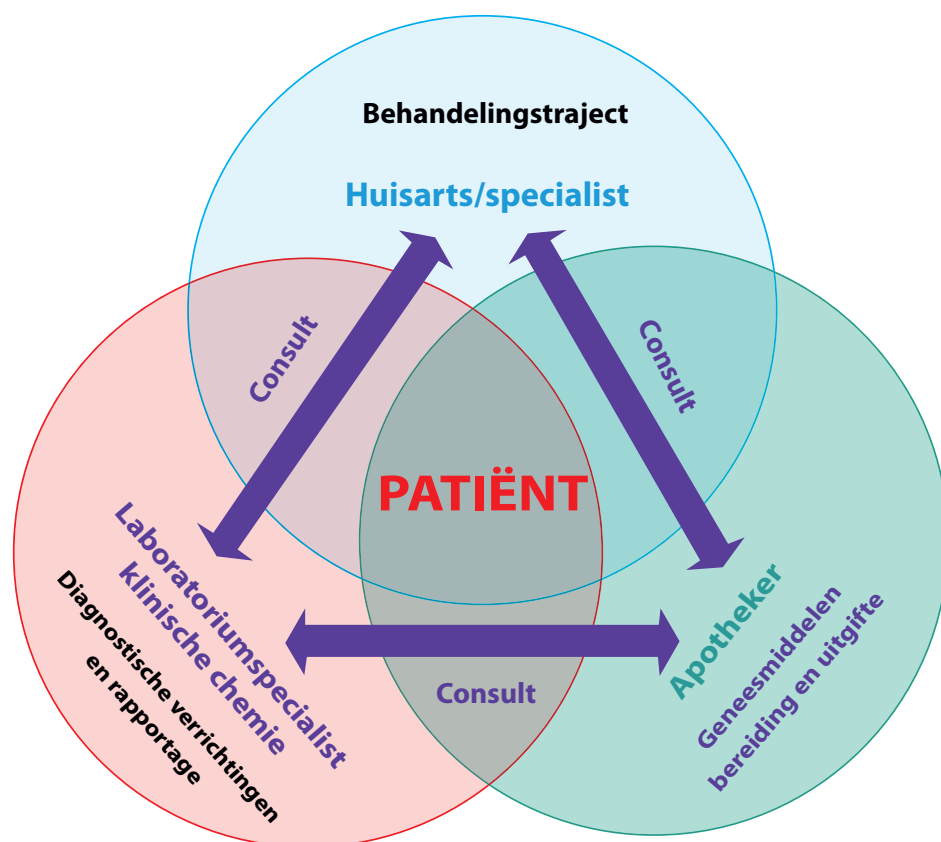


## De patiënt centraal Verbinding tussen de lijnen



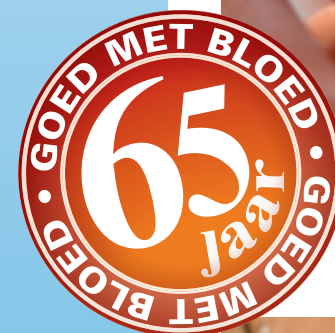
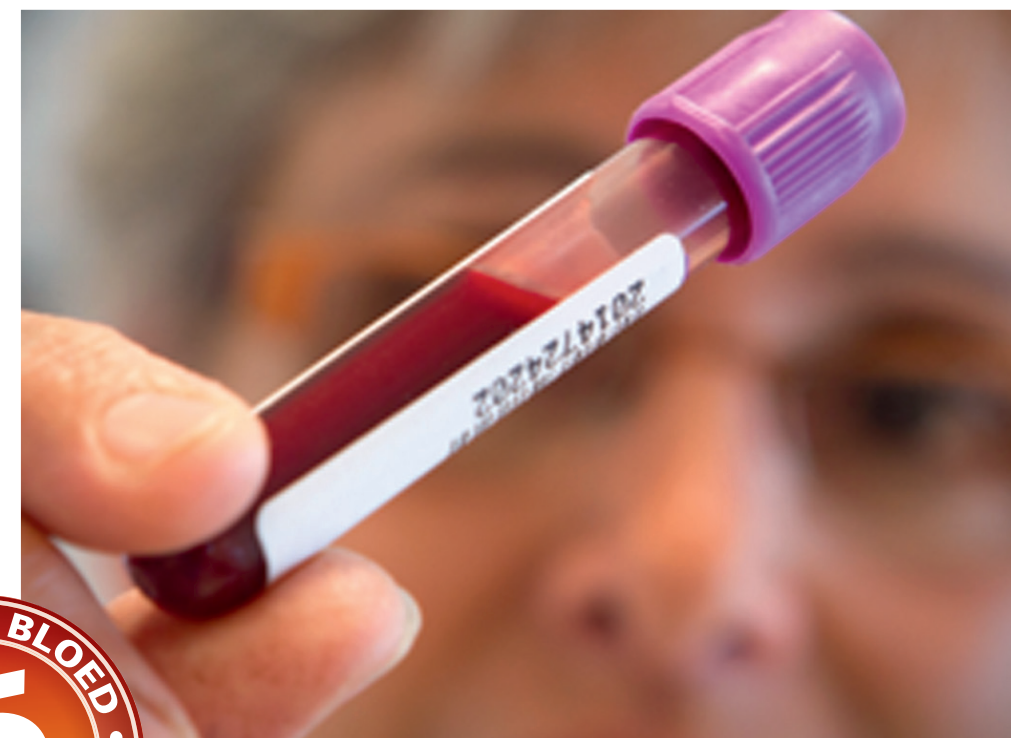
[www.nvkc.nl](http://www.nvkc.nl)



## Jubileumuitgave

Nederlands Vereniging voor Klinische  
Chemie en Laboratoriumgeneeskunde

## Verbinding tussen de lijnen



## Voorwoord

# Verbinding tussen de lijnen. De patiënt centraal!

*De NVKC viert haar 65 jarig bestaan. Dat betekent groot feest voor alle leden van onze actieve vereniging. De lustrumcommissie heeft zich bijzonder ingespannen om deze mijlpaal niet ongemerkt voorbij te laten gaan. En met een jaarprogramma vol lustrum activiteiten zijn ze daar goed in geslaagd! Namens alle leden: hartelijk dank!*

Maar als we terug kijken op de afgelopen 65 jaren: welke bijdrage heeft de klinische chemie dan aan de gezondheidszorg geleverd?

Heeft de NVKC zich een goede hoeder van het kennisdomein klinische chemie, dat aan haar zorgen is toevertrouwd, getoond?

Zijn de individuele leden in hun eigen werksituatie erin geslaagd om de contacten met alle aanvragers te onderhouden? En ook de gewenste diepgang te geven? Welke bijdrage aan de samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen heeft de NVKC geleverd? Welke bijdrage heeft de NVKC aan de laboratorium geneeskunde geleverd? Kortom welke bijdrage hebben wij direct of indirect aan de patiënt geleverd?

De verleiding is groot om daar nu een opsomming van te geven en dit dus vanuit ons eigen perspectief invulling te geven.

Maar om een goed antwoord op al deze vragen te krijgen hebben we dat aan onze stakeholders gevraagd. En het is zeer verheugend dat zoveel belanghebbenden bij onze werkzaamheden positief gereageerd hebben op ons verzoek, om middels een interview hun mening kenbaar te maken.

In hun bijdragen kunt u lezen hoe zij de serviceverlening ervaren hebben. En tevens welke adviezen zij voor ons hebben om onze ondersteuning bij hun werk nog beter vorm te geven. Die adviezen zijn waardevol. Het zijn een drietal grote thema's die ook tijdens het lustrumsymposium op donderdag 20 september 2012 in Krasnapolski uitvoerig besproken zijn.

Het thema verbinding tussen de lijnen is op drie manieren besproken. Uiteindelijk staat de patiënt bij alle thema's centraal.

### Verbinding tussen de zorglijnen

Laten wij ervoor zorgen dat laboratorium diagnostische informatie van de patiënt voor elke (mede) behandelaar beschikbaar is. Uiteraard met borging van de privacy. Extra bloedafname omdat laboratorium gegevens moeilijk te verkrijgen zijn voor de behandelaars moet niet meer voorkomen!

### Verbinding tussen de financiële lijnen

Waarom zien sommigen het laboratorium alleen als kostenpost? Gaat het inderdaad enkel om de prijs per test? Op welke wijze wordt added value ingevuld? Welke rol heeft de laboratorium geneeskunde in de verbetering van de efficiency van het diagnostische en therapeutische traject en daarmee op de DBC/DOT kosten?

### Verbinding tussen de professionele richtlijnen

Met richtlijnen wil elke wetenschappelijke vereniging de do's en don'ts van het professionele handelen in beeld brengen. Daar mag de professional in een specifieke casus onderbouwd van afwijken. Maar structureel afwijken op basis van te weinig vakinhoudelijke kennis kan desastreuze gevolgen hebben voor de patiëntenzorg. Dan zijn richtlijnen een instrument om kaf en koren te scheiden. Richtlijnen overstijgen vaak de grenzen van één kennisdomein. De multidisciplinaire aanpak van richtlijnen is hier mogelijk het antwoord op.

Geachte lezer, ik ben blij dat u dit jubileumnummer van ons tijdschrift heeft opengeslagen. Uiteraard wil ik de stakeholders hartelijk danken voor hun bijdrage. Gespiegeld worden is een goede manier van leren. Hun advies geeft ons energie om na 65 jaar door te gaan!



Hans Janssen  
voorzitter@nvkc.nl

Maarten Ploeg (DVN):

## ‘Klinisch chemicus moet klantvriendelijk handelen aan zijn palet toevoegen’



*Maarten Ploeg, directeur van Diabetesvereniging Nederland, is in zijn uitlatingen niet van de fluwelen handschoen. De mens met diabetes moet de zorg krijgen die hem in staat stelt een zo normaal en volwaardig mogelijk leven te leiden, en als dit betekent dat de zorgaanbieders hun werkwijze daarop moeten aanpassen, dan is dat maar zo. Deze zienswijze heeft ook gevolgen voor zijn visie op de klinisch chemicus.*

Kennen mensen met diabetes de klinisch chemicus? Maarten Ploeg betwijfelt het. ‘Tenzij ze zich verdiepen in wat er achter de schermen van de zorg gebeurt’, zegt hij. ‘Ik denk dat de meesten vooral het idee hebben dat daar mensen met potten en pannen rammelen en dat daaruit getallen komen. Als ze daaraan al een beroep koppelen, zullen ze waarschijnlijk eerder geneigd zijn te denken aan de laborant. En het zou me ook niet verbazen als veel mensen denken dat de plaats waar ze hun bloed afgeven ook de plaats is waar de waarden hieruit worden gemeten. De klinische chemie is dus onbekend terrein voor ze, een black box met witte jassen.’

De vraag of dit anders zou moeten zijn, hangt volgens Ploeg af van de visie die iemand heeft op de regiefunctie van de patiënt. Hij legt uit: ‘In de huidige

situatie levert het werk van de klinisch chemicus veel informatie op waarmee de patiënt niets kan. Maar ik voorzie een toekomst – en volgens mij een redelijk nabije toekomst zelfs – waarin het heel anders gaat voor mensen met diabetes, want het is onontkoombaar dat zij meer hun rol gaan eisen in het behandelproces. Wat ik voor mij zie, is een soort APK-check die mensen met diabetes gewoon in de supermarkt kunnen doen. Vinger in de scanner en klaar. Ergens achter de schermen wordt dan een check gedaan van de waarden die met die scan zijn afgelezen en die krijgt de patiënt in een printje uit de muur. Maar die heeft dan wel een aanspreekpunt nodig, iemand met wie hij kan overleggen over de vraag wat de data op die print betekenen en welke actie daaruit moet voortvloeien.’



### Liever een robot dan een dokter

Voor Ploeg is het geen uitgemaakte zaak dat dan de klinisch chemicus in beeld komt. ‘Er zou een soort chronische zorg arts moeten zijn die de gegevens van de drie of vier meest voorkomende ziektebeelden combineert in zijn voorlichting aan de patiënt’, zegt hij. ‘Veel patiënten hebben immers niet alleen maar diabetes. Met de komst van zo’n arts wordt de black box een transparant kastje van waaruit de eerste aanzet wordt gegeven: “zo staat u ervoor en dit moet nu gebeuren”. En dit gaat er ook komen. Dokters zullen zeggen dat de unieke patiënt niet te digitaliseren valt, maar dat betwijfel ik. Als die computer maar een waarschuwing geeft aan de dokter op het moment dat bij een patiënt een waarde wordt gemeten die om actie vraagt. Ik denk zelfs dat zo’n robot voor het meten en interpreteren van uitslagen beter is dan een dokter: hij heeft altijd zijn dag, is nooit afgeleid en ziet niets over het hoofd. De kunst is alleen die robot zo te programmeren dat hij geen te ver gaande conclusies trekt. Maar vier veelvoorkomende chronische aandoeningen in hun comorbiditeit met elkaar vergelijken, moet kunnen. En het geeft de patiënt veel meer regiemogelijkheden. Hij kan alle onderzoek op één zelfgekozen moment doen. De uitslag kan hij direct op een beveiligde, persoonlijke pagina ontvangen zoals we die kunnen bieden op [www.mijnzorgpagina.nl](http://www.mijnzorgpagina.nl), waarin we nu al mensen met diabetes, nierfalen en hart- en vaatziekten ondersteunen. En daarbij kan ook meteen een advies voor actie en zelfmanagement zitten als dat nodig is. En mocht die benodigde actie te gecompliceerd zijn, dan kan worden volstaan met de melding: “U moet naar dokter Jansen, plan hier uw afspraak in zijn agenda”. Waarschijnlijk zal dit systeem ook goedkoper zijn, want zo’n doktersbezoek is natuurlijk lang niet altijd nodig. Het beeld dat ik voor me zie, is dus eigenlijk net als vliegen: het vliegtuig vliegt je alleen van A naar B en terug en de rest doe je allemaal zelf.’

### Expertteam

De visie die Ploeg presenteert, heeft gevolgen voor de behandelaars. ‘Die veranderen van God naar dienstverleners’, zegt hij, ‘volgens mij het mooiste wat je in de zorg kunt zijn. En in dit model zit de klinisch chemicus in het expertteam dat de architectuur en inhoud levert van de kennis die de patiënt nodig heeft. Voor de duiding van de waarden die bij de patiënt worden gemeten, werkt hij samen met andere professionals zoals de chronische zorg arts. En dit systeem moet dan ook nog een zodanige diversificatie kennen dat het rekening houdt met het intelligentieniveau van patiënten, de taal die zij machtig zijn en de mate waarin zij behoefte hebben aan zelfmanagement.’

Gaat dit in twee of twintig jaar tijd gebeuren? Ploeg denkt – verwijzend naar de smartphonetechnologie – dat het snel kan gaan. ‘Het is ook nodig’, zegt hij. ‘De kosten in de zorg lopen op en er komen minder handen aan het bed. En vooral de jongere mensen uit onze achterban willen deze ontwikkeling ook.’

### Klinisch chemicus dichtbij

Vooralsnog moet de patiënt het echter doen met de meetapparatuur die hij zelf in huis heeft. Ploeg stelt dat de patiënt er zelf veel aan kan doen om tot betrouwbare meetresultaten te komen, handen wassen voorop. Maar wat moet hij doen bij twijfel aan de meetapparatuur? ‘Dan kan hij naar de apotheker gaan’, zegt Ploeg, ‘maar de kwaliteit van de ondersteuning die de patiënt daar krijgt zal onderhavig zijn aan individuele verschillen tussen apotheken. Kan de klinisch chemicus meer zekerheid bieden? Misschien wel, maar dan moet hij hiervoor wel dichtbij de patiënt zijn. Concentratie van laboratoria hoeft hierbij geen bezwaar te zijn, als de klinisch chemicus maar als vooruitgeschoven post dichtbij blijft. Het gaat erom hoeveel klantvriendelijk handelen die kan toevoegen. Ik kan mij bijvoorbeeld voorstellen dat die zijn diensten vanuit een bus dichtbij de patiënt brengt. Voor de klinisch chemicus misschien een aardverschuiving, maar het lijkt mij een logische ontwikkeling en zal bovendien kosteneffectiever zijn dan die vierkante meters in het ziekenhuis. Wellicht zal de beroepsgroep zeggen dat dit niet kan of dat ze niet opgeleid is om te ondernemen, maar dan kom ik weer terug op de vraag waarom je ooit voor het vak gekozen hebt. Je bent er voor je patiënten tenslotte.’

### ‘Biedt een APK-check aan voor diabetespatiënten’





Rob Dijkstra (NHG):

## ‘Veel meer proactieve opstelling van de klinisch chemicus gewenst’



*De klinisch chemicus kan de spin in het web zijn tussen de huisarts en de medisch specialist, vindt Rob Dijkstra van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Maar dan moet hij wel uit zijn laboratorium komen en gaan meebewegen op de golven van de patiëntenstroom.*

Een huisarts die informatie over zijn patiënt van het klinisch chemisch laboratorium wil, stelt zichzelf twee vragen: hoe vraag ik de juiste laboratoriumtesten aan voor deze patiënt, en hoe kan ik hem op basis van de uitslagen optimaal behandelen. ‘Dat is eigenlijk de kern’, zegt Rob Dijkstra, hoofd afdeling implementatie van het NHG. ‘De klinisch chemicus kan dus iemand zijn die meedenkt met de huisarts, iemand die helpt in het diagnostische proces. Als je als huisarts iets aanvraagt, kan hij je helpen om dat probleemgericht te doen. Het heeft – in termen van de patiëntenzorg – voordeel om dat samen uit te werken, en om ook samen tot afstemming met de tweede lijn te komen. Net als de huisarts moet ook de medisch specialist een goede band hebben met de klinisch chemicus.’

### Meer DTO gewenst

Volgens Dijkstra zou het overleg tussen de huisarts en de klinisch chemicus beter kunnen. ‘Dit kan vorm

krijgen in het diagnostisch toets overleg ofwel DTO’, zegt hij, ‘maar hiervan wordt in de dagelijkse praktijk nog onvoldoende gebruik gemaakt. Dat ligt aan ons beiden, iedereen zit in zijn eigen routine. Toch is dat spijtig, want van iedere zorgprofessional wordt verwacht dat hij investeert in kwaliteit en daarvoor is dat DTO een prima hulpmiddel, net zoals het FTO dat is tussen de huisarts en de openbare apotheker. Nu had het FTO natuurlijk het voordeel dat het kon opbloeien omdat er financiering voor beschikbaar werd gesteld. Dat geldt voor het DTO niet, maar hiervoor zijn wel accreditatiepunten beschikbaar. Al denk ik dat het ook zonder die externe prikkel interessant genoeg moet zijn om er werk van te maken. Het biedt je immers inzicht in je eigen handelen. Daaraan hebben we het meest en het gebeurt het minst. Een gemiste kans, want als ik weet hoe mijn aanvraagdgedrag zich verhoudt tot dat van andere huisartsen, ga ik vanzelf over mijn eigen gedrag nadenken. Verder kan het DTO meerwaarde hebben als het gaat om specifieke gezondheidsproblemen.



Neem bijvoorbeeld leverafwijkingen, typisch een probleem dat met vage klachten gepaard kan gaan. Hoe handel je als huisarts als een testuitslag een lichte afwijking van de normaalwaarde aangeeft? Zo’n vraag kan een goed aanknopingspunt zijn voor overleg met de klinisch chemicus. En je hoeft er niet bang voor te zijn daarmee op de stoel van de MDL-arts te gaan zitten, want je bent nog steeds bezig met het diagnostische proces. Je wilt antwoord op de vraag: is hier sprake van een probleem of niet? Daar is de klinisch chemicus voor.’

### Aanvraagdgedrag bestuderen

De formulieren die huisartsen gebruiken om patiëntgegevens bij het laboratorium op te vragen, zijn probleemgeoriënteerd opgezet, in samenwerking met de klinisch chemici. ‘Het zou interessant kunnen zijn die formulieren te gebruiken om te kijken naar aanvraagdgedrag van huisartsen’, zegt Dijkstra. ‘Bij de leverfunctie bijvoorbeeld is het mogelijk vijf testen aan te vragen. Volgens de klinisch chemicus is het zelden nodig naar alle vijf te vragen. Op basis daarvan zou je kunnen voorstellen een differentiatie aan te brengen, zoals dit nu bij het HB ook al gebeurt: alleen aanvragen, of meteen aanvragen dat je duiding wilt als de uitslag afwijkt. Nu gebeurt het af en toe dat de klinisch chemicus proactief aangeeft: als die waarde afwijkt kan het zinvol zijn die of die test te doen. Dat zou hij vaker kunnen doen.’

### Oncologische nazorg

Nu kanker voor steeds meer patiënten een chronische in plaats van een dodelijke ziekte wordt, zal de huisarts een steeds grotere rol gaan spelen in de nazorg voor oncologische patiënten. ‘Dit zijn mensen die intensieve zorg nodig hebben’, zegt Dijkstra, ‘en dat betekent automatisch een grotere rol voor de klinisch chemicus en dus meer behoefte aan samenwerking, bijvoorbeeld om antwoord te geven op de vraag hoe vaak het bloedbeeld van de patiënt moet worden bepaald. Ook in de palliatieve fase kan de klinisch chemicus een rol spelen, om te bepalen tot welk moment het nog zin heeft metingen te verrichten. Het NHG is met KWF Kankerbestrijding in overleg over nazorg bij kanker en daarbij zullen we zeker ook de klinisch chemici betrekken. Hetzelfde geldt als het gaat om de ontwikkeling van NHG-standaarden op dit gebied.’

Op dit moment worden klinisch chemici niet betrokken bij de commentaarfase van standaarden. ‘Ik zie er wel meerwaarde in als dit zou gebeuren, zodat de klinisch chemicus vanuit zijn optiek kan kijken of wij alles goed omschreven hebben. Misschien gaan wij er teveel van uit dat de basis al gelegd is via de Lesa (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken – red.)’

### Ambulant

De klinisch chemicus kan dus voor de huisarts veel meer een spin in het web zijn dan hij thans is, volgt uit het betoog van Dijkstra. ‘Net zoals de apotheker dit is bij ontslagmedicatie’, zegt hij. ‘En dan vooral voor de waarden die van belang zijn voor de nazorg van de patiënt. Zo is een actieve koppeling te maken naar het beleid voor het behandelplan in de eerste lijn. Die betrokkenheid is er nu niet. Ook niet als de huisarts de patiënt doorverwijst naar de tweede lijn. De laboratoriumwaarden gaan dan niet met de patiënt mee naar de medisch specialist. De klinisch chemicus zou er een rol in kunnen spelen om te zorgen dat dit standaard wél gebeurt, dat de meetwaarden goed in het dossier komen. Dat voorkomt dubbel onderzoek. Hij hoeft echt niet zo bang te zijn dat een behandelaar snel tegen hem zal zeggen “Waar bemoei jij je mee?”. En zo ja, dan kan hij terecht zeggen: “Ik doe dat omdat ik het belangrijk vind voor de patiënt”. Maar daarvoor moeten de klinisch chemici niet alleen in hun laboratoria zitten. Ze moeten ergens zitten tussen de stroom waarlangs de patiëntgegevens lopen, in de transfer tussen de eerste en tweede lijn dus. Of ieder ziekenhuis dan nog een laboratorium heeft, is vanuit die optiek niet zo belangrijk meer.’

*‘Overleg tussen huisarts en klinisch chemicus kan beter’*



nederlands huisartsen  
genootschap

Arie Kruseman (KNMG):

## ‘Concentratie van laboratoria ligt in het logisch verlengde van de spreiding- en concentratiediscussie’



*Net zoals de hoog risico ingrepen in een beperkt aantal ziekenhuizen te concentreren zijn, zijn bijzondere klinisch chemische bepalingen ook te concentreren in een beperkt aantal laboratoria, vindt Arie Nieuwenhuijzen Kruseman. Als de klinisch chemicus maar dichtbij blijft als gesprekspartner voor het behandelteam. En naarmate hij die rol van gesprekspartner meer gaat vervullen, komt het BIG-register steeds dichterbij voor hem.*

Een gesprek met Arie Kruseman over de rol van de klinisch chemicus is een gesprek met een man met twee petten. Als voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) heeft hij over de klinisch chemicus niet zo heel veel opvattingen, als internist-endocrinoloog van het UMC Maastricht des te meer. ‘De rol van de klinisch chemicus voor de eerste en tweede lijn is meer iets voor de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Orde van Medisch Specialisten om een mening over te hebben’, zegt hij. ‘Maar als medisch specialist zie ik wel dat de klinisch chemicus onderdeel moet zijn van de medische staf en daarin een gelijkwaardige participerende rol moet vervullen. Hij wil in toenemende mate betrokken zijn bij het patiëntenproces en dat betekent dat hij daarop ook aanspreekbaar moet

zijn. Dit betekent niet dat het BIG-register volledig op de klinisch chemicus van toepassing zal worden naarmate hij meer in die rol groeit, maar ik denk wel dat specifieke elementen van zijn werk in dat register moeten worden opgenomen nu hij in toenemende mate bij het zorgproces betrokken wordt. Zoals de radioloog een interpretatie biedt bij de foto die hij van de patiënt maakt, doet de klinisch chemicus ook meer dan alleen de uitslag van een meetwaarde geven in de vorm van een getal. Op de verantwoordelijkheid voor de interpretatie daarvan moet hij dan ook op basis van de uitgangspunten van de Wet BIG verantwoordelijk worden. En de grotere nadruk op de interpretatie van het getal zal ook gevolgen moeten hebben voor het beroepsprofiel van de klinisch chemicus en voor de opleiding.’



### De behandelaar als gesprekspartner

Hoewel Kruseman het een goede ontwikkeling vindt dat de klinisch chemicus meer uit zijn laboratorium komt om aan de behandelaars duiding te bieden bij de uitslag van zijn onderzoek, plaatst hij vraagtekens bij de wenselijkheid van de gevolgen die dit voor die behandelaars heeft. ‘Ik vind dat je als clinicus op de hoogte moet zijn van wat zo’n laboratoriumuitslag betekent’, zegt hij. ‘Je moet de achtergrond ervan begrijpen in relatie tot de individuele patiënt, je moet ook de waarde ervan kunnen inschatten en de relativiteit daarvan. De behandelaar moet een verantwoorde inschatting kunnen maken van de mogelijke variabelen van de metingen. Met andere woorden: bij de vakken waarvoor de klinisch chemicus een belangrijke rol speelt, met name in bepaalde beschouwende vakken, moet de behandelaar een gesprekspartner voor hem zijn. Hij moet begrijpen wat de klinisch chemicus zegt en moet de juiste vragen kunnen stellen.’ Die kennis dreigt bij beschouwende behandelaars een beetje verloren te gaan, stelt Kruseman. Met als gevolg dat die volledig op de interpretatie van de klinisch chemicus gaat vertrouwen, terwijl hij als behandelaar zelf de patiënt om wie het gaat het beste kent. ‘Dit heeft voor een deel te maken met de automatisering in de laboratoria, die het werk dat daar gebeurt meer onzichtbaar heeft gemaakt voor mensen van buitenaf’, zegt hij. ‘Maar het komt ook deels door de ontwikkeling van superspecialismen, waardoor we als behandelaars veel meer in de diepte dan in de breedte zijn gaan opereren. De interpretatie van klinische waarden komt ook minder dan voorheen aan bod in de opleiding. En dat vind ik zeker voor de beschouwende vakken wel een bezwaar. Het is dan ook goed als de klinisch chemicus een rol speelt in de opleiding en nascholing van deze specialisten. Bij ons in Maastricht is dit voor de endocrinologie ook het geval.’

### Spreiding en concentratie

Kruseman spreekt nadrukkelijk wel namens de KNMG als hij het heeft over de spreiding- en concentratiediscussie in de Nederlandse ziekenhuizen. ‘Complexe zorg moet in een beperkt aantal centra in het land worden georganiseerd omdat ons land te klein is om die zorg in alle ziekenhuizen aan te bieden’, zegt hij. ‘Dat komt de standaardisatie in die handelingen ten goede, leidt dus tot hogere kwaliteit en is bovendien kosteneffectief. Deze lijn is door te trekken naar de klinisch chemische laboratoria. Een laboratorium voor de bepalingen die de behandelaar snel nodig heeft moet in ieder ziekenhuis aanwezig zijn. Maar de bijzondere bepalingen zijn best in een beperkt aantal centraal over het land verspreide

laboratoria te concentreren, met dezelfde voordelen als bij de complexe medische verrichtingen. In het kader van de spreiding en concentratie is standaardisatie van de informatievoorziening over de bepalingen uit het laboratorium ook broodnodig. Voor bepalingen van hormonen en tumormarkers bijvoorbeeld zijn verschillende assays op de markt met verschillende referentiewaarden. Als daarin geen standaardisatie komt en die laboratoria gaan voor meerdere ziekenhuizen in een regio werken, dan moeten de behandelaars in ieder van die ziekenhuizen steeds omrekenen naar de waarden die in dat ziekenhuis gangbaar zijn. Daar moet je echt verstand van hebben, anders gaat dat beslist fout.’

### Vooraf ondersteuner

Kruseman ziet dus een situatie ontstaan waarin in een regio een groot, centraal klinisch chemisch laboratorium functioneert, met satellieten in de ziekenhuizen in die regio. Hij zegt: ‘Het is goed denkbaar dat die ziekenhuizen dat samen regelen en dat de klinisch chemici in dat centrale laboratorium ook samen zorgen voor de consultatieve ondersteuning en de kwaliteitsborging van de klinisch chemische activiteiten in die ziekenhuizen en in de eerste lijn.’ Toch zal de klinisch chemicus ook daarmee geen echte spin in het web worden tussen de eerste- en tweedelijns zorg in zo’n regio, verwacht Kruseman. ‘Daarvoor is hij toch teveel een ondersteuner’, zegt hij. ‘Hij wordt dan degene die borg staat voor de kwaliteit en standaardisatie op het gebied van klinische chemie in de regio. In die rol moet hij wel zichtbaar en aanspreekbaar zijn en laagdrempelig in zijn toegang. En daarnaast verwacht ik ook van hem dat hij een rol speelt in wetenschappelijk onderzoek, met name in de beoordeling van het onderzoeksprotocol. Ook zonder spin in het web te zijn is hij dus van volgende belang voor de behandelaars.’

*‘Interpretatie van klinische waarden komt minder dan voorheen in de opleiding aan bod’*





Jan Smits (KNMP):

## ‘Meer face to face contact tussen klinisch chemicus en openbare apotheker wenselijk’



*In het belang van de patiëntveiligheid moet er een gelijkwaardige driehoek zijn tussen de voorschrijvers van geneesmiddelen, de verstreckers daarvan en de klinisch chemici, stelt Jan Smits, voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). De klinisch chemicus is immers degene die op individueel patiëntniveau duiding kan geven over wat de relevantie van afwijkende laboratoriumbepalingen is op het effect van geneesmiddelen.*

In het belang van de patiëntveiligheid moet er een gelijkwaardige driehoek zijn tussen de voorschrijvers van geneesmiddelen, de verstreckers daarvan en de klinisch chemici, stelt Jan Smits, voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). De klinisch chemicus is immers degene die op individueel patiëntniveau duiding kan geven over wat de relevantie van afwijkende laboratoriumbepalingen is op het effect van geneesmiddelen.

Jan Smits denkt niet dat de meeste openbare apothekers de klinisch chemici in de nabijgelegen ziekenhuizen persoonlijk kennen. ‘Van face to face contact zal in de meeste gevallen geen sprake zijn’, zegt hij. ‘Maar de apotheker weet de klinisch chemicus wel te vinden als dat nodig is. In het licht van de veran-

dering in de Geneesmiddelenwet, waarbij apothekers inzage hebben gekregen in laboratoriumwaarden van de patiënt die relevant zijn voor de behandeling, kan ik mij voorstellen dat de apotheker de klinisch chemicus voor het duiden van een aantal van die waarden belt of mailt als dat relevant is. De klinisch chemicus kan de apotheker informatie verstrekken die helpt om de patiëntveiligheid te vergroten. Vrijwel iedere geneesmiddelenbijsluiter stelt immers beperkingen voor gebruik van het geneesmiddel op basis van klinisch chemische bepalingen zoals nier- en leverfunctie, natrium, kalium of glucose. En omgekeerd kan de apotheker de klinisch chemicus informatie bieden over het geneesmiddelendossier van de patiënt. Veel laboratoriumuitslagen worden immers beïnvloed door de geneesmiddelen die de patiënt gebruikt, waardoor over- of onderdiagnostiek op de loer ligt.’



### Zeker geen bemoeial

Niets staat de klinisch chemicus en de openbare apotheker dus in de weg om vaker spontaan contact met elkaar te zoeken dan nu gebeurt. ‘Hoewel het niet goed gestructureerd is, zal het in voorkomende gevallen toch ook wel gebeuren’, stelt Smits. ‘Als apothekers bijvoorbeeld bij een gestoorde nierfunctie twijfels hebben over geneesmiddelengebruik van een patiënt, weten ze de indicatie niet altijd via de huisarts of medisch specialist. Maar ze zijn goed in staat om uit de medicatie afgeleide indicaties en contra-indicaties te constateren. Verificatie en een advies door een klinisch chemicus kan dan wel eens gewenst zijn. Omgekeerd kan de klinisch chemicus de apotheker informeren over storingen van klinisch chemische bepalingen door geneesmiddelen. En aan de hand van farmacogenetische eigenschappen van de patiënt zou hij dit ook over het metabolisme van geneesmiddelen kunnen doen. Hij zou in zulke zaken best een meer proactieve rol mogen spelen. En daarbij hoeft hij echt niet bang te zijn voor een bemoeial te worden aangezien. Beter een keer teveel contact dan een keer te weinig.’

### De context van de patiënt

Kortom: ze kunnen elkaar helpen om de data die uit het laboratorium komen niet te zien als een gegeven, maar ze te plaatsen in de context van de patiënt. Dit gebeurt op het moment nog onvoldoende, maar de twee betrokken beroepsverenigingen gaan dit nu wel oppakken. ‘De besturen van de KNMP en de NVKC weten elkaar al te vinden op dit gebied’, zegt Smits, ‘maar wat we nu moeten bewerkstelligen is dat er binnen de gezondheidsregio van de klinisch chemici een meer structureel contact komt met de apothekers. De verenigingen kunnen wel op hoofdlijnen bedenken hoe het anders moet, maar het moet in de praktijk worden vormgegeven.’ Het Diagnostisch Toets Overleg biedt daarvoor niet direct een aanknopingspunt, want daar treffen de klinisch chemicus en openbare apotheker elkaar niet. ‘Dat komt omdat dit DTO bedoeld is om aanvragers te confronteren met overdiagnostiek en apothekers zijn nu eenmaal geen aanvragers’, legt Smits uit. ‘Al zou dat vaak wel gewenst zijn’, voegt hij hieraan toe. ‘Een pilot waarbij apothekers zelf bloed prikken en beperkt onderzoek deden onder auspiciën van de klinisch chemicus, laat hoopvolle resultaten zien voor een meer gestructureerde samenwerking.’

### Medicatiegerelateerde gezondheidsrisico’s

Alles in ogenschouw nemend wat Smits tot nu toe heeft gezegd, is hij beslist van mening dat de klinisch chemicus een rol kan spelen in het terugdringen van het aantal vermijdbare ziekenhuisopnamen door fouten in geneesmiddelgebruik. ‘Samenwerking en de uitwisseling van gegevens helpen zeker om de medi-

catiegerelateerde ziekenhuisopnamen en de mortaliteit te verlagen’, stelt hij. ‘Het HARM-onderzoek toont aan dat we nog steeds teveel medicatiegerelateerde ziekenhuisopnamen hebben. Vooral op het gebied van stolling en ontstolling is sprake van incidenten die voorkomen kunnen worden. Ik denk dus dat we als apothekers meer kunnen doen met de klinisch chemici dan we nu doen. Zij verzorgen het verhaal bij het getal.’ Of de klinisch chemicus hiermee het verbindend element kan worden tussen de eerste lijn en de medisch specialist, is vers twee. ‘Dat kan’, stelt Smits, ‘maar het hoeft niet. De apotheker kan natuurlijk ook gewoon contact opnemen met de medisch specialist. Dat gebeurt ook al wel, hetzij rechtstreeks, hetzij via zijn collega de ziekenhuisapotheker.’

### Dichtbij zijn

De opmerking die Smits eerder in het gesprek maakte, over de grotere rol die de klinisch chemicus kan spelen binnen de gezondheidsregio waarin hij actief is, maakt al duidelijk dat die klinisch chemicus volgens Smits fysiek dichtbij moet zijn. ‘Ik ken natuurlijk de discussie over de concentratie van de laboratoria’, zegt hij, ‘en ik vergelijk die altijd graag met de discussie over de vraag of de ziekenhuisapotheker fysiek in huis aanwezig moet zijn. Voor de helft van zijn taak hoeft dit niet. Dat kun je best van een afstand regelen. Maar voor het contact met de patiënt kan hij natuurlijk niet op afstand zitten. Vertaald naar de klinisch chemicus betekent dit dat het laboratorium best op afstand kan zitten, maar dat de klinisch chemicus zelf dichtbij moet zijn. Aan de andere kant denk ik niet dat het goed kan werken met een laboratorium dat in het buitenland gesitueerd is. Daar wordt de drempel alleen maar groter van, nog afgezien van het feit dat je allerlei problemen tegemoet kunt zien omdat geneesmiddelen in het buitenland vaak ook anders zijn. Dat maakt de communicatie er ook niet eenvoudiger op. Het is nu al moeilijk genoeg om zowel gegevens van een klinisch chemicus in het ziekenhuis als van een klinisch chemicus van een huisartsenlaboratorium te krijgen. Het was een misser van de eerste orde dat de ontwikkeling van het landelijke elektronisch patiëntendossier niet doorging. Ik begrijp heel goed de zorg die de Eerste Kamer had over de privacy van patiëntgegevens, maar goede zorg gaat voor privacy.’

### ‘Diagnostisch Toets Overleg is nuttig voor klinische chemici’



Edwin Boel (NVMM):

## ‘We moeten ons er allebei van bewust zijn dat diagnostiek wordt gezien als kostenpost’



*De arts-microbioloog en de klinisch chemicus hebben met elkaar gemeen dat ze diagnostiek bedrijven en dat ze de waarde daarvan moeten aantonen om te voorkomen dat die alleen als kostenpost wordt gezien. Ook is het van belang dat ze allebei de taal spreken van de behandelaar die hun data ontvangt. Voor de arts-microbioloog – zelf ook een arts – is dit makkelijker dan voor de klinisch chemicus.*

Het laboratorium speelt voor zowel de medisch microbioloog als de klinisch chemicus een grote rol. ‘Maar er is wel een verschil’, zegt Edwin Boel, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). ‘De arts-microbioloog komt veel meer in de kliniek dan de klinisch chemicus en is dus meer een medisch specialist met een laboratorium. Voor de klinisch chemicus is het laboratorium de hoofdzaak. Hij heeft er in het verleden voor gekozen het register voor dokters te sluiten.’ Toch is het laboratorium voor beiden een belangrijke tool, erkent Boel. ‘Er zijn zeker raakvlakken tussen beide beroepen en we komen elkaar dan ook op verschillende niveaus tegen’, zegt hij. ‘Om te beginnen op logistiek gebied, want de klinisch chemicus verzorgt veelal de logistiek van de bloedmonsters. Daarnaast gebruiken we voor een aantal bepalingen dezelfde apparatuur. Afhankelijk van die

situatie delen de twee laboratoria in een ziekenhuis die apparatuur, of hebben ze die ieder afzonderlijk tot hun beschikking. Het hangt van de situatie af of het de moeite waard is om die te delen. En als je dat doet, moet je de informatiestroom van het interpreteren van de uitslagen en het adviseren van de behandelaars goed regelen. De arts-microbioloog heeft andere vragen dan de klinisch chemicus. De apparatuur die essentieel is voor de een kan dus minder relevant zijn voor de ander. Dit moeten beide partijen wel goed kunnen uitleggen aan de raad van bestuur, want die zal anders in het licht van een discussie over kostenbeheersing geneigd zijn te denken: één apparaat is minder dan twee apparaten. Vanuit die stellingname gaat de discussie echter over euro’s, niet over kwaliteit van zorg. Het is aan beide beroepsgroepen om te voorkomen dat de discussie hiertoe beperkt blijft.’



### Nabijheid nodig

Hetzelfde gevaar ligt op de loer in de discussie over schaalvergroting, stelt Boel. Hij zegt: ‘Wij hebben hetzelfde probleem als de klinisch chemici, namelijk dat diagnostiek wordt gezien als een kostenpost. Daarbij wordt niet altijd voldoende stilgestaan bij het feit dat zonder diagnostiek geen goede behandeling mogelijk is. Het risico is dan dat in discussies over schaalvergroting onvoldoende wordt gekeken naar wat een ziekenhuis weggooit.’ Wat de schaalvergroting bij de klinisch chemische laboratoria betreft, merkt Boel op dat de klinisch chemicus niet geheel van een afstand kan werken. ‘Er moet een basislaboratorium in het ziekenhuis zijn’, zegt hij. ‘Soms is het nodig een antwoord van de klinisch chemicus binnen een dusdanig kort tijdbestek te hebben dat het nodig is die functie in huis te hebben. Maar het zouden vooral de poortspecialisten zijn die er hinder van ondervonden als de nabijheid van de klinisch chemici wegviel. Niet de artsen-microbioloog, want de data die wij van het klinisch chemisch laboratorium nodig hebben, zijn niet de zaken waarbij snelheid geboden is.’

### Samenwerking op verenigingsniveau

De artsen-microbioloog en klinisch chemici weten elkaar niet alleen in het ziekenhuis goed te vinden, maar ook in verenigingsverband. ‘Denk bijvoorbeeld aan het landelijk elektronisch patiëntendossier’, zegt Boel. ‘Daarvoor is eenheid van taal nodig en we trekken met elkaar op om die te creëren. We hebben daar al hard aan gewerkt, maar zoeken nu nog een goed systeem om het te borgen. Ook komen we elkaar in SKML-werkgroepen tegen voor de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid. Hetzelfde geldt voor de accreditatie in het kader van de CCKL. We praten allebei mee over het auditproces, want dat moet zodanig verlopen dat het voor ons werkzaam is en voor de Raad voor Accreditatie oplevert wat zij nodig heeft. De kunst is te komen tot een systeem dat de kwaliteit goed borgt maar niet teveel inspanning vergt. De Raad voor Accreditatie heeft daarin ook een eigen belang, deels ook financieel ingegeven. Iedere komst gaat vergezeld van een rekening.’

In opleiding werken de twee partijen niet zozeer samen. Het zijn toch andere vakken, merkt Boel hierover op. ‘Een probleem dat ons wel bindt, is het vinden en houden van goed personeel’, voegt hij hieraan toe. Ik weet niet of het een kwestie is van opleiding, van arbeidsomstandigheden of van beeldvorming. In crisistijd is het fijn een veilige werkomgeving te hebben. Maar als die crisis overwaait, vrees ik toch weer een uitstroom. De klinisch chemici zijn verder dan wij in hun graad van robotisering, zelf gebruiken wij nog redelijk veel traditionele technieken.

Het kan niet anders of die robotisering krijgt op een gegeven moment invloed op de opleiding. Op zich is dat prima, maar het zal altijd nodig blijven mensen te vinden die kennis hebben van de processen die niet te automatiseren zijn.’

### De taal van de ontvanger

Boel benadrukt dat het belangrijk is voor de klinisch chemicus om de uitslagen die hij biedt van commentaar te voorzien als dit relevant is. ‘Dat zal niet bij iedere bepaling zo zijn’, zegt hij. ‘Bij natrium- of kaliumbepalingen bijvoorbeeld zal hij niet echt een verhaal hebben, maar in het geval van hematologie kan interpretatie wel degelijk aan de orde zijn. Het is voor de klinisch chemicus, net als voor de arts-microbioloog, van belang om uit te kijken dat zijn uitslag geen eigen leven gaat leiden. We moeten dus de taal spreken van de ontvanger van de gegevens die we verstrekken, anders verstrekken we wel data maar geen informatie. Ik denk dat dit besef bij ons sterker ontwikkeld is dan bij de klinisch chemici. Wij zijn dokters en we praten met dokters. En we zijn medebehandelaars. Een eventuele BIG-registratie voor de klinisch chemici zou in dit verband niet uitmaken. Het zou geen invloed hebben op de manier waarop ze werken. Wat wel zou uitmaken, is als ze dokters zouden zijn, zoals ze in het verleden ooit waren. Of het in het licht hiervan van waarde zou zijn dat de klinisch chemici lid worden van de Orde van Medisch Specialisten, kan ik niet zo goed inschatten. Het zou helpen hun beroepsbelangen veilig te stellen, dat wel. Maar of het ook meerwaarde heeft voor de medisch specialisten die de Orde vertegenwoordigt, hangt af van de vraag wat de Orde voor organisatie voor hen wil zijn.’

### ‘Laboratoriumdiagnostiek is geen kostenpost’





Frans Lindelauf (NVZA):

## ‘De klinisch chemici kunnen hun ondersteunende rol verder ontwikkelen’



*De ziekenhuisapotheker en de klinisch chemicus treffen elkaar in de medische staf in het ziekenhuis, maar opereren verder in veel ziekenhuizen tamelijk los van elkaar. Dat is niet erg, stelt Frans Lindelauf, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA). Maar de klinisch chemici kunnen zich wel wat meer laten gelden als adviespartij voor voorschrijvers en behandelaars.*

De ziekenhuisapotheker en de klinisch chemicus zijn goede bekenden van elkaar. ‘We kwamen elkaar voor het eerst tegen toen we afspraken moesten maken over hoe we moeten omgaan met bloedspiegelbepalingen’, legt Lindelauf uit. ‘We hebben destijds afgesproken dat de klinisch chemicus de lichaamseigen stoffen in het bloed onderzoekt en de ziekenhuisapotheker de lichaamsvreemde stoffen. Maar de apotheker prikt natuurlijk geen bloed en de bloedafname vindt plaats onder verantwoordelijkheid van de klinisch chemicus, maar voor geneesmiddelen spiegels op aanwijzen van de ziekenhuisapotheker. Vandaar dat eerste contact. Inmiddels is dit verder gegaan en komen we elkaar ook tegen in de medische staf. Hoewel we allebei geen medici zijn, zijn we daar wel lid van. Ook zitten we vaak namens de ondersteunende specialisten in het stafbestuur. En het komt zelfs nogal eens

voor dat de klinisch chemicus of de ziekenhuisapotheker als stafvoorzitter wordt aangesteld. Omdat we beiden geen spreekuur hebben, hebben we wat meer tijd voor deze functie. Bovendien kan het in discussies aantrekkelijk zijn dat we een minder nauwe relatie hebben met de medische vakgroepen.’

### Weinig gestructureerd overleg

In het ziekenhuis waar Lindelauf werkt, Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk, is ook sprake van structureel overleg tussen de ziekenhuisapotheker en de klinisch chemicus. ‘Maar dit is zeker niet overal zo’, zegt hij. ‘In ons huis is de scheiding tussen onderzoek naar lichaamseigen en lichaamsvreemde stoffen in het bloed vervaagd, we doen dat allebei voor een deel. In het kader van toxicologie kan soms heel snel een bloedspiegel nodig zijn en op die snelheid



is de klinisch chemicus niet ingesteld. Die werkt in grote series, vaak verdeeld over vaste dagen in de week. De ziekenhuisapothek is dan flexibeler. Het meer structurele contact is zo in ons geval vrij vanzelfsprekend gegroeid.’

Toch staat verrijking van elkaars kennis in de Nederlandse ziekenhuizen nog in de kinderschoenen, stelt Lindelauf. ‘Er is nog heel weinig contact tussen de NVKC en de NVZA’, vertelt hij, ‘maar ik denk wel dat dit waarde kan hebben. Neem bijvoorbeeld het vraagstuk van farmacogenetica. Wie neemt dit op zich, de ziekenhuisapotheker of de klinisch chemicus? En wie zorgt voor de interpretatie van de meetgegevens? Daarover moeten we, net als destijds met de bloedspiegelbepalingen, afspraken maken.’

De lijn tussen de NVKC en de NVZA ligt er overigens wel. Ze zijn samen met de KNMP opgetrokken in de wetwijziging die het voor openbare apothekers mogelijk maakte om uitkomsten van bloedbepalingen op te vragen voor een betere ondersteuning van de farmacotherapie. ‘Toch is er nauwelijks structureel overleg’, zegt Lindelauf. ‘Misschien zijn er ook gewoon te weinig raakvlakken om op verenigingsniveau afspraken met elkaar te maken. De discussie over farmacogenetica zou een aanleiding kunnen zijn, maar wellicht is dit ook aan het veld over te laten. De interpretatie zal veelal bij de ziekenhuisapotheker liggen, omdat er een relatie is met het geneesmiddelgebruik.’

### Lid van de Orde

Waarin de twee verenigingen wel samen optrekken, is het overleg om lid te worden van de Orde van Medisch Specialist. ‘Een lang gekoesterde wens van beide verenigingen’, zegt Lindelauf, ‘maar het is in de tijd van medici als voorzitters van de Orde nooit gelukt. De huidige voorzitter, Frank de Grave, ziet wel in dat de beroepsbeoefenaren gezamenlijk als gesprekspartner voor NVZ (vereniging van ziekenhuizen) moeten optreden. Een verschil is natuurlijk dat de ziekenhuisapothekers erkend specialisten zijn in het kader van de Wet BIG en de klinisch chemici niet. Zij streven die erkenning wel na, en het zou ook goed zijn als dit hen lukt omdat het titelbescherming biedt. En het past bij de ontwikkeling die de klinisch chemici doormaken om sterker in te zetten in de adviesrol: niet alleen data produceren, maar ook gebeld worden als er vragen zijn. Die rol hebben de ziekenhuisapothekers sterker opgebouwd.’

Toch is de stelling gerechtvaardigd dat de NVKC en de NVZA redelijk los van elkaar functioneren. ‘Alle gegevens die de klinisch chemicus produceert, kunnen wij rechtstreeks inzien in het elektronisch patiëntendossier’, zegt Lindelauf. ‘Daarvoor is dus geen direct contact nodig. En omgekeerd zou direct contact van de klinisch chemicus met de zieken-

huisapotheker doorgaans niet van invloed zijn op de patiëntenzorg. Toch zou ik er moeite mee hebben als de laboratoria door concentratie uit de individuele ziekenhuizen zouden verdwijnen. In voorkomende gevallen is het toch wel prettig elkaar te kunnen vinden, en ook voor het overleg in de medische staf natuurlijk. Daarnaast zouden we elkaar misschien meer kunnen spreken op basis van casuïstiek. Denk bijvoorbeeld aan geneesmiddelen die leverfuncties beïnvloeden of tot spierafbraak leiden. Ik weet niet of dit helemaal niet wordt gedaan, maar het gebeurt zeker niet veel.’

### Ondersteunende rol

Het algemene advies dat Lindelauf de klinisch chemicus wil geven, is dat zij hun ondersteunende rol verder kunnen ontwikkelen. ‘Ik kan mij voorstellen dat zij zichzelf zien als spin in het web’, zegt hij. ‘maar ik kan mij ook voorstellen dat de andere partijen – huisartsen, medisch specialisten en apothekers – vinden dat ze daarvoor wat teveel op afstand staan. Het verhaal bij het getal, daar gaat het om. Zoals ik al opmerkte, zijn ze dat ook al aan het ontwikkelen, maar ik denk dat het meerwaarde heeft om die lijn sterker door te trekken. Als van een verhoogde waarde bekend is dat die een halfwaardetijd heeft van 48 uur, kan de klinisch chemicus de arts vertellen dat het geen zin heeft om iedere dag een bepaling te doen. En als een arts een klinisch chemicus een drugsscreening laat doen van een patiënt, moet die arts wel weten wat de afkapwaarde is. Anders weet hij niet zeker of de patiënt iets heeft gebruikt en kan hij een verkeerde conclusie trekken.’

De kernboodschap is dus: bewijs je meerwaarde. Er is een duur laboratorium en er is een raad van bestuur die moet weten dat dit nuttig en nodig is. En zelfs als de concentratie van laboratoria doorgaat, moet de klinisch chemicus nog zijn meerwaarde bewijzen in het interpreteren van de waarden die uit dat laboratorium komen en het leveren van advies daarbij.’

### ‘Laboratoria moeten in ziekenhuizen blijven’





Chiel Bos (SAN):

## ‘Klinisch chemici kunnen veel meer betrokken worden bij het beleid van de diagnostiek’



*SAN, de organisatie van Centra voor Medische Diagnostiek, wil er als brancheorganisatie voor de medische diagnostiek zijn voor alle partijen die in dit veld actief zijn. Daarvan geniet ook de klinisch chemicus het voordeel. De klinisch chemicus is zelf primair op de inhoud gericht en minder op belangenbehartiging. Toch moet hij wel voor zijn eigen belang opkomen om mede vorm te geven aan zijn eigen toekomst, stelt voorzitter Chiel Bos.*

SAN positioneert zich nadrukkelijk als branchepartij die het brede belang van het diagnostische veld over het voetlicht wil brengen. ‘En dat is ook van waarde voor de klinisch chemicus’, zegt Bos. ‘Als partijen in de diagnostiek hebben we allebei de missie de partijen om ons heen te informeren over het belang van die diagnostiek en dat doen we het beste samen. In dat licht is het goed dat de eerste- en tweedelijns diagnostiek meer naar elkaar toe zijn gegroeid. Het past in de hedendaagse gedachte van ketenzorg: als je ketens wilt faciliteren, moet je ook in de diagnostiek tot ketens komen. De patiënt is daar heel erg bij gebaat.’ Hoewel de leden die in SAN vertegenwoordigd zijn opereren in een concurrerend veld, is toch sprake van een zekere eenheid. Bos legt uit hoe die door een dreigend probleem is ontstaan. ‘De SAN is de brancheorganisatie van de eerste- en tweedelijns la-

boratoria én diagnostische centra. Dat laatste is een belangrijke toevoeging’, zegt hij. ‘De laboratoria zijn pakweg twintig jaar geleden begonnen als een eigen voorziening voor de huisartsen. Maar na verloop van tijd werden ze groter. Ze begonnen verpleegkundigen in dienst te nemen en zorg bij de patiënt aan huis te leveren. Het werden steeds professionelere organisaties, onder leiding van klinisch chemici, en ze legden de verbinding naar het ziekenhuis. Ze gingen röntgendiagnostiek aanbieden, echo-onderzoek en zelfs MRI’s. Steeds meer beeldvormende technieken dus, een onderdeel dat inmiddels in volume en omzet veel groter geworden is dan het laboratoriumonderzoek waarmee het allemaal begon. Reële vergoedingen voor die beeldvormende technieken waren er nauwelijks en werden gecompenseerd door efficiency op het laboratoriumwerk. Maar gaandeweg



werd het laboratoriumwerk steeds meer geautomatiseerd, waardoor er een scheve verhouding ontstond tussen de tarieven en de werkelijke kosten ervan. Bezuinigingen op het laboratoriumwerk dreigden en als die waren doorgedaan, was dat hele onderdeel van de beeldvormende diagnostiek in de knel gekomen. Met het position paper van de SAN zijn wij bij de relevante partijen in gesprek gegaan om te pleiten voor een reële aanpassing van de totale tariefstructuur. Dat heeft ervoor gezorgd dat de leden van SAN meer als eenheid naar buiten zijn gaan treden. Het ministerie van VWS en de Nederlandse Zorgautoriteit zijn inmiddels ook meegegaan in ons gedachtegoed hierover, maar bij de zorgverzekeraars is dit nog minder het geval. Er valt dus nog werk te verrichten.’

### Goede diagnostiek is de basis van de zorg

De SAN hanteert daarbij een bredere taakopvatting dan kijken naar de tarieven alleen, want die vormen slechts één voorbeeld van hoe belangrijk het is om naar het totaal van het diagnostische werk te kijken. ‘Daarom is zo’n brancheorganisatie belangrijk’, stelt Bos. ‘Neem bijvoorbeeld het belang van diagnostiek voor de huisarts. De diagnostiek is het middel bij uitstek voor de huisarts om zijn poortwachtersrol te kunnen vervullen. Het hangt van de uitslag af of er verder onderzoek moet volgen, welk onderzoek en welke therapie. Ga je op de diagnostiek bezuinigen, dan doe je direct afbreuk aan die rol. Of neem de groeiende rol van de klinisch chemicus in de oncologie. Tumortypering helpt om gericht te bepalen welk geneesmiddel wel of niet gaat werken bij de individuele patiënt. Vijf jaar geleden werd gezegd ‘‘We proberen dit middel gewoon’’. Maar je hebt het bij oncologie doorgaans over middelen met een fors prijskaartje. Daarover wordt nu niet meer zo gemakkelijk gedacht. Dan groeit ineens het besef dat goede diagnostiek de basis vormt om niet het ene middel na het andere te hoeven proberen, maar meteen bij het goede middel uit te komen, dat voorspelbaar wel of geen effecten heeft bij die patiënt.’

### Risico’s aan schaalvergroting

Vanuit die optiek van kosten en opbrengsten moet volgens Bos ook worden gekeken naar de mogelijkheid en wenselijkheid van schaalvergroting in het diagnostische veld. ‘Natuurlijk kun je zaken combineren’, zegt hij. ‘Het is onzin om voor vijf huisartsen te investeren in een MRI-apparaat als er in het nabijgelegen ziekenhuis er al een staat en slechts een beperkt aantal uren per dag wordt benut. Het is dan veel logischer combinaties te maken en de eerste- en tweedelijns diagnostiek naar elkaar te laten toegroeien. Het wordt echter anders als zorgverzekeraars naar dergelijke combinatiemogelijkheden gaan

kijken door de bril van de partij die meer naar kostenbesparingen kijkt dan naar meerwaarde voor de patiënt. Het logistieke traject dat volgt op het prikken van het bloed, hebben de klinisch chemici in ons land nu juist heel goed geregeld. Het zou kortzichtig zijn op zoek te gaan naar contracten met grote aanbieders die veel verder van de patiënt en professional afstaan. Concentratie is niet altijd economisch voordeliger of kwalitatief beter. Zo hebben buitenlandse aanbieders misschien lagere tarieven op papier, maar het service-niveau voor de patiënt is dan ook duidelijk minder.’

### Kwaliteit in goede handen

De klinisch chemicus is de professional bij uitstek die garantie kan bieden op kwalitatief uitstekende diensten, stelt Bos. En van iemand die zo op de inhoud gericht is, kun je niet verwachten dat hij alle politieke ontwikkelingen – en de gevolgen daarvan voor zijn werk – bijhoudt. ‘Die functie wil SAN graag voor hem vervullen’, zegt hij. ‘We zijn dan ook blij dat regulier bestuurlijk overleg bestaat tussen SAN en de NVKC en dat de NVKC participeert in enkele van onze kwaliteitstrajecten. Eind vorig jaar organiseerden we een groot congres in de Utrechtse Jaarbeurs waarvan we het programma samen verzorgden. Dat bleek bij onze beide achterbannen te voorzien in een enorm behoefte en we gaan dat dus zeker herhalen. Dat congres had als doel de klinisch chemici te laten zien dat de wereld om hen heen verandert en dat dit invloed op hen heeft. Ze moeten het niet zover laten komen dat ze met een fait accompli geconfronteerd worden met een standpunt over hun werk van het instellingsbestuur. Ze moeten zelf meepraten over de strategische ontwikkelingen in de zorg en de invloed daarvan op hun vak. En de SAN biedt samen met de NVKC een platform voor hen om dat te doen.’

*‘Concentratie is niet altijd economisch voordeliger of kwalitatief beter’*



Ben Crul (Achmea):

## ‘Wij dagen iedereen in het zorgveld uit zijn waarde te bewijzen, ook de klinisch chemicus dus’



*Voor de klinisch chemicus is de zorgverzekeraar misschien niet de meest voor de hand liggende gesprekspartner. Maar nu de zorgverzekeraars de taak hebben gekregen op te treden als regisseurs van de zorg, kijken zij wel naar de waarde van alle activiteiten die zich achter de ziekenhuismuren afspelen. Ook die van het klinisch chemisch laboratorium dus.*

Zorgverzekeraars praten in toenemende mate inhoudelijk mee over de herinrichting van het zorglandchap. Dat is ook de opdracht die ze in het huidige zorgstelsel hebben: uit naam van hun verzekerden optreden als regisseurs van de zorg. En hoewel bij een aantal mensen in het veld en in de politiek nog steeds het idee bestaat dat het de zorgverzekeraars ontbeert aan de inhoudelijke kennis om deze rol naar behoren te kunnen spelen, is de werkelijkheid inmiddels beduidend anders. Verzekeraar Achmea is een duidelijk voorbeeld van hoezeer de zorgverzekeraars de laatste jaren investeren in het opbouwen van medisch-inhoudelijke kennis, om in de regisseursfunctie een rol van betekenis te kunnen spelen. Een van de opvallendste wapenfeiten van deze verzekeraar in dit kader was het aantrekken van Ben Crul als senior medisch adviseur. Crul is van huis uit huisarts, maar is in het zorgveld toch vooral bekend als degene die

in zijn rol als hoofdredacteur het tijdschrift Medisch Contact een stevig profiel gaf. Bij Achmea is het zijn taak de medisch-inhoudelijke kennis te coördineren. Toch weer een beetje de hoofdredacteur dus, of de huisarts: de generalist die op hoofdlijnen heel breed georiënteerd is.

‘Het recent geformeerde medisch adviseursoverleg dat ik voorziet, heeft inmiddels veel expertise in huis’, zegt hij. ‘En bij twijfel kunnen we terugvallen op een nieuw netwerk van medisch experts. Het aantal artsen is in vergelijking met vijf jaar geleden minstens verdrievoudigd. En die adviseurs zitten voor de contracteringsgesprekken voor 2013 ook aan tafel in de ziekenhuizen. Dat is nieuw. Maar het is wel nodig. Als zorgverzekeraar betaal je eerst en weet je pas twee jaar later wat de werkelijke kosten waren. Daarin willen we verandering brengen. En dan niet alleen door te sturen op volume en prijs, maar juist ook op de



inhoud. Wij zijn ervan overtuigd dat kwaliteit uiteindelijk minder kost.’ Los van de eigen medewerkers maakt Achmea hierbij ook gebruik van mensen uit alle domeinen van het zorgveld. ‘We zijn niet te beroerd om ons te laten terugfluiten in de beleidsvisies die we schrijven als basis voor het proces van zorginkoop’, legt Crul uit. ‘We zijn vooral geïnteresseerd in de hoe-vraag: hoe gaan we het doen? En daarbij hebben we deze mensen nodig. Daar zitten ook twee mensen bij uit de laboratoriumwereld.’

### Streven naar doelmatigheid

Voor het proces van zorginkoop in de ziekenhuizen heeft Achmea voor 2013 een aantal zaken centraal gezet, zoals veiligheid, doelmatigheid en transparantie. ‘Begrippen die ook rechtstreeks te vertalen zijn naar het werk dat de klinisch chemici binnen het ziekenhuis doen’, zegt Crul. ‘In het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat het ziekenhuisbudget tot 2015 niet meer mag groeien dan 2,5 procent per jaar. Dit vraagt om doelmatigheid. En het klinisch chemisch laboratorium is in die discussie een onderdeel van het totale ziekenhuis, dus het doelmatig aanvragen van laboratoriumwaarden speelt in die discussie een concrete rol. Ik denk dan ook dat de klinisch chemicus een ankerpunt in het ziekenhuis kan zijn voor de doelmatigheidsdiscussie op dit punt. Met een aantal van die labwaarden doe je als behandelaar toch niets, of ze nu hoog zijn of laag. Dat was al zo in de tijd dat ik zelf werd opgeleid.’

### Gedeelde verantwoordelijkheid

Crul erkent dat de klinisch chemici hierin wel moeten worden gefaciliteerd door de raden van bestuur van de ziekenhuizen. ‘Het is ook in het eigen belang van de bestuurders als laboratoriumonderzoek optimaal wordt ingezet’, zegt hij, ‘zinnig en zuinig dus.’

Maar bij de klinisch chemici ligt ook een verantwoordelijkheid, stelt hij. Hij legt uit: ‘Net als alle andere professionals moeten zij kritisch kijken naar hun eigen richtlijnen. Je komt in richtlijnen termen tegen als “adequaat”, maar wat betekent zo’n term nu eigenlijk? Beschrijf liever expliciet wanneer het aanvragen van laboratoriumonderzoek wel en niet zinnig is. Wat is de precieze indicatiestelling voor het doen van een bepaald onderzoek. De uitdaging die wij bij de ziekenhuizen neerleggen betreft dus onverkort de professionals die daar werken. Laat maar zien of het laboratorium moet worden geïnterpreteerd als een kostenpost of een waarde-element. Als je als klinisch chemicus in staat bent aan te tonen dat je verfijning en versnelling van de diagnostiek kunt bewerkstelligen, ligt de nadruk op de waarde. En die waarde neemt alleen maar toe als de klinisch chemicus de behandelaar op basis van het getal dat hij produceert een

op de patiënt toegesneden verhaal kan vertellen: “Let erop dat...”, “Dat zou wel eens kunnen wijzen op...”. Ik denk dat de klinisch chemicus niet te bang moet zijn om dit te doen, ook ongevraagd. Hij geeft die informatie niet alleen aan ervaren specialisten, maar ook aan aios en aan iemand die weekenddienst doet. En ook voor een ervaren professional kan het beslist geen kwaad als iemand kritisch over zijn schouder meekijkt. De tijd van “de dokter weet alles” is voorbij. En de klinisch chemicus heeft gespecialiseerde kennis die anderen niet hebben.’

### Kritisch kijken naar schaalvergroting

Achmea kijkt met een kritische blik naar de schaalvergroting in de laboratoriumwereld. ‘Ik kan me best voorstellen dat je differentieert tussen de laboratoriumverrichtingen die ieder ziekenhuis wel en niet in eigen huis moet hebben’, zegt Crul. ‘Niet ieder ziekenhuis hoeft over datzelfde peperdure apparaat te beschikken. Maar zo op detailniveau – naar ieder apparaat op de afdeling – kijken wij als zorgverzekeraar natuurlijk niet. Daar krijg je alleen maar dikke protocollen van. Wij kijken naar de lijn van kwaliteit en doelmatigheid in relatie tot het in de hand houden van de zorgpremie. Maar als een ziekenhuisbestuurder komt met de boodschap dat hij het klinisch chemisch laboratorium wil uitbesteden, willen wij wel weten hoe de medische staf daarover denkt, wat het betekent voor de nabijheid van de klinisch chemicus, welke gevolgen het heeft voor het logistieke proces en wat de toegevoegde waarde is in termen van de patiënt. Maar nogmaals: het is ook aan de klinisch chemicus zelf om in de discussie over uitbesteding zijn meerwaarde over het voetlicht te brengen. Kom maar uit je laboratorium, zorg maar dat je benaderbaar bent. Verkoop jezelf.’

*‘Kom maar uit je laboratorium, verkoop jezelf’*



Maurice Verdaasdonk (Diagned):

## ‘Samenwerking klinisch chemici en industrie in uitkomstgericht onderzoek zeer gewenst’



*De klinisch chemici en de industrie die producten en diensten levert voor de klinisch chemische laboratoria, staan voor dezelfde uitdaging: de meerwaarde bewijzen van wat zij te bieden hebben. Volgens Diagned (de overkoepelende organisatie van fabrikanten en importeurs van in vitro diagnostica) maakt dit samenwerking in wetenschappelijk onderzoek logisch.*

De klinisch chemici zijn goed georganiseerd en de industrie die producten en diensten levert binnen hun vakgebied is dat eveneens. Diagned is er niet alleen voor de grote bedrijven op dit gebied, maar ook voor de kleinere. Bovendien zijn niet alleen fabrikanten vertegenwoordigd, maar ook distributeurs. En onder de aspirant-leden bevinden zich ook bedrijven op het grensvlak van diagnostiek en hulpmiddelen voor de patiënt, zoals insulinepompen voor mensen met diabetes. ‘De sfeer is open’, zegt voorzitter Maurice Verdaasdonk, in het dagelijks leven country manager bij een van de aangesloten bedrijven, Abbott. ‘We zijn er sterk op gericht om samen met het veld stappen te zetten. En hoewel het in het publieke domein niet altijd even zichtbaar is, zijn we ook beslist innovatiegericht. Een goed voorbeeld is het ontwikkelen van testen op basis van biomarkers. Neem de hiv-tests die in staat zijn de viral loads te bepalen die

indicatief zijn voor de behandeling. Daarnaast is het van belang vast te stellen dat zo’n virus zich steeds verder muteert en dat het daarmee van groot belang is dat de testen daar op doorontwikkeld worden. Het gaat er uiteindelijk om op het juiste tijdstip, de juiste diagnose te bepalen bij de juiste patiënt en met de juiste dosering van het geneesmiddel. Van belang in dit kader is ook de trend van ‘companion diagnostics’ waarbij op geleide van een diagnostische test de behandeling van bijvoorbeeld borstkanker specifiek kan worden ingezet. Ook ontwikkelen we apparatuur die handmatige tests kan vervangen en in staat is binnen vier tot acht uur een bepaling te leveren. In aanschaf weliswaar relatief kostbare apparatuur, maar wel apparatuur die een duidelijke impact heeft op de analysecapaciteit binnen een laboratorium. Een ander belangrijk voorbeeld is de ontwikkeling van zeer sensitieve en specifieke tests



voor darmscreening waarmee in een heel vroeg stadium op darmkanker kan worden gescreend.’

### Van elkaar leren

‘Het is een kennisintensieve industrie’, stelt Verdaasdonk, ‘echt een bedrijfstak die vraagt om voortdurende communicatie met de afnemers. Neem bijvoorbeeld hematologische bepalingen: de uitslag hiervan is beslist niet altijd even eenduidig. Dus kan de industrie voor laboratoriumprofessionals trainingen verzorgen die kunnen helpen bij de interpretatie van laboratoriumuitslagen. Omgekeerd weten zij ons ook te vinden als ze specifieke vragen hebben. En we hebben ook samenwerkingsverbanden met laboratoria die meewerken aan het testen van assays, in het voortraject van marktintroductie. Dit is alleen mogelijk omdat de klinisch chemici net als wij ook goed georganiseerd zijn en aandacht hebben voor ontwikkelingen en logistieke processen in en buiten het laboratorium. Er is dus echt sprake van partnerships voor kennisuitwisseling.’

### Schaalvergroting

Verdaasdonk is zich bewust van het feit dat dit belang van laboratoriumonderzoek in discussies over de ontwikkeling van de klinisch chemische laboratoria niet altijd op de voorgrond staat. ‘Ik begrijp de discussie over schaalvergroting heel goed’, zegt hij, ‘maar die schaalvergroting moet wel een doel hebben. Als de expertise van een laboratorium toeneemt en dat ook geborgd wordt, kan dat een goede ontwikkeling zijn. Ze moet vooral de klinisch chemicus de ruimte bieden om zich verder te verdiepen. Maar als het doel van schaalvergroting alleen kostenefficiëntie is, dienen we heel goed uit te kijken dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit. Kijk bijvoorbeeld naar wat in Duitsland is gebeurd, waar grote laboratoria zijn gekomen met een sterke focus op hoog volume productie. In een dergelijke setting moet de professional wel de ruimte houden om zijn vak naar behoren uit te oefenen. De collega’s van de klinisch chemici, de microbiologen, hadden dat daar in relatie tot de EHEC-bacterie duidelijk niet. Daar zijn ook maatregelen genomen.’

### De nabijheid van de klinisch chemicus

Hoewel het gesprek over schaalvergroting ook in Nederland gaande is, verwacht Verdaasdonk dat het in ons land minder snel zal gaan. ‘In ons land wordt heel duidelijk het belang gezien van de diagnose dichtbij de patiënt stellen’, zegt hij. ‘Hiervoor moet de klinisch chemicus dichtbij de behandelaar staan. Technisch is heel veel mogelijk met de apparatuur van tegenwoordig, de trackingsystemen en de IT-oplossingen. Maar het is een groot goed dat we kunnen rekenen op de kwaliteit van de diagnostiek zoals

we die nu kennen. Daarop moeten we niet willen inleveren en dat bewustzijn is er ook heel sterk. Wel is de tijd van de ondoordachte investeringen definitief voorbij en dat is ook goed. Alleen maar méér verkopen is niet de manier waarop wij als industrie met het veld omgaan. We willen goede resultaten bieden tegen een zo verantwoord mogelijke prijs.’

### Open uitnodiging

Daar hoort ook bij dat kritisch wordt gekeken naar de vraag of nieuwe producten die de industrie biedt meerwaarde hebben. ‘Dat moet het veld bepalen’, zegt Verdaasdonk. ‘En dat hoeft ook niet altijd heel moeilijk te zijn. Neem bijvoorbeeld de point of care test voor COPD voor de huisartspraktijk, die direct uitsluitel geeft over de vraag of sprake is van een longontsteking. Typisch een test die zichzelf snel te gelde maakt. Het punt is alleen dat we niet alleen willen aannemen dat correcte inzet van een dergelijke test tot een besparing leidt, maar dat we dit concreet willen aantonen. Dat is complex, en ik nodig de klinisch chemici dan ook graag uit tot gezamenlijke opzet en uitvoering van uitkomstgedreven onderzoek op dit gebied. De kwaliteit van de laboratoria in Nederland is hoog en we hebben klinisch chemici die in internationaal perspectief een woordje meespreken. Het uitgangspunt voor samenwerking op onderzoeksgebied is dus goed en dat maakt Nederland voor de bedrijven die op dit terrein actief zijn potentieel heel interessant. En het past denk ik ook bij de veranderende rol van de klinisch chemici om hierin mee te gaan. Van klinisch chemici wordt immers in toenemende mate verwacht dat ze zichtbaar kunnen maken wat hun toegevoegde waarde is. Diezelfde eis wordt ook aan de industrie gesteld, dus daarin kunnen we elkaar goed vinden. En ik constateer dat de klinisch chemicus nog wel een stap kan zetten om zijn meerwaarde zichtbaar te maken. Niet alleen de waarden die hij biedt moeten goed zijn, maar hij moet er ook een goed verhaal bij kunnen vertellen. Ik denk dat we elkaar dus kunnen helpen.’

*‘Goede resultaten bieden tegen een zo verantwoord mogelijke prijs’*



Michel van Schaik (Rabobank):

## ‘De consolidatieslag in de laboratoria gaat er hoe dan ook komen’



*Schaalvergroting in de klinisch chemische laboratoria leidt tot efficiencyverbetering en biedt opties voor taakdifferentiatie die meerwaarde hebben voor de cliënten, stelt directeur gezondheidszorg van de Rabobank Michel van Schaik. In de steeds zakelijker wordende zorgmarkt is het dan ook onontkoombaar dat dit gaat gebeuren. Zijn devies: wacht niet af, maar ontwikkel nú een goede business case.*

Wie kent niet de Jochem-reclamecampagne van de Rabobank, de campagne waarin die sympathieke jonge Rabobankman in spreekbeurten mocht uitleggen waarom het coöperatiemodel van de bank zo'n goed idee was? Die campagne zette het coöperatiemodel weer nadrukkelijk op de kaart in een periode waarin het Nederland economisch voor de wind ging en dit model door velen toch een beetje als achterhaald werd beschouwd. 'Nu zijn we blij dat we dit gedachtegoed nooit hebben losgelaten', zegt Michel van Schaik. 'De bank is geen doel op zich maar een middel om de cliënt toegang te geven tot kapitaal. Cliënten kunnen lid zijn van de lokale Rabobank en de bestuurders daarvan leggen verantwoording af aan die lokale leden. Die cliënten houden ons scherp bij het invullen van onze kernmissie: klantwaarde creëren.'

Van Schaik vertelt dit verhaal omdat hij hierin een parallel ziet met de gezondheidszorg. 'Die is historisch vanuit het maatschappelijk middenveld ontstaan: de kerk, charitas of de gemeente. Na de Tweede Wereldoorlog is die zorg echter via collectieve regels en budgettering steeds meer in de greep van de overheid gekomen, in feite een vorm van centrale planeconomie. Het stichtingmodel paste daarbij. Nu wordt het budgetmodel omgebouwd naar outcome-financiering. Dat geeft veel meer ruimte voor zorgaanbieders om zich te onderscheiden, maar ook veel meer verantwoordelijkheid en risico. Deze verzakelijking van de zorg zal doorgaan – ongeacht welke regering we na de verkiezingen krijgen – omdat het oude planeconomische model niet meer past bij de moderne samenleving. De bedrijfsrisico's zullen dus toenemen.'



### Consolidatie onontkoombaar

Deze verzakelijking zal ook gevolgen hebben voor de klinisch chemische laboratoria, stelt Van Schaik. 'Hierin zal een consolidatieslag plaatsvinden', zegt hij. 'Net als in alle sectoren van de zorg geldt ook hier dat er een roep is om voor hetzelfde geld meer waarde te creëren. Over de innovatie en schaalvergroting die hiervoor nodig is, wordt ook al serieus nagedacht. Maar die vergt een investering en we zien dat de laboratoria een zwakke financiële uitgangspositie hebben en dat niemand nog echt het voortouw durft te nemen om stappen te zetten. We zien wel dat ziekenhuizen gaan samenwerken op dit gebied, maar zien daarbij wel dat bestuurders vaak moeite hebben om de aansturing en zeggenschap over het laboratorium los te laten. Dan laat je kansen onbenut, want bestuurders zien het laboratorium tegelijkertijd vaak niet als een kerntaak van het ziekenhuis. Ik bepleit dan ook een zakelijke governancestructuur, gebaseerd op klant-leverancier verhouding met daaronder een meerjaren overeenkomst. Dat voorkomt een dubbele petten situatie waarbij de ziekenhuisbestuurder soms zowel klant als toezichthouder is.'

Kort en goed stelt Van Schaik dus dat de laboratoria zelf aan zet zijn. Die moeten ondernemerschap tonen en met een goed business plan komen, stelt hij: 'Ze moeten een model ontwikkelen voor de lange termijn, niet gericht op snel geld verdienen, maar op waarde toevoegen voor de cliënt. Als ze dat goed oppakken, moet het ondanks hun zwakke financiële positie mogelijk zijn om financiële afspraken te maken met strategische partners. Zo'n partner kan dan een bank of investeerder zijn, maar ook een ziekenhuis. In dat laatste geval is het echter wel belangrijk dat de governancestructuur goed geregeld wordt en dat het ziekenhuis dus geen volledige zeggenschap meer heeft over het laboratorium. Kennelijk is de druk van buiten die nodig is om te veranderen ook nog niet groot genoeg.'

### Nog te weinig ondernemerschap

Op dit moment wacht iedereen nog op een doorbraak. 'Voor iedereen is duidelijk dat schaalvergroting meerwaarde heeft omdat dit leidt tot taakdifferentiatie en mogelijkheden voor innovatie die voor de cliënt meerwaarde kunnen hebben en tot meer efficiency in bedrijfsvoering die tot kostenbesparing leiden', zegt Van Schaik. 'Het probleem is dat de klinisch chemicus of de ziekenhuisbestuurder in veel gevallen onvoldoende ondernemer is of speelruimte heeft om een doorbraak te forceren. Het ontbreekt vaak aan een heldere visie op de veranderende markt en aan de lef om op basis hiervan een business plan te ontwikkelen.'

Toch gaat de doorbraak komen, verwacht Van Schaik. 'Het is meer een kwestie van tijd dan een vraag óf het gaat gebeuren', zegt hij. 'Het wachten is op de partij die een goede waardepropositie schrijft. Maar de vrees is natuurlijk ook dat cowboys zullen opstaan die perverse prikkels in het systeem gaan gebruiken als middel om voor de korte termijn winst te gaan. Ziekenhuizen en laboratoria moeten dan ook kritisch zijn bij de selectie met welke partij ze in zee gaan. Als bank zijn wij dat ook. Aan de ene kant willen we laboratoria die innovatief en ambitieus zijn graag ondersteunen met financieringen. Aan de andere kant zijn we huiverig om bij de bestaande overcapaciteit nieuwe laboratoria te financieren. Bij voorkeur verbinden we ons aan partijen die topkwaliteit leveren tegen lage kosten en die bestaande infrastructuur zo goed mogelijk uitnuttent.'

### Veraf en dichtbij

Volgens Van Schaik hoeft de schaalvergroting in de klinisch chemische laboratoria geen gevolgen te hebben voor de nabijheid van de klinisch chemicus in het zorgproces. 'Hier zit een duidelijke analogie in met ons eigen klantbedieningsconcept', zegt hij. 'Aan de ene kant moeten we vanuit efficiencyoverwegingen activiteiten concentreren, maar we staan dankzij telebankieren dicht bij onze cliënten dan ooit. Voor de klinisch chemici zie ik een toekomst voor mij waarin zij hun laboratoriumwerk steeds meer bundelen, maar hun professionele adviesfunctie steeds dicht bij de medisch specialist of huisarts brengen.'

Zonder slag of stoot zal het niet gaan, erkent Van Schaik. Hij vertelt: 'De huisartsenlaboratoria zijn bang dat ze onder het output regime zullen worden gebracht zonder de financiële risico's daarvan te kunnen dragen, zodat de ziekenhuislaboratoria ze uit de markt kunnen drukken. Maar ook de huisartsenlaboratoria kunnen wel financiers vinden als ze met een goede business case komen. Omgekeerd zie je bij de ziekenhuizen dat die de laboratoriumfunctie niet willen loslaten omdat die in het huidige bekostigingssysteem geld oplevert. Dat beeld zal kantelen als het bekostigingssysteem verandert en de overheid en zorgverzekeraars meer prijsdruk gaan uitoefenen op het werk dat in de laboratoria wordt gedaan. Dan komt het consolidatieproces ook tot stand, maar dan gaat het meer vanuit externe dwang dan vanuit eigen kracht en visie. Daarop moet je niet willen wachten.'

*‘Schaalvergroting heeft meerwaarde’*



**Rabobank**



Jan van der Poel (Raad voor Accreditatie):

## ‘Klinisch chemici stellen zich steeds meer toetsbaar op’



*Accreditatie heeft de klinische laboratoria aanzienlijk sterker gemaakt, stelt bestuurder Jan van der Poel van de Raad voor Accreditatie. Ze hebben niet alleen gekeken naar de betrouwbaarheid van hun eigen laboratoriumresultaten, maar ook de relatie naar de behandeling van de patiënt gelegd. Hiermee zouden zorgverzekeraars in het traject van zorginkoop hun voordeel kunnen doen.*

Wat betekent accreditatie in de zorg precies? Op die vraag geven verschillende mensen verschillende antwoorden, stelt bestuurder Jan van der Poel van de Raad voor de Accreditatie. ‘Wij verstaan daaronder een systeem van plan-do-check-act dat leidt tot een voortdurend opwaartse kwaliteitsspiraal op het gebied van deskundigheid en betrouwbaarheid van resultaten en adviezen’, zegt hij. ‘Maar het Niaz gebruikt de term voor een keurmerk op basis van een managementsysteem, terwijl wij dat certificering noemen. En artsen die punten verdienen voor nascholing noemen dat ook accreditatiepunten. Bij zorgaanbieders leven die laatste twee beelden over het begrip accreditatie meer dan de internationale definitie die onze richtsnoer is.’

De Raad voor Accreditatie is bij wet aangewezen als nationale accreditatie instantie, de partij die onafhankelijk, onpartijdig en deskundig het voldoen aan de

accreditatieregels beoordeelt van conformiteit beoordeelende instellingen. En daaronder vallen ook de laboratoria.

### Goed werk geleverd

In 2008 is de Raad voor Accreditatie gefuseerd met de CCKL. Van der Poel vertelt: ‘de CCKL is ontstaan vanuit de praktijk en is bedoeld als een kwaliteitssysteem dat geënt is op accreditatie voor en door de beroepsgroepen in de klinische laboratoria. Die beroepsgroepen hebben in Nederland hun werk zó goed gedaan dat hun werk mede aan de basis heeft gestaan voor de Europese norm ISO 15189. De professionals in de Nederlandse laboratoria hebben echt lering getrokken uit de Leidschendam Conferenties, die vanaf 1989 werden belegd om zorgprofessionals te laten nadenken over hun taken en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit van zorg. Ze



hebben gezegd: we moeten die kwaliteitsnormen niet over ons heen laten komen, maar zelf opstellen. En ze hebben beseft dat het er niet alleen om gaat te borgen dat ze tot de exacte meetwaarden komen, maar dat die normen een relatie moeten hebben met de behandelde patiënt.’

### Moedige stap

Het CCKL boekte succes in de laboratoriumwereld en ontwikkelde zich al snel tot een professionele organisatie. ‘Alle lof daarvoor, want het was min of meer begonnen als een vriendenclub van een klein aantal ziekenhuizen die van elkaar wilden leren’, zegt Van der Poel. ‘Het is altijd gelukt om professionals te vinden voor de beoordelingsteams, ook toen het al lang ging over 250 deelnemende laboratoria. Het is echt het dominante systeem voor de klinische en andere medische laboratoria geworden.’

Al snel ontwikkelde de CCKL nauwe banden met de Raad voor Accreditatie. Het bestuur van de CCKL – klinisch chemici en microbiologen – kreeg het naast zijn dagelijkse werk te druk voor zijn bestuurstaken. Samenwerking met de Raad lag voor de hand. ‘Een moedige stap’, vindt Van der Poel, ‘omdat ze zich hiermee ontwikkelde van “voor ons door ons” naar een meer onafhankelijk oordeel. En een blijk van vertrouwen dat wij oog zouden hebben voor wat er in hun wereld leeft.’

Een professionaliseringsslag was voor de fusie al in gang gezet. De controle ging van eens per vier jaar na eens per twee jaar: om en om een “lichte” en een “zware” controleronde. Van der Poel: ‘Wij willen kunnen zien dat de noodzakelijke verbeterpunten ook daadwerkelijk geïmplementeerd worden, dat er een echt werkende plan-do-check-act cyclus is, en daarvoor is een interval van vier jaar te lang.’ Unitmanager Ine Greven vult aan: ‘Hiernaast hebben we ons sterk gemaakt voor kwalificering van de beoordelaars. We wilden dat ze aantoonbaar maakten dat ze de norm kenden, en we wilden dat iemand met ze ging meelopen om te kijken of ze hun beoordelende werk goed doen. Bij het rijexamen blijft de examinator ook niet op zijn kantoor zitten om achteraf te concluderen: u bent veilig teruggekomen dus het zal wel goed gegaan zijn. Zo ontwikkelde het zich vanzelf naar meer professionele teamleiders: mensen die zich beroepsmatig met het accrediteren bezighouden in plaats van dat af en toe naast hun dagelijkse werk in de praktijk te doen. Maar wel naast de mensen uit de dagelijkse praktijk natuurlijk, want ook van hun kennis en expertise moeten we gebruik blijven maken. We wilden alleen een situatie creëren waarin zij een beetje loskwamen van hun dagelijkse vak en meer oog kregen voor het toetsingscriterium.’

### Verdiend vertrouwen

Wat is de patiënt hier beter van geworden? ‘Die weet dat de deskundigheid en kwaliteit van het laboratorium op een steeds hoger niveau geborgd zijn’, zegt Van der Poel. ‘Het geeft vertrouwen aan de inbreng van de klinisch chemicus, de microbioloog en andere laboratoriumprofessionals in het behandelteam. De laboratoriumuitslag wordt niet meer ter discussie gesteld en de interpretatie ervan eigenlijk ook niet meer, want ook daarnaar wordt in het accreditatieproces gekeken. Het is immers een belangrijk faciliterend element voor een goede behandeling. Veel beter dan dit hoeft het eigenlijk niet te worden. Maar we moeten wel borgen dat het huidige kwaliteitsniveau gehandhaafd blijft. En ik denk ook niet dat de concentratie van laboratoria hieraan veel zal veranderen. De concentratie zal op het gebied van accreditatie niet tot zoveel minder werk gaan leiden. Met het groter worden van de laboratoria zal immers de aandacht voor de plan-do-check-act cyclus alleen maar toenemen.’ Van der Poel stelt dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg accreditatie van een laboratorium als reden zou kunnen zien om daar minder aandacht aan te besteden. ‘Al wil dit niet zeggen dat ze er nooit meer naar om hoeft te kijken’, stelt hij, ‘je moet toch af en toe blijven prikken om te zien of het klopt.’ Ook de zorgverzekeraars zouden volgens hem iets kunnen met de accreditatie. ‘Zij hebben het over de ontwikkeling van kwaliteitsnormen’, zegt hij. ‘Ik denk dan: hoezo? Waarom gebruik je de accreditatie niet in je inkoopbeleid? De beroepsverenigingen zelf leggen wel druk op de laboratoria, in die zin dat je eigenlijk geaccrediteerd moet zijn om lid te kunnen worden, maar de zorgverzekeraars kijken er gek genoeg niet merkbaar naar. De klinisch chemici en de andere professionals in de laboratoria stellen zich steeds meer toetsbaar op. Ze moeten weten wat er speelt in hun vakgebied en inzicht geven in wat er in de laboratoria gebeurt. Dan ligt het voor de hand dat in het inkoopproces ook te belonen.’

*‘Deskundigheid en kwaliteit van het laboratorium op steeds hoger plan geborgd’*

Marcel Daniëls (Orde van Medisch Specialisten):

## ‘We geven gezamenlijk invulling aan de kwaliteit van de medisch specialistische zorg’



*Marcel Daniëls werkt als medisch specialist in het Jeroen Bosch Ziekenhuis in Den Bosch, maar is ook de voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Orde van Medisch Specialisten. In beide functies heeft hij te maken met de klinisch chemici. En in beide omgevingen vindt hij de aanwezigheid van de klinisch chemicus vanzelfsprekend en van waarde.*

Voor de medisch specialist in het ziekenhuis speelt de klinisch chemicus een belangrijke rol, stelt Daniëls. ‘Als specialisten verlaten wij ons voor de diagnostiek bij onze patiënten op het laboratoriumonderzoek waarvoor de klinisch chemicus verantwoordelijk is’, zegt hij. ‘Wij zijn hiervoor afhankelijk van de kwaliteit van de bepalingen. En hoewel de communicatie voor een belangrijk deel via papier of de computer verloopt, kan rechtstreeks overleg tussen medisch specialist en klinisch chemicus zeker van waarde zijn. Niet alleen als over een bepaling onduidelijkheid bestaat trouwens. De inbreng van de klinisch chemicus is cruciaal bij de introductie van nieuwe bepalingen. Niet alleen bij de keuze van de methode van bepaling, maar ook bij het vaststellen van de referentiewaarden.’

Net als de klinisch fysicus en de ziekenhuisapotheker heeft ook de klinisch chemicus een vaste plaats in de medische staf. ‘We staan ieder vanuit ons kennisdomein ten dienste van de patiënt’, zegt Daniëls hierover. ‘En daartoe zijn wij het best in staat als wij de kennis die wij ieder vanuit ons eigen domein hebben, bundelen om de kwaliteit van zorg voor die patiënt te optimaliseren.’ Daniëls houdt er dan ook niet van om in dit kader een onderscheid te maken waarbij de klinisch chemici, de klinisch fysici en de ziekenhuisapothekers worden voorgesteld als ondersteuners. ‘Ik vind dat begrip een negatieve kwalificatie hebben’, zegt hij. ‘De kwaliteit van zorg maken we gezamenlijk en dat staat los van de vraag welke professionals wel of niet dagelijks aan het bed van de patiënt staan. We zijn allemaal vanuit onze eigen discipline even hard nodig.’



### Het getal en de interpretatie

Voor Daniëls is het geen bezwaar als de klinisch chemicus ongevraagd advies verstrekt aan de medisch specialist. ‘De vraag in hoeverre dit gewaardeerd wordt zal ongetwijfeld van individu tot individu verschillen’, zegt hij. ‘Maar in ons ziekenhuis bijvoorbeeld zijn de klinisch chemici zeer betrokken bij de bepalingen van enzymen die vrij kunnen komen als sprake is van schade aan het hart. We trekken in onderzoek op dit gebied gezamenlijk op en daarbij heeft de klinisch chemicus een belangrijke rol in het onderzoeken welke bepalingen het meest effectief zijn.’ Heeft de klinisch chemicus daarmee vooral meerwaarde voor het getal dat hij levert of voor het verhaal bij het getal? ‘Hij heeft primair meerwaarde in het betrouwbaar leveren van correcte informatie’, vindt Daniëls. ‘Je moet er als arts aan het bed op kunnen vertrouwen dat het getal goed is. En daar waar dat getal tot discussie leidt, heeft de klinisch chemicus ook meerwaarde door te helpen het te interpreteren. Als medisch specialisten hebben wij niet de diepgaande kennis die de klinisch chemicus over de technieken van de bepaling heeft en de daarmee mogelijk samenhangende valkuilen. De medisch specialist vertrouwt dus op de door het laboratorium aangeleverde informatie, net zoals de klinisch chemicus erop mag vertrouwen dat de arts die informatie op juiste wijze betreft bij de besluitvorming rond de patiënt. De vanzelfsprekendheid waarmee de artsen vertrouwen op de in het laboratorium uitgevoerde bepalingen, lijkt me feitelijk een geweldig compliment voor de klinisch chemicus, het is een duidelijke blijk van erkenning.’

### Schaalvergroting

Als het om schaalvergroting van klinisch chemische laboratoria gaat, hanteert Daniëls hetzelfde uitgangspunt als bij alle schaalvergroting. ‘Kostentechnisch kan schaalvergroting een voordeel opleveren’, zegt hij. ‘Het kan zinvol zijn bepalingen te concentreren in plaats van die in ieder ziekenhuis te laten verrichten, en dat gebeurt ook al. Maar het nadeel van te ver doorgevoerde concentratie kan zijn dat de relatie tussen de klinisch chemicus en de medisch specialist minder direct wordt. Dit zou dan met name de kleinere ziekenhuizen kunnen betreffen. Ik heb de indruk dat momenteel nog niet echt een probleem is, maar we moeten niet onze ogen sluiten voor het risico dat dit beeld kan veranderen als die schaalvergroting doorgaat. Dat zou alweer minder een probleem zijn als de klinisch chemicus in die gevallen als vooruitgeschoven post van het laboratorium in huis actief blijft, al blijft dan nog wel de vraag hoe snel de bepalingen kunnen worden uitgevoerd. Een situatie waarin het laboratorium volledig uit het ziekenhuis verdwijnt, zie ik dan ook nog niet zo snel realiteit worden.’

### Registratie en lidmaatschap

BIG-registratie, of enige andere vorm van registratie, van de klinisch chemicus zou Daniëls een positieve ontwikkeling vinden. ‘Ik vind dat voor iedere professional in de zorg gestreefd moet worden naar een erkende vorm van registratie, zodat iedereen kan nagaan of die professional is wat hij zegt te zijn en de daarbij behorende accreditatie heeft’, zegt hij. Ook voor eventuele toetreding van klinisch chemici tot de Orde van Medisch Specialisten staat hij open. ‘Hetzelfde geldt voor klinisch fysici en ziekenhuisapothekers’, zegt hij. ‘Besluitvorming hierover is echter aan de algemene ledenvergadering van de Orde. De Raad Kwaliteit van de Orde, waarin alle wetenschappelijke verenigingen vertegenwoordigd zijn en waarvan Daniëls voorzitter is, heeft de genoemde groepen in elk geval al uitgenodigd om bij haar vergaderingen aanwezig te zijn. ‘Ik denk dat dit beslist meerwaarde heeft, omdat we gezamenlijk staan voor de kwaliteit van de medisch specialistische zorg in Nederland’, zegt hij.

### Rol in richtlijnontwikkeling

Binnen de Raad Kwaliteit van de Orde komen allerlei kwaliteitsaspecten van de medisch specialistische zorg aan bod, bijvoorbeeld het opstellen van richtlijnen. ‘De meerwaarde van betrokkenheid van onder andere de klinisch chemicus is dat die een toevoeging kan bieden vanuit zijn eigen kennisdomein’, zegt Daniëls. ‘Richtlijnen zijn in toenemende mate multidisciplinair en laboratoriumdiagnostiek speelt daarin vaak een rol. Omgekeerd kunnen de klinisch chemici in deze samenwerking gebruikmaken van de kennis die wij al hebben opgedaan in de moderne richtlijnontwikkeling. Dat is een veld in beweging, met overigens ook bijbehorende verantwoordelijkheden. Van alle professionals, dus ook de klinisch chemici, mag worden verwacht dat zij conform richtlijnen handelen, maar daar ook beargumenteerd van afwijken als de omstandigheden daarom vragen. Bovendien wordt verwacht dat ieder vanuit zijn kennisgebied meedenkt over de herzieningen van de richtlijn die op basis van voortschrijdend inzicht noodzakelijk zijn.’

*‘We zijn allemaal vanuit onze eigen discipline even hard nodig’*





Karen Kruijthof (bestuurder St Franciscus Gasthuis):

## ‘De discussie over doelmatigheid raakt ook de klinisch chemische laboratoria’



*De discussie over schaalvergroting in de klinisch chemische laboratoria wordt niet alleen gevoerd in die laboratoria, maar ook aan de bestuurstafel in het ziekenhuis. Maar dan wel met een duidelijke rol voor de klinisch chemicus zelf, én de medische staf, én de huisartsenlaboratoria. Verbinding tussen de lijnen en nabijheid tussen professionals voor ondersteuning in diagnostiek en behandeling moeten het uitgangspunt blijven.*

Het klinisch chemisch laboratorium is niet voor niets klinisch, stelt bestuurder Karen Kruijthof van het St Franciscus Gasthuis in Rotterdam. Het hoort dus wat haar betreft heel duidelijk een plaats te hebben in de kliniek. ‘Ik ben ooit zelf als dokter opgeleid met relatief veel chemie in mijn opleidingsprogramma’, vertelt ze, ‘maar ik ben blij dat we hier nu in de ziekenhuizen specialisten voor hebben die zich hier volledig op toeleggen. En die bovendien door hun aanwezigheid in de medische staf een directe verbinding hebben met de professionals die verantwoordelijk zijn voor de diagnostiek en behandeling van de patiënt. Naarmate er meer specialisaties komen, wordt het steeds belangrijker dat die verbinding heel goed geregeld is en dat iedereen die bij de patiëntenzorg betrokken is er een plaats in heeft. De klinisch chemicus heeft zich ontwikkeld tot iemand die niet

alleen aansturing geeft aan het laboratorium, maar die ook optreedt als consulent voor de kliniek. Een ondersteuner, iemand die medebepalend is in het diagnostisch proces en die in staat is om het verhaal te vertellen bij het getal dat hij produceert.’

### Aandacht voor doelmatig handelen

Nu zit natuurlijk niet achter ieder getal dat uit het klinisch chemisch laboratorium komt een verhaal. ‘In veel gevallen spreekt dit getal voor zich’, zegt Kruijthof. ‘En dat is belangrijk om te beseffen in een tijd waarin heel nadrukkelijk wordt gekeken naar de doelmatigheid van alle handelen in de zorg. Ook de klinisch chemici en hun laboratorium worden in die discussie betrokken, en die vertaalt zich in de grote aandacht die op dit moment bestaat voor schaalvergroting.’



Ook de ziekenhuizen van Rotterdam en directe omgeving onderzoeken de mogelijkheden voor schaalvergroting van de laboratoria. ‘Het past in de trend van regionalisatie en samenwerking in de gezondheidszorg’, zegt Kruijthof. ‘De vraag is natuurlijk hoe ver je hierin moet gaan. Het verst ga je als je de laboratoria uit alle ziekenhuizen haalt en ergens centraal één laboratorium neerzet. Maar dan wordt de nabijheid van de klinisch chemicus op locatie wel ingewikkeld. Een belangrijke vraag in dit verband is dus: hoe behoud je de menselijke maat en hoe behoud je het rechtstreekse contact tussen klinisch chemicus en behandelaar als het verhaal bij het getal nodig is? De meest vergaande uitwerking is daar niet ideaal voor. Maar dit neemt niet weg dat wij onze verantwoordelijkheid moeten nemen om te komen tot de graad van efficiency die de samenleving van ons vraagt. We kunnen niet als ziekenhuizen allemaal precies hetzelfde blijven doen, en de discussie hierover raakt ook de klinisch chemische laboratoria. Ik kan mij een oplossing voorstellen waarbij een belangrijk deel op locatie blijft en waarbij een herverdeling plaatsvindt van de specialisaties binnen de klinische chemie. Een oplossing die voor de klinisch chemici zelf denk ik meer kansen biedt dan bedreigingen.’

### Klinisch chemicus discussieert mee

Voor Kruijthof is het een uitgemaakte zaak dat de klinisch chemici en de specialisten van andere laboratoriumvakken zelf mede in the lead zijn in de gesprekken over de toekomst van hun werk en hun laboratoria. ‘We trekken daarin gelijk op’, zegt ze. ‘Het gaat immers evenzeer over inhoud als over kosten. En om diezelfde reden is ook de medische staf bij de discussie betrokken. Ook die heeft oog voor de roep om efficiency in de zorg, maar ze hecht tegelijkertijd wel aan de aanwezigheid van de klinisch chemicus in patiëntenzorg en stafoverleg.’

Een andere gesprekspartner is de huisarts. ‘Er moet samenhang bestaan tussen de diagnostiek in de eerste en de tweede lijn’, zegt Kruijthof. ‘Vanwege die samenhang is het voor mij logisch dat ook het huisartsenlaboratorium een gesprekspartner is in de regionaliseringsdiscussie. De ziekenhuislaboratoria zouden met de huisartsenlaboratoria werkzaamheden en personeel kunnen delen. Ook zij kijken naar de kwaliteit en betaalbaarheid van de patiëntenzorg in de regio, dus als we daarin samen stappen kunnen zetten voldoen we aan onze gezamenlijke opdracht. Waar dat toe leidt? Ik denk dat hier over tien jaar nog steeds een klinisch chemisch laboratorium in huis is, maar dan ingebed in een regionale setting waarvan ook andere vakgebieden voor laboratoriumgeneeskunde deel uitmaken. En ik denk dat die regionale setting van de gezamenlijke zorgaanbieders zal

zijn, niet van een afzonderlijke commerciële partij. Laboratoriumgeneeskunde is een integraal onderdeel van het proces van diagnostiek en behandeling van patiënten. Dat werk wil ik pas uitbesteden aan een afzonderlijke partij als die het beter kan dan wij zelf en vooral dezelfde visie heeft op verbinding tussen de lijnen. Zo’n partij zie ik op dit moment niet.’

### Eigen rol klinisch chemicus

Als het om die inhoud gaat, verwacht Kruijthof trouwens van de klinisch chemici ook dat ze daaraan primair zelf vormgeven. Richtlijnontwikkeling is in dit verband een belangrijk gegeven, stelt ze. ‘De toenemende roep om rationeel om te gaan met diagnostiek en behandeling versterkt de noodzaak te om handelen op basis van richtlijnen. Richtlijnen vormen een ijkpunt, maar je moet wel blijven nadenken over wat de individuele patiënt nodig heeft of wat in een specifieke situatie wordt gevraagd.’

Kruijthof erkent dus dat de rol van de klinisch chemicus verandert. Hij is niet alleen iemand die in het laboratorium bepalingen verricht, maar ook iemand die vanuit de eigen discipline mee discussieert over de betaalbaarheid van de zorg, en die een ondersteunende functie heeft in het proces van diagnostiek en behandeling. Brengt die laatste rol de klinisch chemicus dichterbij opnemings in de Wet BIG? Kruijthof worstelt met die vraag. ‘Als bestuurder heb ik de verantwoordelijkheid om mij ervan te vergewissen dat elke professional aan de voor dat beroep beschikbare normen voldoet’, zegt ze. ‘Wat dat betreft is voor het ziekenhuis de Kwaliteitswet zorginstellingen het kader. Als het om klinisch chemici gaat, ben ik blij met professionals die niet in bepalingen denken, maar in laboratoriumgeneeskunde. Zonder BIG-kader is het dan voor mij belangrijk dat die klinisch chemici aan opleidingseisen voldoen en geregistreerd zijn bij hun beroepsorganisatie.’

*‘Het klinisch chemisch laboratorium is niet voor niets klinisch’*

Auko Scholten (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg):

## ‘Logische ontwikkeling als de klinisch chemicus onder de Wet BIG komt te vallen’



*De zorg krijgt in toenemende mate een multidisciplinair karakter. En de klinisch chemicus is in toenemende mate iemand die niet alleen het getal produceert op basis waarvan de behandelaars hun behandelplan kunnen trekken, maar juist iemand die ook het verhaal achter het getal vertelt. Deze ontwikkelingen brengen de Wet BIG steeds dichterbij voor de klinisch chemicus. Een goede zaak, vindt de voorzitter van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Auko Scholten.*

Scholten is ook voorzitter van de rechtspraakcommissie van de NVKC. Deze commissie kan op grond van het rechtspraakreglement een bevoegd klinisch chemicus ter verantwoording roepen die zich schuldig maakt aan handelingen of nalatigheden die het vertrouwen in de stand der erkende klinische chemici ondermijnen of bij wie ten gevolge van hun handelen of nalatigheid ernstige schade ontstaat of kan ontstaan voor een persoon. Een klinisch chemicus die hier terecht komt, verantwoordt zich ten overstaan van vijf mensen: drie van hen zijn rechters (waaronder dus Scholten) en twee zijn collega klinisch chemici. De maatregelen die zij kunnen opleggen, zijn: waarschuwing, berisping, opleggen van een geldboete, doorhaling van inschrijving der erkenning in het register, of roeyement als lid of studentlid. ‘De werkwijze is ruwweg hetzelfde als die bij de tuchtcolleges in de

gezondheidszorg voor de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg die onder de Wet BIG vallen’, zegt Scholten. ‘En de maatregelen die tegen een klinisch chemicus kunnen worden genomen, komen ook overeen met de maatregelen die het tuchtcollege kan nemen.’ Scholten is echter nog nooit gevraagd om namens de rechtspraakcommissie in actie te komen. ‘En mijn voorganger volgens mij ook niet’, zegt hij.

### Kwaliteit voorop

Scholten was in het verleden achtereenvolgens actief als advocaat en rechter, en is vice-president van het gerechtshof in Amsterdam. Hij is dit echter alleen nog in naam, want in de praktijk is hij voor honderd procent gedetacheerd bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. ‘Het tuchtrecht is niet in eerste instantie bedoeld als klachtrecht’, legt hij uit, ‘al is



natuurlijk wel een klacht nodig voor een zaak. Het gaat bij de behandeling daarvan echter niet om genoegdoening voor de klager maar om handhaving van de standaard in de beroepsuitoefening. We kijken dus naar de kwaliteit van het medisch handelen en daartoe staan ons twee tuchtnormen ter beschikking. De eerste betreft het handelen of nalaten als goed beroepsbeoefenaar in relatie tot de patiënt. En bij de tweede gaat het om handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Dat is een soort veegnorm waaronder heel veel te scharen is. Stel bijvoorbeeld dat een psychiater zich in een tv-programma negatief uitlaat over iemand zonder die persoon zelf als patiënt te hebben beoordeeld, dan kan hij daarop op basis van deze norm voor het tuchtrecht worden gedaagd.’

### De invloed van protocollen en richtlijnen

In de meeste tuchtzaken gaat het om de eerste norm – correct handelen in relatie tot de patiënt. In dit kader is het belangrijk stil te staan bij het feit dat er steeds meer protocollen en richtlijnen komen die dat handelen beschrijven. Scholten: ‘De KNMG stelt zich op het standpunt dat de beroepsbeoefenaar die protocollen en richtlijnen moet kennen en regelmatig moet evalueren. Het is niet de bedoeling dat je ze blind naleeft, je mag er gemotiveerd van afwijken. Dat klinkt misschien als iets wat moeilijk is om te doen, maar het betekent in feite niets meer of minder dan dat je je hoofd moet gebruiken.’

De gemiddelde beroepsbeoefenaar krijgt overigens weinig met het tuchtrecht te maken. ‘We zijn als Centraal Tuchtcollege natuurlijk een hoger beroeps instantie’, nuanceert Scholten. ‘Maar ook in de eerste lijn kwamen vorig jaar maar zo’n 1.500 klachten binnen. Op alle medisch verrichtingen in een jaar is dat natuurlijk niets. De beroepsbeoefenaren die er het meest mee te maken krijgen, zijn de huisartsen, tandartsen, psychiaters en enkele medisch specialismen. De klinisch chemicus is, net als de microbioloog, niet de eerste die bij mij in beeld zou komen in verband met een tuchtklacht. Nu is een klacht in voorbereiding of wellicht al ingediend betreffende de zaak van het Maasstadziekenhuis, maar daarvoor hebben we nog nooit een zaak tegen een microbioloog gehad.’

### De klinisch chemicus en de Wet BIG

Nu valt de “gewone” klinisch chemicus natuurlijk niet onder de Wet BIG, maar er gaan wel stemmen op binnen de beroepsgroep om die registratie te regelen. ‘Er zijn overigens al wel klinisch chemici die onder de Wet BIG vallen’, zegt Scholten, ‘namelijk als ze ook arts zijn of apotheker. Het punt is dat zij als klinisch chemicus allemaal hetzelfde doen, en vanuit die optiek kan het een logische gedachte zijn

hen allemaal onder die wet te scharen. Het voordeel zou zijn dat het de ontwikkeling van wetenschappelijk onderbouwde protocollen en richtlijnen voor hun vakgebied in de hand werkt. Je kunt die als steun in de rug zien of als een bedreiging, maar ik denk dat het primair kwaliteitsverhogend zal werken en de transparantie over het werk ten goede zal komen. Bovendien zal het positieve gevolgen hebben voor het flankerend kwaliteitsbeleid, in de zin van bij- en nascholing, toetsing en accreditatie. Ook voor klinisch chemici lovenswaardig om na te streven lijkt mij.’

Twee ontwikkelingen spelen mee in de overweging de klinisch chemici onder de Wet BIG te scharen. In de eerste plaats het feit dat de klinisch chemicus in toenemende mate naar buiten treedt als degene die niet alleen op basis van zijn laboratoriumonderzoek het getal presenteert, maar die ook het verhaal bij dit getal vertelt in relatie tot de patiënt om wie het gaat. ‘De klinisch chemicus komt dan steeds dichterbij de patiënt te staan’, zegt Scholten. ‘Dat maakt het alleen maar meer voor de hand liggend om hem onder de Wet BIG te scharen. Met als gevolg natuurlijk dat de patiënt hem ook onder die wet ter verantwoording kan gaan roepen.’

De tweede ontwikkeling betreft de aanwezigheid van de klinisch chemicus in de medische staf, zeker gezien het feit dat de patiëntbehandeling steeds meer een multidisciplinaire aangelegenheid wordt, en dat de klinisch chemicus daarin als adviseur voor het behandelteam een steeds meer concrete rol krijgt. Scholten: ‘Dit betekent nog niet meteen dat de klinisch chemicus in die rol verantwoordelijk wordt voor het doen of nalaten van een collega, maar hij speelt wel een rol in het totale proces van de patiëntenzorg. In voorkomende gevallen zou het goed zijn dat we dan in het kader van het tuchtrecht wel kunnen kijken wat die rol precies was en hoe hij die heeft ingevuld.’

### ‘Wet BIG steeds dichterbij’





Hans Janssen (NVKC):

## ‘Ik zie de laboratoriumspecialist klinische chemie als gids in diagnosticaland’



*Hans Janssen heeft de klinisch chemici in zijn jaren als voorzitter van de NVKC een lange weg zien afleggen. Hij heeft gezien hoe zij steeds meer uit hun laboratoria zijn gekomen, actief bezig om het gepast gebruik van laboratoriumdiagnostiek niet alleen in het ziekenhuis te promoten, maar ook daarbuiten: voor de huisarts en de patiënt. Ze zijn veel meer laboratoriumspecialisten klinische chemie geworden. Nu is het tijd om vervolgstappen te zetten.*

Hans Janssen heeft in zijn NVKC-voorzittersjaren veel dingen zien veranderen. ‘Maar één ding is hetzelfde gebleven’, zegt hij, ‘dat is dat ik het altijd een voorrecht heb gevonden om voorzitter te zijn van een vereniging met zoveel actieve leden. En vergeet niet dat verandering verbetering kan betekenen. Kijk maar naar hoe we er in de vereniging in zijn geslaagd een structuur te creëren voor het ontwikkelen van een beleidsplan, met agendapunten waarvan commissies als eigenaren optreden. Ik zie dat als een duidelijk blijk van professionalisering van onze vereniging en het heeft ook een paar concrete ontwikkelingen teweeg gebracht. Het samengaan met de Vereniging van Artsen Laboratoriumdiagnostiek bijvoorbeeld, de opleiding volgens het CanMeds model, de structurele richtlijnontwikkeling of de benchmark bedrijfsvoering en professionele kwaliteit. Aan die benchmark

heeft een derde van de ziekenhuislaboratoria in ons land deelgenomen. En daarmee hebben de betrokken professionals beslist hun nek uitgestoken.’ Toch is er iets dat nog steeds niet veranderd is: het moeizame traject met het ministerie van VWS om te komen tot wettelijke erkenning van het beroep klinisch chemicus. Janssen verbaast zich hierover. Hij vertelt: ‘De overheid financiert de specialistische vervolgeroepsopleiding en verschaft aan iedereen die deze met goed gevolg doorloopt de titel laboratoriumspecialist klinische chemie. Maar een titel- of beroepsbescherming wil ze maar niet bieden. Met als gevolg dat ieder die dat wenst zich klinisch chemicus of laboratoriumspecialist klinische chemie mag noemen. En desondanks blijft het ministerie op het standpunt staan dat titel- of beroepsbescherming overregulering zou zijn. De inspanning die wij hier-



voor als bestuur hebben gedaan – het land intrekken om onze wens hier toe in alle regionale bijeenkomsten toe te lichten – heeft binnen de vereniging voor grote eenheid gezorgd. Maar de onderbouwing van onze zienswijze met veel praktijkvoorbeelden, de ondersteuning hiervan door stakeholders en Europese regelgeving, hebben dit ambtelijk standpunt niet in beweging gekregen.’

### BIG-geregistreerd

Janssen blijft erbij dat de erkenning formeel geregeld moet worden. Van buitenaf dus, door het beroep van laboratoriumspecialist klinische chemie onder de Wet BIG te brengen. ‘Iedereen – professionals en patiënten – heeft het recht te weten wat de status is van degene tot wie hij zich wendt. Met opneming in de Wet BIG zou dit goed geregeld zijn en is er ook meteen een goede basis om vervolgstappen te zetten in de opleiding, de richtlijnontwikkeling en de verantwoording van de laboratoriumspecialist klinische chemie over de kwaliteit van het werk dat hij levert. En die registratie doet ook recht aan het feit dat hij nadrukkelijk onderdeel uitmaakt van de medische staf. In het verlengde daarvan is het eveneens logisch het kennisdomein klinische chemie onder te brengen in het palet waarvan de Orde van Medisch Specialisten de koepel is. Binnen de Orde kan de beroepsgroep ook een duidelijke inbreng hebben in de ontwikkeling van richtlijnen. Dat is van waarde voor iedereen, want bundeling van kennisdomeinen leidt tot betere kwaliteit van zorg.’

### Naar buiten treden

Het bestuur van de vereniging heeft de leden met haar beleidsplan “Van meten naar consult. Van chemisch naar medisch” uitgedaagd om meer naar buiten te treden. ‘Dit aspect hebben we in de opleiding ook krachtig aan de orde laten komen’, zegt Janssen. ‘Hoe het landelijk wordt toegepast, merk je op veel fronten. We gaan dan ook een kwaliteitsparagraaf aan de opleiding toevoegen om een beeld te krijgen van hoe de opleiders hun consultatieparameter invullen.’ Het belang voor de beroepsgroep om meer naar buiten te treden, kan Janssen niet voldoende onderstrepen. ‘Dat is nodig omdat het vak klinische chemie niet in het medisch curriculum is opgenomen, terwijl wel iedere arts laboratoriumaanvragen doet. De klinische chemie is het middel om de behandelaar toegang te geven tot informatie over de lichaamsvochten van de patiënt. Hij is de laboratoriumspecialist die de behandelaars informatie biedt over de bepalingen en interpretatie biedt van de resultaten. Kortom: degene die het getal verstrekt én het verhaal achter dat getal dus. Het lijkt me daarmee terecht ons als gids in diagnosticaland te bestempelen. Of we die rol ook moeten

vertalen naar “spin in het web” vind ik veel minder relevant. Voor mij is de patiënt de spin in het web.’

### Dichterbij de patiënt

En ook met die patiënt is wat aan de hand, want die is veel sterker dan vroeger geneigd om de regie over zijn eigen gezondheid te nemen, en om die gezondheid goed in kaart te brengen heeft ook hij de uitslagen van laboratoriumonderzoek nodig. Janssen: ‘Daarmee krijgt de laboratoriumspecialist klinische chemie een nieuwe rol, die past bij de nieuwe visie op het gezondheidsdenken die op dit moment maatschappelijk in ontwikkeling is. Het zijn de chronische patiënten die als eersten die regierol zijn gaan pakken, maar gezonde mensen beginnen dit nu ook te doen. De traditionele rol van de behandelaar verandert hiermee, en dus ook de positie van de laboratoriumspecialist klinische chemie, in zijn rol als ondersteuner van die behandelaar en in de directe rol voor de patiënt. Hij kan voor de patiënt ondersteunende diensten gaan aanbieden. Informatie verstrekken over diens nierfunctie bijvoorbeeld, of controleren of de glucosemeter de juiste waarden geeft. Ook voor de patiënten moeten we dus meer in beeld komen. Je ziet dit ook al gebeuren, bijvoorbeeld door de patiënt thuis te prikken als de situatie daarom vraagt.’

Ook in relatie tot het onderwerp schaalvergroting in de klinisch chemische laboratoria vindt Janssen het een goede zaak als de laboratoriumspecialist klinische chemie naar buiten treedt en op inhoudelijke gronden zijn meerwaarde aantoon. ‘En niet alleen binnen het ziekenhuis’, zegt hij. ‘Werk ook samen met de huisartsen, zodat de lijnen ook over de schuttingen van de zorgdomeinen heen kort zijn en de patiënt snel kan worden doorverwezen als dit nodig is, zonder dat opnieuw bloed geprikt moet worden en zijn waarden opnieuw hoeven te worden gemeten. Op die manier kan de laboratoriumspecialist klinische chemie voor de huisarts een functie hebben als pre-poortspecialist. Het zou goed zijn als pilots op dit gebied wat minder gehinderd werden door de schotten in de zorg. Schotten die zich zelfs doorvertalen tot op het niveau van verschillende verdiepingen bij het ministerie van VWS.’

*‘Meer in beeld komen voor de patiënt’*



Nederlandse Vereniging  
voor Klinische Chemie  
en Laboratoriumgeneeskunde

## Miranda van Berkel en Marloes van Zwam (KCIO): 'Als BIG-geregistreerden kunnen we ook in het buitenland aan de slag'



*De klinisch chemicus in opleiding (KCIO) ziet voor zichzelf niet direct een rol weggelegd als spin in het web tussen arts en patiënt, maar wel als een ondersteuner waarvan artsen meer gebruik kunnen maken dan een aantal van hen nu denkt. Miranda van Berkel en Marloes van Zwam - voorzitter en secretaris van de Commissie KCIO van de NVKC - werpen een blik in de toekomst.*

Ze hebben er zin in, de klinisch chemici in opleiding. Marloes van Zwam en Miranda van Berkel, nu allebei ruim drie jaar in opleiding, constateren beiden dat de verwachtingen waarmee ze aan deze vervolgopleiding zijn begonnen volledig overeind zijn gebleven. 'Vooral de interpretatie bij het getal is boeiend', zegt Van Zwam. 'Al is het ook heel leuk om uit te vogelen waarom een apparaat een totaal onverwachte bepaling geeft. Een kreatinine van 700 bij een patiënt die helemaal niet bekend is met nierfalen bijvoorbeeld. Dan moet je de puzzel oplossen. En in dit geval bleek die te zijn dat het apparaat na een voorafgaande urinebepaling onvoldoende was gereinigd. Leuk om uit te zoeken én relevant, want behandelaar en patiënt moeten op de bepaling kunnen vertrouwen.' Ook Van Berkel spreekt die combinatie aan. 'Dichtbij de kliniek staan en in het laboratorium koning van je eigen analyse zijn', noemt zij het. 'En je beschikt over heel

veel data waarmee je wetenschap kunt bedrijven met directe waarde voor de patiënt. Het was dan ook een eye-opener voor mij dat je wordt gezien als een kostenpost binnen het ziekenhuis en dus moet onderhandelen om je vakgebied te onderhouden. Maar daarom vind ik mijn positie binnen de Commissie Kcio ook zo interessant.'

### Teveel KCIO's in opleiding

Wat op het moment wel tegenvalt, is de werkgelegenheid. Van Zwam rekent voor: 'Op een vacature komen tien tot vijftien brieven, op een beroepsgroep van 250 klinisch chemici en tachtig KCIO's. En het is moeilijk om je te onderscheiden, want we hebben allemaal een vergelijkbare opleiding gedaan. Hooguit kunnen je persoonlijkheid, eventuele projecten tijdens je opleiding en het promotieonderzoek dat je voor je opleiding deed een onderscheidende factor zijn.'



Het zou dan ook interessant zijn voor de klinisch chemici om in het BIG-register te worden opgenomen, stelt Van Berkel. 'Dan kunnen we ook in het buitenland aan de slag', zegt ze. 'Maar die registratie zou om meer redenen interessant zijn. Ook omdat die je de mogelijkheid biedt om te staan voor je vak en daarop te worden afgerekend. En om niet alleen toegang te hebben tot het elektronisch patiëntendossier maar daarin ook zelf aantekeningen te mogen maken.' Van Zwam beaamt dit. 'We kunnen veel meer dan veel zorgprofessionals denken', zegt ze. 'We zijn weliswaar geen medebehandelaars – we zien tenslotte de patiënt niet en zijn dus ondersteuners – maar we zouden in die rol zeker meer verantwoordelijkheid kunnen dragen. Ik zou dat ook wel willen. Als wij in samenwerking met de behandelaar een rol in diagnostiek en vervolgdagnostiek kunnen nemen, hoeft de behandelaar zich daar minder om te bekommeren.' De meerwaarde hiervan is Van Berkel duidelijk. 'We kunnen een actieve rol spelen bij het voorkomen van overdiagnostiek', zegt ze. 'Het is bijvoorbeeld onzin om bij interne geneeskunde standaard continue leverfuncties af te nemen bij een patiënt die geen leverafwijking heeft. Het is makkelijk voor de arts om een profiel aan te vinken, maar het zou meerwaarde hebben als ons advies daarin sterker zou doorklinken.'

### De arts als gesprekspartner

Dit vereist echter wel dat de artsen de klinisch chemici die rol ook daadwerkelijk geven. 'Maar niet alle medisch specialisten hebben de klinisch chemici even hard nodig', zegt Van Zwam. 'De huisarts kun je heel goed helpen en die wil ook dat je dat doet. Maar de intensivist bijvoorbeeld kan de uitslagen vaak beter interpreteren dan wij, omdat die de patiënt en de interventies precies kent. De andere specialismen zitten tussen die twee uitersten. Gynaecologen bijvoorbeeld weten veel over voortplantingshormonen, maar als het om andere zaken gaat zijn ze vaak blij dat je erbij bent. Ook andere bepalingen kunnen immers invloed hebben op de voortplantingsgeneeskunde, dus daar kun je echt van meerwaarde zijn. Ook ongevraagd advies geven stellen de meeste specialisten wel op prijs. Meestal waarderen ze het wel als je even belt en bereid bent om mee te denken.'

Ook in onderzoek kunnen klinisch chemici een rol spelen. 'Denk hierbij bijvoorbeeld aan een adviesfunctie bij klinische trials', zegt Van Zwam. 'Maar of je hiertoe de kans krijgt, hangt wel voor een deel af of je in de periferie werkt of in een academische setting. Daarnaast kun je natuurlijk als KCIO ook zelf onderzoek doen. Dat wordt ook gestimuleerd, want je hebt de verplichting om tijdens de opleiding een wetenschappelijke publicatie op je naam te schrijven.'

Iets wat soms nog niet zo eenvoudig te realiseren is trouwens, als je bedenkt hoeveel tijd gaat zitten in de dagelijkse werkzaamheden en in andere taken die bij een KCIO kunnen worden neergelegd, zoals de implementatie of optimalisatie van een laboratorium informatiesysteem of validatie van nieuwe testen.'

### De toekomstige werkplek

Een belangrijke vraag voor de aankomende generatie klinisch chemici is natuurlijk: waar bevindt zich het laboratorium van waaruit die werkt? In het ziekenhuis, of ergens op een centrale locatie tussen een aantal ziekenhuizen? 'Onder schaalvergroting komen we niet uit', zegt Van Zwam direct. En Van Berkel beaamt dit. Maar zij voegt er wel aan toe: 'Ik geloof niet dat je het laboratorium helemaal uit het ziekenhuis kunt halen. De bepaling van de cito's blijft nodig tenslotte. De meer gecompliceerde diagnostiek kun je wel centraliseren. Dat kan kostenbesparend zijn, maar ik zie nog niet direct hoe het de kwaliteit van het werk ten goede zou komen.'

Van Zwam ziet hiervoor echter wel een mogelijkheid. Ze zegt: 'Het ziekenhuislandschap verandert en de patiënt ondergaat niet meer altijd de hele behandeling in hetzelfde ziekenhuis, of in de tweede lijn. Met dat in het achterhoofd is het goed om te bedenken dat centralisatie van laboratoria tot standaardisatie zal leiden van de bepalingen die daar worden verricht. Die standaardisatie heeft in dit licht beslist meerwaarde. En we zijn er als beroepsgroep al heel lang mee bezig om die te bewerkstelligen. Bij schaalvergroting van de laboratoria zal dit probleem zich gemakkelijker oplossen.'

*'Het was een eye opener dat je wordt gezien als kostenpost'*



Claudia Pronk-Admiraal (NVKC):

## ‘We moeten helder aantonen wat de waarde van de klinische chemie in de zorg is’



*Tijdens het NVKC-lustrumsymposium in september treedt Claudia Pronk aan als de nieuwe voorzitter van de vereniging. Voortbordurend op de lijn die met het beleidsplan - van meten naar consult, van chemisch naar medisch - in gang is gezet, wil zij toewerken naar een situatie waarin de klinisch chemicus nog veel meer naar buiten treedt. Om de klinische chemie te positioneren als waarde-element in de zorg, maar ook om gesprekspartner te zijn in de discussie over efficiency in de zorg.*

Claudia Pronk had een goede reden om het voorzitterschap van de NVKC te aanvaarden. ‘Ik wil deze kans gebruiken om de vereniging en het vak over de volle breedte, nog meer dan nu het geval is, een duidelijke plek te geven in de zorg’, zegt ze. ‘De NVKC is een vereniging met heel veel actieve leden die ditzelfde doel nastreven. Dat lukt ook alleen maar samen. Je ziet ook dat we hier al hard mee op weg zijn. Het nu bestaande beleidsplan heeft de titel “Van meten naar consult, van chemisch naar medisch”. De klinisch chemicus is al bezig om veel meer naar buiten te treden en een actieve rol te spelen in het zorgveld, zonder de zorg voor het laboratorium, de interne processen en de analytische aspecten uit het oog te verliezen. Het is nu zaak verder te werken aan die herkenbaarheid, om ervoor te zorgen dat mensen op een feestje bij het horen van de beroepsnaam niet vragen:

“Wat is dat?”. We moeten voortbouwen op basis van de stappen die al zijn gezet: verbindinglijnen leggen, binnen het ziekenhuis en ook naar de eerste lijn en naar de patiënt. Dat verklaart ook waarom we zo actief zijn op [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en [www.uwbloedserius.nl](http://www.uwbloedserius.nl), om uit te leggen wat klinische chemie is, wat testen zijn en wat de betekenis is van labwaarden en om actief vragen te beantwoorden.’

### Nieuw beleidsplan

Om dit te doen, wil Pronk zo snel mogelijk na haar aantreden als voorzitter komen met een nieuw meerjaren beleidsplan voor de NVKC, dat beschrijft hoe de lijn die zij hierboven schetst het best kan worden uitgewerkt. ‘Het schrijven van dit beleidsplan is nadrukkelijk niet iets wat ik alleen doe’, zegt ze. ‘Het is het werk van een groep mensen met informatie van



uit de vele commissies, dwars door de achterban van de NVKC heen. We kijken naar wat behouden moet worden en waar we heen willen. We staan in voor diagnostiek van hoge kwaliteit, met innovatie en vakinhoudelijke ontwikkeling op de voorgrond middels een kwaliteitssysteem, de opleiding en wetenschappelijk onderzoek. We willen dat de klinische chemie niet wordt gezien als een kostenpost, maar als een waardecreërend element in de zorgketen. Hiertoe moeten we aantonen hoe waardevol de klinische chemie is bijvoorbeeld om sneller tot een diagnose te komen die de een juiste en effectieve behandeling of therapie mogelijk maakt. We zouden dit breder kunnen trekken dan we nu al doen, door ook nadrukkelijk stil te staan bij onze waarde in preventie. We kunnen onze bijdrage op dit gebied als klinisch chemische laboratoria aanbieden, in het verlengde van preventief onderzoek, want wij kunnen antwoord geven op de vraag of de uitslagen van zulk onderzoek wel of niet iets te betekenen hebben.’

### Actieve gespreksdeelname

Ook als het gaat over centralisatie en decentralisatie in de zorg moet en kan de klinisch chemicus zich opstellen als deelnemer aan het debat, stelt Pronk. Als lid van de raad van bestuur van Atal-Medial weet zij als geen ander wat er op dit gebied speelt. Ze is ervan overtuigd dat schaalvergroting, op welke wijze dan ook, meerwaarde kan hebben voor de patiënt. ‘Je brengt veel kennis bij elkaar waardoor je klinisch chemici in staat stelt om zich in deelaspecten van het werk te specialiseren’, zegt ze. ‘Dit betekent dat je gezamenlijk meer te bieden hebt. En omdat je faciliteiten deelt, kun je dat ook tegen lagere kosten doen.’ Werken in een grotere setting biedt klinisch chemici de kans tot kennisverdieping en daarmee tot het nemen van een meer proactieve rol naar aanvragers, medebehandelaars en patiënten, stelt Pronk. ‘Zij kunnen in de eerste lijn bijvoorbeeld behulpzaam zijn door middel van inhoudelijke inbreng in het diagnostisch toets overleg, het DTO, of een proactiever inbreng in het multidisciplinair overleg en multidisciplinaire richtlijnen’, zegt ze. ‘En de klinisch chemici kunnen naast actieve consultatie ook meer gestructureerd nascholing aanbieden voor de eerste en tweede lijn, en wellicht ook voor patiënten als daar behoefte aan is.’

### Lijnen verbinden

Pronk verwacht dat Nederland in de toekomst vijf tot tien grote groepen laboratoria zal tellen. Het liefst in samenwerking met andere disciplines zoals de microbiologen, apothekers/toxicologen en pathologen. ‘Een dergelijk laboratorium of groep van laboratoria kan als expertisecentrum diagnostiek concentreren, kan de eerste, tweede en derde lijn goed verbinden en

maakt de keten naar de zorgvragers en patiënten helder’, zegt Pronk. ‘Deze opzet betekent zeker niet dat de laboratoriumfunctie uit het ziekenhuis verdwijnt, dat wil ik erg graag benadrukken. De klinisch chemicus moet dichtbij het zorgproces blijven, want dan is hij in staat waarde toe te voegen. Afhankelijk van het bedrijfsmodel kun je beslissen waar concentratie ophoudt en decentralisatie kansen biedt.’

Pronk wijst erop dat hoe belangrijk het hierbij is het logistiek goed te borgen. De discussie moet dus niet alleen over geld gaan’, zegt ze. ‘De discussie moet vooral gaan over de vraag welke waarde schaalverandering kan toevoegen. Je moet kijken naar wat onze inspanningen kosten én opleveren, want dat is de enige basis om in de discussie recht te doen aan het aspect van waardecreatie. En dat aspect moet het uitgangspunt blijven. Het is aan ons als beroepsgroep om te bewaken dat dit gebeurt.’

*‘De discussie moet vooral gaan over de vraag welke waarde schaalverandering kan toevoegen’*

## Colofon

Deze uitgave is in opdracht van de NVKC tot stand gekomen, in het kader van het 65-jarig jubileum van de vereniging.

**Tekst:** Frank van Wijck

**Fotografie:** APA Foto; foto's uit het bezit van de geportretteerden.

**Eindredactie:** Saskia ter Kuile

**Ontwerp en productie:** Verhagen Grafische Media

**Bureau NVKC**

Catharijnesingel 49a, 3511 GC Utrecht

Telefoon 030 - 232 86 23

Fax 030 - 231 11 78

E-mail [buuro@nvkc.nl](mailto:buuro@nvkc.nl)



[www.nvkc.nl](http://www.nvkc.nl)