

Voorwoord

Point of Care Testing, eerst de knop om en vervolgens de regie nemen

P.M.W. JANSSENS en J. van PELT

Point of Care Testing, POCT, is tot wasdom gekomen. Er kan een themanummer in het NTKC mee worden gevuld, maar ook hele boeken (1-3). Er is anno 2011 ruime keus in wat er gemeten kan worden in de vorm van bijna 100 analyses en er zijn honderden devices van eenvoudige striptesten tot kleine handzame apparaatjes (4, 5). Ook is het meetresultaat van veel POC-apparatuur is behoorlijk betrouwbaar of zelfs ronduit goed. De techniek schrijdt voort en POCT wordt op vele plaatsen toegepast. Wat mogelijk is gebeurt, als er markt voor is.

In de eerste plaats is er de thuismarkt. Daar wordt POCT gebruikt omdat het gemakkelijk is: dicht bij de hand en zelf de meetresultaten kunnen bekijken. Dus geen geloop naar dokters, ziekenhuizen of laboratoria om onderzoek te laten doen. Zelftesten thuis geeft ook voor sommigen een gewenste privacy: een LH-testje doen om te zien of je in de vruchtbare periode zit, een zwangerschapstest om te kijken of 'het' gelukt is, of een HIV-test om uit te sluiten dat je iets hebt opgelopen. POCT is helemaal niet nieuw zoals deze voorbeelden tonen en voorziet in een behoefte, meestal éénmalig of kortstondig. Er is keus te over; er zijn onder meer testen voor allergie, cholesterol, glucose en diverse infectieuze aandoeningen.

Een tweede tak in de thuismarkt is de zogenaamde monitoring die van zeer grote omvang is en momenteel vooral bestaat uit glucose- en INR-meters. Honderdduizenden patiënten over de gehele wereld maken gebruik van frequente glucosemetingen teneinde hun diabetes te controleren en te reguleren. In het laatste decennium zijn daar de PT- of INR-meters bijgekomen voor de controle van antistollingstherapie. In Nederland maken al zo'n 25.000 patiënten gebruik van de thuiscontrole met PT-metingen.

In de tweede plaats is er het gebruik van POCT binnen de professionele praktijk. Die omgeving verschilt in vormen en maten: verpleegtehuizen, kleine behandelpraktijken, huisartsen (doctor's office testing).

Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem en Laboratorium voor KCHI, Alkmaar

Correspondentie: dr. P.M.W. Janssens, Klinisch Chemisch en Hematologisch Laboratorium, Ziekenhuis Rijnstate en ziekenhuis Zevenaar, Alysis zorggroep, Postbus 9555, 6800 TA Arnhem
E-mail: pjanssens@alysis.nl

Maar ook de Politie en penitentiare inrichtingen maken gebruik van POCT. POCT is nuttig overall waar men graag snel meetresultaten heeft. In wezen verschilt dat niet eens zo veel van de reden waarom particulieren POCT gebruiken. Alles bij POCT draait om snelheid en gemak. Daarom is het gebruik er van moeilijk tegen te houden. Maar waarom ook zou men dat willen? Als het maar kwalitatief in orde is en goed geregeld kan worden, bijvoorbeeld in relatie tot periodieke controles en verslaglegging.

Dan komen we tenslotte uit bij de ziekenhuizen en hebben het niet meer over die andere POCT toepassingen. Ziekenhuizen hebben afhankelijk van het type ziekenhuis één of meerdere ziekenhuislaboratoria. Kostbare ziekenhuisonderdelen, die borg staan voor de kwaliteit van het noodzakelijk geachte, geleverde product. Dit alles onder verantwoording van laboratoriumspecialisten die niet alleen verantwoordelijk zijn voor de organisatie, maar er ook voor opkomen en er over waken. De vraag die regelmatig in kringen van laboratoriumspecialisten gesteld wordt, is of het wel een goede zaak is als buiten het laboratorium, of sterker, buiten het laboratorium om, iets gemeten wordt met POCT? Is dat geen bedreiging voor het bestaansrecht van het laboratorium? Deze angst wordt vaak vertaald als een zorg voor de kwaliteit van de metingen. Die zorg is niet onterecht. Er bestaat tegenwoordig POCT van goede tot zeer goede kwaliteit, maar dat is beslist niet alle POCT; lees daarover bijvoorbeeld ook in dit themanummer. Maar na het maken van de juiste keus wat betreft apparatuur behoeft het daarover niet langer te gaan. Over de bedreiging voor het laboratorium dan? Op veel plaatsen wordt, volgens collegae in de wandelgangen, met regelmaat de vraag gesteld door niet-laboratoriumspecialisten ('buitenstaanders', managers, directie) of het laboratorium, dat toch veel kost, niet vervangen kan worden door POCT her en der in het ziekenhuis? Misschien kan dat soms inderdaad wel, maar vaak ook zeker niet. Het hangt namelijk sterk af van het soort ziekenhuis/kliniek (6, 7). Maar even zovaak gaat het niet over het vervangen van het hele laboratorium door POCT, maar over het invoeren van onderzoek met POCT in de kliniek dat onderzoek vervangt dat reeds in het laboratorium plaatsvindt. Ook dat lijkt voor het laboratorium bedreigend.

Nu is bedreiging niet iets waar je in managementland mee aan kan komen. Als je zo denkt en praat, dan ben je niet visionair bezig, maar defensief en reactief. Kansen zijn het, of beter uitdagingen, waaraan de manager graag meewerkt, of, beter nog, het initiatief in neemt. Inderdaad, veel bedreigingen laten zich herdefiniëren

als 'opportunities'. Het is een kwestie van hoe je er tegenaan kijkt. Het onvermijdelijke accepteren is het begin en het beste er van maken is het vervolg maar er kansen en iets moois in zien, tenslotte, is het beste.

Komend vanuit een gevoel van oorspronkelijk 'bedreiging' tot 'kansen' is een aanzienlijke omwenteling. Voordat in Arnhem 'die knop' om ging, heeft wel even geduurd. We hikten jarenlang aan tegen het fenomeen POCT en vragen en verzoeken daarover aan ons (laboratorium) vanuit 'de kliniek' werden afgehouden. Met als gevolg plaatsing van POCT elders in het ziekenhuis, geheel buiten ons om. Wij toonden ons terughoudend en hielden POCT tegen met het argument dat we alles waarom werd gevraagd al centraal konden bepalen en dat het met POCT her en der op ziekenhuisafdelingen onnodig duur en ingewikkeld werd. We noemden het probleem van metingen van eenzelfde stof op verschillende instrumenten binnen en buiten het lab, afstemmingsproblemen dus, de kwalitatief inferieur veronderstelde meetmethoden met POCT, het ontbreken van registratie van de meetresultaten in het ziekenhuissysteem (EPD), het gebrek aan toezicht op de kwaliteit van de POC-metingen, etc. etc. Totdat we ons realiseerden dat het een achterhoedegevecht was en dat we het onvermijdelijke tegen probeerden te houden. Daar waar de techniek voortschrijdt en er markt is, is het onzinnig ontwikkelingen te proberen tegen te houden. De knop moest om en hij ging ook om.

We realiseerden ons hoe het gegaan was met de ontwikkeling van computers, de informatiseringstechnologie en alles daaromheen. Ooit was er een tijd dat 'de computer' in een donkere raamloze ruimte ergens in het gebouw stond, en dat er een beperkt aantal wisen natuurkundigen of andere technici daar verstand van en toegang toe hadden. Maar de tijd schreed voort en IBM en Apple ontwikkelden personal computers met programma's waarmee iedereen overweg kon. Inmiddels heeft iedereen een PC op het bureau op het werk staan en er ook één of meerdere thuis. De computerexperts werden handige whizzkids, communicatief vaardige informatiemanager of vaak zelfs gewone mensen. En het belangrijkste, de afdeling I&A bestaat nog steeds, sterker, is belangrijker dan ooit. Ze superviseert de inhoud en kwaliteit, veiligheid en continuïteit van het systeem. Ze voert de regie en je kunt niet om hen heen. I&A is meer dan onmisbaar geworden, terwijl, of juist doordat ze meegingen in de ontwikkelingen die onvermijdelijk plaatsvonden. Ze verzetten zich niet, maar bewogen mee en namen - op het juiste moment - het voortouw. Daaraan moesten wij denken toen wij ons bezonnen over POCT.

Toen we eenmaal om waren was het verder een kwestie van hoe het beste de regie te nemen. Ons uitgangspunt werd 'wij staan positief tegenover POCT, tenzij...'. We gingen aldus welwillend gesprekken met afdelingen die ons benaderden aan, we maakten samen afwegingen en namen zelf waar mogelijk het initiatief. We wilden de regie en namen die omdat we er zelf achteraan gingen. Beslissend was dat we onze Raad van Bestuur zover kregen uit te spreken dat de regie over laboratoriummetingen bij het laboratorium lag, ongeacht of die metingen nu binnen de muren van het

laboratorium plaatsvinden of daarbuiten (dit binnen ieder laboratorium op het eigen kennisdomein, d.w.z. klinische chemie, microbiologie etc.). De IGZ hielp daarbij met een uitspraak waarbij werd gewezen op de gevaren van het onoordeelkundig en ongecoördineerd gebruik van POCT ten bate van patiëntenzorg, onder verwijzing naar het laboratorium als leidende en coördinerende partij (8).

Als het laboratorium positief meedenkt over eventuele plaatsing van POCT en begrijpt dat POCT onvermijdelijk is, of liever vaak wenselijk, dan is men klaar voor de uitdaging. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat de door sommige afdelingen bedachte of gewenste POCT-oplossing er ook altijd komt. POCT biedt inderdaad de beslissende noodzakelijke snelheid en is gemakkelijk in gebruik, maar niet zelden is POCT wel erg duur, vereist de implementatie instructie en scholing voor veel, heel veel, gebruikers op afdelingen. Sommige POC-apparatuur kan niet on-line gekoppeld worden aan het ziekenhuissysteem, of kent geen persoonlijke, verplichte toegangscontrole. En soms is goede afstemming met de meetresultaten van het laboratorium heel lastig of is de kwaliteit niet voldoende, niet te vergelijken met wat het laboratorium kan leveren. De afwegingen die kunnen worden gemaakt moeten dus ook worden gemaakt (7). Het viel ons op dat bij de instellingen, waarvan auteurs een bijdrage leverden in dit themanummer, de regie nog niet altijd op alle punten feilloos geregeld is. Terwijl duidelijk mag zijn dat deze auteurs positief staan tegenover gebruik van POCT en er langer over hebben nagedacht. Het is goed om positief te staan tegenover POCT, maar dat kan niet los worden gezien van het voeren van de regie. En die behoort bij het laboratorium, dat initiatief neemt en verantwoordelijkheid betoont.

Literatuur

1. Kost GJ. Principles & practice of point-of-care testing. ed. 2002. Lippincott Williams & Wilkins in Philadelphia.
2. Price CP, St John A, Hicks JM, eds. Point-of-care Testing. 2004. AACC press.
3. Nichols JH, ed. Point-of-Care Testing: Performance Improvement and Evidence-Based Outcomes. 2003. Marcel Dekker Inc.
4. Price CP, Kricka LJ. Improving healthcare accessibility through point-of-care technologies. National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering/National Heart, Lung, and Blood Institute/National Science Foundation Workshop Faculty. Clin Chem 2007; 53: 1665-1675.
5. Ehrmeyer SS, Laessig RH. Point-of-care testing, medical error, and patient safety: a 2007 assessment. Clin Chem Lab Med. 2007; 45: 766-773
6. Janssens PMW en Schipper MH. Wat heeft Point of Care Testing te bieden in een klein algemeen ziekenhuis voor de vraag naar cito laboratorium-onderzoek? Ned Tijdsch Klin Chem Labgeneesk 2010; 35: 34-40.
7. Janssens PMW en Schipper MH. Is het een goede keus om met Point of Care Testing plus transport van monsters het laboratorium van een klein algemeen ziekenhuis te vervangen? Ned Tijdsch Klin Chem Labgeneesk 2010; 35: 54-59.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Schrijven aan de Raden van Bestuur van de Nederlandse ziekenhuizen van de Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg G. van der Wal, d.d. 3-4-2008 (kenmerk 2008-02-IGZ) met betrekking tot Point-of-care bloedglucosemeters.