

## Van wie is het medisch dossier?

**Gegevens over patiënten stellen zich niet zelf samen, iemand moet ze verzamelen. Dit roept de vraag op wie de eigenaar is van de gegevens: degene die ze verzamelde of degene die het betreft. De gangbare opvatting is dat het medisch dossier toebehoort aan de dokter en dat de patiënt alleen inzagerecht heeft. Met de opkomst van het elektronisch medisch patiënten-dossier is in de *British Medical Journal* opnieuw discussie over het eigenaarschap ontstaan.**

In het bijzonder Al-Ubaydli ziet veel voordelen in deze ontwikkeling. Al-Ubaydli is overigens oprichter van *Patients know best*, een bedrijf dat software verkoopt voor medische dossiers in handen van de patiënt. Hij schetst een

oudere patiënt met hartfalen, artrose en een depressie die thuiszorg nodig heeft en wiens kinderen ver weg wonen. Bij zo'n patiënt zijn al snel tien hulpverleners betrokken die werken bij uiteenlopende instellingen. De daadwerkelijke integratie van zorg tegen geringere kosten die we allemaal willen, valt alleen te bereiken door de patiënt zelf zijn elektronische dossier te laten beheren en controleren. In een dergelijk 'persoonlijk gezondheidsdossier' zijn de medische gegevens niet langer versnipperd aanwezig op diverse locaties.

Communicatieproblemen door gebruik van uiteenlopende softwareprogramma's door de betrokken instellingen, terechte aarzelingen van artsen om gegevens te delen met niet-medici zoals sociale hulpverleners, leerkrachten en familieleden evenals juridische obstakels voor gegevensuitwisseling op basis van privacywetgeving verdwijnen

als sneeuw voor de zon als de patiënt zelf naar believen zijn gegevens aan de relevante hulpverleners beschikbaar kan stellen. Bijkomend voordeel is dat artsen begrijpelijker leren schrijven, waardoor patiënten beter geïnformeerd raken.

Er is slechts één addertje onder het gras: digitale gegevens zijn nooit helemaal veilig voor ongewenste ogen en kunnen gemakkelijk over het wereldwijde web verspreid worden. Het is dan ook zaak het persoonlijke gezondheidsdossier zo vorm te geven dat steeds traceerbaar blijft wie het wanneer en voor welk doel raadpleegde. ■

**Tjerk Wiersma**

*Delamothe T. Towards a unified theory of patient data. BMJ 2012;345:e5678.*

*Davies P. Should patients be able to control their own records? BMJ 2012;345:e4905.*

*Al-Ubaydli M. Patients must have control of their medical records. BMJ 2012;345:e5575.*

## Zorgconsumptie bij een eetstoornis

**Het is bekend dat mensen met een angst- of stemmingsstoornis vaker contact hebben met de huisarts. Dit blijkt ook op te gaan voor mensen met een eetstoornis.**

Dit was de uitslag van een analyse van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk uit 2001 ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)). De dossiers van in totaal 357.899 patiënten uit 96 huisartsenpraktijken werden gebruikt voor een patiëntcontroleonderzoek. Onderzoekers vergeleken patiënten met een bekende eetstoornis (ICPC To6, n = 167) met 2 verschillende controlegroepen: mensen met een bekende depressie of angststoornis en mensen zonder psychische of sociale problematiek (geen

diagnose uit ICPC-hoofdstukken P of Z). Ze 'matchten' de 3 groepen op leeftijd en geslacht. De eetstoornis werd verder gespecificeerd in boulimia nervosa (n = 44), anorexia nervosa (n = 90) en 'niet anders omschreven' (n = 33).

Bij patiënten met een eetstoornis en de controlegroep met depressie/angst was het aantal contacten per jaar met de huisartsenpraktijk vergelijkbaar hoger (respectievelijk  $9,6 \pm 7,6$  en  $10 \pm 7$ ) dan bij de controlegroep zonder psychische problemen ( $3,6 \pm 3,7$ ). De contacten konden hierbij bestaan uit (telefonische) consulten, herhaalreceptuur en huisbezoeken. Ook het aantal jaarlijkse verwijzingen en recepten was in dezelfde mate hoger bij mensen met een eetstoornis en de groep met depressie/angst vergeleken met de groep zonder psychische problemen.

Hierbij viel op dat patiënten met boulimia nervosa de meeste face-to-

facecontacten met de huisarts hadden, namelijk gemiddeld  $3,39 \pm 3,6$  per jaar. Deze contacten hadden vooral te maken met verschillende lichamelijke klachten en slechts in een minderheid (22%) was de eetstoornis de reden van het consult. De auteurs suggereren dat de huisarts patiënten met bekende boulimia nervosa actief zou kunnen vragen naar problemen rond hun eetstoornis. Gezien onze werkdruk echter ligt het actief aansnijden van onderliggende psychische problematiek niet altijd voor de hand. Misschien speelt ook mee dat de huisarts weet dat de behandeling van eetstoornissen complex en intensief is. ■

**Lidewij Broekhuizen**

*Van Son GE, et al. Eating disorders in the general practice: a case-control study on the utilization of primary care. Eur Eat Disord Rev 2012;20:410-3.*