Shared Service Center
Data Governance

Q&A informatiebijeenkomst gezamenlijke pseudonimiseringsdienst voor zorgaanbieders

2 juni 2026 – versie 1.2

De vragen in deze Q&A zijn onderverdeeld in de volgende categorieën:

1. Persoonsgegevens/BSN
2. Tijdslijnen
3. (On)omkeerbare pseudonimisatie
4. Handmatige formulieren
5. Verschil webservice en lokale client
6. Overige technische vragen
7. Overige vragen

1. Persoonsgegevens/BSN

1. **Over welke bijzondere persoonsgegevens hebben we het (naast BSN)?**
   Het BSN mag binnen de Wkkgz **niet** verwerkt worden, zie ook de FAQ op Pseudonimiseringsdienst - Shared Service Center Data Governance. Andere (bijzondere) persoonsgegevens die als input voor pseudonimisatie kunnen dienen betreffen de geboortenaam, geboortedatum, geslacht, voorletter, postcode, huisnummer, huisnummertoevoeging en een patiëntennummer.

2. **Komt er een lijst met welke gegevens herleidbare persoonsgegevens zijn? Wat precies herleidbare persoonsgegevens zijn. Soms is er discussie over het specifieke ziekenhuis patiëntnummer. Of er dan wel of niet gepseudonimiseerd moet worden?**
   De kwaliteitsregistratie geeft in hun datauitvraag/data dictionary aan welke (herleidbare) persoonsgegevens verstrekt dienen te worden door de zorgaanbieder en welke persoonsgegevens gepseudonimiseerd dienen te worden. Als de registratie vereist dat één of meer van deze items niet of niet geheel gepseudonimiseerd worden dan dient dit in de DPIA gemotiveerd te worden.
   Wat betreft het patiëntnummer; nee, deze hoeft niet gepseudonimiseerd te worden, dit is een keuze. De registratiehouder kan zonder toegang tot het epd van de zorgaanbieder de gegevens niet herleiden tot een identificeerbare persoon. Als er bij de registratiehouder redelijkerwijs geen mogelijkheid is om direct of indirect te herleiden om wie het gaat, dan kan het nummer als pseudoniem worden gezien. Deze afweging dient door de registratiehouder in de DPIA te worden opgenomen. Daarbij mag afgewogen worden wat de kosten van tenuitvoerlegging zijn om bestaande processen voor gegevensuitwisseling aan te passen op dit punt in relatie tot de privacywinst die behaald kan worden. Zie bijvoorbeeld: https://ehds-jurist.nl/pseudonimiseren-en-de-avg/
   De dienst beschikt wel over de mogelijkheid om het omkeerbaar pseudonimiseren van het patiëntnummer technisch te ondersteunen.

3. **Vorige week (NVZ-vragenuurtje implementatie Wkkgz) was er discussie over dat er nog vele registraties vragen naar het BSN-nummer (zonder kan je niet aanleveren), terwijl de NVZ aangeeft dat dit al ruime tijd niet meer mag. Biedt zorg-TTP hiervoor een oplossing, zodat over de organisaties heen de patiënten toch gevolgd kunnen worden?**
   Het BSN mag niet worden verwerkt in het kader van de Wkkgz. Door (een combinatie van) andere persoonsgegevens te pseudonimiseren, worden patiënten volgbaar door de tijd en over plaats heen.

4. **Heb ik goed gehoord dat er nu al niet meer BSN's aangeleverd mogen worden. Of zorgt de pseudonimiseringsdienst daarvoor dat dit niet meer kan?**
   BSN mag niet uitgevraagd worden door kwaliteitsregistraties, behalve als daar een wettelijke grondslag voor is (zoals bij LADIS en LTR). Het (gepseudonimiseerd) BSN mag ook niet voorkomen in de data dictionary. De pseudonimisatiedienst staat hier los. Voor meer informatie over het uitvragen van BSN, zie de FAQ op www.landelijkekwaliteitsregistraties.nl.

5. **De DICA registraties vragen om een BSN nummer, dienen we in dit veld dat het gespeudonomiseerde (na aanlevering via webformulier) patiëntnummer in te vullen?**
   Nee, het is niet de bedoeling daar het patiëntnummer in te vullen. Het BSN mag niet uitgevraagd worden door kwaliteitsregistraties. Het (gepseudonimiseerd) BSN mag ook niet voorkomen in de data dictionary. Voor meer informatie over het uitvragen van BSN, zie de FAQ op www.landelijkekwaliteitsregistraties.nl.

6. **De EPD leverancier is toch verantwoordelijk om het BSN uit de aanleveringen te halen als dat wettelijk verplicht is? Kortom, kunnen we 'gewoon' blijven aanleveren zoals de EPD het nu aanbiedt tot en met het moment dat de pseudonimiseringsdienst in werking is?**
   Een EPD-leverancier is een verwerker onder de AVG. Dit betekent dat een EPD leverancier, wat betreft de verwerking van persoonsgegevens, uitsluitend handelt op basis van de instructies van de verwerkingsverantwoordelijke (hier: de zorgaanbieder). Een zorgaanbieder moet dus zelf de instructie aan een EPD leverancier geven om het BSN niet langer in aanleveringen mee te nemen. Als de EPD-leverancier hier geen gehoor aan geeft is deze in overtreding van de AVG en de contracten met de zorgaanbieder.

2. Tijdslijnen

7. **Vanaf wanneer moet er gepseudonimiseerd aangeleverd worden? Als een kwaliteitsregistratie nu in het register staat, mag je dan niet meer aanleveren zonder pseudonimiseringsdienst?**
   Zorgaanbieders dienen gepseudonimiseerd gegevens aan te leveren aan registraties die zijn opgenomen in het register. Voorwaarde is uiteraard wel dat de registratie is aangesloten op de pseudonimiseringsdienst en in staat in om gepseudonimiseerde data te kunnen ontvangen. Voor 2026 (het overgangsjaar) is het volgende advies opgesteld:
   - Als de zorgaanbieder al aanleverde aan de kwaliteitsregistratie voordat de registratie is opgenomen in het register, is het advies om (nadat de registratie is opgenomen in het register) te blijven pseudonimiseren op de oude/huidige werkwijze totdat bij zowel de zorgaanbieder als de registratiehouder zijn aangesloten op de pseudonimiseringsdienst.

De aansluiting, van zowel de zorgaanbieders als de registratiehouder, dient in beginsel voor 1 januari 2027 gerealiseerd te zijn.

- Als de zorgaanbieder nog niet aanleverde aan de kwaliteitsregistratie voordat de registratie is opgenomen in het register maar al wel bekend is met de wijze van pseudonimiseren (bijvoorbeeld door deelname aan kwaliteitsregistraties van dezelfde registratiehouder of dataverwerker), is het advies om zelf de afweging te maken om al op die wijze gepseudonimiseerd aan te leveren of de centrale pseudonimiseringsdienst af te wachten. De aansluiting (en vervolgens de aanlevering van de data aan de registratiehouder), van zowel de zorgaanbieders als de registratiehouder, dient in beginsel voor 1 januari 2027 gerealiseerd te zijn.
- Als de zorgaanbieder nog niet aanleverde aan de kwaliteitsregistratie voordat de registratie is opgenomen in het register én niet bekend is met de oude wijze van pseudonimiseren, is het advies om de pseudonimisering te laten plaatsvinden via de pseudonimiseringsdienst. Dit zal in de praktijk betekenen dat de aanlevering pas plaats gaat vinden vanaf het moment dat zowel de zorgaanbieder als de registratiehouder zijn aangesloten op de pseudonimiseringsdienst. De aansluiting (en vervolgens de aanlevering van de data aan de registratiehouder), van zowel de zorgaanbieders als de registratiehouder, dient in beginsel voor 1 januari 2027 gerealiseerd te zijn.

8. **Kunnen registratiehouders al gepseudonimiseerde gegevens ontvangen?**
   De registratiehouders die een positief advies hebben ontvangen en opgenomen worden/zijn in het register van het Zorginstituut kunnen na aansluiting op de dienst de gepseudonimiseerde gegevens ontvangen. We zijn op dit moment in gesprek met verschillende registraties over de aansluiting op de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst. Om voor zorgaanbieders inzichtelijk te maken hoever kwaliteitsregistraties zijn met de implementatie van de gezamenlijke dienst wordt de kolom Status gezamenlijke pseudonimiseringsdienst toegevoegd aan het overzicht kwaliteitsregistraties voor zorgaanbieders (te vinden op Voor zorgaanbieders - Shared Service Center Data Governance, onder het kopje Handige documentatie en bronnen).

9. **Waar kunnen zorgaanbieders zien welke KR aangesloten zijn op de pseudonimiseringsdienst?**
   Om voor zorgaanbieders inzichtelijk te maken hoever kwaliteitsregistraties zijn met de implementatie van de gezamenlijke dienst wordt de kolom Status gezamenlijke pseudonimiseringsdienst toegevoegd aan het overzicht kwaliteitsregistraties voor zorgaanbieders (te vinden op Voor zorgaanbieders - Shared Service Center Data Governance, onder het kopje Handige documentatie en bronnen).

10. **In hoeverre zijn de epd-leveranciers hiervan op de hoogte en weten zij wat zij moeten inbouwen in het epd om dit mogelijk te maken? Het zou handig zijn als dit via het epd kan worden ingericht, zodat dit geen extra handmatige handeling gaat worden voor data aanleveringen.**
    Epd-leveranciers zijn op de hoogte van de wetswijziging. In principe dienen epd-leveranciers ervoor te zorgen dat een goede extractie mogelijk is. Daarnaast lopen er gesprekken tussen de epd-leveranciers, het SSC-DG en ZorgTTP over het aanspreken van de dienst via het epd.

11. **Jullie zijn in gesprek met Chipsoft (CS). Voor een gros van de aanleveringen hebben we graag een comez interface. We willen uiteraard niet zelf de webservice ontwikkelen en dat een x aantal maanden na livegang CS met een comez interface komt. Dat is zonde van de tijd en effort die we er dan als zorgaanbieder insteken. Hoever zijn de gesprekken met CS? Want dan wachten we liever daarop**
    Jullie ontwikkelen niet zelf de webservice maar enkel een client die tegen de API kan praten. Er zijn gesprekken met CS gaande. Het is wenselijk om als zorgaanbieders gezamenlijk in een breder consortium, bijvoorbeeld via de NVZ bij CS de urgentie en wens voor spoedige implementatie te benadrukken gelet op de wettelijke verplichting.

12. **Kwaliteitsregistraties moeten hun XSD's aanpassen, staat dat op hun netvlies?**
    Ja. Dit is tevens onderdeel van de aansluitprocedure die wordt doorlopen met de registratiehouders.

13. **Hoe gaan KR's om met de overgang naar gepseudonimiseerde data? Hoe gaan ze oude data koppelen aan nieuwe data? Of komt er ook een proces om bestaande data te pseudonimiseren?**
    Kwaliteitsregistraties kunnen de historische data ook aanleveren aan de pseudonimiseringsdienst, waarmee de historische data geconverteerd kan worden. Daarmee wordt dit koppelbaar met de reguliere aanleveringen.

3. (On)omkeerbare pseudonimisatie

14. **Wie bepaalt welke type pseudonimisering (onomkeerbaar of omkeerbaar) wordt toegepast?**
    De kwaliteitsregistratie geeft in hun datauitvraag/data dictionary aan welke (herleidbare) persoonsgegevens verstrekt dienen te worden door de zorgaanbieder, en welke gegevens handig zijn om omkeerbaar te pseudonimiseren. Het is bijvoorbeeld in sommige gevallen handig dat er teruggekeerd kan worden naar de patiënt.

15. **Voor welk doel zou je 'onomkeerbare pseudoniemen' gebruiken? Bij kwaliteitsregistraties wil je toch altijd in je eigen organisaties zaken kunnen terugzoeken?**
    Patiënten worden gekoppeld op basis van meerdere pseudoniemen. De meeste hiervan kunnen onomkeerbaar zijn. Wanneer je informatie wilt teruggeven aan de verstrekker heb je één omkeerbaar pseudoniem nodig. Onomkeerbare pseudoniemen maken het mogelijk om patiënten te kunnen volgen over plaats en door de tijd heen. Als een patiënt bij meerdere zorgaanbieders bekend is, ziet de registratie dit doordat er voor deze patiënt dezelfde pseudoniemen worden ontvangen. Daarnaast ontvangt een registratie dezelfde pseudoniemen voor een patiënt die vaker wordt aangeleverd door een zorgaanbieder.

16. **Je zegt dat een onomkeerbaar pseudonimiseren ervoor kan zorgen dat gegevens over KR's heen gekoppeld kunnen worden. Maar dat is juist denk ik dat we als zorgaanbieders niet willen?**
    Een onomkeerbaar pseudoniem zorgt ervoor dat een patiënt koppelbaar wordt (binnen een registratie) over zorgaanbieders heen, inderdaad niet over kwaliteitsregistraties heen. Mocht dit zo verwoord zijn in de presentatie, is dit inderdaad incorrect. Uiteindelijk is het wel mogelijk om met behulp van onomkeerbare pseudoniemen over KR's heen te koppelen. De

pseudoniemen kunnen dan d.m.v. een zogenaamde domeinconversie samengebracht worden over een nieuw op te zetten pseudonimisatiedomein. Dit kan echter niet zonder tussenkomst van de TTP.

17. **Is omkeerbare pseudonimisering niet voor het merendeel van de registraties wenselijk zodat gegevens op basis van uitkomsten door een zorgaanbieder geanalyseerd kunnen worden?**
    Op basis van onomkeerbare pseudoniemen kunnen patiënten bij de registratie gekoppeld worden. Daarmee kunnen er bij de registratie analyses worden uitgevoerd op de data. Patiënten worden gekoppeld op basis van meerdere pseudoniemen. De meeste hiervan kunnen onomkeerbaar zijn. Wanneer je informatie wilt teruggeven aan de verstrekker (zorgaanbieder) heb je één omkeerbaar pseudoniem nodig.

18. **Hoe wordt eventuele uitval van een deel van een record na indiening weer teruggekoppeld? Verloopt dit ook via de pseudonimiseringsdienst of via registratiehouder?**
    Wanneer er over een specifieke patiënt gecommuniceerd dient te worden, kan er gebruik gemaakt worden van omkeerbare pseudonimisatie. De registratiehouder kan een omkeerbaar versleutelde waarde (buiten de TTP om) verstrekken aan de zorgaanbieder, waarna deze waarde door de zorgaanbieder ontsleutelt kan worden.

19. **Omkeerbaar/onomkeerbaar is een instelling in de PVM. Als de keuze hiervoor bij de KR ligt, hoe kan je de instelling vanuit één PVM voor alle KR's regelen?**
    Dit regelt ZorgTTP. Er worden berichtenformats, met daarin de eis welke gegevens wel en niet (on)omkeerbaar moeten worden gepseudonimiseerd, opgesteld per registratiehouder. Deze worden 'gepusht' naar de PVM van de zorgaanbieders.

20. **Vanuit Functioneel Beheer moeten we bij foutrapportages op patiëntniveau kunnen kijken wat er misgaat. Blijft er wel een unieke waarde beschikbaar om een analyse op patiëntniveau te kunnen doen?**
    Ja, dit blijft mogelijk. Bij het gebruik van de lokale client wordt een kwaliteitsrapportage beschikbaar gesteld met de foutmeldingen op recordniveau. Bij de webservice levert elke aanroep van de service een HTTP-statuscode op die aangeeft of de request correct is verwerkt. Is dit niet het geval dan kunnen er diverse errorcodes worden getoond.

21. **Maar wat is dan je identifier om te herleiden van foutrapportage naar registratie aangezien het gepseudonimiseerd is?**
    Het omkeerbare pseudoniem, mits aanwezig. Deze moet aan de zorgaanbieder beschikbaar worden gesteld door de registratiehouder met eventuele vermelding van de fout.

4. Handmatige formulieren

22. **Je hebt het over in het beginsel is handmatig aanleveren mogelijk. Betekent dit dat uiteindelijk enkel geautomatiseerd aanleveren mogelijk is?**
    Het uitgangspunt voor gegevensverwerking is: **eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik**. Het handmatig overnemen van gegevens in webformulieren is onwenselijk vanwege extra administratieve lasten; verhoogd risico op fouten; mogelijke discrepanties tussen brondata en registratiedata. Structurele bronontsluiting en geautomatiseerde gegevensuitwisseling

verdienen daarom de voorkeur. Echter blijft handmatige aanlevering wel mogelijk. Daarbij is het van belang dat de zorgaanbieder gepseudonimiseerd aanlevert aan de registratie. Mits de pseudonimisering in deze handmatige aanlevering is geïmplementeerd, blijft het mogelijk om op deze manier aan te leveren. Het implementeren van de dienst in handmatige webformulieren is maatwerk en valt niet binnen de centrale financiering.

23. **Begrijp ik goed, dat de handmatige manier van verzamelen mogelijk blijft, maar dat dit alsnog in dezelfde vorm (=CSV) aangeleverd moet worden bij ZorgTTP?**
Hoe een zorgaanbieder de data verzamelt is een interne aangelegenheid. Met de lokale client kunnen CSV en XML-bestanden worden aangeleverd aan de registratiehouders.

24. **Bij ons wordt het leeuwendeel van de kwaliteitsregistraties via DataEntry ingevoerd, dus niet in batchvorm. Indien de "losse regels" ook in CSV-vorm aangeleverd moeten worden (als dat bedoeld wordt met 'handmatig'), zal dat voor ons ziekenhuis een behoorlijke impact hebben op de capaciteit die hiermee gemoeid is op korte en middellange termijn. Ik zie dit de huidige invoerders namelijk niet (foutloos) doen, dus je gaat capaciteit vragen van BI. Als dit klopt, dan maak ik me daar wel zorgen over.**
Als de registratie aangesloten is op de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst voor de Wkkgz kan ervoor gekozen worden om niet meer via DataEntry te aanleveren maar in een CSV of XML met behulp van de lokale client of via DataEntry met de verkregen tijdelijke pseudoniemen via de webservice. Een andere mogelijkheid is om na invoering van persoonsgegevens in het webformulier deze via de webservice direct te pseudonimiseren, waarna de tijdelijke pseudoniemen worden doorgeleverd aan (bijvoorbeeld) MRDM. Deze aanpassing dient door de eigenaar van het webformulier te worden doorgevoerd, en valt buiten de financiering van de pseudonimiseringsdienst.

25. **Voor de duidelijkheid over webformulieren: als ik op de website kijk, zie ik dat de verwerker (MRDM) dan via ZorgTTP de set aanlevert aan DICA (of welke registratiehouder dan ook), of evt dat het ziekenhuis dit zelf naar de registratiehouder stuurt. Is het niet mogelijk om in het webformulier een tijdelijk pseudoniem in te vullen?**
Als er binnen het webformulier wat door de dataverwerker aangeboden wordt ruimte voor de tijdelijke pseudoniemen wordt gemaakt, is het zeker mogelijk om deze daarin in te vullen. Deze aanpassing dient door de eigenaar van het webformulier te worden doorgevoerd. Een andere mogelijkheid is om na invoering van persoonsgegevens in het webformulier deze via de webservice direct te pseudonimiseren, waarna de tijdelijke pseudoniemen worden doorgeleverd aan (bijvoorbeeld) MRDM.
Het mogelijk maken dat ingevulde persoonsgegevens in het webformulier direct worden gepseudonimiseerd m.b.v. de webservice is een taak van de eigenaar van het formulier en valt niet binnen de centrale financiering.

5. Verschil webservice en lokale client

26. **Hoe verhouden zich deze twee technieken vrs omkeerbaar/onomkeerbaar?**
Beide technieken leveren dezelfde omkeerbare en onomkeerbare pseudoniemen. Het maakt daarvoor niet uit welke techniek wordt gebruikt.

27. **Hoe weet je als zorgaanbieder welke techniek je moet kiezen?**
    Als zorgaanbieder kijk je welke techniek het beste aansluit bij de bestaande aanleverroutes, dit kan per kwaliteitsregistratie verschillen. Factoren om in overweging te nemen zijn bijvoorbeeld: vindt aanlevering aan kwaliteitsregistraties nu centraal plaats of vindt dit plaats per afdeling, hoe en wie maken de exports uit het EPD/de EPD's, is er beleid dat lokale installatie van software onmogelijk maakt of ernstig belemmerd, is het ziekenhuis in staat om de communicatie met een API te bewerkstelligen en te automatiseren? Mochten hier nog specifieke vragen over zijn, neem dan contact op via advies@zorgttp.nl.

28. **Is de local client bedoeld voor on-prem servers? Hoe gaat dit bij databases en servers die in de cloud zitten waar de zorgaanbieder niet bij kan?**
    De lokale client kan on premise draaien maar ook geïnstalleerd worden op een server in de cloud. Om een bestand aan te leveren zal wel een export moeten worden gemaakt uit de databases of van de servers waar de medische data beschikbaar is, bijvoorbeeld een EPD.

29. **Wij gebruiken al sinds jaar en dag de PVM-module voor DIS en DHD-aanlevering. Hebben we de webservice wel nodig?**
    De PVM-module voor DIS en DHD is niet hetzelfde als de PVM voor kwaliteitsregistraties. De Zorgaanbieder zal een keuze moeten maken voor PVM en/of webservice t.b.v. kwaliteitsregistraties.

30. **Begrijp ik het goed dat zowel met de lokale client als de webservice, het pseudonimiseren bij ZorgTTP gebeurt? Dus niet zoals ik had verwacht: bij de local client blijft alle data in die local client en gebeurt het pseudonimiseren lokaal?**
    De definitieve pseudonimisatie gebeurt altijd bij ZorgTTP. Bij gebruik van de lokale client vindt de eerste pseudonimisatie lokaal plaats. Na verzending van het bestand vindt de definitieve pseudonimisatie bij ZorgTTP plaats met de sleutel van een specifieke registratiehouder. Bij gebruik van de webservice vindt de pseudonimisatie plaats bij ZorgTTP na het maken van een call met een eigen API Client naar de webservice. Deze pseudoniemen zijn tijdelijk geldig en moet de zorgaanbieder zelf beschikbaar stellen aan een registratiehouder. De registratiehouder maakt opnieuw een call naar de webservice en ontvangt zijn eigen registratiehouder specifieke pseudoniemen.

31. **Bij de lokale client werd vermeld dat data enkel versleuteld en al deels gepseudonimiseerd verstuurd wordt. Hoe zit dat met de API?**
    Bij de webgebaseerde aanlevering worden persoonsgegevens verzonden naar ZorgTTP. Daar vindt in memory de pseudonimisatie plaats. Er worden nooit (persoons)gegevens opgeslagen bij ZorgTTP.

32. **Klopt het dat bij de lokale client de aanlevering aan de kwaliteitsregistratie afgehandeld wordt door ZorgTTP?**
    Bij het gebruik van de lokale client worden door de zorgaanbieder zowel persoonsgegevens als medisch inhoudelijke data aangeleverd middels deze client. Deze gegevens worden daarna bij ZorgTTP gepseudonimiseerd en daarna beschikbaar gesteld aan de data-ontvanger. De aflevering van het bestand wordt dus inderdaad door ZorgTTP geregeld.

33. **Waarin verschilt het systeem over terugkoppeling/techniek met de huidige PVM-module? Bij wie komt de foutenrapportage terecht?**
    De foutenrapportage bij gebruik van de lokale client is zowel bij de verzender als bij de ontvanger beschikbaar. De verzendende partij ontvangt een gedetailleerde foutenrapportage, waarin per record wordt aangegeven welke validatiefouten er in de aanlevering gevonden zijn. Op basis van deze rapportage kan het inputbestand worden aangepast om mogelijke fouten te herstellen. De ontvanger ontvangt enkel een beknopte versie van de rapportage, met een geaggregeerd overzicht van het aantal fouten (maar dan niet op recordniveau).

34. **Is het zo dat bij lokale client de kwaliteitsregistratie via ZorgTTP wordt doorgeleverd, dus je levert in die zin enkel aan via ZorgTTP, terwijl bij webservice je wel aanlevert aan kwaliteitsregistratie omdat je het pseudoniem van ZorgTTP terugkrijgt?**
    Bij het gebruik van de lokale client worden door de zorgaanbieder zowel persoonsgegevens als medisch inhoudelijke data aangeleverd middels deze client. Deze gegevens worden daarna bij ZorgTTP gepseudonimiseerd en daarna beschikbaar gesteld aan de data-ontvanger. De aflevering van het bestand wordt dus inderdaad door ZorgTTP geregeld. Bij gebruik van de webservice worden alleen persoonsgegevens gedeeld met de webservice, waarna de zorgaanbieder tijdelijke pseudoniemen terugkrijgt. De zorgaanbieder levert deze tijdelijke pseudoniemen icm de medisch inhoudelijke data, buiten ZorgTTP om, aan de kwaliteitsregistratie.

35. **Klopt het dat de webservice meer werk is/tijdrovender is dan de lokale client?**
    Dit is niet per definitie het geval. Dat is afhankelijk van de hoeveelheid registraties waaraan nu wordt aangeleverd, de wijze waarop nu wordt aangeleverd (centraal of per afdeling), de beschikbaarheid van personeel en het kennisniveau in de organisatie, het EPD/ de EPD's die worden gebruikt etc. De webservice kan volledig worden geïntegreerd in het bestaande aanleverproces, waarbij in de gegevensverwerking er op elke plek in het proces persoonsgegevens kunnen worden omgezet in tijdelijke pseudoniemen. Daarnaast kunnen de tijdelijke pseudoniemen van een patiënt worden aangeboden aan elke registratie waaraan een zorgaanbieder aanlevert, wat de efficiëntie van de aanlevering kan vergroten.

36. **Als je al een aanlevering doet via de PVM voor andere doeleinden, moet je dan ook alle (technische) stappen weer opnieuw doorlopen of kun je dezelfde PVM voor meerdere aanleveringen gebruiken?**
    Voor de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst van de Wkkgz moet een aparte PVM Wkkgz worden geïnstalleerd en geïmplementeerd. Met deze PVM kan aan alle aangesloten registratiehouders worden aangeleverd.

37. **Het voelt nogal foutgevoelig om op basis van bestandsnaam te bepalen voor welke KR het bestand bestemd is. Hoe wordt dit geverifieerd? Wat als om de een of andere reden een bestand voor KR A bij KR B terecht komt door een fout in de bestandsnaam?**
    De gezamenlijke pseudonimiseringsdienst is zo generiek mogelijk opgezet. Dat betekent inderdaad dat de bestandsnaam het doel van de aanlevering bepaalt. Anders zou per registratie waaraan moet worden aangeleverd een aparte lokale client moeten worden ontwikkeld en geïnstalleerd. Per kwaliteitsregistratie geld een specifiek bestandsformat Als het bestand hier niet aan voldoet wordt het afgekeurd. Verder wordt er ook per registratie een bepaalde bestandsnaamconventie gehanteerd. Het is de verantwoordelijkheid van een

zorgaanbieder om een bestand bij de juiste registratie aan te leveren en het interne proces zo in te richten dat dergelijke fouten zoveel mogelijk worden voorkomen.

38. **Ik lees in de documentatie dat medische gegevens niet zichtbaar zijn voor ZorgTTP (bij gebruik van de PVM). En dat deze 'versleuteld' worden verzonden. Ik lees ook dat de persoonsgegevens gepseudonimiseerd worden en de medische gegevens meegezonden worden. Hoe werkt dat technisch precies? Hoe ziet dat 'versleuteld' zijn van medische gegevens eruit?**
De medische gegevens worden versleuteld met het publieke deel van het certificaat waar enkel de data-ontvanger over beschikt. Na ontvangst van de data kan de ontvanger deze gegevens ontsleutelen middels het private deel van dit certificaat.

6. Overige technische vragen

39. **Ik heb begrepen dat er een speciale WKKGZ PVM is dat gebruikt kan worden waarbij de ontvangende partij wordt bepaald op basis van filename van de bestanden. Dit om te voorkomen dat een organisatie veel individuele PVM's moet installeren en aansturen.**
Dit is correct, deze PVM is beschikbaar op de website van ZorgTTP. Er kan met één PVM worden aangeleverd aan alle kwaliteitsregistraties.

40. **Nu leveren we data voor kwaliteitsregistraties bijv. via MRDM aan DICA, vervalt die methode of kan ook worden gekozen voor een handmatige upload van de via de webservice verkregen pseudoniemen + inhoudelijke data.**
Er kan inderdaad worden gekozen voor een upload van de verkregen tijdelijke pseudoniemen via de webservice.

41. **Hoe gaan jullie om met verhuizingen bij puntsgewijze pseudonimisering? Of over het algemeen bij wijzigingen van persoonsgegevens? Dan krijg je toch onbedoeld een 'nieuw' nummer?**
Het klopt dat het pseudoniem wijzigt, wanneer een postcode van een patiënt verandert. Het is daarom van belang om verschillende typen pseudoniemen te verzamelen, zodat er voldoende koppelvlak overblijft om patiënten met elkaar te kunnen koppelen.

42. **Hoe gaan jullie om met meerlingen?**
Door meerdere persoonsgegevens aan te leveren, kan er ook onderscheid worden gemaakt tussen meerlingen (denk aan verschil in geslacht, voorletter, patiëntennummer).

43. **Welke datatype komt terug als pseudoniem en wordt er verwacht dat wij hetzelfde pseudoniem aanleveren bij data-aanleveringen? Als dit de lange string is, dan kan dit toch vaak niet overeenkomen met data dictionaries van data-aanleveringen?**
Wanneer er gebruik wordt gemaakt van de webservice, komt er een tijdelijk pseudoniem terug. Dit tijdelijke pseudoniem kan worden aangeleverd aan de registratie (buiten ZorgTTP om). De kwaliteitsregistratie maakt aanpassingen in hun datastroom om het datatype van het pseudoniem te kunnen verwerken.

44. **Hoe kun je meerdere postcodes meesturen wanneer er 1 postcode bekend is bij zorgbieder A en straks een andere postcode bij zorgaanbieder B?**
    Wanneer er meerdere postcodes bekend zijn van een patiënt, kan deze patiënt vaker worden aangeboden aan de pseudonimiseringsdienst. Er ontstaan dan meerdere 'postcode-pseudoniemen', waar andere pseudoniemen gelijk blijven (als deze input hetzelfde blijft). Koppeling vindt doorgaans plaats op basis van meerdere typen pseudoniemen. Het is daarom van belang om niet alleen te koppelen op postcode-pseudoniemen, zodat een patiënt ondanks een gewijzigde postcode nog steeds koppelbaar blijft.

45. **Is er documentatie omtrent hoe pseudonimisering technisch wordt uitgevoerd, welke hashing- of encryptietechnieken worden gebruikt, of er salting/peppering wordt toegepast, hoe herleidbaarheid wordt voorkomen?**
    Meer informatie hierover is terug te vinden op de website van ZorgTTP (ZorgTTP | Data veilig delen), of kan op aanvraag verstrekt worden.

46. **Wat is de validatie die wordt uitgevoerd, is dat ook de validatie over verplichte velden als een bovenliggende vraag 'ja' is? Of data voldoen aan de gestelde keuzeopties?**
    Er wordt inderdaad gevalideerd of een waarde aanwezig is in de aanlevering, en volgens een verwachte notatie is aangeleverd.

47. **Hoe gaan jullie om met zorgaanbieders die wisselen van EPD en al jullie service hebben geïnstalleerd op basis van het oude EPD?**
    De integratie en installatie van onze service is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. Als een zorgaanbieder van EPD wisselt is de zorgaanbieder zelf verantwoordelijk om de integratie en installatie opnieuw te bewerkstelligen.

48. **Wij gebruiken nu de aanlevermodule van HiX. BI heeft nu geen rol in onze aanleveringen. Het lijkt er nu op alsof er mogelijk een tussenstap ingebouwd gaat worden waar wij het outputbestand van HIX mogelijk nog moeten gaan aanpassen: een work around dus. Dit geeft weer extra stappen, vertraging en risico's**
    Het kan inderdaad voorkomen dat de BI-afdeling betrokken wordt bij de aanlevering wanneer gebruik wordt gemaakt van de pseudonimiseringsdienst. Dit betreft geen aanvullende controle- of correctiestap, maar een benodigde stap om de juiste pseudonimisering toe te passen. De verantwoordelijkheid voor het correct pseudonimiseren van de gegevens ligt immers bij de zorgaanbieder.
    SSC-DG en ZorgTTP zijn daarnaast met verschillende EPD-leveranciers in gesprek om deze koppelingen zoveel mogelijk rechtstreeks vanuit het EPD te laten verlopen. Het doel daarvan is om de aanlevering voor zorgaanbieders zo efficiënt mogelijk te laten verlopen en handmatige bewerkingen waar mogelijk te beperken.

49. **Is er documentatie omtrent beveiliging van data (tijdens transport en opslag)?**
    Meer informatie hierover is terug te vinden op de website van ZorgTTP (ZorgTTP | Data veilig delen), of kan op aanvraag verstrekt worden.

50. **Werkt ZorgTTP met een (Amerikaanse) cloud om versleutelde persoonsgegevens op te slaan? En staat daar ook de sleutel?**
    ZorgTTP slaat geen persoonsgegevens op. ZorgTTP bewaart enkel sleutels op een Nederlandse server. De servers van ZorgTTP staan bij RAM IT (Utrecht) voor de lokale client en voor de webservice op een Europese server (Frankfurt) bij AWS.

51. **Als ik de kit PVM-WKKGZ 1.0 wil downloaden krijg je foutmelding 'rechten vereist om te downloaden'**
    We zullen hiernaar kijken. Mocht dit probleem zich voor blijven doen, kan de PVM ook direct aan de zorgaanbieder worden opgeleverd. Neem daarvoor contact op met servicedesk@zorgttp.nl.

52. **Kunnen jullie volledig (100%) garanderen dat het proces van pseudonimisering, evenals het uploaden door de zorgaanbieder en het downloaden van data door de kwaliteitsregistratie en het verwerken van de gegevens aldaar, op geen enkel moment leidt tot verlies, wijziging of vertekening van de oorspronkelijke data?**
    Wij kunnen geen garanties geven voor de verwerking van gegevens binnen de muren (infrastructuur) van de zorgaanbieders en de (verwerkers van) de registraties. Als een van deze partijen zich niet houdt aan de specificaties of bijvoorbeeld onzorgvuldig te werk gaat dan is dit hun eigen verantwoordelijkheid. Zij dienen hierbij zelf de nodige zorgvuldigheid te betrachten. Over de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst voor de Wkkgz kunnen wij zeggen dat deze gebaseerd is op een beproefde methode die sinds 2007 in gebruik is. ZorgTTP heeft zeer ruime ervaring met het pseudonimiseren van persoonsgegevens en is de expert op dit gebied. Verlies, wijziging of vertekening van de oorspronkelijke medische data vindt niet plaats door ZorgTTP. Dit geldt evenwel niet voor direct identificerende gegevens, aangezien deze juist gepseudonimiseerd moeten worden, waarvoor een bewerking noodzakelijk is.

7. Overige vragen

53. **Binnen Chipsoft heb ik begrepen dat er op verschillende manieren aangeleverd wordt. Werkt ZorgTTP dan straks ook voor alle kwaliteitsregistraties?**
    Er kan met behulp van de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst voor de Wkkgz worden aangeleverd aan alle registratiehouders die aangesloten zijn op de dienst. Registratiehouders kunnen zich aansluiten nadat zij een positief advies hebben ontvangen.

54. **Dit zou ook een mooie dienst zijn voor multi-center onderzoek, zou dat ook (betaald) mogelijk zijn?**
    De dienstverlening van ZorgTTP is uiteraard ook voor anderen verwerkingen (buiten de Wkkgz om) beschikbaar. Zorgaanbieders en kwaliteitsregistraties kunnen voor de verwerkingen binnen de Wkkgz kosteloos gebruik maken van de pseudonimiseringsdienst. Voor eventuele andere benodigde koppelingen voor wetenschappelijk onderzoek denkt ZorgTTP graag mee hoe dit mogelijk te maken. Neem daarvoor ook contact op met advies@zorgttp.nl.

55. **Is het ook mogelijk als een externe partij (zoals Penthecillia) handmatig registreert, dat deze gebruik maakt van de dienst voor handmatig pseudonimiseren?**
    De wet schrijft voor dat er zo dicht als mogelijk aan de bron gepseudonimiseerd dient te worden. Als er gebruik gemaakt wordt van een externe partij voor registratie van de gegevens, en het is niet mogelijk dat er dichter aan de bron (bij de zorgaanbieder) wordt gepseudonimiseerd, kan het voorkomen dat deze partij in opdracht van de zorgaanbieder pseudonimiseert. Het is dan uiteraard wel van belang dat de juiste overeenkomsten tussen de zorgaanbieder en externe partij aanwezig zijn.

56. **Wat wordt bedoeld met de zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de pseudonimisering bij automatisch aanleveren? Daar is de dienst toch ook voor?**
    Binnen de Wkkgz is de zorgaanbieder (als verwerkingsverantwoordelijke) verantwoordelijk voor het gepseudonimiseerd aanleveren van (persoons)gegevens aan de kwaliteitsregistratie. Hiervoor is de gezamenlijke pseudonimiseringsdienst opgezet.

57. **Ik begrijp dat we voor een aantal kwaliteitsregistraties niet-gepseudonimiseerde data moeten aanleveren. Weten jullie hoeveel dat er zijn?**
    Dit antwoord volgt later.

58. **Hebben jullie een nieuwsbrief bij wijzigingen, updates?**
    Updates worden geplaatst op onze website (ZorgTTP | Data veilig delen). Daar is het overzicht van de meest recente documentatie beschikbaar.

59. **Zoals inmiddels ook afgesproken met het Zorginstituut ook de vraag aan ZorgTTP om, bij wijziging van de documenten, ook een bericht te plaatsen op de WKz pagina van NVZ-Kennisnet. Dan hoeven de zorgaanbieders niet steeds zelf 'de delta' tussen de verschillende versies van de documenten op te zoeken.**
    ZorgTTP heeft geen toegang tot deze pagina. Updates worden geplaatst op de website van ZorgTTP (ZorgTTP | Data veilig delen). Daar is het overzicht van de meest recente documentatie beschikbaar. Overeenkomsten zijn afgestemd met de juristen van NVZ en UMCNL.

60. **Kunnen jullie op de website vermelden wanneer de definitieve versie van de overeenkomst beschikbaar is? Dan weten wij zeker dat we de juiste versie oppakken.**
    Deze zijn al beschikbaar. De overeenkomsten zijn afgestemd met de juristen van de NVZ en UMCNL.

61. **Die brief waar Lisa aan het begin naar verwees waar informatie staat over de financiering van ZorgTTP, is daar een rechtstreekse link naar? Dat die wordt gedeeld? Want ik kon het op de site van sscdg niet vinden.**
    Zie Pseudonimiseringsdienst - Shared Service Center Data Governance onder 4.1 documentatie zorgaanbieders.