

Uit de Vereniging

Ter gelegenheid van het 47^e Congres van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie te Lunteren op 27 en 28 april 1995 werden de leden door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Mevr. Dr. E. Borst - Eilers, toegesproken. Haar toespraak is hieronder generaal opgenomen.

Tevens rijkte zij de Professor Borstprijz 1994 uit aan Dr. K. Miedema voor zijn uitnemend werk op het gebied van de diagnostiek en het vervolg van de therapie bij diabetes mellitus.

Tijdens het congres werd ook de Orthoprijz 1994 uitgereikt aan Dr. P. Bosma vooral voor zijn werk op het gebied van het Crigler-Najar syndroom.

Tenslotte werd bij het eerste lustrum van de jaarlijkse postersessie aan de drie beste posters een prijs toegekend.

De Minister aan het woord

Dames en Heren

Het avondprogramma van een wetenschappelijk congres heeft altijd een wat ander karakter dan de rest van dat congres. Soms heeft het zelfs een wat feestelijk tintje - dat kwam zo even natuurlijk zeer duidelijk naar voren bij de uitreiking van de prijs - maar in ieder geval is er sprake van een wat ontspannen sfeer, al dan niet als gevolg van het diner dat aan het avondprogramma voorafging. Ik stel het dan ook zeer op prijs, dat u mij juist voor het avondprogramma hebt uitgenodigd. Ik weet van een eerdere gelegenheid - in het Scheepvaartmuseum - dat u van een avond iets heel gezelligs weet te maken.

Met deze avond heb ik bovendien nog een bijzondere band. Het is immers de avond van de prof. dr. J.G.G. Borst prijs, genoemd naar mijn schoonvader, de internist die zo'n warm hart voor de klinische chemie had en die dat op al zijn leerlingen wist over te dragen.

Ik wil het vanavond met u hebben over professioneel handelen. Om te beginnen over het professionele handelen binnen de eigen beroepsgroep. En dan met name over drie aspecten: doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid.

Het zal u niet ontgaan dat dit precies de thema's zijn die in de Kwaliteitswet zorginstellingen bij het begrip "verantwoorde zorg" worden genoemd. Daar is natuurlijk een reden voor. De Kwaliteitswet zorginstellingen zal waarschijnlijk volgend jaar al van kracht worden. Dan moeten ook de instellingen waarin u werkzaam bent, of - in het geval van zelfstandige laboratoria - de zorgaanbieders voor wie u werkzaam bent, verantwoorde zorg leveren. En een kwaliteitssysteem ontwikkelen. Zowel bij de invulling van het begrip verantwoorde zorg als bij de vormgeving van

een kwaliteitssysteem kunt u als professional een belangrijke rol spelen. Daarvoor is het wel noodzakelijk dat u met anderen in overleg treedt. Dat u kritisch naar het handelen van anderen kijkt. Met die anderen bedoel ik natuurlijk in de eerste plaats de aanvragers van laboratoriumdiagnostiek, de artsen. Maar ook, dat u anderen toestaat om kritisch te kijken naar uw eigen handelen. Over de relatie met anderen gaat het tweede deel van mijn inleiding.

Maar eerst het professionele handelen van klinisch chemici. Klinisch chemici zijn gewend om systematisch met kwaliteit om te gaan. Waar sommige andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg nog aarzelend proberen hun handelen in protocollen te vatten, kunnen klinisch chemici bogen op meer dan twintig jaar ervaring. Terwijl sommige anderen pas op gang komen als een wettelijke regeling in zicht is, zie je klinisch chemici spontaan deelnemen aan intercollegiale toetsing. En terwijl er op grote schaal geklaagd wordt dat het zo moeilijk is om mensen één of meer dagdelen voor kwaliteitsbeleid vrij te roosteren, zie je dat het bij klinisch chemici vanzelf gaat. Geen eindeeloos overleg, gewoon doen!

Het heeft mij dan ook niet verwonderd dat de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie in 1992 met het Model Kwaliteitshandboek voor klinisch-chemische laboratoria kwam. Vrijwel alle laboratoria zijn hierop aan de slag gegaan met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Ook hebben nu al een aantal proefaudits plaatsgevonden, vooruitlopend op de certificatie van deze laboratoria. Ik denk dat de klinisch chemici met al deze ontwikkelingen behoorlijk vooruit lopen op de kwaliteitszorg in de ziekenhuizen waarbinnen zij werkzaam zijn.

Een doeltreffend laboratoriumgebruik heeft bij de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie steeds voorop gestaan. Om die reden heeft u in het verleden veel aandacht besteed aan de organisatie van de dienstverlening, de ontwikkeling van protocollen en aan processen van kwaliteitsbewaking. Maar ook aan zaken in de voorwaardenscheppende sfeer: budgetbeleid, na- en bijscholing, werkomstandigheden.

Naast de eigen doeltreffendheid hebben klinisch chemici ook gekeken naar de doeltreffendheid van het diagnostisch beleid in algemene zin. Want hier valt soms heel wat te verbeteren. Niet altijd is het nut van bepaalde laboratoriumaanvragen duidelijk. Een aanvraag moet een specifiek doel dienen. Dat betekent dat met een afwijkende uitslag ook iets gedaan moet kunnen worden: het stellen of bijstellen van een diagnose, het kiezen van een therapie, het verwijzen van een patiënt naar een andere hulpverlener. Maar dat is, zoals u maar al te goed weet, niet altijd het geval. We kennen allemaal het aanvraagdgedrag van artsen die

nog altijd standaard bij opname een groot aantal bepalingen laten doen, terwijl inmiddels bekend is dat dergelijke ongerichte aanvragen maar zelden iets opleveren. Of van specialisten die bepaalde stokpaardjes hebben: onderzoeken die ze als sinds jaar en dag aanvragen, maar waar inmiddels andere meer nauwkeurige of meer indicatieve bepalingen voor in de plaats zijn gekomen. Aanvragen, waarvan de effectiviteit dus gering is. Of in ieder geval aanvragen waarvan de effectiviteit duidelijk verbeterd kan worden. Naast doeltreffendheid heeft ook doelmatigheid binnen de beroepsgroep de laatste jaren veel aandacht gekregen. Zo krijgt de doelmatigheid aandacht bij het terugdringen van de cito-cultuur die in sommige instellingen heerst. Er is een verschil tussen snel een laboratoriumwaarde *willen* hebben en snel een waarde *moeten* hebben. Slechts in het laatste geval is een citobepaling op zijn plaats. In andere gevallen betekent een citobepaling verspilling van personele inzet en materiële middelen. Een verspilling die niet meer getolereerd kan worden in een tijd waarin de kosten van de zorgsector slechts beperkt mogen groeien. Naast doeltreffendheid en doeltreffendheid spreekt de Kwaliteitswet ook van patiëntgerichtheid. Nu zult u zich wellicht minder aangesproken voelen om in dit kader iets te ondernemen. De meesten van u hebben immers slechts weinig direct contact met patiënten. Toch zijn er verscheidene mogelijkheden voor verbetering van patiëntvriendelijkheid van diagnostisch onderzoek. Patiëntvriendelijk verrichten van onderzoek hangt deels natuurlijk samen met doelmatig en doeltreffend diagnostisch onderzoek. Immers, het belasten van de patiënt met onnodige onderzoeken kan als weinig patiëntvriendelijk worden beschouwd, evenals het tweemaal verrichten van hetzelfde onderzoek. Maar u kunt ook denken aan andere zaken. Door patiëntenorganisaties bijvoorbeeld wordt nog wel eens geklaagd dat bij diabetespatiënten zo vaak capillair bloed uit de vingers wordt afgenomen dat de vingertoppen gevoelloos worden. Dit terwijl deze groep een groot risico loopt om op latere leeftijd blind te worden en dan juist die gevoeligheid van de vingertoppen nodig heeft om braille te leren. Meer patiëntgerichtheid kan hier bereikt worden door de afname van bloed uit de vingers zoveel mogelijk te beperken. Een andere klacht die je nog steeds hoort, betreft hematoomvorming ten gevolge van bloedafname. Ik zou zeggen, treed eens met patiëntenorganisaties in contact en kijk eens waar wensen en behoeften liggen. Misschien dat er meer te zeggen is over patiëntvriendelijkheid van laboratoriumdiagnostiek dan u op het eerste gezicht mogelijk acht. Naast uw eigen activiteiten op het gebied van kwaliteit wil ik ook graag nog even ingaan op uw relaties met andere beroepsbeoefenaren. Ik heb in het programma voor morgen gezien dat de themamiddag als titel heeft meegekregen: "klinisch chemicus: quo vadis". Dat lijkt een duidelijke vraag. Maar ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het hier gaat om een retorische vraag. Wellicht is ook u opgevallen dat in de aankondiging van de themamiddag achter "quo vadis" geen enkele maal een vraagteken staat. Ik zelf ben trouwens ook niet erg geneigd om te vragen

waarheen de klinisch chemicus gaat. Dat is zo langzamerhand wel duidelijk, denk ik. Wat mij veel meer interesseert, is de vraag of hij die weg alleen of met anderen aflegt.

Want terugkijkend constateer ik dat de weg van de klinisch chemicus een eenzame is geweest. Eigen protocollen en standaarden, een eigen kwaliteitshandboek, eigen werkgroepen en voorbereiding in eigen kring op certificatie. Natuurlijk, er bestaan wel contacten met huisartsen en specialisten, maar deze zijn zelden gericht op het bereiken van afstemming tussen het kwaliteitsbeleid van klinisch chemici en het diagnostisch beleid van de aanvragende artsen.

Hoewel ik niet ontken dat je vaak snel tot kwalitatief hoogstaande produkten komt wanneer je de discussie eerst binnen de eigen kring voert, komt er een moment dat je met die produkten naar buiten moet. Dat de produkten geïntegreerd moeten worden in grotere verbanden. En dat soms bijstelling moet plaatsvinden om aansluiting op activiteiten van anderen mogelijk te maken. Voor u als klinisch chemici is die afstemming zelfs bijzonder belangrijk. Want anders dan bij sommige andere beroepsbeoefenaren in de zorgsector, gaat aan een verrichting van een klinisch chemicus altijd het handelen van een huisarts of specialist vooraf. Sterker nog, de verrichtingen van de klinisch chemicus vormen een onderdeel van het proces waarin een arts tot zijn diagnose komt. Om tijdig tot een accurate diagnose te komen, moet de ruis in de informatie-overdracht tussen klinisch chemicus en arts zo beperkt mogelijk zijn. Daarvoor is een goede aansluiting tussen het beleid van artsen en dat van klinisch chemici beslist noodzakelijk.

Die noodzaak om met andere beroepsbeoefenaren af te stemmen wordt naar mijn mening door de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen nog vergroot. Want de Kwaliteitswet spreekt zorgaanbieders aan op de totstandkoming van verantwoorde zorg. En op de systematische bewaking, beheersing en verbetering van die zorg. De wet heeft het daarbij over één integraal produkt, namelijk verantwoorde zorg. Niet over een optelsom van verantwoorde laboratoriumdiagnostiek en wat er zo al meer plaatsvindt in een instelling. Louter het naast elkaar zetten van verschillende deelsystemen levert geen verantwoorde zorg op. Wanneer mensen naast elkaar, en niet mét elkaar werken zal zorg zelden doelmatig en doeltreffend zijn.

Nu hoor ik vaak de klacht van beroepsgroepen dat het zo moeilijk is om op het niveau van beroepsverenigingen of koepels van instellingen tot onderlinge uitwisseling van gegevens of tot afspraken te komen. Maar afstemming op dat niveau is nu niet precies wat mij voor ogen staat. Met naar buiten treden bedoel ik niet dat er beslist op het niveau van verenigingen of koepels overleg tot stand moet komen. Ik denk eerder aan wat meer kleinschalige overleggen. Zo kan ik mij voorstellen dat binnen een ziekenhuis klinici met klinisch chemici, röntgenologen en vertegenwoordigers van functie-afdelingen om de tafel gaan zitten om eens te kijken of het diagnostisch proces beter te structureren valt.

Voor dat structureren worden tegenwoordig vaak

richtlijnen ontwikkeld, ook wel standaarden of protocollen genoemd. Die moeten in multidisciplinaire samenwerking worden opgesteld. Voor diverse patiëntencategorieën speelt de klinische chemie daarbij ook een belangrijke rol. Samen met de klinici moet u de wetenschappelijke literatuur beoordelen: welke diagnostische tests hebben bij een bepaalde patiëntencategorie een bewezen nut. Het gaat om het ontwikkelen van een diagnostisch kompas voor de zoekende klinicus, waarbij men uitgaat van de *patiënt*, en niet van de *test*.

Het opstellen van richtlijnen voor het medisch handelen is in Nederland het verst ontwikkeld bij de huisartsen, die al zo'n vijftig standaarden in omloop hebben gebracht. Ook daarbij is samenwerking met klinisch chemici nodig. En ook hier geldt dat daarnaast het kleinschalig, gestructureerd collegiaal overleg tot grotere doelmatigheid kan leiden.

Op het moment dat samenwerking meer ingeburgerd begint te raken, is er nog tijd genoeg om op verenigings- of koepelniveau de afspraken meer te formaliseren. Als men dat dan tenminste nodig vindt.

Dames en heren. Ik kom aan het eind van mijn betoog. Ik heb u enkele gedachten geschetst over de activiteiten die de klinisch chemici in de nabije toekomst zouden kunnen ondernemen. Aan uw eigen kwaliteitssysteem is niet zoveel meer uit te bouwen. Of het moet zijn dat het aspect patiëntvriendelijkheid nog wat meer inhoud krijgt. In de afstemming met anderen echter valt er nog heel wat te ondernemen. Ik weet dat dit niet altijd gemakkelijk zal zijn. Maar moeilijk betekent niet: onmogelijk. Ik ben van mening dat u de uitdaging aankunt. U heeft in het verleden nooit voor de gemakkelijkste weg gekozen. En ik denk dat u daarom al heel veel heeft bereikt. Ik heb er dan ook alle vertrouwen in dat u ook in de toekomst met de nodige voortvarendheid uw streven naar een goede kwaliteit zult voortzetten.

Dames en heren. Ik wens u een prettig en leerzaam congres toe en veel succes in uw werk. Ik dank u voor uw aandacht.

Professor Borstprijz 1994

De prijs is bedoeld als eerbewijs aan een in het register van de NVKC ingeschreven klinisch chemicus,



Dr. Miedema ontvangt uit handen van Minister Borst de gelijknamige naar haar schoonvader genoemde prijs.

die zich bijzonder heeft onderscheiden in het verbeteren van de communicatie tussen aanvragend arts en klinisch chemicus.

De prijs, ingesteld door de NVKC, wordt eens per twee jaar toegekend door het Bestuur op voordracht van een door haar ingestelde jury. De prijs bestaat uit een oorkonde en een bedrag van Hfl. 10.000,- welke beide ter beschikking worden gesteld door de firma Boehringer Mannheim B.V.

De jury onder voorzitterschap van Prof. Dr A. F. Casparie heeft Dr. K. Miedema voorgedragen voor deze prijs. Het bestuur van de NVKC heeft deze nominatie overgenomen.

Drie personen werden voor de prijs voorgedragen. Eén kandidaat viel af omdat hij geen klinisch chemicus is en derhalve volgens de reglementen niet in aanmerking kwam.

De jury is unaniem tot het besluit gekomen, dat Dr. K. Miedema, klinisch chemicus van het Ziekenhuis De Weezenlanden te Zwolle de meest geschikte persoon is voor de prijs.

Hij voldoet met name aan de gestelde criteria in het reglement, met name, de structurele verbetering van het aanvraagpatroon en het gebruik van uitslagen van laboratoriumonderzoek en de educatie van aanvragers in de interpretatie van klinisch-chemische parameters in het licht van biologische en analytische variatie.

Miedema heeft vooral zijn sporen verdiend op het gebied van diagnostiek en het vervolg van de therapie bij diabetes mellitus. Hij heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het Zwolse diabetesprotocol, waarin het juist gebruik van klinisch-chemische diagnostiek centraal staat. Dit protocol richt zich op de samenwerking tussen eerste en tweede lijn en heeft landelijk een voorbeeldfunctie gehad.

Bovendien is hij betrokken geweest bij een aantal landelijke symposia over diabetes mellitus.

In het ziekenhuis is hij actief (geweest) in diverse stafcommissies, waarin het aanvraagpatroon en het gebruik van uitslagen van klinisch-chemisch onderzoek aan de orde is.

Tenslotte vervult hij een belangrijke rol binnen algemene samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en specialisten in de Zwolse regio, aldus de jury....

Dr. Miedema verzorgde tijdens het congres een voordracht over zijn werk op het gebied van diabetes mellitus.

Orthoprijz 1994

De Orthoprijz 1994 is te beurt gevallen aan Dr. P. Bosma, verbonden aan het specieel laboratorium Interne Chirurgie en Cardiologie, onderdeel van het centraal klinisch chemisch laboratorium van het AMC te Amsterdam.

Onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. Thijssen heeft de jury de inzendingen van zes kandidaten beoordeeld.

Grote waardering werd uitgesproken over de kwaliteit van de geleverde documenten en over het werk waarop deze gebaseerd waren, waarbij het niveau als goed tot zeer goed werd beoordeeld.

Het uiteindelijke oordeel werd opgemaakt op grond van de criteria: belang van het onderzoek voor het



Dr. Bosma neemt de Ortho prijs 1994 in ontvangst uit handen van Drs. Huijsman.

vakgebied klinische chemie, productiviteit van de kandidaat, originaliteit van het werk, kwaliteit van de publikaties in de internationale tijdschriften en eigen inbreng van de kandidaat.

De jury heeft unaniem besloten Dr. P. Bosma voor te dragen voor de prijs. Bosma heeft in de afgelopen jaren blijk gegeven van een goede betrouwbare en originele onderzoeksmethodiek. Hij heeft baanbrekend werk verricht op het gebied van de ontrafeling van de genetische achtergrond van het Crigler-Najar syndroom. De resultaten van dit werk zijn in uitstekende internationale tijdschriften gepubliceerd. Zijn rol in het onderzoek was van grote betekenis. Eerder had hij reeds op hoog niveau onderzoek verricht over de plasminogeen activator inhibitor in het kader van een promotie-onderzoek, aldus de jury....

Het bestuur van de NVKC heeft de voordracht van de jury overgenomen, zodat tijdens het congres Dr. P. Bosma de prijs, bestaande uit een oorkonde en een

geldbedrag van Hfl 10.000 in ontvangst kon nemen uit handen van Drs. K. G. H. Huijsman van Ortho Diagnostic Systems.

Tenslotte hield Dr. Bosma een voordracht over zijn werk op het gebied van het Crigler-Najar syndroom.

Posterprijzen

Uit totaal 57 posters, welke gemiddeld van goede kwaliteit waren, werd door de jury, bestaande uit de voorzitter en de secretaris van de wetenschapscommissie, Prof. Dr. J. M. F. Trijbels en Dr. R. B. H. Schutgens, een keuze gemaakt. De beoordeling geschiedde onder meer op grond van de volgende criteria: originaliteit van het onderzoek, toegepaste technieken, toepasbaarheid binnen de klinische chemie en uitvoering van de gepresenteerde posters. Toepassing van deze criteria leidde tot de volgende prijswinnaars:

1. H.M. Steffens-Nakken, E. Kalsbeek-Batenburg, I. Vermes, C. Haanen en C. Reutelingsperger (Klinisch Chemisch Laboratorium, Medisch Spectrum Twente, Enschede en afdeling Biochemie, Universiteit van Limburg) met de poster: "Een nieuwe flowcytometrische bepaling van apoptose: meting van fosfatidylserine met FITC-gelabeld annexine V".
2. J. van der Weide en L.S.W. Steijns (Klinisch Chemisch Laboratorium, Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk, Ermelo) met de poster "Apolipoproteïne E polymorfisme en de ziekte van Alzheimer".
3. E. van Voorst tot Voorst, J.A. Kuivenhoven, C.J.A. Doelman, L.D. Dikkeschei, J.J.P. Kastelein en K. Miedema (Laboratorium, Ziekenhuis De Weezenlanden, Zwolle en Centrum Hemostase, Thrombose, Atherosclerose en Ontstekingsonderzoek, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam) met de poster: "Onderzoek van een familie met fish eye disease".