

## Richtlijn NVKC Consultverlening door specialisten laboratoriumgeneeskunde: hoe goed houden we ons er aan?

H.J. VERMEER<sup>1</sup>, W.P.H.G. VERBOEKET-van de VENNE<sup>2</sup> en W.P. OOSTERHUIS<sup>2</sup>

Tijdens de PAOKC-cursus Consultverlening op 19 september 2013 in Ede zijn de resultaten gepresenteerd van een enquête gehouden onder laboratoriumspecialisten klinische chemie en assistenten klinische chemie. De richtlijn Consultverlening was op dat moment ongeveer een jaar van kracht en het leek interessant onderzoek te doen naar de mate van implementatie. Immers, richtlijnen opstellen is één ding, maar richtlijnen toepassen een tweede.

Misschien eerst iets over de aanloop naar de richtlijn Consultverlening. Tijdens de NVKC Voorjaarscongressen in 2009 – symposium met de wat ongewone titel: Klinisch chemicus, uit de kast de kliniek in – en 2010 – symposium onder het zakelijke motto: Richtlijnen – werd besloten tot het opstellen van een aantal specifieke NVKC richtlijnen waaronder een richtlijn over consultverlening door laboratoriumspecialisten. Het opstellen van een richtlijn over deze specifieke materie paste geheel in het meerjarenbeleidsplan 2009-2013 van de NVKC (1). Dit is echter niet zonder slag of stoot gegaan. De aanwezigen tijdens de themabijeenkomsten op de congressen voelden zeker een behoefte tot een meer uniforme werkwijze van consultverlening maar er was tevens aarzeling vanwege de (nog) beperkte evidence met betrekking tot de te stellen normen.

Het belang van de taak van consultverlening rondom klinisch chemische en hematologische laboratoriumdiagnostiek wordt door niemand betwist, niet in de laatste plaats omdat iedere laboratoriumspecialist dagelijks te maken heeft met artsen die vragen hebben over de interpretatie van bepaalde onderzoeken of advies voor vervolgdagnostiek. Sterker nog, gevraagde en ongevraagde consultverlening levert added value aan laboratoriumdiagnostiek, of dit nu mondeling gebeurt of door interpretatieve commentariëring. De taak van consultant is bovendien opgenomen in de ISO 15189; zie paragraaf 4.7 Adviesdiensten (2). De

periode dat de klinisch chemicus zich voornamelijk bezighield met het ontwikkelen van klinisch chemische methodieken en technieken en alleen gefocust was op de productie van juiste getallen ligt al lang achter ons. Het gaat niet alleen om een precieze laboratoriumuitslag, maar ook wat deze uitslag betekent in relatie tot het ziektebeeld van de patiënt. Dit is genoegzaam bekend en de laatste jaren eveneens tot uiting gekomen in het gevoerde beleid van de NVKC.

Toch is de vraag niet verstomd op welke manier we eigenlijk hard kunnen maken dat consultverlening leidt tot betere patiëntenzorg. Heeft alle consultverlening die we doen wel effect op het zorgproces? We kunnen de vraag ook omdraaien: moeten we misschien niet (veel) meer doen? Enkele publicaties gaan wel op deze vraag in maar data zijn tot dusver schaars (3-5). Criteria inzake competenties waaraan een laboratoriumspecialist moet voldoen zijn er genoeg maar het meten van uitkomsten is een stuk lastiger (6). We haasten ons te zeggen dat dit overigens niet alleen voor dit specifieke onderdeel van de laboratoriumgeneeskunde geldt maar voor het hele zorgproces. De transitie naar waardebeoordeling van verrichtingen en processen naar outcomes speelt op dit moment in het hele veld een rol; een terechte ontwikkeling waaraan revolutionaire denkers als Michael Porter grote bijdragen hebben geleverd (7).

Terug naar de richtlijn Consultverlening. De vraag naar het effect van onze consultverlening speelde destijds een belangrijke rol bij de opstellers van de richtlijn. Immers, verrichtingen waarvan het nut boven alle twijfel verheven is moeten veldnormen en minimumnormen worden. Maar wat te denken van verrichtingen waarvan we weliswaar het (sterke) vermoeden hebben dat ze bijdragen maar er geen spijkerhard bewijs voor hebben? Mogen dat streefnormen worden? Of moet er eerst valide onderzoek gebeuren? Vrijblijvend zijn richtlijnen namelijk niet meer. Ze kunnen niet meer gezien worden als mooie voorbeelden van best practices of 'wenkende perspectieven'. Sinds 2012 beschouwt de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) richtlijnen en standaarden van beroepsgroepen als verplichtende eisen voor zorgaanbieders. Richtlijnen mogen daarom geen averechts effect hebben. Zo ervaart iedere zorgverlener de last van het woud van richtlijnen en is er soms gerede twijfel over het nut ervan. In Medisch Contact was enkele jaren geleden te lezen hoe het Atrium MC haar twaalfhonderd richtlij-

---

*Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht<sup>1</sup>; Atrium Medisch Centrum, Parkstad, Heerlen<sup>2</sup>*

Correspondentie: Dr. W. Verboeket-van de Venne, Werkgroep Consultfunctie NVKC, Laboratorium voor Klinische Chemie en Hematologie, Atrium Medisch Centrum  
Postbus 4446, 6401 CX Heerlen  
SKMS projectnr. 4123579, 4123039  
E-mail: wvenne@atriummc.nl

nen reduceerde tot slechts negen (!) urgente (8). Voorlopig zal het debat over de implementatie van adequate richtlijnen – en of die de patiëntenzorg duidelijk verbeteren – nog wel even doorgaan.

In de jaren na 2010 werd de richtlijn Consultverlening opgesteld conform het NVKC Reglement Organisatie, ontwikkeling en autorisatie van richtlijnen en de eisen in het rapport Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Het resultaat daarvan werd na veel input en redactie op de Algemene Ledenvergadering van 19 april 2012 aangenomen. Deze bijdrage leent zich niet voor uitvoerige bespreking van deze richtlijn, daarvoor verwijzen we naar het document zelf (9). In grote lijnen zijn er streef- en minimumnormen opgesteld voor de aanwezigheid en bereikbaarheid van een laboratoriumspecialist voor consultatie, registratie van gevraagde en ongevraagde consulten, proactieve signalering van ultrapathologie door de laboratoriumspecialist en specialistische onderzoeken zoals functieproeven waarbij interpretatief commentaar van de laboratoriumspecialist gewenst is.

Voordat we overgaan tot een korte bespreking van de resultaten van de enquête nog het volgende: een dergelijke enquête zou natuurlijk voor iedere NVKC richtlijn gehouden kunnen worden. De resultaten van deze enquête wat betreft naleving zijn zeker niet te extrapoleren naar andere richtlijnen maar staan waarschijnlijk niet helemaal op zichzelf. Naleving van veldnormen en richtlijnen wordt weliswaar getoetst tijdens (vakgroeps)visitaties, audits, etc., maar een enquête geeft een aardige indruk van de implementatie van een richtlijn. Benadrukt moet worden dat de resultaten verkregen zijn een jaar na aanneming van de richtlijn. Iedere richtlijn moet volwassen worden en het kost tijd om de normen te implementeren. In dat licht moeten onderstaande resultaten gezien worden.

Met een respons van 91 reacties van collegae was deze enquête representatief te noemen. Voor weergave van de resultaten in deze bijdrage wordt allereerst de vraag getoond en vervolgens het antwoord, zowel in aantallen als procenten.

1. Ik ben:

Laboratoriumspecialist klinische chemie	<b>85</b>	93%
Assistent klinische chemie (KCio)	<b>6</b>	7%
Overige	<b>0</b>	0%

2. Heeft de sinds 2012 van kracht zijnde NVKC-richtlijn Consultverlening effect op uw dagelijkse praktijk?

Ja	<b>18</b>	20%
Deels	<b>33</b>	36%
Neen	<b>40</b>	44%

3. Heeft u getoetst of de wijze van consultverlening binnen uw vakgroep voldoet aan de richtlijn bij een volgende CCKL/RvA audit?

Ja	<b>31</b>	34%
Deels	<b>20</b>	22%
Neen	<b>40</b>	44%

4. Indien ja, heeft u uw beleid hier ook op aangepast?

Ja	<b>13</b>	14%
Nog niet	<b>31</b>	34%
Beleidsbehoefde niet te worden aangepast	<b>19</b>	21%
Neen	<b>28</b>	31%

5. Ontvangt u positieve feedback van aanvragers of bij clinical audits inzake uw consultverlening? Denkt u hierbij aan het effect van (on)gevraagde consulten, reflecterend testen en becommentariëring van uitslagen.

Ja	<b>52</b>	57%
Incidenteel	<b>34</b>	37%
Neen	<b>5</b>	5%

6. Becommentarieert u dagelijks relevante uitslagen? NB: het gaat hier niet om bijzondere diagnostiek zoals DNA-diagnostiek, beenmergverslagen, e.d.

Ja	<b>43</b>	47%
Onregelmatig	<b>28</b>	31%
Neen	<b>20</b>	22%

7. Zijn de gestelde minimumnormen reeds formeel opgenomen/beschreven in het kwaliteitsmanagementsysteem van uw laboratorium?

Ja	<b>9</b>	10%
Deels	<b>29</b>	32%
Neen	<b>35</b>	38%
Weet niet	<b>18</b>	20%

8. Registreert u systematisch al uw gevraagde en ongevraagde consulten? NB: dit kan zowel elektronisch zijn of op papier.

Ja	<b>35</b>	38%
Incidenteel	<b>21</b>	23%
Alleen voor bijzondere onderzoeken	<b>14</b>	15%
Neen	<b>21</b>	23%

9. Heeft u de beschikking over een elektronische registratiemogelijkheid van uw consulten? NB: het gaat om consultregistratie in uw LIS of als aparte software.

Ja	<b>60</b>	66%
Neen	<b>31</b>	34%

10. Maakt u gebruik van de NZa verrichtingencodes 070027 en 070028?

Ja	<b>17</b>	19%
Neen	<b>74</b>	81%

11. Bent u voornemens om de consultatieve taken van uw vakgroep uit te breiden?

Ja	<b>55</b>	60%
Misschien	<b>27</b>	30%
Neen	<b>9</b>	10%

12. Indien ja, betreft dit consultverlening ten aanzien van:

Aanvragers vanuit de kliniek	<b>10</b>	12%
Huisartsen of andere aanvragers uit de eerste lijn	<b>6</b>	7%
Beiden	<b>69</b>	81%

De enquête bood aan het eind de mogelijkheid opmerkingen te plaatsen. Aangezien hier intensief gebruik van gemaakt is, geven we een selectie en/of fragmenten van de opmerkingen weer. Ze bieden zeker stof tot nadenken.

- Systematische registratie van consulten vraagt een gedisciplineerde aanpak. Dat gaat redelijk als een computer beschikbaar is, maar is moeilijker bij besprekingen. Er is dringend behoefte aan een App die kan communiceren met het centrale registratiesysteem binnen het LIS.
- Er is niets mooiers binnen ons vakgebied dan dagelijks te mogen constateren dat een uitgebracht advies vrijwel altijd wordt uitgevoerd Jongere collegae laten proeven aan deze vreugde levert een enorme voldoening op voor mijzelf.
- Ik heb consultverlening altijd als een integraal onderdeel van mijn vak beschouwd. De kern van je vak leg je niet vast in een richtlijn.
- Aan de manier waarop ik invulling geef aan mijn taak als ondersteuner heeft de richtlijn niets veranderd, laat staan bijgedragen. Ik ervaar de richtlijn als nodeloos dwingend.
- Hoe zou de registratieplicht voor de KC i.o. er uit komen te zien?
- Wat doen we verder met de NZa-verrichtingscodes? Declareren? Onderdeel van de DOT?
- Worden er negatieve effecten ondervonden door het gebruik van consulttarieven? Bijvoorbeeld klachten van patiënten door hogere zorgkosten die onder het eigen risico vallen?
- Er is geen dokter die twijfelt aan onze consultfunctie.
- Het geven van commentaar moet zorgvuldig gebeuren en niet automatisch. Het geven van overbodig commentaar voegt niets toe maar leidt juist af.
- Als er iets raars is bellen we bij voorkeur.
- Het aantal consulten per dag is minimaal. Het gewicht dat de NVKC er aan toekent is overtrokken.
- Consultverlening moet 'gecustomized' worden aangezien sommige aanvragers minder houden van meedenken en signaleren dan anderen.
- Consultverlening betreft niet slechts commentaar geven bij labresultaten maar vooral aanwezig zijn bij patiëntbesprekingen en het mede ontwikkelen van ziekenhuisbrede protocollen waar laboratoriumdiagnostiek een rol speelt.

De enquêteresultaten en de gemaakte opmerkingen spreken voor zich en behoeven waarschijnlijk weinig commentaar. Het antwoord op vraag 2 kan er op wijzen dat een groot deel van de ondervraagden de richtlijn Consultverlening nog niet (volledig) heeft geïmplementeerd. Mede gelet op de overige antwoorden zou dit twee dingen kunnen betekenen: 1) een tijdsbestek van een jaar is te kort om een richtlijn te incorporeren in de dagelijkse praktijk; 2) de overtuiging dat de gestelde normen inderdaad toegepast moeten worden is afwezig. Met het implementatievraagstuk zijn we dus nog niet klaar. Een ander artikel uit Medisch Contact stelt terecht dat richtlijnen zichzelf niet kunnen invoeren (10). Daar is meer voor nodig. Wij pleiten daarom ook voor een programmatische aanpak van de

invoering van de richtlijn Consultverlening in onze dagelijkse praktijk als laboratoriumspecialisten.

We kunnen in ieder geval concluderen dat het onderwerp consultverlening sterk leeft. Er is een begin gemaakt dit belangrijke aspect van het vak, dat in de meeste laboratoriumorganisaties waarschijnlijk excellent zal plaatsvinden, op een kwalitatief nog hoger niveau te brengen door werkwijzen te harmoniseren en minimumnormen te stellen. Vanuit het gegeven dat de laboratoriumgeneeskunde staat voor optimale patiëntenzorg is het vanuit het perspectief van de patiënt noodzakelijk naast rapportage van analytisch nauwkeurige laboratoriumdiagnostiek, ook kennis en kunde in te zetten teneinde juiste diagnoses te stellen en optimale follow-up van therapie.

Ten slotte zullen we in de komende jaren een gezamenlijke inspanning moeten leveren de richtlijn Consultverlening verder in te voeren, aangezien deze richtlijn is opgenomen in de NVKC lijst van essentiële richtlijnen, en indien nodig te optimaliseren. Vanuit een kritische denkwijze, omdat richtlijnen en veldnormen nooit bedoeld mogen zijn elkaar met papieren om de oren te slaan of een vals gevoel van veiligheid of kwaliteit te geven. Dus evidence based waar mogelijk en optimale werkwijzen waar we als experts in meerderheid consensus over voelen. Dat geldt niet alleen voor deze richtlijn maar voor alle andere richtlijnen waar we ons als NVKC aan committeren.

#### Referenties

1. Meerjarenbeleidsplan 2009-2013: 'Van meten naar consult, van chemisch naar medisch'. 2009; NVKC, Utrecht.
2. International Organization for Standardization (ISO) 15189: 2011. Medische Laboratoria - Bijzondere eisen voor kwaliteit en competentie.
3. Oosterhuis WP, Keuren JFW, Verboeket-van de Venne WPHG, Soomers FLM, Stoffers HEJH, Kleinveld HA. Eigen inbreng van het laboratorium: huisartsen positief over 'reflecterend testen'. Ned Tijdschr Geneesk. 2009; 153: A486.
4. Oosterhuis WP, Kleinveld HA. 'Reflecterend' testen: het laboratorium ondersteunt de huisarts actief met professioneel vervolgonderzoek. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk. 2007; 32: 266-267.
5. Darby D, Kelly AM. Reflective testing – what do our service users think? Ann Clin Biochem. 2006; 43: 361-368.
6. Beattall G, Kenny D, Laitinen P, ten Kate J. A guide to defining the competence required of a consultant in clinical chemistry and laboratory medicine. Clin Chem Lab Med. 2005; 43: 654-659.
7. Porter M, Olmsted Teisberg E. Redefining Health Care: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press, 2006.
8. Wymenga M, van der Graaf W, van der Hoeven K, Gelderblom H. Weg met het woud van richtlijnen. Medisch Contact. 2012; 67: 2010-2011.
9. Oosterhuis WP, Verboeket-van de Venne WPHG, Kuiper-Kramer PA, Ulenkate HJLM, Vermeer HJ, Jansen RTP. Richtlijn NVKC Consultverlening door specialisten laboratoriumgeneeskunde (klinische chemie). Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk. 2014; 34: [http://www.nvkc.nl/kwaliteitsborging/documents/richtlijn\\_consultverlening\\_def.pdf](http://www.nvkc.nl/kwaliteitsborging/documents/richtlijn_consultverlening_def.pdf)
10. Fleuren MAH, Keijsers JFEM, Koense Y, Swinkels J. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog, Medisch Contact. 2010; 65: 306-308.