik van iemand heb gekregen die met haar gezin bezwaar heeft gemaakt. Zij heeft inmiddels de bevestiging gekregen voor haarzelf, haar man en één van de kinderen. Zij heeft al tijden

geleden gebeld met het Nictiz voor de vierde bevestiging. Men wist niet waarom die er nog niet was. Deze mevrouw zou twee weken geleden worden teruggebeld, maar dat is nog niet gebeurd. Zij heeft gisteren zelf weer gebeld. De mijnheer van het Nictiz vond het vreemd dat zij bevestigingen had gekregen voor haarzelf, haar man en één van de kinderen, maar dat er nog eentje miste. Zij vroeg vervolgens hoe zij kon zien dat het om één van haar kinderen ging. Het antwoord was dat zij dat kon zien aan het nummer dat op de brief staat vermeld, maar aan dat nummer kun je niet zien of het om het juiste kind gaat. Er gaat dus nog wel eens wat mis. Misschien is dit het enige geval, maar ik vermoed van niet. Wat gaat de minister doen om ervoor te zorgen dat dit snel op orde komt?

Minister **Klink**: Als ik betrokkene van dienst kan zijn door mij te bemoeien met deze kwestie, zal ik dat graag doen. Het is voor mij ook een signaal om er nog eens goed naar te vragen. Ik begrijp nu dat mevrouw Gerkena tassen vol van dit soort gevallen bij zich heeft, maar ik vind het een serieus punt. Het moet goed gaan bij de uitvoering. Wij hebben gesproken over een generieke bezwaarperiode op basis van de brieven. Vervolgens zou het LSP pas in de lucht gaan als de bezwaarformulieren zouden zijn verwerkt. Nu blijkt dat velen het formulier niet volledig hebben ingevuld, gaan wij daar achteraan. Daar nemen wij ook de tijd voor. Dat betekent uitstel van het hernemen van het LSP, want eerst moet alles worden afgewerkt. Mochten er dus nog omissies zijn, dan hoor ik die graag. Niet dan nadat een en ander is hersteld, zullen wij vervolgstappen zetten.

De heer Omtzigt vroeg naar de stand van zaken bij de aansluiting van huisartsen. Ik kom daar schriftelijk op terug, want het gaat dan onder andere om de pilots en de mate waarin de informatiesystemen zodanig zijn gekwalificeerd dat aansluiting op het LSP mogelijk is, alsmede om de UZI-passen.

Dan de vraag of het probleem van de UZI-passen is opgelost. De problematiek van de dubbele UZI-passen is opgelost. Sinds december 2008 is de zogenaamde release "Flexibel gebruik UZI-pas" operationeel bij het LSP. Hiermee wordt het mogelijk om in beginsel met één pas toe te kunnen, ook als je op verschillende locaties je beroep uitoefent. Hoe snel wordt een UZI-pas vervangen? In geval van verlies en beschadiging is naar aanleiding van de ervaringen in de pilots een spoed-aanvraagprocedure ingericht die voorziet in een nieuwe pas binnen tien à veertien kalenderdagen. Daarnaast zal ervoor worden gezorgd dat de spoedaanvraagprocedure in 2009 wordt ingekort, opdat een zorgverlener binnen één uur na melding van verlies, diefstal of beschadiging weer kan werken met een persoonlijke pas. Wij moeten immers de situatie vermijden dat iemand niet meer bij patiëntgegevens kan op grond van het feit dat een UZI-pas niet toereikend is.

De heer **Omtzigt** (CDA): Kan een arts binnen één uur weer beschikken over een pas? Ook in Twente als het Nictiz in Den Haag zit? Over het vliegveld hebben wij het een andere keer.

Minister **Klink**: Ja, ik heb gezegd: binnen één uur. Daar gaan wij aan werken.

Hoe is de toegang tot het epd geregeld voor bijvoorbeeld triagisten en assistenten? Het wetvoorstel bepaalt

## Klink

dat alleen BIG-geregistreerden gegevens in het epd mogen verwerken. Assistenten kunnen deze taak echter uitvoeren onder verantwoordelijkheid van een BIG-geregistreerde. Mevrouw Vermeij zei het al, in feite is sprake van de verlengdearmconstructie. Ingevolge deze constructie blijft de BIG-geregistreerde te allen tijde verantwoordelijk en aansprakelijk voor de assistent die de handelingen verricht.

De heer **Omtzigt** (CDA): Ten aanzien van de assistent is een en ander mij helder. Immers, vaak is sprake van één dokter en één assistent, zodat wij precies weten bij wie de verlengde arm zit. Het probleem doet zich voor bij de triagist. Deze werkt vaak de hele nacht op de huisartsenpost, voor verscheidene huisartsen. De triagist neemt zelfstandig medische beslissingen, namelijk of iemand mag komen of niet. Dit geeft één of twee keer per jaar aanleiding tot een forse medische misser, zoals wij helaas moeten constateren. Dit kan ook in de toekomst gebeuren. Zou het niet logisch zijn om de triagist die hiervoor een opleiding gekregen heeft, zelfstandig een UZI-pas te geven, opdat wij weten wat zij gedaan heeft? Hiervoor zal zij misschien in het BIG-register moeten worden opgenomen.

Minister **Klink**: Ik kom hier graag in tweede termijn op terug. De strekking van de vraag is mij volstrekt helder. De heer Omtzigt koppelt het BIG-register in feite aan de opleiding die gevolgd is. Vervolgens kwalificeer je daarmee voor een UZI-pas.

De heer Omtzigt vroeg wat er gebeurt als zorgverleners misbruik maken van het epd. Als een hulpverlener gegevens opvraagt uit het epd en deze vervolgens moedwillig publiceert of aan anderen verstrekt, overtreedt hij verschillende wetten, allereerst dit wetsvoorstel zelf. De hulpverlener mag immers alleen gegevens opvragen voor de behandeling van zijn of haar patiënt. De boete die staat op overtreding van dit voorschrift, bedraagt voor een natuurlijke persoon maximaal € 6700 en voor een rechtspersoon € 33.500. Vervolgens is sprake van schending van het beroepsgeheim en van computervrededreuk. Deze bepalingen vloeien voort uit het Wetboek van Strafrecht. In dat geval kan men het strafrechttraject bewandelen. Hierbij is een gevangenisstraf van één tot vier jaar of een geldboete van € 18.500 mogelijk. Het Openbaar Ministerie zal daar natuurlijk wel achterheer moeten. Computervrededreuk kan overigens ook van toepassing zijn op andere personen die zich illegaal toegang verschaffen tot een epd. Verder is sprake van overtreding van de Wet BIG. Deze verplichting is voor beroepsbeoefenaren opgenomen in de Wet BIG en kan gehandhaafd worden met tuchtrechtelijke maatregelen. De zwaarste tuchtrechtelijke maatregel die kan worden opgelegd, is ontzegging van de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen en doorhaling in het register van beroepsbeoefenaren. Tot slot kan sprake zijn van een overtreding van de Wet bescherming persoonsgegevens. Deze wet wordt gehandhaafd via bestuursdwang.

Gelet op de ruime strafmogelijkheden ben ik van mening dat het verzoek van de heer Omtzigt om uitschrijving uit het BIG-register standaard voor te schrijven – ik snap de achtergrond ervan – wel een heel zware sanctie is. Ik heb de neiging om toch in de richting van de heer Omtzigt mee te gaan. Ik kom in tweede termijn terug op de wijze waarop dit zou kunnen. Ik zeg

dit mede op grond van een andere overweging die hij heeft ingebracht, namelijk dat men soms per ongeluk achter gegevens kan komen. Ik wil de heer Omtzigt de afweging meegeven dat wij in de maatvoering met betrekking tot sanctionering zorgvuldig moeten zijn, maar ik ben niet ongevoelig voor zijn voorstel voor het ontnemen van de bevoegdheid op grond van het BIG-register als iemand dit moedwillig en met verkeerde intenties realiseert.

De heer **Omtzigt** (CDA): Dat is een heldere toezegging, waarmee de CDA-fractie buitengewoon tevreden is. Dit zal helpen om het draagvlak voor het epd nog groter te maken. Is de minister bereid om over de uitschrijving uit het BIG-register in gesprek te gaan met de beroepsgroep? Dit moet immers in het tuchtrecht geregeld worden. Er moet natuurlijk wel enige moedwilligheid bij zitten. Als ergens een fout gemaakt wordt – dat kan echt een keer gebeuren – moet dit niet automatisch betekenen dat je je baan verliest. Zal de minister daarover eveneens overleggen? Is hij bereid om daarbij meteen het idee van een meldingsprocedure mee te nemen? Als iemand een keer per ongeluk het verkeerde BSN heeft ingevoerd, wat vast ook eens zal gebeuren, moet dat simpel gemeld kunnen worden.

Minister **Klink**: Voor de meldingsprocedure die de heer Omtzigt in eerste termijn al opperde, ben ik gevoelig. Het is goed als iemand direct kan herstellen wat misgegaan is. Daaruit mogen dan ook geen acties voortvloeien waarmee iemand wereldkundig maakt wat hij toevallig misdaan heeft, om het zo maar te zeggen. Ik ga daarover graag in gesprek met de beroepsgroepen en sta open voor de suggestie van de heer Omtzigt.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat zien wij graag tegemoet. Het is een goede toezegging. Als de minister met de uitkomsten naar de Kamer komt, kan hij dan ook ingaan op de vraag hoe dit eventueel in deze wet geregeld kan worden? Nu is het in de Wet BIG geregeld. Dat betekent dat de strafrechter niets kan doen. De beroepsgroep doet het feitelijk zelf. Om het maar kort door de bocht te zeggen, betwijfelt de VVD of doorhaling in het register dan veelvuldig zal worden uitgesproken, mede gezien de gevallen waarin dit op dit moment gebeurt. Zou de minister ook op dat aspect kunnen ingaan, naast de andere aspecten die al terecht door de CDA-fractie zijn genoemd?

Minister **Klink**: Ik zie het punt van de heer Zijlstra met betrekking tot het tuchtrecht. Je zult de norm dusdanig moeten formuleren dat daarin een duidelijke indicatie in de richting van de tuchtrechter besloten ligt. De heer Zijlstra zegt dat dit een belangrijk sluitstuk is van wetgeving, omdat van de sanctie en de bijna 100% pakkans op grond van de loggegevens een enorme preventieve werking uitgaat. Daarvan ben ik eveneens overtuigd. Ik wijs er wel op dat uit het Wetboek van Strafrecht voortvloeit dat degene die dit in zijn hoofd haalt, zich wel tien keer dient te bedenken, want een gevangenisstraf van één tot vier jaar dan wel een geldboete van € 18.500 is ook bepaald niet misselijk, laten wij eerlijk zijn. Ik zeg dit niet om dit in mindering te brengen op de suggestie met betrekking tot de Wet BIG, maar om nog eens heel duidelijk te illustreren dat het

## Klink

sanctiearsenaal dat hiermee is gemoeid, bepaald niet misselijk is.

De heer **Zijlstra** (VVD): Dat zijn maximumstraffen. Zelfs bij zedendelicten komen mensen nog altijd met een taakstraf weg. Laten wij dus niet alleen kijken naar de maximumstraf die ervoor staat. Laten wij bekijken wat wij precies kunnen regelen. De hardste straf die je jegens een beroepsgroep kunt treffen, is dat men zijn beroep niet meer mag uitoefenen. Om te kunnen toestemmen in het voorgestelde vertrouwensmodel, is dit voor de VVD een uitermate belangrijk punt. Mevrouw Agema sprak in verband met het vertrouwensmodel van "mosterd na de maaltijd". Dat zien wij anders, maar er wordt wel degelijk pas achteraf geconstateerd dat iemand in overtreding is geweest. Door de hoge pakkans en de heel zware straf die erop staat, moeten wij dat voorkomen. Als die combinatie de juiste is, hebben wij er vertrouwen in. Anders vinden wij dit toch een moeizaam model.

Minister **Klink**: Ik haak in op het woord "maximumstraf". Dat was nu net niet de bedoeling die in mijn opmerking besloten lag. Dat zou namelijk betekenen dat je zou zeggen: dit is het plafond, en voor de rest kan een vrij brede afweging plaatsvinden. Als ik spreek over de Wet BIG en het opnemen van de gedane suggestie, moet uit de norm voortvloeien dat bij moedwillige overtreding enzovoort deze sanctie in het verlengde daarvan zou dienen te liggen. Daarvoor is wetgeving uiteindelijk ook bedoeld. Uiteindelijk gaat de rechter er natuurlijk over, maar de rechter heeft behoefte aan duidelijke normen op basis waarvan hij een casus kan beoordelen.

Mevrouw **Vermeij** (PvdA): Dit is een duidelijke toezegging. Nu is straffen één ding; toezicht en handhaving zijn een tweede. Dit is knap ingewikkeld. Is de minister het er met mij over eens dat naast de inspectie die hierop toezicht moet houden, maar onmogelijk wekelijks miljoenen, zo niet miljarden transacties kan controleren, de patiënt zelf een van de belangrijkste toezichhouders is?

Minister **Klink**: Daarom is het zo belangrijk dat je elektronisch bij de loggegevens kunt.

Mevrouw **Agema** (PVV): Moet de sanctie altijd automatisch gegeven worden of alleen als geklaagd wordt?

Minister **Klink**: Ten eerste moet het voor een rechter kenbaar zijn dat er überhaupt een zaak is. Als niemand dit weet, zal er geen sanctie volgen. Dit sluit precies aan bij de opmerking van mevrouw Vermeij. Als mensen kennis krijgen van de loggegevens, is de pakkans behoorlijk groot. Ik hoef mevrouw Agema er niet van te overtuigen dat de verontwaardiging bij velen heel groot zal zijn als iemand ongeautoriseerd in medische gegevens gaat grasduinen. Ik maak mij er niet veel zorgen over dat daar een tuchtrechtelijke casus uit voortvloeit. Mevrouw Agema vroeg of een sanctie automatisch moet worden gegeven. De rechter gaat uiteindelijk over de strafmaat, maar uiteindelijk is het de wetgever die een indicatie kan geven van een passende strafmaat bij een overtreding als deze.

De **voorzitter**: Is dit een natuurlijk moment om de lunchpauze te organiseren of heeft de minister nog een

onderwerp dat wij binnen een minuut of tien kunnen afronden?

Minister **Klink**: Laten wij een natuurlijk moment creëren.

De **voorzitter**: Zullen wij dat voorstel maar aannemen?

De vergadering wordt van 13.22 uur tot 14.05 uur geschorst.

□

De **voorzitter**: Op de tafel van de griffier ligt een lijst van ingekomen stukken. Op die lijst staan voorstellen voor de behandeling van deze stukken. Als voor het einde van de vergadering daartegen geen bezwaar is gemaakt, neem ik aan dat daarmee wordt ingestemd.

---

## Regeling van werkzaamheden

De **voorzitter**: Ik stel voor, toe te voegen aan de agenda van een van de volgende weken:

- het wetsvoorstel Wijziging van de Tracéwet, Spoedwet wegverbreding en de Wet ruimtelijke ordening met het oog op de verbetering van de beroepsprocedure (31546);
- het wetsvoorstel Wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek en van de Wet Landelijk Bureau Inning Onderhoudsbijdragen in verband met de inning van partneralimentatie (31575);
- het wetsvoorstel Wijziging van de Werkloosheidswet in verband met het vergroten van kansen op werk voor langdurig werklozen (31767).

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Blok.

De heer **Blok** (VVD): Voorzitter. Ik heb op 12 november 2008 schriftelijke vragen gesteld aan de minister van SZW over de verplichting om in één keer een pensioen aan te kopen via een derdepijlerpolis. De minister heeft op 9 december 2008 uitstel gevraagd, maar hij heeft nog steeds niet geantwoord. Het is echter een dringend vraagstuk, omdat het gaat om mensen die door de slechte beurskoersen gedwongen worden om op een zeer onaantrekkelijk moment een pensioen te kopen. Ik wil graag spoedig antwoord.

De **voorzitter**: Ik stel voor, dit deel van het stenogram door te geleiden naar het kabinet, zodat de spoed ook daar wordt overgebracht.

Daartoe wordt besloten.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Van Gerven.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Ik rappelleer een aantal nog niet beantwoorde vragen. Het betreft allereerst mijn vragen aan de minister van VWS van 17 december 2008 over de plannen om een private oncologische kliniek te vestigen in Boxmeer. Deze zijn nog niet beantwoord. Dat geldt ook voor de vragen van de leden Van Gerven en Kant aan de minister van VWS van 11 december 2008 over Crestor en het Jupiteronderzoek, gefinancierd door AstraZeneca.