

Maastricht is aan de lijn!

Citation for published version (APA):

Pop, P. (1992). *Maastricht is aan de lijn!* Drukkerij Audiovisuele Dienst azM Maastricht.
<https://doi.org/10.26481/spe.19921002pp>

Document status and date:

Published: 02/10/1992

DOI:

[10.26481/spe.19921002pp](https://doi.org/10.26481/spe.19921002pp)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

110

Universiteitsbibliotheek



De uitleentermijn verstrijkt op:

13 JAN. 1993

19 AUG. 1993

16 SEP. 1994

23 MEI 1995

23 MEI 1995

Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Gelieve deze publicatie tijdig te retourneren of (telefonisch) verlenging van de uitleentermijn aan te vragen.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK RU LIMBURG



0303 7635

Я

MG
VAC
490

Maastricht is aan de lijn!

Maastricht is aan de Lijn!

REDE

**uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt
van hoogleraar in de
Transmurale Geneeskundige Zorg
aan de Rijksuniversiteit Limburg
op 2 oktober 1992**

door

Dr. P. Pop

Omslagillustratie:

Huisarts en Specialist op één lijn.

Karel Gerrits 1982 (in opdracht Stuurgroep Eerste-Tweede Lijn i.v.m.
Ardennenbijeenkomst 1982)

ISBN 90-801158-1-9

Drukkerij Audiovisuele Dienst azM Maastricht

p = 09782089x

**Bibliotheek
R.U. Limburg**

Abonn

Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van de Universitaire Gemeenschap,
Geachte toehoorders,

Voorgeschiedenis en ontwikkeling Diagnostisch Centrum

Maastricht is aan de lijn, wanneer op 28 januari 1977 de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne meedeelt Maastricht aan te wijzen voor de opzet van een experiment Diagnostisch Centrum in het ziekenhuis St. Annadal. Uit de voorgeschiedenis van het Diagnostisch Centrum kan gememoreerd worden, dat de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid in 1974 een rapport "Diagnostische Centra" publiceerde. In dit rapport adviseerde de Raad via een of meer experimenten te exploreren in hoeverre en onder welke voorwaarden Diagnostische Centra ondersteuning zouden kunnen bieden aan de huisartsgeneeskundige zorg en in samenhang daarmee aan een verschuiving van de tweedelijns gezondheidszorg naar de eerstelijns gezondheidszorg. In een tweede rapport d.d. 1975 "Advies inzake een experiment Diagnostisch Centrum" publiceerde de Raad richtlijnen met betrekking tot het opzetten en uitvoeren van een dergelijk experiment. Betreffende de doelstelling werd het volgende naar voren gebracht: uitgaande van de grondgedachte de diagnostische mogelijkheden van de huisarts uit te breiden, dient een experiment Diagnostisch Centrum gericht te zijn op:

- kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg;
- bevordering van doelgericht en efficiënt gebruik van de voorzieningen;
- verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist.

In 1978 kwam de beleidsgroep Diagnostisch Centrum onder voorzitterschap van de hoogleraar Huisartsgeneeskunde Brouwer met een raamplan experiment Diagnostisch Centrum Maastricht en in februari 1979 startte het experiment met een looptijd van vier jaar.

Uit de eindrapportage "De relatie eerste-tweede lijn in ontwikkeling" kunnen uit de conclusies de volgende passages worden geciteerd:

- Via registratie is meer inzicht verkregen in het gebruik dat huisartsen maken van de diagnostische faciliteiten in het ziekenhuis.
- Diagnostisch Centrum-activiteiten blijken een doelmatig gebruik van diagnostische faciliteiten door de huisartsen te hebben bevorderd.
- Uit Diagnostisch Centrum-werkzaamheden zijn diverse nieuwe initiatieven ter verbetering van de onderlinge samenwerking huisarts-specialist voortgekomen.

Na de experimentperiode 1979-1984 werd het beheer van het Diagnostisch Centrum dat verliep via het Medisch Regionaal Centrum overgenomen door het ziekenhuis St. Annadal. Omdat na deze experiment-fase de aandacht meer gericht zou worden op een verbetering van de relatie eerste-tweede lijn, werd gekozen voor de naamgeving Stichting Diagnostisch Coördinerend Centrum (DCC) Maastricht. In het eindrapport van de projectgroep DCC worden organisatie en doelstellingen met hieruit afgeleide activiteiten weergegeven.

Organisatie DCC

Het bestuur van de Stichting DCC is samengesteld uit vertegenwoordigers van de Regionale Huisartsen Vereniging (RHV) Maastricht e.o., het azM (Raad van Bestuur en medische staf) en de Faculteit der Geneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg.

Enerzijds werd in 1987 een contract gesloten tussen de besturen van het azM en de Stichting DCC om het facilitair gebruik van het ziekenhuis door het DCC te formaliseren, anderzijds kwam er een toelatingsovereenkomst tot stand van de in de regio Maastricht werkzame huisartsen met het DCC waarin wederzijdse rechten en plichten zijn vastgelegd.

De zeggenschap van de huisarts in het beleid van het DCC werd gegarandeerd door middel van vertegenwoordiging in een Stafraad, qua positie vergelijkbaar met het Stafconvent van de medische specialist. In deze stafraad zijn huisartsen en specialisten gelijkelijk vertegenwoordigd.

De financiering van het DCC vindt enerzijds plaats uit gelden van het Vernieuwingsfonds van O&W dat structureel aan de rijksbijdrage van het azM werd toegevoegd, anderzijds uit gelden, verkregen via subsidies voor wetenschappelijk onderzoek en gelden ter beschikking gesteld door azM. Een overeenkomst tussen de Stichting DCC en het ziekenfonds ZZL ter financiering van gezondheidszorgactiviteiten van het DCC werd tot op heden niet gesloten. Het werkgebied van de Stichting omvat voornamelijk de gemeenten Maastricht, Eijsden, Gulpen, Margraten, Meerssen en Valkenburg. In deze gemeenten praktiseren 86 huisartsen, die de zorg hebben voor \pm 186.000 inwoners. De typen praktijkvoeringen ziet u weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Huisartsen en DCC

Type praktijk	aantal praktijken	aantal huisartsen
Solo-praktijken	47	47
Associaties	14 (12 x 2 + 2 x 3)	30
Gezondheidscentra	4 (3 x 2 + 1 x 3)	9
Totaal	65	86

Activiteiten op terreinen van gezondheidszorg; wetenschappelijk onderzoek en onderwijs worden geleverd door menskracht met onderscheiden functies:

- Administratief medewerkers
- Secretaresse
- Medewerkers automatisering
- Medewerkers wetenschappelijk onderzoek
- Hoofd administratie en beheer
- Medisch coördinator

Vanuit het binnen de ommuring van het DCC functionerende Buro Ondersteuning Huisartsen Heuvelland (BOHH) verricht de hieraan verbonden beleidsmedewerker activiteiten van diverse aard voor individuele huisartsen en de RHV.

De Stuurgroep Eerste-Tweede Lijn, waarin op persoonlijke titel zitting hebben huisartsen en klinisch specialisten, fungeert als klankbord voor de medisch coördinator en organiseert bijeenkomsten voor huisartsen en specialisten uit de regio Maastricht. In het kader van wetenschappelijk onderzoek bestaan er intensieve contacten met de vakgroepen Huisartsgeneeskunde, Epidemiologie, Economie van de Gezondheidszorg, Medische Informatica en Statistiek en met de werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde.

Om u een beeld te geven van de activiteiten op terreinen van gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs zal ik de verschillende doelstellingen van het DCC benoemen en dieper ingaan op voor het DCC karakteristieke activiteiten.

Ondersteuning van de huisarts

Doelstelling 1 kan als volgt worden geformuleerd: Het verzorgen en analyseren van door de huisarts in het ziekenhuis aangevraagde diagnostische onderzoeken en consultatieve advisering; het opstellen van werkafspraken en protocollen.

Enkele hieruit afgeleide activiteiten wil ik nader met u bekijken:

1. Werkafspraken ten aanzien van veel voorkomende diagnostische verrichtingen.
2. Beoordeling van en advisering ten aanzien van het diagnostisch handelen van de individuele huisarts.
3. Consultatie huisarts-specialist.

Ad 1. In het overleg huisarts-specialist-DCC werd in de loop der jaren een aantal richtlijnen opgesteld met het oogmerk diagnostisch onderzoek zo rationeel mogelijk te doen verlopen. Indicaties voor onderzoek van omschreven tests en de keuze van tests voor de

diagnostiek van omschreven klachten/symptomen/ziektebeelden vormden onderwerp van overleg. Een twintigtal werkafspraken was het resultaat van deze besprekingen.

Artikelen hierover werden gepubliceerd in de nederlandse uitgave van The Practitioner. Om u een indruk te geven van deze werkafspraken ziet u een opsomming ervan in tabel 2.

Tabel 2. Werkafspraken en artikelen

Werkafspraken en artikelen
Cholesterolbepaling
Haemoglobinebepaling
Bepaling van de nierfunctie
TSH-bepaling als schildklierfunctietest
Reumatests in de huisartspraktijk
Diagnostiek van <i>Ulcus pepticum</i>
Diagnostiek van <i>mononucleosis infectiosa</i>
Diagnostiek van galstenen
Diagnostiek verhoogde bloedingsneiging
Radiologisch onderzoek bij lage rugpijn
Electrocardiografie in de huisartspraktijk
Faeceskweken bij diarree
Laboratoriumdiagnostiek bij de bejaarde patiënt
Leucocyten en leucocytendifferentiatie
Radiologisch onderzoek van de longen
Urinezuurbepaling en jicht
Bepaling van levertests
De BSE in de diagnostiek van de huisarts
Laboratoriumonderzoek bij vage en algemene klachten
Urinekweken in de huisartspraktijk
Diagnostiek van allergische aandoeningen
Beeldvormend onderzoek van het colon
Echografie van het kleine bekken

Ad 2. Uw aandacht wil ik met name vragen voor de volgende activiteit waarin aspecten van toetsing en nascholing te onderscheiden zijn: de persoonlijke feedback aan de huisarts ten aanzien van zijn diagnostisch handelen.

Sedert 1985 krijgt ieder van de 86 huisartsen tweemaal per jaar een verslag van zijn diagnostische aanvragen via het DCC over de periode van één maand. De basis van dit verslag wordt gevormd door de DCC-formulieren, waarop de huisarts relevante informatie vermeldt zoals de klachten/symptomen van de patiënt, afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek, de diagnose of vraagstelling en de reden van aanvraag.

Op het formulier kruist hij het door hem gewenste onderzoek aan: onderzoek van bloed-ontlasting-urine, röntgenonderzoek-echografie-endoscopie, ECG en histologisch onderzoek. De ratio van het gevraagde onderzoek wordt beoordeeld tegen de achtergrond van de vermelde gegevens. Aan bestaande werkafspraken, richtlijnen, protocollen, standaarden e.d. wordt een en ander getoetst. In deze feedback komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Het aantal verwijzingen van diagnostisch onderzoek in de geanalyseerde maand, vergeleken met de aantallen uit voorgaande analyses en het gemiddelde van de huisartsen bij deze en voorgaande gelegenheden.
- Een beoordeling van kwantiteit en kwaliteit van op het formulier verstrekte gegevens, noodzakelijk voor deze analyse.
- In tabelvorm in aantallen de redenen van aanvraag en een overzicht van de diverse aangevraagde onderzoeken, eveneens getalsmatig weergegeven.
- Kanttekeningen bij diagnostisch onderzoek in het algemeen en ten aanzien van individuele patiënten, waarbij steeds naam en geboortedatum van de patiënt genoemd worden, zodat de huisarts in zijn bestand kan nagaan in hoeverre hij het eens is met de gemaakte op- en aanmerkingen.
- Vervolgens komen enkele vragen ten aanzien van het beleid van de huisarts na ontvangst van al dan niet afwijkende uitslagen van laboratoriumonderzoek, radiologisch onderzoek e.d. aan de orde.
- Tenslotte wordt aan de huisarts gevraagd op de feedback te willen reageren met beantwoording van gestelde vragen en met commentaar op de feedback.

Hoewel het duidelijk is dat niet iedere huisarts vol verwachting uitziet naar dit halfjaarlijkse rapport, blijkt de meerderheid van de huisartsen deze activiteit van het DCC op prijs te stellen.

Een en ander wordt gezien als toetsing en nascholing. Ongeveer 70% van de huisartsen reageert op deze feedback hetzij schriftelijk hetzij telefonisch of via een bezoekje aan het DCC.

Ik wil in het kort met u stilstaan bij de resultaten van deze feedback. In tabel 3 ziet u aantallen onderzoek per categorie per jaar, waarbij aangetekend dat in de beginjaren vanaf 1985 vooral gefeedbackt werd op onderzoek van bloed-ontlasting-urine. De laatste twee jaar heeft in het kader van een weten-schappelijk onderzoek met name feedback op beeldvormende diagnostiek, ECG en PA-terrein plaatsgevonden.

In de periode 1979-1985, voorafgaand aan de feedback, ziet u een toename van aantallen aanvragen ten aanzien van vrijwel iedere categorie onderzoek; vanaf het moment van de feedback vindt er een duidelijke daling plaats ten aanzien van de categorieën onderzoek waarover gefeedbackt werd met uitzondering van bacteriologisch onderzoek.

Een lichte daling kan vastgesteld worden ten aanzien van de categorieën onderzoek waarover niet gefeedbackt werd met uitzondering van PA-onderzoek. De jaren 1988 en 1989 tonen vervolgens een toename in het totaal van aangevraagde onderzoeken, gevolgd door een afname hiervan in 1990 en 1991. Ongetwijfeld zult u zich afvragen of deze veranderingen in aanvraaggedrag het gevolg geweest zijn van de gegeven feedback dan wel meer samenhang tonen met veranderingen in verwijzingsstromen, nascholing, attitude e.d. Om op deze vraag een antwoord te krijgen werd het effect nagegaan van veelvuldig gegeven adviezen in de feedback.

Tabel 3. Totaal overzicht van een aantal productiecijfers 1979 t/m 1991

Type onderzoek	1979	1982	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Chemisch bloedonderzoek	46.156	49.108	51.775	46.569	39.576	35.608	37.313	40.204	38.798	35.004
Haematologisch bloedonderzoek	44.172	48.072	59.556	53.437	45.913	38.496	38.124	42.698	38.998	34.208
Serologisch bloedonderzoek	10.329	8.724	8.554	7.329	5.518	4.866	5.335	6.647	7.857	6.541
Urine-/faeces onderzoek	2.212	2.524	4.137	3.569	3.328	2.918	2.559	2.749	2.162	2.139
Bacteriologisch onderzoek	1.256	2.172	1.845	2.558	2.508	2.614	2.445	2.969	2.688	2.240
Subtotaal	104.125	110.600	125.876	113.452	96.843	84.502	85.776	95.267	90.503	80.132
Radiologisch onderzoek	10.424	10.528	14.702	14.401	13.797	13.898	13.676	14.028	14.459	13.374
ECG	—	2.524	2.170	2.170	2.079	1.976	1.955	2.142	2.028	2.000
Pathologisch anatomie	2.832	3.580	4.671	5.037	5.088	5.212	5.680	6.052	5.563	5.137
Subtotaal	13.256	16.632	21.543	21.608	20.964	21.046	21.321	22.222	22.050	20.511
Totaal	117.381	127.232	147.410	135.060	117.807	105.548	107.097	117.489	112.553	100.643

Tabel 4. Afname bepalingen

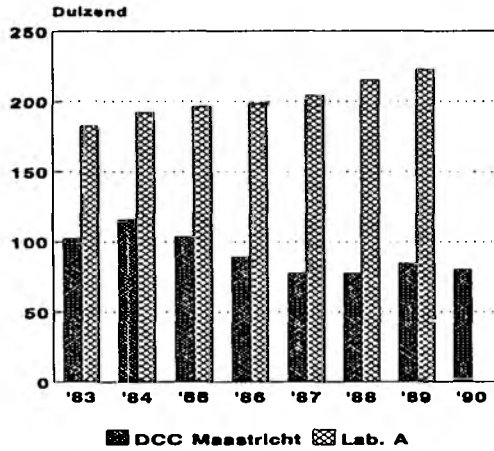
Bepalingen	aantal bepalingen		daling %
	1984	1988	
Ureum	2.883	155	95
Rose	1.188	270	77
Latex	1.133	267	76
BSE	13.749	10.047	27
Haemoglobine	12.293	7.835	36
Leucocyten	11.753	7.210	39
Differentiatie	11.320	6.047	47
Bloedsuiker	8.224	6.843	17
Kreatinine	5.370	4.472	17
Alk. fosfatase	5.347	2.866	47
γ GTP	6.136	4.061	34
SGOT	2.207	1.516	31
SGPT	5.545	3.170	43

In tabel 4 ziet u een drastische daling van bijvoorbeeld het aantal aangevraagde ureumbepalingen en de serologische reumatests rose en latex, hetgeen nauwelijks anders geïnterpreteerd kan worden, dan als een verandering in het aanvraaggedrag van de huisarts als reactie op gegeven adviezen in de feedback.

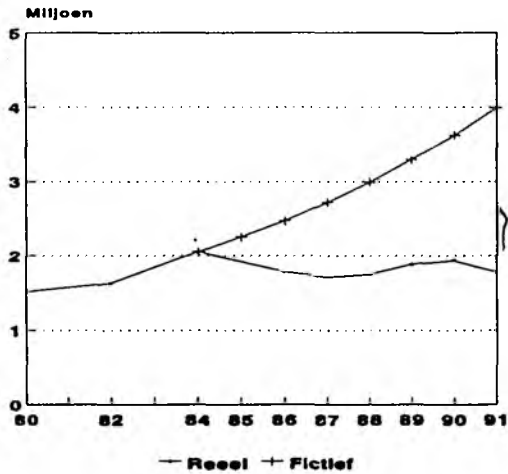
Tevens hebben we gekeken naar veranderingen over de jaren heen in aantallen aangevraagde verrichtingen in het DCC Maastricht en een hiermee vergelijkbaar huisartslaboratorium elders in het land. Hiervoor kwamen 46 diagnostische tests in aanmerking.

In figuur 1 ziet u de reeds gemelde daling in aantallen verrichtingen in Maastricht ~~per 1.000 patiënten~~ per jaar, terwijl elders sprake is van een geleidelijke toename hiervan. Landelijk neemt het aantal laboratoriumverrichtingen van de huisartsen ongeveer met 6% per jaar toe. In de figuur is eveneens zichtbaar dat er elders vanaf 1983 ~~per 1.000 patiënten~~ reeds meer diagnostisch onderzoek werd aangevraagd.

Figuur 1. **Vergelijking 46 verrichtingen
DCC Maastricht versus Lab. A**



Figuur 2. **Kostenontwikkeling 1980-1991**



Wanneer u in figuur 2 de kostenontwikkeling in de jaren 1980-1991 in miljoenen guldens per jaar bekijkt, dan ziet u ten aanzien van het reële verloop van de kosten een afname vanaf 1985 (het jaar waarin de feedback startte) en ten aanzien van de fictieve kosten een duidelijke toename, aangenomen dat de stijging van kosten in de jaren 1980-1984 zich onveranderd zou hebben voortgezet in de periode erna.

Een aardig plaatje is tabel 5, waarin u kunt zien hoe de kosten percentagegewijs verdeeld zijn over de verschillende categorieën onderzoek.

Tabel 5. - Kosten (in milj. gld.) per categorie verrichtingen
(in %) 1980 t/m 1991
- Feedback vanaf 1985

	1980	1982	1984	1986	1987	1988	1989	1990	1991
Haematologie	5	6	6	5	4	4	4	4	4
Bloedchemie	31	31	27	22	20	22	23	23	24
Serologie	4	5	4	3	3	3	4	6	5
Faeces/urine	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Bacteriologie	2	3	2	4	4	2	4	4	3
Radiologie	49	47	52	55	56	54	52	52	53
PA	8	8	8	11	12	12	12	11	11
Totaal	1.52	1.63	2.05	1.79	1.71	1.75	1.88	1.93	1.78

Radiologisch onderzoek omvat ongeveer 50% van de totale kosten. In wetenschappelijk onderzoek van de laatste jaren is met name aan feedback ten aanzien van dit onderzoek aandacht besteed. Gegevens uit dit onderzoek worden momenteel bewerkt.

De door mij geschetste feedback vindt plaats enige tijd nadat de diagnostiek heeft plaatsgevonden en we hebben ons afgevraagd op welke wijze het mogelijk zou zijn om deze feedback met het gewenste effect te geven op het moment dat diagnostisch onderzoek door de huisarts wordt aangevraagd.

Voor het doel van deze directe feedback wordt in het kader van een Europees project een kennissysteem ontwikkeld, waarin o.a. gegevens over werkafspraken, protocollen, diagnostische tests en medische besliskunde verwerkt zijn.

Bij deze geautomatiseerde aanvraag- en feedbackprocedure verschijnt het aanvraagformulier op het computerscherm van de huisarts. Hierop tikt de huisarts in, zoals ook gebruikelijk in het systeem van dit moment, de medische patiëntgegevens en de gewenste diagnostische onderzoeken. Het kennissysteem reageert hierop zonodig met kanttekeningen van diverse aard. De huisarts kan vervolgens óf de gegeven adviezen opvolgen, al dan niet na raadpleging van hulpprogramma's óf kan de diagnostische aanvraag ongewijzigd laten, met eventuele vermelding van de redenen. Via extra-functies kan de huisarts informatie krijgen over incidentie van ziektebeelden in de huisartspraktijk, de voorspellende waarde van klachten/symptomen ten aanzien van omschreven ziektebeelden, de medisch beslistkundige karakteristieken en de kosten van tests, de interpretatie van testuitslagen enz. Via een rekenprogramma kunnen in het kader van de keuze van diagnostische tests o.a. posttest-kansen worden berekend. Het systeem wordt zodanig gebruikersvriendelijk ontworpen, dat de huisarts tijdens drukke spreekuren op interventies van het kennissysteem kan responderen zonder veel tijdverlies. Na het spreekuur kan de huisarts desgewenst gegeven commentaar e.d. opnieuw oproepen en kritisch bekijken aan de hand van gegevens uit diverse hulpprogramma's.

Ik denk met deze beschrijving van de feedback aan de huisarts voor u aangetoond te hebben, dat het met activiteiten als deze feedback via het DCC mogelijk is diagnostiek op meer rationele basis te doen plaatsvinden en de onkostennota voor de gezondheidszorg af te slanken. Maastricht is aan de lijn!

Ad 3. Een ander voorbeeld van een de huisarts ondersteunende activiteit is het fenomeen van de consultatie. We onderscheiden verschillende vormen:

- a. De telefonische consultatie.
- b. De consultatie in de spreekkamer van de huisarts.
- c. De consultatie aan het ziekbed van de patiënt in de thuissituatie.
- d. De consultatie in het ziekenhuis.

Drie vormen van consultatie waarbij de huisarts de specialist om advies vraagt en één type consultatie waarbij de specialist de huisarts verzoekt zijn patiënt ten aanzien van omschreven problemen in het ziekenhuis te willen bekijken. Bij ieder van deze consultaties wil ik kort met u stilstaan.

a. **De telefonische consultatie** is een gestructureerd overleg van huisarts en specialist waarvan de karakteristieken als volgt kunnen worden weergegeven:

- . een op verzoek van de huisarts vastgesteld tijdstip van overleg, waarbij rekening gehouden wordt met eventuele bezigheden van de specialist op dat moment (operatie, spreekuur e.d.);
- . aanwezigheid van voor het overleg relevante laboratoriumuitslagen en documenten zoals ECG en röntgenfoto;
- . een formulier voor verslaglegging, bestemd voor de huisarts, de consultatiegevend specialist en voor evaluatiedoelinden.

De praktijk leert dat slechts een beperkt aantal huisartsen met enige regelmaat van deze gestructureerde consultatie gebruik maakt. Vaak vindt telefonisch overleg huisarts-specialist plaats op een willekeurig moment van de dag waarbij de omstandigheden voor een goede consultatie minder optimaal zijn (tijdsfactor, geen vóórinformatie specialist, geen verslaglegging e.d.).

Uit nadere analyse blijkt dat er gesproken kan worden van onderscheiden typen telefonische consultatie: een consultatie waarbij de huisarts tijdens zijn spreekuur behoefte heeft aan de beantwoording van een eenvoudige vraagstelling door de specialist; de huisarts neemt hiervoor op dat moment contact op met de specialist. En de consultatie betreffende ingewikkelder problematiek, waarbij de huisarts kiest voor de gestructureerde vorm van telefonische consultatie. Van deze laatste vorm van consultatie wordt, zoals aangestipt, weinig gebruik gemaakt door de huisarts, waardoor nogal eens patiënten met in een telefonisch contact eenvoudig te beantwoorden vragen het spreekuur van de specialist bezoeken.

De resultaten van \pm 700 door de internist gegeven consultaties kunnen deze stellingname onderschrijven: uit tabel 6 kunt u aflezen dat slechts in 15% van de gevallen door de specialist verwijzing naar polikliniek of kliniek geadviseerd werd. 85% van de patiënten, waarvoor consultatie plaatsvond, bleven in principe onder behandeling en controle van de huisarts.

Tabel 6. Resultaat consultaties

	n	%
Advies huisarts	367	52
Aanvullend onderzoek door huisarts	233	33
Verwijzing polikliniek	87	13
Verwijzing kliniek	14	2
Totaal	701	100

Wanneer in de genoemde serie van 700 consultaties gekeken wordt naar de vraagstellingen van de huisarts, dan ziet u in tabel 7 dat ongeveer 25% van deze internistische consultaties de interpretatie van levertests tot inhoud heeft. Het betreft hier meestal licht afwijkende levertests, voorkomend bij leverafwijkingen zoals een steatosis hepatis (vervetting van de lever). Gezien het frequent voorkomen van deze voor de huisarts kennelijk minder vertrouwde pathologie, kan in de nascholing voor de huisarts hieraan aandacht worden besteed. De gestructureerde telefonische consultatie verdient als een goede vorm van intercollegiaal overleg meer aandacht van huisarts en specialist. In de opleiding dient training in deze gespreksvorm plaats te vinden. Dat hiervoor met name niet-snijdende specialismen zoals Interne Geneeskunde, Kindergeneeskunde, Neurologie, Cardiologie en Pulmonologie in aanmerking komen zal duidelijk zijn.

Tabel 7. Onderwerpen consultaties

Onderwerp consultaties	n	%
Interpretatie levertests	171	24
Buikklachten + laboratoriumonderzoek	104	15
Algemene malaise + laboratoriumonderzoek	85	12
Haematologisch onderzoek	66	9
Röntgenonderzoek/endoscopie	45	6
Schildklierdiagnostiek	36	5
Bot/gewrichtsproblematiek	29	4
Algemeen laboratoriumonderzoek	21	3
Infectieziekten/lymfeklieren	20	3
Diabetes Mellitus	20	3
Nier/electrolyten	18	3
Vetstofwisseling	15	2
Endocrinologie (minus schildklier+D.M.)	14	2
Hart/bloeddruk/ECG	14	2
Algemene klachten + laboratoriumonderzoek	11	2
Longproblematiek	4	1
Diversen	28	4
Totaal	701	100

- b. Voor het gezamenlijk consult huisarts-specialist in de spreekkamer van de huisarts lenen zich met name specialisten waarbij technische vaardigheden een belangrijke rol in het diagnostisch proces spelen. Hierbij kan gedacht worden aan Oogheekunde, Keel- Neus- en Oorheekunde en Orthopaedie. Wanneer de huisarts eenvoudige oogheekundig diagnostische technieken beheerst kan dit een ontlasting voor de oogarts betekenen, die voor het moment geconfronteerd wordt met overvolle spreekuren van zowel nieuwe- als controle-patiënten.

Vanuit de beroepsopleiding tot huisarts van de vakgroep Huisartsgeneeskunde (prof. van Ree) werd in samenwerking met de vakgroep Oogheekunde (prof. Lamers) een onderwijsprogramma ontwikkeld gericht op huisartsen in de regio, met als doelstellingen:

- . huisartsen die basale kennis/kunde bij te brengen die in de huisartsgeneeskundige situatie verwacht mag worden;
- . een meer gericht verwijsbeleid, zorgdragend voor een evenwichtiger en juistere verhouding van de zorgverlening tussen huisartsen en oogartsen.

De huisarts collega Baggen, zeer ervaren op huisarts-oogheelkundig terrein, functioneerde als consulent voor veertien praktijken, hierin inhoudelijk ondersteund door de oogarts. Diagnostische hulpmiddelen waren o.a. spleetlamp, oogspiegel, tonometer en brillendoos. De praktijken werden tien maanden wekelijks, vervolgens vier maanden maandelijks bezocht. Uitgebreide registratie heeft plaatsgevonden.

Enkele gegevens uit het voorlopige onderzoeksverslag:

- . aanzienlijk groter aantal oogproblemen wordt ontdekt naar mate de huisarts deskundiger is;
- . contacten op meer professioneel niveau met de oogartsen;
- . negentig procent van de oogproblemen wordt in eenmalig consult afgehandeld;
- . veertien procent minder verwijzingen naar de oogarts;
- . meer en snellere terugverwijzingen door de oogarts;
- . grote tevredenheid van patiënten met deze organisatievorm van hulpverlening voor oogheelkundige problematiek.

In de setting van een wetenschappelijk onderzoek is ervaring opgedaan met het gezamenlijk consult huisarts-orthopaedisch chirurg in de huisartspraktijk. Redenen voor de keuze van het specialisme Orthopaedie ten aanzien van dit onderzoek kunnen gezocht worden in het grote aantal patiënten dat met klachten van het bewegingsapparaat het spreekuur van de huisarts bezoekt, overdiagnostiek betreffende radiologisch onderzoek van wervelkolom en gewrichten en frequent plaatsvindende verwijzingen naar de fysiotherapeut.

In samenwerking DCC en de vakgroep Huisartsgeneeskunde wordt onderzoek van dit gezamenlijk consult uitgevoerd in spreekuursettingen van twaalf huisartsen (verdeeld in vier groepen) en een orthopaedisch chirurg van azM (collega van Ooij) voor patiënten met klachten van het bewegingsapparaat.

Doelstelling van onderzoek: adequate behandeling ten aanzien van problemen van het bewegingsapparaat, waarbij de huisarts alleen niet tot een voor hem en de patiënt bevredigende diagnose komt, terwijl verwijzing naar de orthopaedisch chirurg niet nodig geacht wordt; met als gevolg:

- . vermindering van het aantal onnodige verwijzingen, derhalve een doelmatiger verwijsgedrag;
- . door toename van kennis, vaardigheden en wederzijds vertrouwen meer adequaat en doelmatig hanteren van verrichtingen en verwijzingen in het algemeen.

Enkele resultaten van dit onderzoek:

- . Huisartsen in de regio zijn van mening dat ongeveer de helft van de normaliter naar de polikliniek Orthopaedie verwezen patiënten in aanmerking komt voor gezamenlijke consulten. Blijkens de resultaten van het onderzoek zou een groot deel van deze patiënten niet verwezen behoeven te worden.
- . Gezamenlijk consultspreekuren zijn voor huisarts en orthopaedisch chirurg organisatorisch goed uitvoerbaar.
- . Gezamenlijk consultspreekuren dragen in belangrijke mate bij aan een gericht en doelmatiger verwijsbeleid van de huisarts.
- . Het patiëntenaanbod voor gezamenlijk consult daalde in de huisartspraktijken opvallend na anderhalf jaar deelname; waarschijnlijk als gevolg van het bij deze werkwijze optredend nascholings-effect.

De resultaten van dit onderzoek worden door de huisarts collega Vierhout begin 1993 in de vorm van een proefschrift gepubliceerd.

c. **Het gezamenlijk consult aan het ziekbed van de patiënt** lijkt zinvol voor omschreven typen patiënten. Hierbij kan gedacht worden aan:

- . Patiënten in het eindstadium van een maligne aandoening.
- . Patiënten met een ernstig chronische aandoening waardoor bedlegerigheid is ingetreden (multipale sclerose, reuma, CARA, CVA).

- . Geriatrische patiënten met klachten en symptomen, waarvoor opname in het ziekenhuis overwogen wordt, zonder dat er sprake is van acute pathologie waarvoor diagnostisch onderzoek in het ziekenhuis geïndiceerd is en een therapeutisch ingrijpen noodzakelijk.

In het overleg tussen huisarts en specialist kunnen vragen worden beantwoord zoals:

- . Is het medisch gezien noodzakelijk dat deze patiënt in het ziekenhuis wordt opgenomen?
- . Kan met behulp van Kruiswerk en Mantelzorg de bejaarde patiënt op een voor hem prettige wijze in de vertrouwde thuissituatie verzorgd worden?
- . Is het zinvol dat de specialist ook voor verdere controle de patiënt thuis bezoekt?

Wanneer van deze vorm van samenwerking huisarts- specialist meer gebruik gemaakt wordt, kan voorkomen worden dat patiënten onnodig en gedurende lange tijd in het ziekenhuis worden opgenomen, waar diagnostiek en therapie nogal eens worden bedreven zonder voldoende beantwoording van de vraag of van medisch zinvol handelen nog sprake is. Jaren geleden werd tussen huisarts en specialist ten aanzien van deze vorm van consultatie overeenstemming bereikt. Door onvoldoende medewerking van de ziektekostenverzekeraar kon deze consultatie tot dusver niet zoals gepland worden gerealiseerd.

- d. Bij de behandeling in het ziekenhuis van omschreven categorieën patiënten bestaat behoefte aan intensief overleg tussen huisarts en specialist. Dit betreft niet de 35-jarige patiënt met de ziekte van Hodgkin, die met chemotherapie dient behandeld te worden. Ook niet een 65-jarige gezonde patiënt die met een femurfractuur in het ziekenhuis opgenomen wordt. Wel de 52-jarige chronisch alcoholist die voor de achtste maal in deplorabele conditie wordt opgenomen en zijn verslaving niet meester wordt; evenals de 88-jarige al geruime tijd bedlegerige demente vrouw met een therapieresistente decompensatio cordis. Ook bij deze patiënten dient medisch

zinnig gehandeld te worden, waarbij het afzien van diagnostiek en therapie en snelle terugplaatsing met aanvullende zorg van Kruis- en Maatschappelijk Werk vaak de voor patiënt beste oplossing is. De inbreng van de huisarts met zijn kennis van de somatische, psychische en sociale achtergronden van de patiënt is hier onmisbaar om adequate beslissingen te nemen. De huisarts dient in zijn praktijkvoering tijd vrij te maken voor bezoek aan het ziekenhuis wanneer hij de kwalificatie van zijn beroepswerkzaamheden als continue, persoonlijke en integrale zorg in ere wil blijven houden.

Andere activiteiten van de huisarts in het ziekenhuis kunnen bestaan uit het op verzoek van de specialist bezoeken van zijn patiënten in verband met huisartsgeneeskundige problematiek waarvoor als alternatief een specialistisch consult gevraagd wordt.

Een passende honorering dient voor dit consultatieve werk van de huisarts in het ziekenhuis te bestaan.

Verbetering relatie huisarts-specialist

De tweede doelstelling van het Diagnostisch Centrum luidt als volgt: Het verbeteren van de communicatie en de samenwerking tussen huisarts en specialist.

Door alle activiteiten van het DCC loopt deze doelstelling als een rode draad heen. Kan van de Nederlandse gezondheidszorg gezegd worden dat deze zorg in het algemeen van uitstekende kwaliteit is, dan is echter in deze sterke keten van de zorg de communicatie en samenwerking huisarts-specialist een zwakke schakel. En aangezien de sterkte van de keten bepaald wordt door de zwakste schakel, lijkt versteviging hiervan wenselijk.

De tegenstellingen huisarts-specialist zijn bekend: grote verschillen in organisatiestructuur, cultuur, ideologie en financiële mogelijkheden. Enigszins karikaturaal: de specialist als heer en meester in de tempel van de geneeskunde, waar overigens niet

alles goud is wat er blinkt en de huisarts in de hem zelf opgelegde rol als calimero. De cliënt, slecht voorgelicht, is niet mondig en eist zijn rechten op!

Medicalisering van schijnproblemen en somatische fixatie zijn nogal eens de wrange vruchten die menig patiënt toebedeeld krijgt uit de hoorn des overvloeds van de tweede lijn.

Geïnspireerd door o.a. de sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg geeft de regering richting aan het verkeer eerste-tweede lijn: terug naar de huisarts. De huisarts dreigt overbelast te worden. De NHG laat een regen van standaarden op de huisartsen neerkomen: aan consensus lijkt alle energie besteed, aan de implementatie wordt weinig aandacht gegeven. De laatste jaren zijn er in de huisartsgeneeskunde meer activiteiten ontwikkeld dan ooit: PAOH, WDH-SDH, BOH, een zich uitbreidend takenpakket voor de huisarts.

Wanneer ten aanzien van dit laatste punt een jaargang Medisch Contact bekeken wordt op extra taken en activiteiten die de huisarts zich zelf toebedeelt dan wel hem toebedacht worden door andere zorgverleners, dan kan men zich afvragen in hoeverre een goede invulling hiervan mogelijk is, gezien de aanzienlijke tijsinvestering. Een willekeurige greep:

- meer zorg voor chronisch zieken;
- thuiszorg en de rol van de huisarts;
- toetsen in de huisartspraktijk;
- patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk;
- huisarts moet meer doen aan oogheelkunde;
- spoedhulp: waar is de huisarts? }
- samenwerking tussen huisarts en alternatieve therapeuten;
- management van cardiovasculaire risicofactoren in de huisartspraktijk;
- vrouwenhulpverlening in de huisartspraktijk;
- preventie door de huisarts;
- na-controle van patiënten met een mammacarcinoom door de huisarts;
- kleine chirurgie in de huisartspraktijk;
- computerondersteunende praktijkvoering van de huisarts;

- voorlichting aan de patiënt kan beter;
- laboratoriumdiagnostiek in de huisartspraktijk.

Dat de huisarts al deze taken niet aan zijn uitgebreid pakket zal kunnen toevoegen zal duidelijk zijn. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden. De huisarts zal in een aantal taken ondersteund moeten worden. In gedachtenwisselingen over deze thematiek binnen werkgroepen en projectgroepen, waaraan het DCC, de vakgroep Huisartsgeneeskunde, huisartsen, specialisten, Kruiswerk enz. participeren, neemt een aantal ideeën vaster vorm aan:

- De huisarts dient zich meer te bekwamen in technische vaardigheden voor onderzoek van frequent in de huisartspraktijk voorkomende ziektebeelden op terreinen zoals oogheelkunde en orthopaedie, dan zorg te dragen voor aanschaf van technische apparatuur in de huisartspraktijk (Doppler, echo enz.). Het door de huisarts beheersen van technische vaardigheden op bijvoorbeeld oogheelkundig terrein betekent minder verwijzingen naar de oogarts waardoor bestaande wachttijdproblematiek ten aanzien van poliklinische patiënten verlicht kan worden. Het goed beheersen van technische vaardigheden ten aanzien van het bewegingsapparaat betekent minder routinematig radiologisch onderzoek van wervelkolom en gewrichten, minder verwijzingen naar de fysiotherapeut en gericht verwijzen naar het spreekuur van de orthopaed. Onderzoek met behulp van technische apparatuur kan op aanvraag van de huisarts in het ziekenhuis worden verricht, waar meer geavanceerde apparatuur en expertise aanwezig zijn.
- De huisarts kan in een aantal activiteiten ondersteund worden door speciaal getrainde medewerkers. Hierbij kan gedacht worden aan verpleegkundigen met omschreven taken ten aanzien van de begeleiding van patiënten met een diabetes mellitus type II, omschreven technische verrichtingen in de thuiszorg zoals infuustherapie bij bepaalde typen patiënten, behandeling van open been enz.
- De huisarts dient meer gebruik te maken van de specialist in zijn rol als consulent. Een uitvoerige schets hiervan heb ik u al gegeven.

- In het overleg van vertegenwoordigers van huisartsgroepen en specialistische vakgroepen kunnen afspraken gemaakt worden ten aanzien van onderscheiden taken in de behandeling en controle van patiënten met CARA, ernstig reumatische aandoeningen, maligne ziekten enz. Ten aanzien van de zorg van de individuele patiënt kan in onderling overleg beslist worden wie welke taken op zich neemt.
- De huisarts kan in zijn activiteiten ondersteund worden door gebruikersvriendelijke computerprogrammatuur. Hierbij kan gedacht worden aan taken van preventie, medicatiebewaking, communicatie met de tweede lijn. Het groepsgewijs automatiseren van huisartspraktijken met ruime ondersteuning door deskundigen op dit terrein dient gepland te worden.

Het DCC kan via uitbreiding van reeds bestaande activiteiten de huisartsen ondersteunen in de realisering van omschreven ideeën. Voor het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist wordt de basis gelegd in bijeenkomsten van huisartsen en specialisten met verschillende uitgangspunten:

- In door de Stuurgroep Eerste-Tweede Lijn georganiseerde meerdaagse Ardennenbijeenkomsten stonden aanvankelijk oriëntaties ten aanzien van elkaars opvattingen en werkwijze centraal. In later jaren werden op basis van gevoerde discussies werkafspraken gemaakt; de laatste bijeenkomst was gewijd aan het thema "Toetsing huisarts-specialist".
- Vanuit de Stafraad DCC vindt jaarlijks een viertal bijeenkomsten plaats van vertegenwoordigers van huisartsgroepen en leden van telkens één) specialistische vakgroep. Organisatorische problemen in het verkeer huisarts-specialist worden besproken op grond van een uitvoerige schriftelijke inventarisatie van knelpunten.
- Op initiatief van de Stuurgroep Eerste-Tweede Lijn zijn contacten ontstaan tussen huisartsgroepen en specialistische vakgroepen, waarbij vakinhoudelijke zaken besproken worden.

Deze bijeenkomsten hebben onder meer als resultaat opgeleverd: procedures voor een betere bereikbaarheid van huisarts en specialist; verbetering in de berichtgeving; richtlijnen voor intercollegiaal specialistische verwijzingen; faciliteiten voor de huisarts bij bezoek aan het ziekenhuis; een gestructureerde brief bij de poliklinische verwijzing van patiënten door de huisarts; een Klapper Eerste-Tweede Lijn met o.a. werkafspraken.

Ontwikkeling gezondheidszorgactiviteiten

Doelstelling 3 kan als volgt worden gedefinieerd: Het bevorderen en eventueel mede uitvoeren van gezondheidszorgactiviteiten in het kader van de ontwikkeling van de gezondheidszorg op het grensgebied eerste en tweede lijn alsmede het fungeren als thuisbasis voor genoemde gezondheidszorgactiviteiten.

Enkele voorbeelden van hieruit afgeleide activiteiten:

1. De zorg voor de geriatrie patiënt.
2. De thuiszorg met technische hulpmiddelen.

Ad 1. Mede op initiatief van het DCC is de zorg voor de geriatrie patiënt, gedefinieerd als een bejaarde patiënt in een wankel evenwicht door complexe problematiek van somatische, psychische en/of sociale aard, meer aangepast aan de behoefte. Naast multipole pathologie is er veelal sprake van functionele beperkingen en handicaps. Onderzoek en behandeling zijn vaak in beperkte mate mogelijk door de geringe belastbaarheid van de patiënt.

De huisarts is naar de opvattingen van de destijds voor de organisatie van deze zorg in het leven geroepen werkgroep de centrale figuur in deze zorg en de internist-geriater de directe contactpersoon voor de huisarts. Aan consultatie in de thuissituatie bestaat van de zijde van patiënt, verzorgers en huisarts vaak behoefte, gezien het feit dat in de vertrouwde thuissituatie de patiënt zo min mogelijk wordt belast. Deze consultatie kan

eenmalig zijn of van langere duur in verband met specialistische behandeling en controle.

Tot de voordelen van deze vorm van consultatie kunnen gerekend worden het patiëntvriendelijke karakter, de mogelijkheid de patiënt te observeren in een vertrouwde omgeving en de directe communicatiemogelijkheid met verzorgers en huisarts. Ten aanzien van deze thuisconsultatie kunnen het ontbreken van faciliteiten voor verder onderzoek en het sterke tijdsbeslag tot de nadelen worden gerekend.

In een zorgvuldig vooroverleg tussen huisarts en specialist kunnen deze zaken tegen elkaar worden afgewogen. In een aantal gevallen zal voor deze thuisconsultatie worden gekozen en een opname in het ziekenhuis kunnen worden voorkomen.

Ad 2. Recent werd een rapport uitgebracht over enkele grote thuiszorgprojecten in Amsterdam, Groningen en Zeeland-West Brabant. Uit de analyses van de verrichtingen in de thuiszorg komt naar voren, dat technologie nauwelijks gebruikt wordt. Als mogelijke oorzaken hiervoor kunnen aangemerkt worden:

- de mening van hulpverleners uit de tweede lijn, dat slechts in het ziekenhuis en hiermee vergelijkbare intramurale instellingen optimaal gebruik gemaakt kan worden van technische hulpmiddelen en dat ontslag uit het ziekenhuis pas dan mogelijk is, wanneer in de thuissituatie met eenvoudige hulp volstaan kan worden;
- het ontbreken van kennis en vaardigheden met betrekking tot technologie in de thuiszorg bij huisarts en Kruiswerk;
- het ontbreken van protocollen en richtlijnen voor gebruik van technologie in de thuiszorg;
- de geringe samenwerking tussen hulpverleners in de thuiszorg en het ziekenhuis.

Vanuit de samenwerking DCC-vakgroep Huisartsgeneeskunde start in Maastricht het project Thuiszorg en technologie. De toepassing van infuustherapie staat hierbij centraal.

De vraagstelling van dit onderzoek: aan welke voorwaarden moet voldaan worden om deze therapie succesvol in de thuissituatie toe te passen?

Bij dit onderzoek betrokken patiënten zullen tot omschreven categorieën gerekend kunnen worden. Indicaties voor behandeling met infusen in de thuissituatie zullen voor de individuele patiënt zowel vanuit het ziekenhuis als vanuit de huisartspraktijk gesteld worden. In de gedachtenvorming rond dit project komt o.a. het volgende naar voren:

- Op grond van omschreven criteria zal in het overleg huisarts-vakspecialist bekeken worden of een individuele patiënt in aanmerking komt voor deze therapie in de thuissituatie.
- De voorbereiding voor deze therapie in de thuissituatie (diagnostiek, infuusschema, te controleren parameters, aanleggen infuus e.d.) zal naar alle waarschijnlijkheid het beste in het ziekenhuis kunnen plaatsvinden.
- Een speciaal hiervoor opgeleide verpleegkundige zal mogelijk in de thuissituatie de meest aangewezen persoon zijn om de noodzakelijke technische handelingen uit te voeren, controles te verrichten en op afroep beschikbaar te zijn voor problemen. Gezien de naar alle waarschijnlijkheid geringe frequentie van deze therapie per huisartspraktijk zal de huisarts te weinig ervaring met deze therapie kunnen verkrijgen om zelf deze rol te kunnen vervullen. Afgezien hiervan komt de vraag naar voren of het voor de huisarts, gezien de praktijksituatie, mogelijk is deze werkzaamheden te verrichten.
- De organisatie van deze vorm van thuiszorg zal waarschijnlijk in het ziekenhuis het meest op zijn plaats zijn, gezien de aanwezigheid aldaar van hiervoor benodigde mankracht en materiële middelen.

Wanneer op deze wijze uitvoering kan gegeven worden aan infuustherapie in de thuissituatie, dan zal de huisarts hierbij altijd betrokken zijn zonder dat er sprake is van een te grote belasting ten aanzien van organisatie en uitvoering.

Wetenschappelijk onderzoek

Vervolgens uw aandacht voor doelstelling 4: Het stimuleren, initiëren en mede uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek gericht op vraagstellingen met betrekking tot de relatie eerste-tweedelijns gezondheidszorg.

Het door het DCC verricht wetenschappelijk onderzoek kan onderscheiden worden in projecten met aspecten van gezondheidszorgontwikkeling, projecten waarin de evaluatie van diagnostiek van in de huisartspraktijk frequent voorkomende klachten/symptomen/ziektebeelden op de voorgrond staat en projecten waarbij de evaluatie van de samenwerking huisarts-specialist ten aanzien van omschreven gezondheidszorg-problematiek centraal staat.

Voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek zijn aan het DCC toegevoegd twee huisartsen (met opleiding tot wetenschappelijk onderzoeker), medewerkers voor automatische gegevensverwerking en secretariële ondersteuning.

In het kader van uitvoering van wetenschappelijke projecten wordt samengewerkt met de vakgroepen Huisartsgeneeskunde, Epidemiologie, Economie van de Gezondheidszorg, Medische Informatica en Statistiek en met de werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde.

Naast vrijwel dagelijks plaatsvindende analyses van het diagnostisch handelen van de huisarts, aanleiding tot persoonlijke feedback aan de huisarts en artikelen in *The Practitioner* worden diverse projecten uitgevoerd:

- Diagnostiek van urineweginfecties in de huisartspraktijk.
- De voorspellende waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek bij bloedverlies per anum in de huisartspraktijk.
- De voorspellende waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek bij niet-acute buikklachten in de huisartspraktijk.
- Het effect van persoonlijke feedback op het aanvraagdrag van huisartsen inzake laboratoriumtests.

- Gezamenlijk consult huisarts-specialist in de huisartspraktijk; effecten voor patiënt, huisarts, specialist en gezondheidszorg.
- Een databank geïntegreerd in het Huisarts Informatie Systeem ten behoeve van naslag en beslissingsondersteuning bij de aanvraag van diagnostisch onderzoek door de huisarts.
- Voorwaarden voor implementatie van Technologie in de Thuiszorg.

Op korte termijn zal een vijftal onderzoekers in het kader van verricht onderzoek binnen deze projecten promoveren; een dertigtal publikaties is inmiddels verschenen.

Enkele nieuwe projecten zijn in voorbereiding:

- De effecten van gestructureerde telefonische consultaties op het verwijsgedrag van de huisarts.
- Beleidsmatige consequenties van door de huisarts aangevraagd radiologisch onderzoek van wervelkolom en gewrichten.
- Effecten van door huisartsen in eigen beheer verrichte diagnostiek. Een scenariostudie met betrekking tot rationaliteit en kostenontwikkeling.
- Interactieve feedback en reminders. De effecten van een directe interventie in de aanvraag van aanvullend onderzoek.
- De waarde van aanvullend diagnostisch onderzoek door de huisarts: diafanoscopie, longfunctie-onderzoek, fundusfoto, echografie kleine bekken e.d.

Onderwijs

Tenslotte doelstelling 5: Het geven van onderwijs o.a. met behulp van gegevens voortkomend uit analyses van diverse activiteiten van het DCC.

Tijdens patiëntbesprekingen met co-assistenten en assistenten in opleiding tot internist is het opvallend, dat principes van medische besliskunde door hen nauwelijks worden gehanteerd in de patiëntenzorg van iedere dag. Met name komt dit duidelijk naar voren bij de aanvraag van diagnostisch onderzoek:

- Bij een 25-jarige vrouw met atypische borstpijn stelt de co-assistent voor een ECG te maken. Commentaar: de pretest-kans bij deze patiënte op een coronairsclerose is minimaal en het ECG is ten aanzien van deze diagnose een weinig sensitief en specifiek onderzoek. Er bestaat derhalve geen indicatie voor de aanvraag van een ECG. Reactie van de co-assistent: patiënten vragen vaak om dit onderzoek omdat ze bang zijn voor een hartafwijking.
- Bij een 18-jarige jongeman met typische recidief UD-klachten wordt door de assistent-internist in opleiding een gastroscopie aangevraagd. Commentaar: de pretest-kans op een UD is zo hoog, dat door endoscopisch onderzoek de posttest-kans nauwelijks significant kan worden verhoogd. Endoscopisch onderzoek lijkt derhalve overbodig. Bovendien is dit onderzoek nogal belastend voor de patiënt en kost ± f 400.-. Reactie van de assistent: is dat onderzoek zo duur?
- Bij een 65-jarige man met een ziektegeschiedenis suspect voor een pancreascarcinoom, wordt door de assistent in opleiding in de eerste fase van analyse oriënterend onderzoek aangevraagd en vervolgens een CT-scan gepland.
 Commentaar: het oriënterend onderzoek is zo weinig sensitief ten aanzien van de diagnosestelling pancreascarcinoom, dat de kans op een fout-negatieve uitslag erg hoog is.
 Om deze reden kan oriënterend onderzoek achterwege blijven en kan direct een CT-scan worden aangevraagd. Reactie van de assistent: o, ja!? (achterliggende gedachte: nu begin ik met eenvoudig en goedkoop onderzoek en nou is het weer niet goed!).

In de opleiding tot basisarts wordt onderwijs gegeven ten aanzien van de principes van medische besliskunde, in de praktijk kan echter de vertaalslag niet worden gemaakt. Kennis is aanwezig, doch moet in de praktijk op de juiste wijze toegepast worden. Basisvakken dienen met de klinische praktijk te worden geïntegreerd.

Naast andere kanttekeningen wordt ook deze opmerking gemaakt in het eindrapport van de Visitatie-commissie die recent de diverse faculteiten geneeskunde en gezondheidswetenschappen bezocht heeft. De interessante vraag of de huisarts- en specialistopleiders voldoende kennis en ervaring hebben van het nog jonge vak medische beslistkunde om de student in de praktijk hierin voldoende wegwijs te maken, wordt niet gesteld!

Vanuit door het DCC verricht uitgebreide analyses ten aanzien van het diagnostisch handelen van de huisarts zijn gegevens van diverse aard beschikbaar, te gebruiken voor onderwijs in de opleiding tot basisarts en huisarts.

Naast de persoonlijke feedback aan de huisarts kan ook de gestructureerde telefonische consultatie huisarts-specialist als een belangrijke ondersteuning gezien worden ten aanzien van het diagnostisch handelen van de huisarts.

Voor het moment maakt slechts een klein aantal huisartsen met enige regelmaat gebruik van deze vorm van consultatie. Naar alle waarschijnlijkheid zal dit mede berusten op het feit dat deze vorm van overleg nog weinig bekend is, zodat menig huisarts hiermee nog niet veel ervaring heeft opgedaan. Gezien het belang van de rol van de specialist als consulent voor de huisarts in de besproken vormen van consultatie, dient in de opleiding tot huisarts en specialist hieraan aandacht te worden besteed en kan training in deze techniek plaatsvinden.

Samenvatting

Samenvattend enkele karakteristieken van het DCC:

- Het DCC is een instituut, waarin via een veelheid van activiteiten structureel aandacht wordt besteed aan de ondersteuning van huisartsen ten aanzien van o.a. het diagnostisch handelen en aan verbetering van de communicatie en samenwerking tussen huisarts en specialist.

- Een aantal activiteiten van het DCC kan als vernieuwend aangemerkt worden, met name de persoonlijke feedback aan de huisarts, de gestructureerde telefonische consultatie, het gestructureerde gezamenlijk consult huisarts-specialist in de huisartspraktijk, de contacten huisartsgroepen-vakgroepen specialisten, de ontwikkeling van een geautomatiseerd kennissysteem voor de huisarts ten aanzien van de aanvraag van diagnostisch onderzoek.
- In het kader van wetenschappelijk onderzoek zijn intensieve contacten opgebouwd met de vakgroepen Huisartsgeneeskunde, Epidemiologie, Economie van de Gezondheidszorg, Medische Informatica en Statistiek en de werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering Huisartsgeneeskunde.
- Op basis van gegevens van analyses van diverse activiteiten wordt onderwijs en nascholing gegeven aan basisartsen en huisartsen; onderwijs aan studenten t.a.v. de toepassing van medisch besliskundige principes in de praktijk is gepland.
- Vanuit het DCC wordt geparticipeerd in diverse werkgroepen, commissies, overlegorganen, stuurgroepen t.a.v. activiteiten met een transmurale karakter op terreinen van gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.
- Nationaal en internationaal bestaat er belangstelling voor diverse activiteiten van het DCC. In meerdere plaatsen in Nederland wordt bekeken of het mogelijk is over te gaan tot oprichting van een Diagnostisch Centrum met soortgelijke doelstellingen en activiteiten als in Maastricht. In Amersfoort en Helmond werd zulks gerealiseerd.

Tenslotte, met het oog op de transmurale gedachte en met aandacht voor het belang van de wijze van taalgebruik in het verkeer huisarts-specialist en in de relatie arts-patiënt: op voorspraak van het Diagnostisch Centrum ontstaat er aan weerszijden van de muur bij huisarts en specialist inspraak in elkaars besluitvorming, zodat samenspraak ten aanzien van facetten van zorg voor de patiënt leidt tot een evenwichtige afspraak ten aanzien van de uitvoering. Mijn toespraak wil ik hiermee besluiten.

Maastricht was aan de lijn! Ik dank u voor uw aandacht.