

3650

X

Het diagnostisch centrum

Het gaat goed met de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. De evaluatie van het diagnostisch centrum van het ziekenhuis Oudenrijn te Utrecht laat dat zien; in dit nummer van Medisch Contact treft men een verslag van de hand van W. Demmers, J. A. M. Elich en J. van Mansvelt over dit experiment aan (zie blz. 365). Binnenkort zal in deze kolommen verslag worden gedaan van een soortgelijk experiment in het ziekenhuis St. Annadal te Maastricht.

Als we ons tot het eerstgenoemde experiment beperken, dan blijkt dat het Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO) onderdeel is geweest van een veel breder concept, waarvan het doel was de eerstelijnsgezondheidszorg te versterken door nauwe samenwerking met het ziekenhuis. In 1972 kwam de toenmalige directeur van het ziekenhuis met een plan waarin werd voorzien in een extramuraal welzijnscentrum, een diagnostisch centrum, nieuwe vormen van samenwerking tussen huisartsen en specialisten en een verloskundig centrum waarin verloskundigen, huisartsen en specialisten hulp zouden kunnen bieden¹. Ook de nascholing werd al spoedig een van de doelstellingen van het project.

Van vooruitstrevend denken – we praten over 1972! – getuigt het idee dat een verschuiving van klinische naar poliklinische zorg zou moeten plaatsvinden; pas nu budgetfinanciering die ontwikkeling bevordert wordt deze opvatting meer gemeengoed! Interessant is het plan een gezondheidscentrum aan het ziekenhuis te verbinden waar huisartsen en andere werkers uit de eerste lijn hun werk zouden kunnen verrichten. Hoewel tegen een dergelijk concept van wat een 'poliziekenhuis annex gezondheidscentrum' werd genoemd belangrijke bezwaren kunnen worden ingebracht, toont dit plan heel duidelijk de constructieve intentie van de betrokken directie, stafleden en huisartsen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

Hoewel dit totale plan niet kon worden uitgevoerd, was het wel mogelijk het DCO te verwerkelijken en daarnaast nog enkele andere projecten te ontwikkelen, onder andere op het gebied van de hulp aan patiënten met een mammacarcinoom en van het geneesmiddelenbeleid in eerste en tweede lijn. Het is duidelijk dat er veel overleg tussen intra- en extramuraal werkenden is geweest en dat de samenwerking hierdoor is bevorderd.

J. C. van Es

Een experiment
in overleg

In dit complex kreeg het DCO een bijzondere plaats: de overheid was geïnteresseerd in experimenten op dit gebied, gebaseerd op rapporten over dit onderwerp van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid^{2,3}. Uitgangspunt was de uitbreiding van diagnostische mogelijkheden voor huisartsen ter bevordering van de kwaliteit en ter verschuiving van bepaalde taken van specialist naar huisarts. Het DCO-project werd afzonderlijk gesubsidieerd en als experiment beschouwd. Uit verschillende evaluaties^{4,5} blijkt dat het bijzonder moeilijk is het werkelijke effect van een diagnostisch centrum te meten. Dit is ook geen wonder, want er bestaat geen overeenstemming over de criteria die voor een goede hulpverlening van huisarts en specialist moeten worden gehanteerd: geldt dit alleen diagnostische en therapeutische procedures, of zijn ook sociaal-economische overwegingen geldig, of de relatie tussen artsen onderling, enz.^{6,7}

De belangrijkste uitkomst van de evaluatie van Demmers c.s. is, dat de veranderingen in het beleid van artsen niet zijn opgetreden ná het in werking treden van het diagnostisch centrum maar daarvoor, toen het overleg tussen de eerste en de tweede lijn op gang was gekomen. Het DCO-experiment is dan ook niet zo interessant vanwege de geboden diagnostische faciliteiten, maar veel meer vanwege de positieve gerichtheid van de partijen die bij het project waren betrokken, en vooral: vanwege de consensus die kon worden bereikt.

Het gaat goed met de samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn, constateerden we. Maar gaat het wel goed met die samenwerking? Veel specialisten en huisartsen zullen de bovenbeschreven situatie niet als die van zichzelf herkennen. Vooral in de laatste jaren zijn er veranderingen gaande die ingrijpen in de voorheen vaak vanzelfsprekende verhouding van huisarts en specialist; grosso modo bestond er een vaak stilzwijgende taakverdeling tussen huisarts en specialist, die van beide kanten min of meer aanvaardbaar werd geacht. Nu is uit een onderzoek van Van Dijk en Peters

onder andere gebleken⁷, dat er twee typen huisartsen kunnen worden onderscheiden: huisartsen die in volledige overeenstemming met specialisten hun taken vervullen en daarbij bestaande machtsverhoudingen als gegeven accepteren: *traditionele* huisartsen, én *veranderende* huisartsen, die voorwaarden verbinden aan het samenwerken met specialisten. In het laatste geval bestaat er geen vanzelfsprekende consensus tussen huisarts en specialist over hun taak- en rolverdeling: daarover zal moeten worden gesproken. Dat is slechts mogelijk als de beelden die huisarts en specialist over elkaars en eigen functioneren bezitten bij elkaar passen, in roltheoretische termen gevat: als wederzijdse rolverwachting en rolvervulling met elkaar in overeenstemming zijn, als huisarts en specialist complementaire taken vervullen, elkaar aanvullen.

Natuurlijk is er een *onderscheiding* te maken in het functioneren van huisarts en specialist. Te lang echter zijn zij in twee van elkaar *gescheiden* compartimenten van de gezondheidszorg ondergebracht. Een concept als dat wat ten grondslag ligt aan het Utrechtse samenwerkingsmodel brengt ze bij elkaar. Een diagnostisch centrum als zodanig is niet baanbrekend: hoeveel huisartsen waren niet al tientallen jaren in de gelegenheid röntgenonderzoek, laboratoriumonderzoek en, later, functieonderzoek te laten verrichten? Belangrijk is echter dat zo het gesprek tussen specialist en huisarts op gang komt, dát er overleg is, dát er werkafspraken worden gemaakt. Opdat uiteindelijk de elkaar aanvullende taken van huisarts en specialist goed op elkaar worden afgestemd. ■

1. Peters J.H. Samenwerking eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1982.

2. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake Diagnostisch Centra. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1974.

3. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake Experiment Diagnostisch Centrum. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1975.

4. Peters, *ibid.*

5. Wijk D, Grijn D van der. Diagnostisch onderzoek door huisartsen in ziekenhuizen. Medisch Contact 1983; 38: 375-6

6. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund 1966; 44: 166-206.

7. Dijk J van, Peters F. Communicatie tussen huisarts en specialist in regio Tilburg. Scriptie. Tilburg: Katholieke Hogeschool, 1981.