

slechts beperkte scholing daarvoor nodig hebben is zeker geen verre toekomst. Zo zou de huidige ontwikkeling naar centralisatie van diagnostiek wel eens geblokkeerd kunnen worden door exact de omgekeerde beweging: decentralisatie, steeds meer diagnostiek naast of vlakbij de patiënt. Beide ontwikkelingen (centralisatie én decentralisatie) maken dat de klinisch chemicus teruggeworpen wordt op zijn kerntaken: consultancy en wetenschapsbeoefening.

De klinisch chemicus zal zich af moeten vragen wat zijn bestaansrecht is, niet alleen op korte termijn, maar ook over 10-20 jaar. Wanneer we de huidige taken van de klinisch chemicus plaatsen in het licht van de ontwikkelingen (voortschrijdende techniek, aanbieders van diagnostiek buiten de muren van het ziekenhuis, kantelende organisaties) dan blijken er twee hoofdaspecten te bestaan binnen de beroepsuitoefening die de "core business" van de klinisch chemicus vormen: het geven van consulten op het gebied van laboratoriumdiagnostiek en wetenschapsbeoefening op datzelfde gebied. Daarnaast is de klinisch chemi-

cus onmisbaar om een wetenschappelijke toetsing uit te voeren van door de industrie ontwikkelde en aangeboden hulpmiddelen voor diagnostiek. Om het bestaansrecht op de lange termijn te kunnen handhaven, zal de beroepsgroep deze aspecten dienen te versterken. Met name binnen de eigen (ziekenhuis) organisatie zal de klinisch chemicus een gerespecteerd specialist met een consultatieve taak moeten worden of blijven. We moeten niet de fout maken dat er onverzettelijk vast gehouden wordt aan de rol van de klinisch chemicus als enige rechthebbende op het (solistisch) leiding geven aan een klinisch-chemisch laboratorium, en daarbij de kerntaken (consultancy en wetenschapsbeoefening) niet voldoende vorm geven. Integendeel: door gezamenlijk met andere professionals (analytische medewerkers en bedrijfskundig/financieel-economisch geschoolden) in teamverband leiding te geven ontstaan juist mogelijkheden om het eigen vak optimaal vorm te geven, zowel binnen het laboratorium als naar de medische professie.

Ned Tijdschr Klin Chem 1998; 23: 227-229

Veranderingen in de organisatie van klinisch-chemische laboratorium diagnostiek: een overpeinzing vanuit een ziekenhuislaboratorium

F.J. DUISTERWINKEL

De laatste jaren zijn er in de klinische chemie organisatorische ontwikkelingen in gang gezet, zoals ontzotting, privatisering en centralisering. Historisch gezien blijkt dat veranderingen vaak niet leiden tot verbeteringen. Het is dan ook noodzakelijk, dat het doorvoeren van veranderingen plaatsvindt op zo objectief mogelijk vastgestelde gronden. De discussies hierover in regionale of landelijke bijeenkomsten worden bemoeilijkt, doordat collegialiteit en concurrentie direct of indirect een rol spelen. De problemen op een objectieve wijze voor het voetlicht brengen of een objectieve visie ontwikkelen t.a.v. deze problematieken is dan ook niet gemakkelijk. De regio Gelre heeft een toekomstscenario geformuleerd en gepubliceerd in dit tijdschrift (1). In deze beschouwing zal bovenstaand dilemma niet uit de wereld worden geholpen. Wel wordt getracht om een aantal facetten te belichten, met name in de vergelijking tussen een laboratorium in een ziekenhuis en een centraal laboratorium. Dit vanuit het perspectief van een klinisch-chemisch laboratorium in een algemeen ziekenhuis.

Ook zijn hierin de visies vanuit verschillende invalshoeken betrokken, zoals die gepubliceerd zijn in het speciale themanummer van ons tijdschrift ter gelegenheid van het 50 jarig jubileum van de NVKC (2).

Overwegingen

Professioneel statuut/lidmaatschap van de medische staf

In het Professioneel Statuut van de NVKC staat vermeld dat de KC lid moet zijn van de medische staf. Dit kan slechts indien de KC deel uit maakt van de ziekenhuisorganisatie. Eventueel kan de KC van een extern laboratorium buitengewoon staf lid worden. Een volwaardig functioneren, zoals stemrecht hebben en bestuurlijke activiteiten ontplooiën, is dan echter niet mogelijk.

Professioneel functioneren

In een relatief klein laboratorium met een of twee KC is het moeilijk om in het gehele vakgebied voldoende deskundigheid paraat te hebben. Specifieke deskundigheid wordt verkregen van grote laboratoria of academische centra in de regio of daarbuiten. Samenwerking biedt mogelijkheden tot subspecialisatie. Het aanwenden van specifieke deskundigheid voor verbetering van kwaliteit van de diagnostiek kan alleen worden bereikt indien de professional voldoende inbreng en autoriteit heeft in de laboratoriumorganisatie.

Klinisch Chemisch Laboratorium, ziekenhuis Nij Smellinghe

Correspondentie: Dr. F.J. Duisterwinkel, Ziekenhuis Nij Smellinghe, Compagnonsplein 1, 9202 NN Drachten.
Ingekomen: 20.02.98

De aanwezigheid van een KC en een KC-laboratorium in het ziekenhuis maakt het in ieder geval mogelijk om de deskundigheid en achtergronden t.b.v. interpretatie van de routinediagnostiek over te brengen aan de medisch specialisten en de ziekenhuisorganisatie. Het gaat hierbij b.v. om (oncologische) hematologie, stolling, trombofilie, "intensive care" diagnostiek en transfusie. Deze diagnostiek kan niet zonder verlies van kwaliteit buiten de instelling worden verricht. Uit de praktijk blijkt dat aanwezigheid van de KC in het ziekenhuis en in het laboratorium van het ziekenhuis belangrijk is voor tijdig doorgronden van diagnostische en organisatorische problemen en voor het creëren van een zo laag mogelijke drempel voor consultering door medisch specialisten. De medische professie vindt dat er een belangrijke rol voor de KC is weggelegd in de kliniek (2). Het moet dus aller aandacht hebben om vooral klinisch bezig te zijn, zowel met implicaties van de dagelijkse patiëntenzorg als met klinische studies.

De medisch specialist in een ziekenhuis kan op verschillende manieren kennis van klinisch-chemische diagnostiek verwerven. Een beroep op de specifieke deskundigheid van een collega specialist in een (academisch) ziekenhuis behoort tot één van de mogelijkheden. Het is voorstelbaar, dat bij centralisatie van laboratoria het raadplegen van de KC meer plaats gaat maken voor het raadplegen van de collega specialist elders.

Management

In dienst van het ziekenhuis, heeft de KC de leiding in het laboratorium. Tevens vervullen de KC vaak een belangrijke rol in bepaalde managementtaken van het ziekenhuis, zoals budgetcommissie, investeringscommissie en managementteam. De invloed die de KC kan aanwenden op de totstandkoming van laboratoriumbudgetten is beperkt als er sprake is van een extern laboratorium.

Positie medisch specialist

De ontwikkelingen op het gebied van de honoraria van de medisch specialisten en het steeds meer in loondienst komen maakt het verschil tussen het vrije beroep van de medisch specialisten en de KC als werknemers van het ziekenhuis steeds minder zichtbaar. De voordelen, die hieruit kunnen voortvloeien, zoals gelijkwaardige collegialiteit, worden voor een deel te niet gedaan, als de KC niet meer in dienst is van het ziekenhuis.

Ontschotting

Ontschotting van laboratoriumdiagnostiek van met name KC, medische microbiologie en toxicologie vindt de laatste jaren meer en meer plaats. Dit biedt mogelijkheden om laboratorium faciliteiten efficiënter aan te wenden. Met name de medisch microbiologie is bezig om meer diagnostiek in de ziekenhuizen te verrichten i.p.v. in de centrale streeklaboratoria. Het is noodzakelijk om bij centralisering of het oprichten van samenwerkingsverbanden de mogelijke negatieve gevolgen op ontschotting in de afweging te betrekken.

Kosten laboratorium onderzoek

Het is evident, dat grote centrale laboratoria kosten-effectief en met goede analytische kwaliteit laboratoriumonderzoek kunnen verrichten. Ziekenhuizen hebben te maken met een belangrijk aantal onderzoeken met spoedkarakter, die op locatie moeten worden verricht. Het uitsplitsen van spoed en niet spoed betekent, dat de kosten van spoedonderzoek in een basislaboratorium hoger worden. De technische ontwikkelingen en daarmee gepaard gaande kostenverlaging van reagentia maken het mogelijk dat in een basislaboratorium in een ziekenhuis met relatief weinig meerkosten de gehele routinediagnostiek verricht kan worden.

Er zijn tot nu toe weinig gegevens gepubliceerd over de kosten vergelijking van grote centrale laboratoria met kleinere basislaboratoria in ziekenhuizen versus grotere "complete" ziekenhuislaboratoria. De gegevens over het gebruik van diagnostica in andere Europese landen laten zien dat Nederland tot de laagste van Europa behoort (gegevens Diagnosed: Facts & Figures 1997). Een land als Duitsland, waar veel zeer grote laboratoria zijn, hebben meer dan een drievoudig verbruik van laboratoriumdiagnostica per hoofd van de bevolking. Hieruit mag wellicht worden geconcludeerd, dat centralisatie op zich niet zonder meer vertaald kan worden in integrale kosten besparingen. Het is dus noodzakelijk dat er meer inzicht komt in de integrale kosten van laboratorium diagnostiek van ziekenhuispatiënten in de verschillende organisatievormen van laboratoria.

"Bedside Chemistry"

Laboratorium diagnostiek bij of in de patiënt is reeds jaren in ontwikkeling. De praktische toepassingen zijn tot nu toe nog beperkt, maar zullen ongetwijfeld de komende jaren toenemen. De professionele zorg en kwaliteitszorg van dergelijke diagnostiek behoort tot het vakgebied van de KC. Het vergt een bijzondere inspanning om dit vanuit een laboratorium in een ziekenhuis te realiseren. Vanuit een centraal laboratorium zal dit mogelijk nog meer inspanning vergen.

Het verrichten van diagnostiek in een centraal laboratorium heeft meer logistieke beperkingen t.o.v. een ziekenhuislaboratorium. Dit aspect zal ongetwijfeld een rol spelen in de afwegingen rondom het toepassen van diagnostiek bij de patiënt. Mogelijk zullen de logistieke beperkingen een stimulerende factor zijn. De KC van een centraal laboratorium maakt formeel geen deel uit van de ziekenhuisorganisatie en het is voorstelbaar dat het ziekenhuis de KC nauwelijks of alleen achteraf bij deze ontwikkelingen betreft. De belangen kunnen hierin verschillend zijn en dit kan tot vermindering van kwaliteit en tot kostenverhoging leiden. De KC in een centraal laboratorium zal zeer bijzondere aandacht moeten hebben voor deze ontwikkelingen in een ziekenhuis.

Transmurale zorg

Transmurale zorg is niet alleen een politiek item, maar er wordt ook invulling aan gegeven. Samenwerking van ziekenhuizen met huisartsen, fusies met ver-

pleeg en verzorgingstehuizen of andere instellingen maken het mogelijk om laboratoriumdiagnostiek te bundelen. Gezien de klinische noodzaak van een (basis)laboratorium in een ziekenhuis, kan deze diagnostiek worden verricht vanuit een ziekenhuis. Aangezien de ziekenhuizen de transmurale zorg, zeker die samen met de huisartsen als poortwachter van de tweede lijn, zo dicht mogelijk bij de tweede lijns zorg willen laten plaatsvinden of zelfs onderdeel laten zijn van de ziekenhuiszorg, zal centralisatie van laboratoriumdiagnostiek hierop mogelijk ongunstige effecten hebben. Echter centralisatie van diagnostiek heeft ook voordelen met name om diagnostiek of afname van materiaal bij de patiënten thuis regionaal te kunnen organiseren. Het is zonder meer noodzakelijk om regionaal de afname te regelen. Het ontwikkelen van een netwerk in de regio komt tegemoet aan het streven om één "prikdienst" in de regio over te houden voor alle vormen van diagnostiek (trombosedienst, huisartsenlaboratorium e.d.).

"Core business"

De kerntaak van het klinisch laboratorium is het verrichten van laboratoriumonderzoek, t.b.v. diagnostiek en therapie. In het ziekenhuis zijn er algemene activiteiten, zoals automatisering, kwaliteitszorg en milieu. Met name de automatisering m.b.t. diagnostiek is belangrijk. Steeds meer vindt aanvraag en rapportage niet meer op papier, maar via elektronische weg plaats. De kwaliteit hiervan is in veel gevallen afhankelijk van de inbreng van het laboratorium.

Het is bij een kostenvergelijking moeilijk om de kosten van deze algemene activiteiten mee te nemen, omdat de werksituaties niet vergelijkbaar zijn. Bij een zuivere kostenvergelijking moeten deze aspecten wel worden meegenomen.

Aanbevelingen/stellingen

- Een vergelijking van integrale kosten van laboratoriumdiagnostiek dient op korte termijn plaats te vin-

den. Hierin moeten de gegevens en ervaringen op het gebied van centralisatie in het buitenland worden betrokken.

- Het centraliseren van laboratoriumdiagnostiek kan de analytische kwaliteit verhogen en vergroot de mogelijkheden voor introductie van subspecialisatie. In hoeverre dit een belangrijke rol gaat spelen in de toekomst voor het medisch ondersteunend specialisme klinische chemie in ziekenhuizen is op dit moment niet te voorspellen.
- Het propageren van centralisatie dient gepaard te gaan met vermelding van bovenstaande nuanceringen. Het is in het hoogste belang van de KC dat dit als zodanig gebeurt, daar een weg terug niet mogelijk lijkt. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle KC om de KC als medisch ondersteunend specialisme een toekomst te bieden.
- Management is niet onze "core business" en kan ook door andere disciplines worden uitgeoefend. Het adequaat uitvoeren van onze taak als KC in alle facetten van het specialisme is zonder meer noodzakelijk om als KC het beleid mee te kunnen blijven bepalen.
- Het is evident, dat besluitvorming tot realisatie van samenwerkingsvormen om kwaliteit te verhogen en kosten te verlagen lang niet altijd uitstel gedooft. Het initiatief kan door derden worden overgenomen. Wat de samenwerkingsvormen inhouden kan van ziekenhuis tot ziekenhuis aanzienlijk verschillen. De grootte en de bereidheid tot samenwerking van het ziekenhuis spelen hierin een belangrijke rol.

Literatuur

1. Willems JL, Keijzer MH de. Klinische chemie op weg naar het derde millennium; een toekomstverwachting vanuit de regio Gelre. Ned Tijdschr Klin Chem 1997; 22: 222-224.
2. NVKC 50 jaar: Mening en Beschouwingen. Ned Tijdschr Klin Chem 1997; 22: 245-268.