

Huisarts en diagnostisch centrum

samenvatting

tekst: G.J. Visser

onderzoekers:

D. van der Grijn, NZI
D. Wijkel, NHI



bibliotheek
otterstraat 118-124
postbus 1568
3500 bn utrecht
tel 030 2729 614/615
fax 030 2729729
bibliotheek@nivel.nl
www.nivel.nl

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 3500 GN Utrecht

Nationaal Ziekenhuis Instituut
Postbus 9697 3506 GR Utrecht

Inhoudsopgave

	pag
1. Inleiding	5
2. Wat is een diagnostisch centrum?	6
3. Onderzoek	8
4. Ziekenhuis Oudenrijn	9
5. Gebruik van de diagnostische voorzieningen	11
6. Verwijzingen naar medisch specialisten	14
7. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten	15
8. Kwaliteit van de huisartsenzorg	17
9. De kosten van het DCO	18
10. Conclusies	19


Nivel
Diploma
110-131
Postbus 1888
3000 CA Utrecht
Tel: 030 524 8141
Fax: 030 524 8141
Diploma@nivel.nl
www.nivel.nl

© Nederlands Huisartsen Instituut
Nationaal Ziekenhuis Instituut, Utrecht, 1982

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publikaties is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

NHI-WO-brochure 82-03

1. Inleiding

Sinds enkele jaren staat het werk van de huisarts volop in de belangstelling. Versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg is het uitgangspunt van het beleid van de overheid, de grondgedachte van veel wetenschappelijk onderzoek en een ideaal dat ook leeft onder de hulpverleners zelf.

Die belangstelling is niet zo verwonderlijk. Met de groei van de specialistische zorg zijn immers ook de kosten van de gezondheidszorg tot ongekende hoogten gestegen. Bovendien heeft het aanvankelijke vertrouwen in de mogelijkheden van de medische technologie plaats gemaakt voor een groeiende twijfel: is de patiënt wel zo gebaat bij de technisch hoogwaardige, maar vaak onpersoonlijke en afstandelijke hulp die hem in ziekenhuizen en poliklinieken wordt geboden?

De remedie ligt voor de hand: maak de hulpverlening door de huisarts zo goed, dat hij patiënten minder vaak naar specialisten hoeft te verwijzen en dat zij minder vaak en minder lang in ziekenhuizen opgenomen hoeven worden.

De traditionele huisartsgeneeskunde is slecht voor deze nieuwe taak uitgerust. Lange tijd heeft er geen opleiding tot huisarts bestaan en ook in de praktijk ontbreekt het huisartsen dikwijls aan voldoende mogelijkheden.

Maar dat verandert. Nu al heeft zo'n twintig procent van de praktizerende huisartsen de beroepsopleiding tot huisarts gevolgd die sedert het begin van de jaren zeventig aan alle medische faculteiten is ingevoerd. Ook in de praktijk krijgt de huisarts

meer en meer ondersteuning. Daarvan getuigen - naast het groeiend aantal samenwerkingsverbanden - de talloze bij- en nascholingscursussen, vaak door ziekenhuizen georganiseerd.

De oprichting van diagnostische centra is een nieuwe poging om de zorg die de huisarts verleent te verbeteren. Het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) hebben in een gezamenlijk onderzoeksproject een antwoord proberen te geven op de vraag hoe huisartsen van deze mogelijkheid gebruik maken. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne verrichtten zij een evaluatieonderzoek rond het Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO), dat sinds 1979 in Utrecht bestaat. In deze brochure worden de belangrijkste resultaten van dit onderzoek samengevat.

2. Wat is een diagnostisch centrum?

Een diagnostisch centrum beschikt over diagnostische voorzieningen waarvan huisartsen op hun verzoek gebruik kunnen maken. Niet noodzakelijk staat de benodigde apparatuur daartoe in één ruimte, of althans onder één dak opgesteld. Ook in dit onderzoek verwijst de term eerder naar een organisatievorm die het huisartsen mogelijk maakt om snel en eenvoudig gebruik te maken van bestaande apparatuur, in dit geval in een ziekenhuis.

Huisartsen kunnen in een diagnostisch centrum onder meer röntgenfoto's en electrocardiogrammen laten maken of laboratoriumonderzoek aanvragen zonder - en dat is beslissend - patiënten daarvoor eerst naar een specialist te verwijzen.

Op deze manier kunnen huisartsen veel meer patiënten

zelf blijven behandelen, zeker als zij ook - in consultatiegesprekken - de gelegenheid krijgen om met specialisten over de uitslagen van diagnostisch onderzoek te overleggen.

In de discussie die in Nederland over de mogelijkheden van diagnostische centra is gevoerd, is overigens niet iedereen zo positief: tegenstanders voorzien dat de huisartsen bedolven zullen raken onder een vloed van niet of nauwelijks te interpreteren resultaten van diagnostisch onderzoek en pleiten ervoor de scheiding tussen huisartsen en specialisten juist zo scherp mogelijk te trekken.

In 1974 adviseerde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid om bij wijze van experiment twee diagnostische centra op te richten en na te gaan welke invloed daarvan zou uitgaan op de gewenste versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Hoewel dat niet strikt als noodzakelijk werd gezien, adviseerde de Raad ook om die centra op te richten binnen de muren van een algemeen ziekenhuis. Op die manier zouden huisartsen en specialisten het best met elkaar kunnen samenwerken.

In 1975 herhaalde de Centrale Raad zijn advies en voegde er de aanbeveling aan toe om het experiment wetenschappelijk te begeleiden.

Drie jaar later, in 1978, wees de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, mevrouw Veder-Smit, twee ziekenhuizen aan als locatie voor een experimenteel diagnostisch centrum: Annadal in Maastricht en Oudenrijn in Utrecht. Tegelijkertijd verzocht zij het NHI en het NZI om het Utrechtse project, het Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO), te evalueren.

Wat betreft Maastricht deed zij een zelfde verzoek aan de Rijksuniversiteit Limburg.

3. Onderzoek

In aansluiting op de discussie over het nut van diagnostische centra kregen de onderzoekers in Utrecht het verzoek om na te gaan:

- in welke mate en op welke manier huisartsen gebruik maken van de diagnostische voorzieningen;
- of zij door het bestaan van het DCO minder patiënten naar medisch specialisten verwijzen;
- hoe de samenwerking tussen huisartsen en specialisten verloopt;
- wat de kwaliteit is van de door de huisartsen verleende zorg en hoe deze door het bestaan van het DCO is veranderd;
- wat de kosten van het centrum zijn voor de gezondheidszorg in zijn geheel.

Om een aantal redenen bleek het onmogelijk om een klassieke effectmeting uit te voeren, met achtereenvolgens een vooronderzoek, het te evalueren experiment en een na-onderzoek. In de eerste plaats was het DCO al enkele maanden in bedrijf toen het onderzoek begon, zodat een voormeting niet meer mogelijk was. Bovendien konden huisartsen ook vóór de opening van het DCO in het ziekenhuis Oudenrijn al röntgen-foto's laten maken. Oudenrijn vormde daarmee geen uitzondering. Ook nu nog - en ook dat is 'storend' voor het onderzoek - kunnen huisartsen behalve bij het DCO ook bij andere ziekenhuizen in de regio Utrecht terecht, niet alleen voor röntgenonderzoek, maar ook voor andere diagnostische verrichtingen. Voor het uitvoeren van laboratoriumon-

derzoek kunnen zij bovendien een beroep doen op een zelfstandig functionerend huisartsenlaboratorium, de Stichting Artsen Laboratorium (SAL).

Biedt het DCO als experiment in deze zin niets nieuws, een effectmeting is nog moeilijker uit te voeren doordat het beleid van ziekenhuizen binnen korte tijd kan veranderen; de relatie tussen eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg is immers voortdurend in beweging.

Om deze redenen is dan ook al vóór het onderzoek goed en wel was begonnen besloten om er de vorm van een procesbeschrijving aan te geven. De resultaten kunnen daardoor niet, als bij een effectmeting, zonder meer aan het DCO worden toegeschreven.

4. Ziekenhuis Oudenrijn

Het algemeen ziekenhuis Oudenrijn ligt in de zuidwesthoek van de stad Utrecht. Hoewel in grootte (270 bedden) een gemiddeld ziekenhuis, beschikt Oudenrijn, gebouwd in 1969, over een vrij grote medische staf en dito polikliniek. Door zijn ligging heeft het ziekenhuis niet alleen een functie voor de stad Utrecht, maar ook voor een groot aantal omliggende gemeenten.



In 1978 diende het ziekenhuis Oudenrijn zijn later gehonoreerde aanvraag in voor een diagnostisch centrum. Dat verzoek past in een hele reeks van activiteiten die het ziekenhuis in de jaren daarvóór had ondernomen met het doel de samenwerking tussen eerste en tweede lijn te verbeteren. Tussen 1974 en 1978 werden in Oudenrijn drie bijeenkomsten van huisartsen en specialisten georganiseerd, waarbij onderwerpen aan de orde kwamen als nascholing, taakafbakening en ook de mogelijkheden van een diagnostisch centrum. Ook na de officiële opening van het DCO, op 15 mei 1979, kwamen huisartsen en specialisten nog een aantal keren bij elkaar.

Er hoeft niet getwijfeld te worden aan de oprechtheid van het ziekenhuis om op deze manier de gezondheidszorg te verbeteren. Toch zullen ook motieven van meer praktische aard een rol hebben gespeeld. Volgens een rapport van het College van Ziekenhuisvoorzieningen had de regio Utrecht in 1976 - in vergelijking met de landelijke norm van vier ziekenhuisbedden voor iedere duizend inwoners - ruim twee bedden per duizend inwoners te veel. Met een dreigend verlies van bijna achthonderd 'regionale' bedden in het vooruitzicht zal het ziekenhuis Oudenrijn door dergelijke activiteiten zijn positie ten opzichte van de andere ziekenhuizen in de regio hebben willen verbeteren. Immers, waarom zouden huisartsen hun patiënten voor specialistisch onderzoek of voor opname niet verwijzen naar het ziekenhuis waar zij zelf eerder goed terecht konden voor nascholing of voor diagnostisch onderzoek?

5. Gebruik van de diagnostische voorzieningen

In het Diagnostisch Centrum Oudenrijn kunnen huisartsen röntgen-foto's, electrocardiogrammen en laboratoriumonderzoek aanvragen. Het DCO heeft daarmee zeker geen monopoliepositie. Al vóór de opening van het centrum konden huisartsen in alle ziekenhuizen van de regio Utrecht röntgen-foto's laten maken; voor laboratoriumonderzoek konden zij ook toen al terecht bij de Stichting Artsen Laboratorium (SAL) en bij vrijwel alle ziekenhuizen - alleen Oudenrijn zelf had die mogelijkheid niet. Electrocardiografie was in 1979 wél een nieuwe voorziening; sinds die tijd kunnen huisartsen echter ook in de andere ziekenhuizen ecg's laten maken.

In de paar jaar van zijn bestaan heeft het DCO desondanks niet alleen de diagnostische 'markt' vergroot, maar bovendien een groot deel van die markt naar zich togetrokken. Met andere woorden: huisartsen zijn méér diagnostisch onderzoek gaan verrichten en kiezen daarvoor vaker het DCO dan één van de andere ziekenhuizen. In onderstaande tabel staan de regionale produktiecijfers voor de drie verrichtingen en het aandeel daarin van het DCO. Opvallend is de groei van het laboratoriumonderzoek en van het aantal electrocardiogrammen en de groei die het DCO op alle drie gebieden heeft doorgemaakt.

Totale regionale produkties en relatief aandeel DCO

jaar	regio* totaal labora- torium	waarvan in DCO	regio totaal röntgen	waarvan in DCO	regio totaal ECG	waarvan in DCO
1978	246988	0 %	35329	16.6 %	0	-
1979	344773	32.7 %	40220	22.5 %	1222	81.2 %
1980	426616	47.5 %	44242	24.9 %	2366	87.0 %
1981	479163	54.7 %	45896	26.9 %	2938	86.0 %

* laboratoriumonderzoek is hier aangegeven in 'spaanderpunten', een waardering van dit onderzoek volgens de methode Spaander.

Behalve de produktiecijfers van de ziekenhuizen maakten de onderzoekers ook gebruik van cijfers uit de praktijk van een veertigtal artsen, van wie op grond van hun opnamecijfers kon worden vastgesteld dat zij al vóór de opening van het DCO op het ziekenhuis Oudenrijn waren georiënteerd.

Ook van deze groep huisartsen is de consumptie in de jaren 1978-1981 duidelijk gestegen. Al in 1979 vroe-

gen zij in vergelijking met het jaar daarvoor 20% meer laboratoriumonderzoek aan en 30% meer röntgenfoto's. Na 1979 nam de laboratoriumproduktie van deze groep weer wat af, maar de röntgenproduktie bleef stijgen. In de loop van het project vroegen deze artsen ook steeds vaker een electrocardiogram aan. Zij zijn zich bovendien steeds sterker op Oudenrijn gaan oriënteren; zo maken zij steeds minder gebruik van de diensten van de SAL en in een nabij Oudenrijn gelegen ziekenhuis wordt voor deze artsen nog maar zelden diagnostisch onderzoek verricht.

Om te kunnen nagaan om welke reden de huisartsen steeds meer gebruik maken van de diensten van het DCO zijn van een groep van achttien artsen interviews afgenomen.

Vooraf het feit dat in het centrum meerdere diagnostische voorzieningen op één plaats gebundeld zijn, blijkt een pluspunt. Artsen verwijzen patiënten dan ook vooral naar het DCO als zij meerdere onderzoeken willen laten doen. Gaat het alléén om laboratoriumonderzoek, dan wordt veel eerder een beroep gedaan op de SAL, die wat sneller kan werken, 'prikpunten' in de wijk heeft en bovendien thuis komt prikken.

Van belang is ook dat het DCO goed toegankelijk is: patiënten kunnen er de hele dag terecht en er hoeft van tevoren geen afspraak gemaakt te worden. Tenslotte noemen de geïnterviewde artsen het voordeel dat medisch specialisten in het ziekenhuis Oudenrijn bij een eventuele verwijzing van patiënten snel en gemakkelijk over diagnostische gegevens kunnen beschikken. Zo lijkt het ziekenhuis inderdaad huisartsen aan zich gebonden te hebben.

6. Verwijzingen naar medisch specialisten

Heeft de toename van het aantal diagnostische verrichtingen tot gevolg gehad dat de huisartsen minder patiënten doorverwijzen naar medische specialisten? Uit het onderzoek blijkt dat dit niet is gebeurd: in het aantal verwijzingen in de regio Utrecht gedurende de jaren van het bestaan van het DCO is geen dalende lijn te onderkennen.

Cijfers over verwijzingen en opnamen (bron: LISZ 1976-1980)

gemeente	verwijskaarten per 1.000 ziekenfonds-verzekerden				opnamen per 1.000 ziekenfondsverzekerden			
	1977	1978	1979	1980	1977	1978	1979	1980
Utrecht	501	467	500	480	132	135	136	110
Nieuwegein	468	457	448	460	129	135	132	130
Vleuten/ de Meern	445	394	441	440	109	113	108	126
Vianen	352	363	373	405	108	121	118	123
Nederland	502	491	498	508	113	116	117	118

Wél is in het algemeen de inhoud van de verwijsbrieven veranderd en ook het stadium waarin patiënten worden verwezen. Huisartsen sturen nu meer dan voorheen diagnostische informatie met de verwijsbrieven mee, die dan ook uitgebreider en gericht zijn geworden. De vraagstelling is minder vaag en veel diagnostisch voorwerk is al gedaan.

Die veranderingen kunnen niet zonder meer aan het DCO worden toegeschreven. Al vóór de opening van het centrum werkte het ziekenhuis Oudenrijn immers al hard aan de verbetering van de relatie tussen huisartsen en specialisten, een verbetering waarvan - zoals we zagen - het DCO zelf een resultaat genoemd mag

worden. Bovendien werken huisartsen in het DCO niet zozeer samen met specialisten, als wel met de diensten van het ziekenhuis. Tenslotte is het heel goed mogelijk dat de verbeterde samenwerking óók een gunstig gevolg is van de verbeterde opleiding van de huisarts.

7. Samenwerking tussen huisartsen en specialisten

Naast andere vormen van samenwerking tussen huisartsen en specialisten - zoals nascholingsbijeenkomsten en patiëntenbesprekingen - werken artsen in en om het ziekenhuis Oudenrijn met consultatie en met protocolafspraken.

Consultatie is telefonisch overleg over diagnose of behandeling van een patiënt aan de hand van de uitkomsten van diagnostisch onderzoek, zonder dat de specialist de patiënt ook te zien krijgt. De verwachting was dat na opening van het DCO het aantal consultaties aanzienlijk zou toenemen. Dat is niet gebeurd: huisartsen blijken weinig behoefte te hebben aan dergelijk overleg en vooral die huisartsen maken van de mogelijkheid gebruik, die dat vóór 1979 ook al deden. Daarbij komen de diagnostische gegevens die worden besproken soms wel, maar vaak ook niet uit het DCO.

Bij het al dan niet succesvol verlopen van consultatierelaties speelt, zo blijkt uit interviews met artsen, de opstelling van de specialist een doorslaggevende rol. Huisartsen kiezen - begrijpelijk - vooral voor specialisten die er blijk van geven een goede samenwerking met huisartsen belangrijk te vinden en zoveel mogelijk diagnostiek en behandeling aan de eerste lijn willen overlaten.

Dat Oudenrijn wat dat betreft een goede naam heeft - de samenwerking verloopt er volgens de huisartsen plezieriger dan in andere ziekenhuizen - komt waarschijnlijk ook door die andere vorm van overleg: het bestaan van protocollen, afspraken. Daarbij worden voor veel voorkomende aandoeningen schema's voor diagnose en behandeling gemaakt, waarin ook de taakverdeling tussen huisarts en specialist wordt beschreven. In Oudenrijn bestaat met name op het gebied van de interne geneeskunde een aantal van dergelijke protocollen, zoals voor bloedarmoede, suikerziekte bij volwassenen, 'lage rugpijn', maagzweren, borstkanker, hoge bloeddruk en urineweginfecties.

Artsen en specialisten krijgen door het bestaan van deze schema's inzicht in elkaars werk; de huisarts weet wat er met verwezen patiënten gaat gebeuren en de specialist weet wat de huisarts al gedaan heeft óf, bij terugverwijzing, zal gaan doen.

Soms ook veranderen oude gewoonten: zo vragen huisartsen sinds het bestaan van het protocol voor 'lage rugpijn' veel minder vaak de voor patiënten belastende lumbosacrale wervelkolomfoto aan.

De vrij goede samenwerking tussen huisartsen en specialisten in het ziekenhuis Oudenrijn is er waarschijnlijk ook de oorzaak van dat specialisten zelden diagnostisch onderzoek dat eerder door de huisarts is gedaan, nog eens overdoen. De mogelijkheid daarvoor doet zich overigens niet vaak voor: van alle patiënten die het DCO bezoeken wordt niet meer dan 5% voor nader onderzoek naar de polikliniek verwezen. Een te verwaarlozen klein aantal van deze pa-

tiënten ondergaat daar overbodig onderzoek. Specialisten zijn over het algemeen tevreden met de manier waarop de huisartsen het DCO gebruiken. Alleen wordt er over geklaagd dat huisartsen nogal eens een cardiogram zouden aanvragen voor patiënten die in een acute situatie verkeren: 1½% van de patiënten voor wie een electrocardiogram wordt aangevraagd, moet na het onderzoek direct worden opgenomen.

8. Kwaliteit van de huisartsenzorg

Sinds de opening van het DCO zijn de huisartsen in en rond Utrecht méér gebruik gaan maken van diagnostische voorzieningen. Dat wil niet zeggen dat daarmee ook de zorg is verbeterd. Wellicht verminderen artsen enkel hun eigen onzekerheid of die van hun patiënten door 'nog even voor de zekerheid een foto te maken'.

Het onderzoek geeft aanwijzingen in die richting. Zo blijkt een groot aantal verrichtingen, en dan vooral van de electrocardiogrammen, inderdaad 'ter geruststelling' te worden aangevraagd: op de aanvraagformulieren voor ecg's werd die categorie in 29% van de gevallen aangegeven als reden voor de aanvraag. Bovendien is mét de groei van het aantal verrichtingen ook het percentage 'normale' uitslagen toegenomen: met name bij röntgen-foto's en laboratoriumonderzoek konden in een toenemend aantal gevallen geen afwijkingen worden vastgesteld.

Uit het onderzoeksmateriaal kan niet worden afgeleid dat veel onderzoek dus onnodig wordt aangevraagd; daarvoor bestaat ook te veel verschil van mening onder artsen over de vraag hoeveel 'risico'

een arts mag nemen. Wèl wordt middels het DCO opnieuw geïllustreerd hoe een nieuwe medische voorziening binnen korte tijd zijn eigen markt kan creëren.

Om meer inzicht te krijgen in de betekenis van het DCO voor de individuele huisarts en in de manier waarop eerste en tweede lijn van de gezondheidszorg op elkaar aansluiten, werd in dit onderzoek bij een aantal huisartsen een registratie opgezet van chronische patiënten van wie verondersteld werd dat zij even goed door huisartsen als door specialisten behandeld kunnen worden.

Doordat de gebruikte onderzoeksmethode - in Amerika bekend als 'tracer-methode' - in de Nederlandse situatie moeilijk toepasbaar bleek, heeft dit deelonderzoek niet opgeleverd wat ervan werd verwacht. Met name de manier waarop huisartsen gegevens van patiënten registreren vormde een onoverkoombaar struikelblok: zij deden dat in veel gevallen onvolledig, met weinig systematiek en voor anderen onleesbaar. In het algemeen kan worden gezegd dat al het onderzoek op het gebied van de gezondheidszorg dat gebruik maakt van gegevens uit de huisartspraktijk om deze reden in Nederland praktisch onuitvoerbaar is.

9. De kosten van het DCO

Het aanvragen van diagnostische verrichtingen door huisartsen brengt kosten met zich mee die - als het project volgens verwachtingen zou lopen - worden goedgemaakt door besparingen in de tweede lijn van de gezondheidszorg. Een echte kosten-baten analyse is echter niet mogelijk, omdat niet kan worden aangetoond

dat het één ook werkelijk door het ander wordt veroorzaakt.

In dit onderzoek is berekend wat de totale kosten zijn van diagnostisch onderzoek: een groep van 36 op Oudenrijn georiënteerde artsen vroeg in 1979 voor een bedrag van 53.000 gulden per arts aan diagnostisch onderzoek aan, niet alleen in het DCO, maar ook bij andere instellingen. In 1981 bleek dat bedrag te zijn gedaald tot 45.000 gulden per arts. De oorzaak van deze daling ligt met name in verschuivingen in de aanvragen voor laboratoriumonderzoek: niet alleen vroegen de artsen uit deze groep na 1979 minder laboratoriumonderzoek aan, er was ook een verschuiving te zien van de dure SAL naar het goedkoper werkende DCO. Kijken we alléén naar de diagnostische verrichtingen die deze groep artsen bij het DCO heeft aangevraagd, dan blijken de kosten daarvan te zijn gestegen: in 1979 vroegen zij gemiddeld per arts voor 12.488 gulden in het centrum aan, in 1981 voor 17.776 gulden.

Voor de exploitatie van het ziekenhuis heeft het DCO gegeven de wijze waarop ziekenhuizen hun kosten vergoed krijgen, geen nadelige consequenties: de huisartsendiagnostiek geschiedt binnen de capaciteit van het ziekenhuis.

10. Conclusies

Sinds de opening van het Diagnostisch Centrum Oudenrijn (DCO) in 1979 is niet alleen de vraag naar diagnostische verrichtingen gestegen, maar heeft het DCO zelf ook een steeds groter gedeelte van die vraag naar zich toegetrokken.

De toegenomen diagnostische produktie heeft echter

niet geleid tot de verwachte daling van het aantal verwijzingen en een daarmee samenhangende daling van de kosten van de gezondheidszorg.

Wel is rond het DCO een goede samenwerking tot stand gekomen tussen huisartsen en specialisten, die vooral tot uitdrukking komt in het bestaan van protocolafspraken. Het is echter de vraag of die samenwerking aan het bestaan van het centrum is te danken; het ziekenhuis Oudenrijn kreeg indertijd het diagnostisch centrum toegewezen, juist omdat het op dit gebied al veel activiteiten ontplooid. Teleurstellend is dat van de verwachte stijging van het aantal consultaties tussen huisartsen en specialisten weinig terecht gekomen is.

Voor een verbetering van de gezondheidszorg is een goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn noodzakelijk. Om die reden heeft het instellen van diagnostische centra pas zin, indien tegelijkertijd ook goede werkafspraken tussen huisartsen en specialisten worden gemaakt en de centra deel uitmaken van een regionaal samenhangend stelsel van voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg.