

Het afscheidscollege ‘Al werkende weg’

Dr. J.H.J. Ruijs

Het afscheidscollege, getiteld ‘Al werkende weg’, behelst in het eerste gedeelte opnieuw een pleidooi voor het scheppen van meer ruimte voor onderwijs in de Radiologie binnen het onderwijscurriculum van de Medische Faculteiten.

Immers, dát zal op termijn meer rationeel aanvraagdgedrag opleveren dan bijvoorbeeld het uitgeven van een Diagnostisch Kompas (ter dikte van een telefoonboek) door de Ziekenfondsraad.

Het tweede gedeelte bevat een verslag van de totstandkoming van de MR-unit in de Faculteit der Medische Wetenschappen KUN en het Academisch Ziekenhuis te Nijmegen (AZN) en de daaruit voortkomende wetenschappelijke profilering van de Afdeling Radiologie aldaar.

Het derde gedeelte, dat vanwege de tijdsdruk in verkorte vorm werd uitgesproken, geeft een visie weer op de positie van de discipline Radiologie in de toekomst, als volgt (citaat):

“Dames en heren,

Zonder al te veel te willen pretenderen – want ik zal er niet meer bij zijn als professional –, maar niettemin gebaseerd op uitspraken van anderen en van mijzelf*, ben ik toch zo vrij enkele toekomstige ontwikkelingen in de Radiologie als volgt voor u te schetsen:

Een oriënterende rondblik in binnen- en buitenland laat zien dat de Radiologie misschien als medische discipline wel een positie heeft verworven, maar dat die positie in de kliniek nog altijd niet vanzelfsprekend is én dat ook nooit zal worden. Want, naast het feit dat de cardiologen zichzelf allang hebben verzekerd van eigen diagnostische voorzieningen dan wel daarnaar streven (inclusief MRI, ook in Nederland, zo bleek onlangs), zijn het ook – en dat niet alleen in ons ziekenhuis – onder meer de urologen, de orthopeden, de neonatologen, de gastro-enterologen, de nefrologen, de neurologen/neurochirurgen en zelfs de algemeen heekkundigen die in toenemende mate zich bezig (willen) houden met medische beeldvorming of onderdelen daarvan, zoals echografie.

Niet in de laatste plaats is dat natuurlijk om niet afhankelijk te hoeven zijn van andere bet- en medewerkers, want de huidige arts is nu eenmaal nog altijd individualistisch ingesteld. En is er vaak ook nog de bureaucratische logistiek van de röntgenafdeling die tot irritaties kan leiden.

De neiging zichzelf te voorzien van eigen diagnostiek zal zich dan ook uitbreiden, vooral omdat de medische beeld- en functiediagnostiek zichzelf ontwikkelt in de richting van ‘stralenarme’ toepassingen: nu zijn dat vooral de echografie en de magnetische resonantie (MR).

Zulke voorzieningen zal op termijn iedereen ook nog eens zelf kunnen inkopen. Immers, er verschijnen steeds meer ‘low budget’-machines op de markt, waardoor budgetcentralisatie op de langere termijn ook geen argument meer in de discussie zal zijn.

Ter signalering: in sommige landen van Europa, maar ook in het grote voorbeeldland van de 21ste eeuw, de USA, is naar schatting ruim 50% van de medische beeldvorming in handen van niet-radiologen*. In Nederland is dat gelukkig nu nog niet helemaal het geval, maar toch, de spreiding van echografische voorzieningen buiten de radiologieafdelingen zal ook hier zeker verder doorzetten en voor MRI voorzie ik het, zoals gezegd, op termijn ook. De 'export' van medische beeld- en functie-informatie vanuit de afdeling Radiologie –inclusief de expertise daarvan – via een netwerkstructuur voor spraak-, beeld- en tekst-communicatie, PACS dus, zal daaraan nog het nodige bijdragen.

Sommigen verbinden hieraan de conclusie dat het dus afgelopen zal zijn met de Radiologie. Gaan ze dus nu weer de barricaden op, zo hoor ik enkelen van u denken

Radiologie is zo geboren, dus harde strijd voeren teneinde het vakgebied zo integraal mogelijk te behouden is ons niet vreemd, maar zal dat ook in de toekomst – (blijvend) effect hebben?

Ikzelf denk niet dat polarisatie ('turf battles' noemen de Amerikanen dat) in deze tijd nog veel effect zal hebben, en ik heb daarom drie andere oplossingsrichtingen:

1. Certificatie van de bevoegdheid op onderdelen van de Radiologie, vast te leggen via de wet Beroepen Individuele Geneeskunde (BIG). Voor alle duidelijkheid: daarmee wordt slechts voor een gedeelte superspecialisatie mee bedoeld.

Deze certificatie wordt nu al gerealiseerd binnen de beroepsgroep (NVvR) en de MSRC via de herregistratieprocedure, maar zou nog nader geformaliseerd moeten worden binnen dat wettelijk kader.

Voorts wordt daarmee ook een discussie geopend over de noodzaak de opleiding voor het specialisme Radiologie te herstructureren. Tot nu toe leveren wij namelijk nog steeds een 'standaardradioloog' af, opgeleid volgens het meester-gezelmodel, zonder rekening te houden met zijn/haar werkterrein, de behoefte van de werkomgeving, de persoonlijke capaciteiten en ambities. Differentiatie met certificatie zijn dan de sleutelwoorden.

2. De tweede oplossingrichting is die van het verder uitbouwen van intense samenwerking met die groepen die zich ook met de medische beeld- en functiediagnostiek willen gaan bezighouden, maar dan wel meer gericht op de patiënt(e) dan op de dokter.

Zulke samenwerkingsverbanden, die ik ook in het begin van dit college besprak, zullen wederzijds voordelen opleveren, zowel in de patiëntenzorg als in het wetenschappelijk onderzoek.

Ik denk dan ook nog wel aan de eerste klap, die meestal een daalder waard is...

3. De derde oplossing is het leveren van niet zozeer goede kwaliteit, maar de *beste* kwaliteit.

Omdat dit punt meer en meer een kernbegrip wordt in alle gezondheidszorgorganisaties en dus ook in een radiologische afdeling, ga ik daar nu wat meer op in.

De patiënt komt daarbij inderdaad (het is al gezegd) meer en meer centraal te staan en is dus *cliënt* geworden.

Deze patiënt/cliënt van nu is mondig en weet zich niet alleen beschermd door wettelijke maatregelen, gevat in de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG), de Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst (WGBO), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector, de privacywetgeving alsmede de Kwaliteitswet voor de ziekenhuizen, maar ook vanuit de maatschappij zelf: zie bijvoorbeeld de openbaarheid van de medische tuchtrechtspraak, de informatie die van het internet is te halen en ook de nog steeds groeiende journalistieke belangstelling voor (de negatieve aspecten van) medische zaken. Signalen te over, zo blijkt.

Voorts is de toenemende professionaliteit van 'externe' organisaties, zoals de zogenaamde letseladvocaten en de zich steeds beter organiserende patiënt/consumentverenigingen, een niet te onderschatten factor.

Daarop moet mijns inziens, nog meer dan nu al het geval is, worden ingespeeld, niet zozeer door centrale beleidsmakers maar vooral ook door de mensen op de werkvloer.

Tevens wil ik nog opmerken dat elke organisatorische eenheid in een ziekenhuis zou behoren bij te dragen aan de kwaliteit van de instelling als geheel. Een open deur denkt u, maar ik zeg dat hier toch niet zómaar... Hierin moeten de schotjes ook weg!

Ik zal dan nu een poging doen te schetsen wat dat betekent voor een Afdeling Radiologie: Want wat kan zo'n afdeling nu vanuit een cliëntgericht perspectief bieden?

Van iedere Afdeling Radiologie is dienstverlening (= service) en de deskundigheid van de professionals (= competentie) de grondslag. Deze twee begrippen bepalen het product, dat in ons geval – nogal globaal – te definiëren valt als: snelle en betrouwbare medisch-diagnostische beeld- en functie-informatie. (Terzijde: de interventieradiologie, overigens ook alleen goed uit te oefenen in teamverband met de klinische collegae, laat ik ter wille van de helderheid nu even buiten beschouwing.)

De Afdeling Radiologie heeft dan twee soorten cliënt te bedienen:

- a: de patiënt(e)
- b: de behandelend arts (huisarts en klinisch specialist).

Beiden hebben gemeen dat ze geen 'gewone' cliënt zijn, maar meestal op de een of andere manier van ons afhankelijk. Dat plaatst ons weliswaar in een monopoliepositie, maar legt ook juist daarom een extra verplichting op de beste kwaliteit te leveren.

Ad a:

Hoe definieert men dan die kwaliteit binnen deze context? We bezien eerst de patiënt(e) als cliënt:

Uit eigen ervaring, enquêtes en andere signalen die patiënten afgeven* kan men concluderen dat zij voornamelijk geïnteresseerd zijn in

- een vriendelijke bejegening door arts en personeel;
- goede voorlichting, schriftelijk en mondeling en eventueel ook langs elektronische weg (CD-ROM of internet);
- korte wachttijden;
- een vlotte, veilige en comfortabele afhandeling van het onderzoek zelf.

Opvallend daarin is, dat door de individuele patiënt(e) in grote mate vertrouwd wordt op de medisch-inhoudelijke bekwaamheid van de medische en paramedische professionals die, als eerder opgemerkt, wel beter bewaakt wordt dan vroeger.

Het kwaliteitsbeleid van de afdeling zal zich dus moeten richten op al die aspecten, en derhalve is bewustwording en een daaruit voortkomende verandering van attitude een regelrechte must.

Eén van de vereisten, goede voorlichting, in Nijmegen al jaren een speerpunt van de Afdeling Radiologie, zal nog verder moeten worden geïntensiveerd en geprofessionaliseerd.

De wachttijden en de snelheid van het onderzoek zijn een kwestie van goede planning resp. logistiek. Voor dat doel is een goed functionerend informatiesysteem van de afdeling, gekoppeld aan dat van het ziekenhuis, absolute noodzaak. De vlotte en veilige afhandeling van het onderzoek zelf houdt ook in dat voortdurend moet worden gezocht naar die apparatuur die in staat is de maximale informatie te behalen met zo min mogelijk discomfort voor de patiënt(e). Voorrang dient dan te worden gegeven aan de patiëntvriendelijkheid en veiligheid daarvan inclusief de accessoires.

Binnen dit concept past vervolgens ook de verantwoordelijkheid, die de radiologische professionals nemen inzake de stralingshygiëne volgens de EU-regels en die voorschrijven de bevolking niet te belasten met straling wanneer die niet opweegt tegen enige diagnostische opbrengst en dan eventueel als onnodig is te betitelen.

Ad b:

Wat verwacht de behandelend arts, onze andere cliënt, van ons?

Deze collega-cliënt gaat eveneens uit van een goed competentieniveau, maar zal daarop voortdurend alert zijn, want anders zal hij/zij zelf oplossingen creëren, zoals reeds eerder opgemerkt.

Wat verder nog meer wordt verwacht, is het volgende:

Een snelle en adequate afhandeling van het onderzoek en het snel ter beschikking komen van de benodigde informatie. Het gaat hier dan primair om de uitslag en soms, niet altijd, ook om de inzage in het onderzoek zelf, al dan niet via een PACS- infrastructuur, binnen het ziekenhuis, maar ook erbuiten. Dit inclusief de mogelijkheid van interdisciplinaire consultatie, hoe ook – elektronisch of niet – georganiseerd, gedurende 24 uur met een grote klinische betrokkenheid van de radioloog.

Het product van de afdeling zou dan, zoals opgemerkt, meer gekleurd kunnen worden vanuit het oogpunt van deze beide typen cliënt. De afdeling heeft als hoofdtaak het zorgdragen voor een goede kwaliteit van dat product en dat uit te leveren naar deze cliënten. Dat alles binnen het 24-uurs servicemodel van het hele ziekenhuis, waaraan de Afdeling Radiologie kan aansluiten, ja zelfs een centraal-bindend element kan zijn bij de

diagnostische en therapeutische processen in de zorg die bekend zijn komen te staan onder het begrip: *kanteling van de zorg rondom de patiënt*.

De leiding van de ziekenhuizen zou er goed aan doen binnen dit model afdelingsspecifieke *patiënt-referentiegroepen* in te stellen, in overleg met de overkoepelende patiënt/consumentorganisaties, ter toetsing van wat niet alleen het ziekenhuis, maar vooral ook de werkvloer van (bijvoorbeeld) de radiologieafdeling aan kwaliteitsbeleid en certificatie realiseert.

Dan, dames en heren, heb ik nog een vierde – en laatste – punt van belang bij de positionering van de Radiologie in de toekomst: het inkomen. Het is mij glashelder, dat het nu wel heel gemakkelijk zal zijn om op de man in plaats van op de bal te spelen, maar laat ik toch maar stelling nemen: de structuur van het inkomen van de Radioloog moet op de helling, en niet zozeer omdat hij/zij dan per definitie minder hoeft te verdienen, maar om binnen de werkomgeving (meestal een ziekenhuis) een grotere aandacht uit te laten gaan naar de aspecten die ik onder de andere drie punten noemde. Ik doel hier op de inmiddels wel bekende ‘honoringsregeling academische specialisten’ en roep de radiologen in de algemene ziekenhuizen op dit systeem van honorering in beginsel over te nemen.

De kwaliteit van ons werk in teamverband en naar de patiënt van de toekomst toe is immers een veel belangrijker uitdaging. Mits deze vier punten worden vastgehouden, zal als toegevoegde waarde óók kunnen worden voorkomen dat het vakgebied Radiologie afbladdert.”

Het college wordt ten slotte afgesloten met een korte uitleg van de titel ‘Al werkende weg’:

“Immers, in een omgeving waar alles voortdurend verandert, dient men zich te realiseren dat ‘het werk’ eigenlijk nooit af is en ook nooit af zal zijn.

In het bijzonder geldt dat voor de Radiologie, zowel in medisch-inhoudelijk als wetenschappelijk opzicht.

Verder betekent die titel ook: ‘al doende leert men’. Dat heeft vooral betrekking op mijzelf.”

Nijmegen, 5 november 1999

* *de relevante literatuurverwijzingen worden vermeld in de gedrukte versie.*

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.