

6459

# Inzicht versus toezicht

Het lijkt zo'n rationeel en doorzichtig proces: een huisarts verwijst een patiënt naar een specialist, of omdat zijn diagnostische mogelijkheden te kort schieten, of omdat een behandeling kennis, vaardigheden of voorzieningen vergt waarover de huisarts niet beschikt, of omdat de patiënt – en ook wel de huisarts – behoefte heeft aan een oordeel van een specialist om redenen van 'moral support'. Het heeft er alle schijn van dat een huisarts, nadat de patiënt is verwezen, geen invloed meer kan uitoefenen op de procedure die zich daarna afspeelt. Ofschoon een huisarts wel een duidelijke vraag kan formuleren – en dat behoort ook bij een goede procedure – lijken de consequenties toch niet altijd geheel te overzien. Het lijkt erop dat de verantwoordelijkheid van de huisarts de facto na de verwijzing is geëindigd en pas weer aanvangt na de terugverwijzing door de specialist. De facto, want in principe blijft de verantwoordelijkheid wel bestaan, hetgeen ook door alle betrokkenen in theorie wordt erkend.

Toch blijken de schotten tussen de eerste en de tweede lijn niet zo waterdicht te zijn als wel eens wordt verondersteld. In dit nummer van Medisch Contact (blz. 1579) is een artikel gepubliceerd van de hand van D. Kersten en J. P. Dopheide. Deze NHI-onderzoekers hebben getracht na te gaan in hoeverre huisartsen invloed hebben op de duur van de door de specialist te geven zorg. Na een indrukwekkend aantal omwegen zijn zij tot de – voorzichtig gestelde – conclusie gekomen dat patiënten van de ene huisarts veel meer poliklinische zorg ontvangen dan patiënten van een andere huisarts. Hieruit zou men kunnen afleiden dat een huisarts wel degelijk invloed kan uitoefenen op de duur van de poliklinische specialistische behandeling. Waardoor? Daar geven de auteurs geen antwoord op, maar het is niet onwaarschijnlijk dat niet alleen de volledigheid van het onderzoek van de huisarts, de taakopvatting van huisartsen en als afgeleide daarvan de vraag die zij aan de specialist stellen, van invloed is.

Als men ziet wat voor moeite die onderzoekers hebben om één enkel criterium te ontwikkelen waarmee zij verschillen in de hoeveelheid – poliklinisch – specialistisch werk kunnen vaststellen, dan kan voor de zoveelste maal worden geconcludeerd dat hetgeen zich in de gezondheidszorg af-

J. C. van Es

Onvolkomenheden  
registratie beschermen  
privacy patiënt en  
zelfstandigheid arts

speelt heel erg moeilijk in maat en getal zichtbaar kan worden gemaakt. Erkend moet worden dat door specialisten geschreven herhaalkaarten een gebrekkig middel vormen om verschillen in zorg vast te stellen. Daarmee kan hoogstens de duur van de behandeling – nauwelijks de intentie – en zeker niet de aard daarvan worden vastgesteld. Alleen al het feit dat niet iedere specialist voor iedere daarvoor in aanmerking komende patiënt altijd een herhalingskaart uitschrijft maakt deze kaart al tot een minder betrouwbaar criterium. Ook het door de auteurs gesignaleerde probleem dat verwijskaarten ook kunnen fungeren ter verlenging van een behandeling van één jaar maakt de uitkomsten van een overigens goed uitgewerkte en verantwoorde analysemethode onbetrouwbaar. Dat is niet verwonderlijk: de herhaalkaarten zowel als de verwijskaarten zijn als wettig betaalmiddel bedoeld en niet meer dan dat. Een sprekend voorbeeld van het bestaande gebruik van analysemogelijkheden is het feit dat geen enkel ziekenfonds in staat was aantallen verwijs- en herhalingskaarten per huisarts-specialistcombinatie zonder ingewikkelde manipulaties te leveren. Daaraan was in het verleden ook geen enkele behoefte. Hier blijkt dus het ook uit de wetenschap bekende feit dat gegevens die voor de beantwoording van een vraag worden verzameld, vaak niet toereikend zijn voor de beantwoording van andere vragen.

In een tijd waarin nieuwe vragen worden gesteld is dat onaangenaam voor de vraagstellers: de gegevens om die vragen te beantwoorden ontbreken vaak. Deze klacht kan men ook lezen in de beschouwing van A.R. Bakker (blz. 1585), die is gewijd aan de betekenis van de computer als communicatiemiddel in de geneeskunde. Hij stelt dat de informatievoorziening zowel qua kwaliteit van de gegevens als qua snelheid

te wensen overlaat. Echter: in de computerloze tijd was men wel verplicht onderzoek op te zetten op basis van te beantwoorden vragen, maar bij het tot volle wasdom komen van computervoorzieningen komt dat anders te liggen. Zodra beschikbare gegevens in computers worden ingevoerd kunnen deze in elke gewenste combinatie met elkaar in verband worden gebracht. Dit heeft tot gevolg dat aan een bestaand computerbestand meer beantwoordbare vragen kunnen worden gesteld dan oorspronkelijk was bedoeld.

Dit kan tot gevolg hebben dat de privacy van mensen wordt aangetast, iets waarover in dit nummer (blz. 1587) door J. Strackee wordt geschreven. Dit risico moet worden bestreden, onder andere door wettelijke bepalingen. Niet alleen de privacy van patiënten wordt echter bedreigd: het is ook mogelijk dat gegevens, die bijvoorbeeld oorspronkelijk werden verzameld om de patiëntenstatus ten behoeve van de hulpverlening in te vullen, in een andere rangschikking met elkaar in verband worden gebracht teneinde inzicht te krijgen in de praktijkvoering. Het is een bedreigende gedachte dat over enige tijd in principe alle gegevens met elkaar in verband kunnen worden gebracht.

Niet alleen de privacy van patiënten, maar ook de zelfstandigheid van artsen werd in het verleden gewaarborgd door de onvolkomenheden van de bestaande registratiesystemen. Door de opmars van de computer kunnen gegevens die in het ene kader onschuldig zijn in een ander kader voor betrokkenen belangrijke consequenties hebben. Gegevens die bestemd waren voor het vergroten van inzicht kunnen dan worden gebruikt voor het uitvoeren van toezicht. Aan de geweldige voordelen die aan een perfecte registratie zijn verbonden – zie ook hetgeen hierover twee weken geleden in deze kolommen werd geschreven\* – zijn dus ook aanzienlijke risico's verbonden. Aan het eind van het jaar 1984 is het de moeite waard dit te signaleren. ■

\* Gezondheidszorg welgeteld. Hoofdartikel Medisch Contact 39; 47:1499.