

Over 'providers en consumers

Prof.dr. J.A. Reekers

Enige passages uit de inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Interventieradiologie aan de Universiteit van Amsterdam, op donderdag 17 februari 2000. De complete rede is te verkrijgen via de Vossius Pers van de UvA.

Wat is een interventieradioloog? Het woord zegt het al voor de helft, een radioloog. Maar een die zie bezighoudt met interventies. Interventies of ingrepen met behulp van beeldvormende technieken zoals doorlichting, echografie, CT en eventueel in de toekomst MRI. In mijn specifieke geval vooral de doorlichting, om problemen in en met bloedvaten te behandelen. Niet met een operatie maar met een katheter – ook wel genoemd minimaal invasieve techniek. Waarbij minimaal invasief slaat op de mate van lokale beschadiging aan de patiënt om bij de te behandelen afwijking te komen, maar niet betekent met minimaal resultaat of, zoals ook wel eens wordt gedacht, zonder risico. Het is een echt vak met zijn eigen indicatiegebied, zijn specifieke technieken en risico's. Het is een vak dat de laatste decennia een stormachtige groei heeft doorgemaakt.

Een belangrijk deel van deze ontwikkelingen, vanaf het midden van de jaren tachtig, heb ik persoonlijk meegemaakt. U ziet, het is nog een jong vak. Eerst een langzame groei vanaf de jaren zeventig tot het midden van de jaren tachtig. Toen ik in 1986 in het AMC kwam werden er gemiddeld 20 dotterbehandelingen van perifere vaten per jaar gedaan. Momenteel doen wij meer dan 500 vaatinterventies per jaar. Toen kregen wij de kruimels die van het vaatchirurgische bord vielen, nu is er landelijke consensus dat alle vernauwingen en afsluitingen van de bekkenlagaders en de bovenbeenslagaders, vernauwingen van de grote lichaamsslagader en de nierslagaders, altijd in eerste instantie met een percutane interventietechniek moeten worden behandeld. Tevens worden vaatvernauwingen op vele andere plaatsen, zoals achter het sleutelbeen en bijvoorbeeld in de onderbeenvaten bijna altijd ook in eerste instantie met een percutane interventietechniek behandeld. Ook behandelt de interventieradioloog meestal alle acute arteriële trombosen, zowel in been en bekkenvaten, maar ook in chirurgische bypasses. Daarnaast is er ook een sterk groeiende vraag naar percutane behandeling van veneuze trombosen, waarbij met name de problematiek rond de dialyseshunt exponentieel groeit. Niet onlogisch gezien de sterke toename van het aantal dialysepatiënten. Als het dialysecentrum, zoals gepland bij het AMC, straks klaar is, verwacht ik dat hiervoor al minimaal één volledige interventieradioloog nodig is, i.v.m alle problematiek rond shunts. Daarnaast begeven wij ons ook op het gebied van de intracerebrale veneuze trombose en de massale longtrombose, tot nu toe met veel succes. De interventieradioloog is steeds vaker de laatste optie bij patiënten met levensbedreigende inwendige bloedingen. Wij behandelen patiënten met aangeboren vaatafwijkingen en participeren actief in de multidisciplinaire polikliniek voor aangeboren vaatafwijkingen. Wij behandelen samen met de vaatchirurg patiënten met aneurysmata. Wij doen palliatieve ingrepen bij oncologische patiënten met een vena-cava-syndroom. De interventieradioloog behandelt patiënten met levensbedreigende bloedingen op basis van slokdarmspataderen. En een belangrijk deel van al dit werk doen wij op basis van een acute indicatie, dus niet electief of gepland. Dit doen wij zowel voor AMC-patiënten als

voor vele externe verwijzers. Dit alles legt een zware druk op de inzet en bereidheid tot improvisatie van eenieder, zowel de interventieradioloog zelf als ook de laboranten op de interventiekamer.

En dan is er ook nog de doelvraag. We kunnen dit vat wel openmaken, maar wordt de patiënt hier ook echt beter van? Wat is het doel van het plaatsen van deze nierstent? Wat is het doel van revascularisatie van dit been? Wat is het doel van het plaatsen van een stentgraft bij de behandeling van een aneurysma? De echte vragen over doel en uitkomst voor de individuele patiënt komen vaak minder aan de orde. En het is pas sinds kort dat zaken als quality-of-life na interventie een onderdeel zijn van onderzoek. Ik zal u een actueel voorbeeld noemen waar interventie en doelvraag nog vaak ver uit elkaar liggen.

Het doel van de operatieve behandeling van een verwijding van de grote lichaamsslagader onder het niveau van de nierslagaders, is het voorkomen van een scheur in deze verwijding waardoor de patiënt acuut kan komen te overlijden.

Het is bewezen dat dit doel met een goede operatie bereikt wordt. Verder is bewezen dat 5,5 cm het omslagpunt is waar de voordelen van de operatie op langere termijn groter zijn dan de som van de kans op een scheur, ofwel het natuurlijk beloop, plus de nadelen van de operatie. Dus ondanks het bereiken van het doel door chirurgie, het voorkomen van een scheur, is dit succes pas klinisch relevant boven een diameter van 5,5 cm. Het bereiken van succes betekent dus nog niet automatisch dat de ingreep ook voor de individuele patiënt klinisch zinvol is.

Er spelen hier dus een aantal aspecten een rol die een onderlinge relatie hebben en die uiteindelijk bepalen of er wel of niet moet worden ingegrepen. En eigenlijk is deze relatie, ook in algemene zin, bepalend voor de kwaliteit van ons werk. Even terug naar de slagaderverwijding van 5,5 cm. Het doel is duidelijk: voorkomen van een acute scheur. De ingreep is chirurgie, wat een bewezen techniek is om dit doel te bereiken.

De indicatie is afhankelijk van voordelen van behandeling t.o.v. nadelen van chirurgie plus het natuurlijk beloop. Tussen deze trias van doel, ingreep en indicatie bestaat een sterke relatie. Als bijvoorbeeld het natuurlijk beloop mild is, dan is de indicatie zwak. Is het doel minder belangrijk, dan worden aan de ingreep hogere veiligheidseisen gesteld. Is echter het natuurlijk beloop slecht, dan is dit juist omgekeerd en wordt een minder veilige techniek geaccepteerd om een belangrijk doel te verwezenlijken.

Als wij dit nu eens vertalen naar een nieuwe percutane interventietechniek, de stentgraft, om verwijdingen van de grote lichaamsslagader te behandelen. Het doel blijft hetzelfde want het natuurlijk beloop is onveranderd, dus nog steeds het voorkomen van een scheur. Haalbaarheid en veiligheid van de ingreep zijn aangetoond. Echter, dat een scheur op termijn voorkomen wordt is voor de stentgrafttechniek nog nooit bewezen. De indicatie is altijd een afweging van de voordelen t.o.v. de nadelen: de voordelen van een percutane behandeling zijn evident t.o.v. chirurgie. Hieruit zou je dus kunnen concluderen, zoals sommigen dan ook doen, dat je de indicatiestelling voor deze percutane techniek kunt afzwakken. We weten echter nu dat het aantal complicaties van stentgrafts op langere termijn alsmaar toeneemt. Misschien wordt het doel wel nooit bereikt. Of deze techniek gebruikt moet worden is dus momenteel niet duidelijk. Alleen als in dit model de voordelen t.o.v. chirurgie heel erg groot zijn, dan is een dergelijke ingreep, met de huidige wetenschappelijke onderbouwing, gerechtvaardigd. Dus bij patiënten met een

zeer sterk verhoogd operatierisico, of bij patiënten bij wie de operatie op zich veel risicovoller is, bijvoorbeeld bij een verwijding van de grote lichaamsslagader in de borstholte.

Pas als het uiteindelijke doel – het voorkomen van die scheur – bewezen is, kan de balans definitief omslaan ten gunste van stentgraftbehandeling.

Toch is in een groot aantal plaatsen op de wereld en op vele congressen deze techniek allang als vervanging voor klassieke chirurgie geïntroduceerd. Gelukkig zijn wij in Nederland i.h.a. wijzer, want recent heeft de Ziekenfondsraad een groot bedrag ter beschikking gesteld om dit probleem in een prospectieve gerandomiseerde multicenterstudie te evalueren, een studie waaraan ook het AMC zal deelnemen. Pas als aangetoond is dat het doel bereikt kan worden, dan kan de indicatie voor deze ingreep echt bepaald worden.

Opleiding

Hoe wordt men interventieradioloog? Op mijn meest cynische momenten zeg ik: 'Men leest eens wat, men vraagt eens wat en men probeert eens wat'. In een land waar je voor elk beroep, loodgieter, timmerman etc., een vakdiploma moet halen en waar je zelfs geen bloemenwinkel kan beginnen zonder over alle benodigde papieren te beschikken, kan elke radioloog zich interventieradioloog noemen. Overigens kan in Nederland ook iedereen zich, zonder probleem, professor noemen, maar dit terzijde. Op mijn meer bedachtzame momenten zeg ik: 'Ik weet het niet, maar bij ons in het AMC is er een fellowplaats interventieradiologie, ondersteund door de firma Cordis – de Cordis-fellow. Bedenk wel, het is geen opleiding met waarmerk, visitatie en een curriculum, maar als je 1 jaar komt kun je een boel leren'. Toch is het merkwaardig dat je vaatchirurgen, traumachirurgen, oncologisch chirurgen, maag-darm-leverchirurgen en transplantatiechirurgen hebt, naast ook nog plastisch chirurgen, orthopedisch chirurgen, thoraxchirurgen, neurochirurgen, etc., etc. En van een algemeen radioloog wordt aangenomen dat hij alle onderdelen van het vak, dus inclusief de interventies, volkomen beheerst. Dit is natuurlijk een illusie.

Wordt er in Nederland dan geen goede interventieradiologie gedaan? Natuurlijk wordt er, dat weet ik zeker, in veel ziekenhuizen op goed niveau interventieradiologie bedreven. Er is een kleine kern van enthousiaste collega's die zich dit vak eigen hebben gemaakt. Maar waarom elke keer weer opnieuw het wiel uitvinden, elke keer opnieuw leren waar de pitfalls zitten, elke keer weer al het materiaal leren kennen? Als je je wilt verbreden, na de algemene opleiding chirurgie in de vaatchirurgie, bestaat er in Nederland op acht plaatsen de mogelijkheid voor een zogenaamd chivo-schap vaatchirurgie. Een officiële, door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde erkende, tweejarige opleiding met visitatie en kwaliteitseisen. En hoewel vaatchirurgie op zich geen beschermd specialisme is – je hoeft deze opleiding dus niet per se te doen om vaten te gaan opereren – wordt deze opleiding wel steeds vaker door velen gedaan. En ook bij de advertenties voor uitbreiding van een chirurgisch maatschap wordt vaak gevraagd om dit stukje extra opleiding. Het vreemde is nu dat er in elke advertentie voor uitbreiding van een radiologisch maatschap, naast MRI-ervaring, bijna altijd ook gevraagd wordt om interventie-ervaring, zelfs in de kleinste ziekenhuizen. Er is dus wel een algemene behoefte, echter geen initiatief voor een opleiding in deze richting. Ik zie het dan ook als

een van mijn taken om vanuit mijn nieuwe positie te trachten hier iets aan te doen. En ik hoop ook dat de Nederlandse Vereniging voor Radiologie hieraan haar steun wil verlenen.

Zoals een jong algemeen chirurg zich niet snel vaat- of maagdarmchirurg zal noemen zonder de juiste opleiding, zo moet ook de patiënt erop kunnen rekenen dat de interventieradioloog die hem behandelt, een gegarandeerde en gecontroleerde kwaliteit heeft.

Een van de allerbelangrijkste stimuli van kosten in de gezondheidszorg, de overconsumptie en de verstoring van de balans tussen behandeling en doel, is zelfverwijzing. En nu kan men radiologen veel verwijten, maar de unieke positie dat zij geen eigen patiënten hebben, is mijns inziens ook hun grootste kracht. Radiologen en dus ook interventieradiologen zijn per definitie geen zelfverwijzers. En dat is een probleem voor andere specialisten die denken een nieuwe uitdaging ontdekt te hebben, dat nog niet zo gemakkelijk opgelost is. In Amerika, waar perifere interventies vaak door cardiologen worden gedaan, is er dan ook sprake van een massale overconsumptie, waarbij vele anatomische onrechtmatigheden, bijv. een asymptomatische carotis- of nierarteriestenose, met groot succes worden behandeld. Nou denk ik niet dat dit bij ons ook zo snel zal gebeuren – niet omdat wij allemaal zulke evidence-based behandelaars zijn –, maar het is vooral het budgetteringssysteem dat de directe relatie tussen behandeling en inkomen heeft losgekoppeld, dat als rem zal werken. Maar één blik over onze zuidergrens, waar de business tegenwoordig volledig in handen is van de chirurgen, leert dat het zelfverwijzersprincipe gevaarlijk is. De verkoop van vaatstents, een redelijke maat voor het aantal vasculaire interventies, is in België vele malen hoger dan in Nederland, terwijl het aantal inwoners kleiner en de incidentie van vaatlijden zeker niet hoger is. Maar misschien is dit allemaal wel een toevallige coïncidentie. Een andere conclusie lijkt mij, voorlopig althans, voorbarig en suggestief en zeker niet wetenschappelijk. En daarom moeten wij als interventieradiologen ook niet, zoals in Amerika het plan is, ons gaan omscholen tot clinicus, met eigen polikliniek, bedden en patiënten, alleen maar om niet te worden verdrongen door bijvoorbeeld de cardiologen of vaatchirurgen. Ik heb nog steeds de vaste overtuiging dat kwaliteit het altijd zal winnen en de conclusie moet dan ook zijn: om aan de bal te blijven moet de interventieradioloog (of interventionalist in bredere zin) goed opgeleid zijn, en dit moet ook voor iedereen duidelijk en controleerbaar zijn, want de patiënt heeft recht om te weten of de dokter die hem behandelt wel gekwalificeerd is, en of deze dokter het werk naar behoren uitvoert. Geen protectionisme maar maximale transparantie. Geen eigen patiënten maar multidisciplinaire samenwerking. Alleen dan is er kwaliteit.

Kwaliteitsbewaking

Krijgt de patiënt altijd de beste behandeling of alleen de beste behandeling die op dat moment in een bepaald ziekenhuis voorhanden is? Officieel wordt de patiënt, met de inwerkingtreding van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), over alle behandelopties en risico's geïnformeerd. Ook over alternatieven die lokaal niet voorhanden zijn. Kan de kwaliteit voor de patiënt optimaal gegarandeerd worden? Ik denk het wel, maar dan moet er wel iets veranderen in het oude instituut van

arts-patiëntrelatie. Nou wil ik hierover niet denigrerend doen; ik ben oprecht van mening dat een dergelijke relatie van eminent belang is. Maar respect, oprechte aandacht en professionele attitude vind ik zo vanzelfsprekend dat dit de onuitgesproken basis is van mijn verdere betoog. Echter, als de patiënt eenmaal een medisch probleem heeft dat een chirurgische dan wel een radiologische interventie behoeft, dan is de patiënt-artsrelatie soms een obstakel, dat een goede en objectieve afweging door de patiënt in de weg kan staan. In onderhavige gevallen is de patiënt vooral gebaat bij een dokter die hem zo goed mogelijk de keuzemogelijkheden schetst, met alle bekende voor- en nadelen, en de eventuele ingreep het best uitvoert of laat uitvoeren. Hier kan een arts-patiëntrelatie, in de laatnegentiende-eeuwse traditie, een grote belemmering zijn. De hierin verscholen begrippen als barmhartigheid, afhankelijkheid, alwetendheid, ongelijkheid en misschien ook wel eigengereidheid, passen niet bij een modern medisch-technologisch bedrijf. De patiënt wil – terecht – kwaliteit, maar wordt in zijn streven hiernaar vaak onbewust belemmerd door die niet uitgesproken, maar wel vaak bindende, arts-patiëntrelatie. Om dit dilemma te doorbreken zou rationalisering een belangrijke rol kunnen spelen. In Amerika, waar de gezondheidszorg vergaand geprivatiseerd is, met alle negatieve uitwassen van dien – waar ik hier niet verder over zal uitweiden, maar laat dit wel gezegd zijn –, spreekt men niet meer van dokters, maar van providers, en patiënten zijn consumers. Een relatie die in een keer duidelijk maakt hoe de rolverdeling is: de providers leveren de zorg, met aantoonbare en objectiveerbare kwaliteit, en de consumer maakt uit dit aanbod een keuze. Een eerlijk en open systeem. Maar, hoor ik de criticasters al zeggen, met de huidige steeds mondiger wordende patiënt worden wij alleen nog maar de uitvoerders van de wensen van onze patiënten. En als er dan iets fout gaat, dan... Dames en heren, bedenk wel dat medisch handelen altijd plaatsvindt in onzekerheid. De arts heeft een wettelijke inspanningsverplichting, maar de geneeskunde kent geen resultaatsverplichting. Maar om een offerte goed te kunnen beoordelen, moet de kwaliteit van de provider voor de consumer wel duidelijk zijn. Ik zeg dit met nadruk omdat dit de spil is waar het om draait. Als je je schaamt voor de kwaliteit van je werk, en je het dus liever geheim wilt houden, dan heb je als arts en provider een probleem. De provider moet dus over instrumenten beschikken om zijn kwaliteit te meten en de consumer moet toegang hebben tot deze informatie en vergelijkbare informatie van andere providers. En er moet een standaard zijn waartegen de kwaliteit kan worden afgemeten. En er moet een instantie zijn die erop toeziet dat dit proces niet verstoord wordt. Ik zou hier dan ook willen pleiten voor een Evidence-Based Quality in plaats van een Ego-Based Quality. Laat ik weer terugkeren tot de interventieradiologie. Hoeveel perifere dotterbehandelingen worden er per jaar in Nederland gedaan? Hoeveel embolisaties, galwegdrainages en noem het hele scala van moderne radiologische interventies maar op? Niemand die het precies weet. Er is namelijk geen registratie. Hoeveel complicaties? Hoe erg zijn de complicaties? Niemand die het weet. En als je eens bij collega's informeert krijg je niet de indruk dat de kwaliteit een probleem is. Maar is dit de maat?

De Orde van Medisch Specialisten heeft in een recente nieuwsbrief al vergaande aanbevelingen voor complicatieregistratie ten behoeve van kwaliteitsbevordering gedaan. Anesthesiologen, chirurgen, urologen en neurochirurgen voeren al een complicatieregistratie. Ik denk dat het voor een klein en technisch vak als interventieradiologie een ideale gelegenheid is om snel een initiatief te nemen. Met wat

externe ondersteuning – ik denk hier met name aan bijvoorbeeld de Hartstichting – zou het toch mogelijk moeten zijn om snel een registratiesysteem betreffende de kwaliteit op te starten.

Onderzoek

Onderzoek in de interventionele radiologie steunt op drie pijlers: de techniek, de effectiviteit van de techniek en de plaats van de techniek binnen het totale management van de patiënt. Als we spreken over de techniek, het kunstje, dan zie ik het ontwikkelen van betere devices en technieken voor behandeling van acute trombose als een van mijn belangrijkste doelen in de komende jaren. Technieken om restenose te voorkomen, betere devices voor aneurysmabehandeling en protection devices voor carotis-PTCA zullen in de komende jaren ontwikkeld worden. De effectiviteit van al deze nieuwe devices zal in goed georganiseerd en extern gecontroleerd onderzoek moeten worden aangetoond. Maar het belangrijkste blijft toch het onderzoek naar de plaats van al deze nieuwe technieken, binnen de totale behandeling van een patiënt. En het is hier dat de interventieradioloog een steeds belangrijker taak krijgt, en het voortouw moet nemen, om d.m.v. multidisciplinaire samenwerking, met clinici van allerlei richtingen, dergelijk onderzoek op de rails te krijgen. De interventieradioloog moet loskomen van de techniek en samen met de kliniek goede projecten gaan schrijven om de waarde van zijn technieken voor de praktijk te toetsen.

Toekomst

Zeker nu wij een nieuwe eeuw zijn ingegaan, dringt de vraag zich op hoe het in de toekomst zal gaan met de interventionele radiologie. Toch is dit niet eenvoudig te beantwoorden. Ik kan een aantal vitrinekasten vullen met alle mogelijke devices die sinds 1985 door mijn handen zijn gegaan en die nu volkomen obsoleet zijn. Laser en atherectomy zijn hiervan de belangrijkste exponenten. Toekomstvoorspellingen kunnen nooit loskomen van hun eigen tijd. Overigens is het, in dit verband, curieus als je het eerste artikel van Charles Dotter uit 1963 goed leest, want hierin worden al een aantal dingen zoals bijvoorbeeld stents en PTCA-ballonnen beschreven. Weliswaar cryptisch, zonder verdere duidelijke invulling, maar retrospectief goed herkenbaar.

Ik zal mij wat de toekomst betreft kort beperken tot een aantal hoofdzaken en mij heel voorzichtig uitlaten. Op korte termijn zal aneurysmachirurgie geheel vervangen worden door percutane technieken die plaatsvinden in dagbehandeling.

MR-geleide interventies zullen de huidige doorlichtinggeleide interventies geheel vervangen, maar dit kan nog wel eens tien tot vijftien jaar duren. Vaatchirurgie in haar huidige vorm zal, op den duur, ophouden te bestaan en, in eerste instantie, geheel vervangen worden door percutane technieken.

Geen enkele mechanische therapie voor vasculair lijden zal echter het eind van deze eeuw halen, en misschien zelfs niet eens de helft van deze eeuw.

Op den duur zal door genetische manipulatie en genetische therapie, eventueel in combinatie met antibiotische therapie of andere medicatie, de atherosclerose volledig verdwijnen, waarmee dit vak grotendeels en deze leerstoel volledig overbodig zal worden. Ook hieraan hoop ik van harte een positieve bijdrage te kunnen leveren.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.