

6116

Gezondheidszorg welgeteld

Medisch Contact van twee weken geleden opende met een bericht over de totstandkoming van kantoren voor het landelijk en regionaal verzamelen, opslaan en verbreden van gegevens uit de gezondheidszorg (MC nr. 45/1984 blz. 1440). Blijkens mededelingen van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur bestaat er grote behoefte aan het verkrijgen van gegevens teneinde de (nieuwe) wetten goed tot uitvoering te kunnen brengen. Deze behoefte is volstrekt begrijpelijk: de gezondheidszorg en alles wat zich daarbinnen afspeelt is zó complex geworden dat het onmogelijk is een verantwoord beleid te voeren zonder een continue stroom van gegevens; zowel het plannen als het evalueren kan zonder die gegevens niet geschieden.

Het is te verwachten dat gegevens nodig zijn over wat er zich in de gezondheidszorg afspeelt en hoeveel dat kost. De overheid hoeft niet op een nulpunt te beginnen. Dat blijkt ook wel. Zo kunnen in het jaarlijks Financieel Overzicht bepaalde handelingen als ziekenhuisopnamen wel degelijk worden geteld. De jaarlijks verschijnende jaarboeken van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) leveren een schat van gegevens over het aantal verwijzingen en het aantal opnamen, terwijl voor ieder specialisme analyses worden gemaakt van een aantal veel voorkomende diagnostische en therapeutische handelingen.

Ten aanzien van de huisartsen zijn alleen gegevens beschikbaar over het verwijzen naar de verschillende specialismen, over het voorschrijven van geneesmiddelen en van behandelingen als fysiotherapie. Over hetgeen zich in de tweedelijnsgezondheidszorg voordoet worden veel meer gegevens verzameld, aanvankelijk gedurende vele jaren door de Stichting Medische Registratie (SMR), die was opgericht door ziekenhuizen en specialisten. Daar worden ook gegevens verzameld over de voorkomende diagnostiek. Op basis hiervan verschijnen regelmatig fraaie studies van de hand van Dr. D. Hoogendoorn in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. In 1976 werd de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) opgericht door de landelijke organisaties van ziekenhuizen, specialisten en particuliere ziektekostenverzekeraars. Het afgelopen halfjaar vond een integratie plaats van de SIG met de SMR. Hierdoor is één landelijk informatiecentrum voor de intramurale gezondheidszorg tot stand gebracht. Een belangrijk voordeel hiervan is

J. C. van Es

Ontbreken databank maakt eerstelijnsgezondheidszorg beleidsmatig onzichtbaar

dat er een samenhang kan worden gebracht tussen de medische registratie en de ziekenfondsregistratie van het LISZ.

Het is van veel belang zich te realiseren dat bij de opzet en uitwerking van de SMR en later van het SIG (zoals de geïntegreerde organisatie ook in de toekomst zal heten) de leveranciers van de gegevens: de specialisten en ook de ziekenhuizen, van de aanvang af betrokken waren. Tot op zekere hoogte kan men zeggen dat, ondanks aanvankelijke weerstanden en wantrouwen, het systeem van het grondvlak af is ontwikkeld. Het is interessant te zien hoe toch zo individualistisch ingestelde artsen geleidelijk aan zijn gaan meewerken aan een registratiesysteem waarin de verslaglegging uniform is; de verzamelde gegevens zijn daardoor optelbaar en ook onderling vergelijkbaar. Men kan vermoeden dat het werken in een complexe organisatie als een ziekenhuis artsen ook leert samen te werken, procedures op elkaar af te stemmen en daardoor letterlijk eigenzinnige wensen op de tweede plaats te zetten. De technologische verwerking van de gegevens dwong bovendien tot een uniformiteit waaraan niet meer was te ontsnappen.

Als we nu naar de situatie in de extramurale gezondheidszorg kijken, dan blijkt dat daar slecht zeer fragmentarisch continu gegevens worden verzameld, en dan nog op zeer kleine schaal. Na het in dit opzicht baanbrekende proefschrift van Oliemans, waarin morbiditeitsgegevens op een representatieve wijze werden verzameld, heeft slechts hier en daar een verzameling van gegevens plaatsgevonden. De peilstations die door het Nederlands Huisartsen Instituut en de Geneeskundige Hoofdinspectie zijn georganiseerd, houden in circa vijftig huisartspraktijken de incidentie of soms de prevalentie van een beperkt aantal diagnoses bij; een soortgelijke registratie vindt ook in enkele grote steden plaats. Daarnaast worden in het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en in het gezondheidscentrum Ommoord te Rotterdam sinds een aantal jaren continu de incidentie, de pre-

valentie en de contactfrequentie van ziekten en klachten geregistreerd.

Vergelijkt men deze zeer beperkte registratie, waarbij niet meer dan 1% van alle huisartspraktijken is betrokken, met de registratie van de SIG, dan steekt ze daar wel zeer schril tegen af. Er bestaat een aantal verklaringen voor de geringe omvang van de morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk. Om te beginnen bevindt een huisarts zich in een werksituatie waarin het formuleren van een diagnose in een groot aantal gevallen niet, of nog niet, mogelijk is: vele patiënten komen met klachten die niet berusten op een te classificeren ziekte, anderen komen in een zo vroeg stadium dat een diagnose nog niet, of in een zo laat stadium dat een diagnose niet meer mogelijk is. Bovendien sloten vroegere edities van de Internationale Classificatie van Ziekten niet goed aan bij het morbiditeitspatroon in de huisartspraktijk; latere edities waren in dit opzicht beter en op basis hiervan is er nu ook een op de huisartspraktijk toegespitste classificatie. Maar niet minder belangrijk is dat huisartsen vaak niet die organisatorische en administratieve ondersteuning hebben die voor een goede registratie nodig is, hoewel de belangstelling voor de computer in de huisartspraktijk wel snel toeneemt.

Dat representatieve morbiditeitsgegevens uit de basisartspraktijk ontbreken, terwijl dergelijke gegevens uit de ziekenhuisgeneeskunde wel beschikbaar zijn, leidt er gemakkelijk toe dat van het totale ziekten en klachtenpatroon dat de gezondheidszorg onder ogen komt een scheef beeld ontstaat, vooral als men zich realiseert dat nog steeds omstreeks 85% van alle klachten en aandoeningen niet tot de tweedelijnsgezondheidszorg doordringt en dus buiten de bestaande statistieken blijft. Nu het ernaar uitziet dat het beleid van hogere en lagere overheden in de toekomst meer en meer op statistische gegevens zal zijn gebaseerd, is het meer dan alleen maar een enormiteit vast te stellen dat slechts beschikbare gegevens op dat beleid van invloed kunnen zijn. Alleen door het eigen werk in maat en getal uit te drukken kan men voor de beleidsmakers zichtbaar zijn. Het is dus van de grootste betekenis dat de eerstelijnsgezondheidszorg komt tot het opbouwen van een databank die een complement kan vormen van de SIG. Gebeurt dit niet, dan wordt dit niet alleen nadelig voor de eerstelijnswerkers: ook het beeld dat de beleidsmakers van de werkelijkheid hebben zal erdoor worden vertroebeld. ■