

Hans Blickman

Inaugurele rede

Plichten en Rechten van de Radiologie - deel 2

Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Radiologie aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op 7 september 2001

Het is een bijzonder moment wanneer een hoogleraar, omkleed met de tekenen van zijn waardigheid, zich voor het eerst officieel voorstelt aan zijn vakgenoten en aan u allen, om rekenschap af te leggen voor het aanvaarden van deze bijzondere positie. Met het aanvaarden van dit ambt van hoogleraar in de functie van hoofd van de afdeling Radiologie – het is al eerder vastgesteld (J.R.Blickman, 1958) – aanvaardt men niet alleen een bindend consulentchap tussen diagnost (imaging provider) en clinicus, maar nog veel belangrijker, een bindende afspraak van beiden partijen met de patiënt. Dat is niet nieuw. Deze afspraak bestaat al lang en de afdeling Radiologie met haar hele staf functioneert al jaren tot veler tevredenheid. Wat ik in deze rede wel aan de orde wil stellen is de inhoud van deze afspraak tussen de patiënt en zijn behandelaars. Mijn standpunt is dat door de grote veranderingen en beroeringen in de gezondheidszorg en daarbuiten deze inhoud zeer veranderd is, ja zelfs in zijn voegen trilt. Hierdoor wordt de teamgeest en het hele spel van samenwerking dermate onder druk gezet dat wij ons gezamenlijk – en dat is het kernpunt van mijn betoog – moeten herbezinnen op wat onze verantwoordelijkheden jegens de patiënt nu ook al weer waren en of zij voldoende aan de tijd zijn aangepast! Ik wil dit met u doen op een algemeen aanvaarde en gekende wetenschappelijke wijze, namelijk in de vorm van een publicatie. Na deze **Inleiding**, waarin ik het probleem kort heb geschetst, volgt dan nu het onderdeel

Materiaal en methode

Ten eerste wilt u vandaag ongetwijfeld weten waarom ik hier eigenlijk sta. Het eerste antwoord is natuurlijk omdat het zo hoort. Als men benoemd is tot hoogleraar aanvaardt men zijn ambt met een rede, die volgens de reglementen binnen het jaar nadat de benoeming van kracht is geworden moet worden uitgesproken.

Een tweede antwoord hangt samen met mijn wens om mijn academische loopbaan in zijn volle omvang te willen doorlopen. Ook al was ik nog zo tevreden met mijn loopbaan als lid van een bemanning van een schip, ik heb er ook nooit een geheim van gemaakt dat ik op zeker moment zelf het roer in de hand wilde houden.

Het finale antwoord op de vraag waarom ik vandaag hier sta is echter de ware grond om deze rede uit te spreken. Het is mijn verlangen en vurige wens om u – hopelijk ten overvloede – zoveel mogelijk te overtuigen van de unieke positie van de Radiologie in de geneeskunde als spil in het diagnostisch proces. Nee, u krijgt niet weer zo'n verhaal dat radiologen toch echt niet elke woensdag op de golfbaan staan! Ik kan u geruststellen, ik golf niet, en hoewel ik graag onderwijs geef zal ik mij vandaag wel hoeden om zo'n uitgelezen gezelschap de les te lezen!

Misschien moet ik u eerst in het kort vertellen waarom ik radioloog geworden ben. Het antwoord ligt minder voor de hand dan u misschien vermoedde nadat ik al tweemaal de oratie heb aangehaald die dr. J.R. Blickman – mijn vader – uitsprak bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Röntgenologie aan de Rijksuniversiteit te Groningen op dinsdag 2 december 1958. Ik heb mijn vader slechts éénmaal de Radiologie zien bedrijven. Die ene maal zag ik hem een gemiste zweer van de twaalfvingerige darm – een ulcus duodeni – op treffende doch zeer ferme wijze verduidelijken aan zijn assistent, die op dit ogenblik niet tussen mijn toehoorders zit. Het was een moment waarvoor hij zich duidelijk moest voorbereiden en over een drempel moest stappen, maar de assistent was hem dankbaar! Dit leerde mij dat verduidelijken voor beide partijen een leermoment kon zijn. Dit ene moment is echter niet schuldig aan het feit dat ik radioloog ben geworden. Via een uitwisselingsprogramma kwam ik na mijn middelbare schoolperiode in de Verenigde Staten terecht en voltooide daar de rest van mijn studie.

Op Boston University School of Medicine was Radiologie een verplicht vak, een verplichting die geldt voor ongeveer 60% van de Medical Schools in de Verenigde Staten. Tijdens die vier weken viel mij op hoe centraal de radioloog in het bijzonder, en hoe centraal de afdeling Radiologie in het ziekenhuis functioneerde. Dat is niet alleen NIET verwonderlijk, maar zelfs logisch gezien de statistiek dat elke opgenomen patiënt gemiddeld 4,2 keer per ziekenhuisopname in contact komt, d.w.z. een interactie heeft, met de afdeling Radiologie. De afdeling Radiologie is dan ook meestal centraal gelegen, in het midden van het ziekenhuis, vlak boven of naast de Eerste Hulp. Maar meer intrigeerde mij het feit dat de radioloog de functie had van vraagbaak, consulent en vaak ook vertrouwensman. Naast het proces van de menswording (mijn eerste liefde, ik was tot slot bijna verloskundige geworden) is dit voor mij wel het meest interessante proces. Een proces dat nieuwsgierigheid koppelt aan besturen. In Nijmegen durf ik dit het best

te omschrijven met het begrip biechtvader. De radioloog als biechtvader voor de andere specialismen. Ik zal dit illustreren.

Tijdens mijn opleiding Radiologie werd mij in het begin van mijn tweede jaar door een van mijn zeer gewaardeerde professoren in het Beth Israel Hospital, Harvard Medical School, dr. Morris Simon, gevraagd wat ik verstond onder een goede radioloog – want hij nam gemakshalve aan dat ik een goede radioloog wilde worden. Ik moest hem het antwoord schuldig blijven, of laat ik zeggen, het was voor mij niet eenvoudig om dit in een paar woorden uit te kunnen leggen. Ik had er eerlijk gezegd tot op dat moment nooit goed over nagedacht. Als je maar goed oplette, je huiswerk maakte en braaf deed wat je gezegd werd, dan kwam het wel in orde dacht ik. De Amerikaanse manier van opleiden is daar natuurlijk ook debet aan: er word een boel aan je overgelaten en de natuurlijke competitiedrang die overal achter zit, garandeerde inderdaad dat zulks vaak geschiedt. Morris Simon vroeg of ik het misschien interessant vond te weten wat hij verstond onder een goed radioloog. Heftig knikkend (ik was nog jong assistent en hij beroemd en al in de 60) luisterde ik naar zijn relaas. In het kort kwam het hierop neer: twee clinici, één met foto's onder zijn arm, komen elkaar tegen in de gang van het ziekenhuis. 'Joe, would you like to hear about this difficult case?' Het antwoord was bevestigend. 'Did your imaging studies help you in this case?' 'Well, I am not sure whether I should operate, although Dr. Simon thinks I should.'.... 'Ah, maar als je het met hem overlegd hebt zou ik het ook doen; hem vertrouw ik volledig!'

De radioloog als vertrouwensman van de clinicus is de rol die mij het meeste aansprak en is uiteindelijk ook de drijfveer geweest in welke geest en op welke manier ik in mijn vak verder wilde gaan. Maar zulk een vertrouwensverhouding brengt rechten en plichten met zich mee. Daarover zo dadelijk meer.

Enmaal gespecialiseerd valt er snel een oordeel, net als in het bedrijfsleven, over wie er in aanmerking komt voor een 'fast track' in academic radiology. Ik had het voorrecht om onder gerenommeerde radiologen zowel in het vak te mogen werken (de reeds genoemde Simon, Sven Paulin, John Kirkpatrick, en Jack O'Connor) als het besturen van een afdeling Radiologie (dezelfde Kirkpatrick, Jim Thrall, Robert Cleveland en Joe Ferrucci) te mogen ervaren. De ervaring hier opgedaan resulteerde in mijn taken als Director of Medical Education en Vice Chairman for Operations van de afdeling Radiologie in het Boston Medical Center. De grondgedachte, ja de rode draad van deze opleidingsschool, dit selectieproces, is vooral om eerst de plichten van de Radiologie aan te leren, en dan, voor diegenen die dat spel het beste spelen, het mogelijk te maken om mogelijke rechten ervan te laten gelden.

Op enig moment in zijn opleiding moet elke assistent de keuze maken of hij zijn vak perifeer of academisch wil gaan uitoefenen. Hierbij zijn leefwijze, woon- en werkplek en persoonlijke interesses naast het inkomen van doorslaggevend belang. Voor mij was de keuze al vrij snel duidelijk. Het was de academische Radiologie, omdat ik mij nu eenmaal het liefst wenste bezig te houden met het onderwijzen van assistenten en medisch studenten. Daarnaast wilde ik wetenschappelijk bezig zijn, en ook was ik niet ongevoelig voor het competitie-element dat schuilt in het beklimmen van de academische ladder in de Verenigde Staten. Met het beklimmen van deze ladder veroordeel je jezelf tot het jaarlijks produceren van een voorgeschreven hoeveelheid wetenschappelijk werk. Per universiteit verschilt deze wetenschappelijke output. Het varieert van wetenschappelijke artikelen in tijdschriften, hoofdstukken in boeken, hele leerboeken, het geven van voordrachten tot het geven van onderwijs in de meest brede en internationale zin. Hier krijg je voor de eerste keer te maken met de rechten van de Radiologie. Je werk, je onderzoek en je hopelijk goede naam leiden tot of betere, of efficiëntere wegen een diagnose te stellen; lees: beter in het ziekenhuisbrede diagnostisch team te passen! En vervolgens kun je dan voor het eerst gefundeerde eisen gaan stellen aan de verwijzer en aan de patiënt om tot optimale resultaten te komen. Voorwaar een interessant samenspel! Dit samenspel, dat misschien nog nooit zo optimaal was als we gewent hadden, is naar mijn mening in de laatste jaren sterk in de knel gekomen.

In mijn inleiding beschreef ik u mijn vraagstelling over het samenspel tussen behandelaars ten behoeve van de patiënt. In mijn 'Materiaal en methode' gaf ik de wegen aan die mij nu zullen leiden tot het presenteren van de

Resultaten

Toen mijn vader in 1958 zijn rede over plichten en rechten van de Röntgenologie uitsprak, waren de x-stralen nog maar half zo oud als vandaag en werd de radioloog gezien als beheerder van een instituut waar stralen opgewekt werden die mogelijk van nut konden zijn in het diagnostisch proces. Het vak had niet de status die andere specialismen hadden, en spottend noemde men de afdeling Radiologie ook wel 'de opiumkit van de kliniek'. Jack Blickman, net als vele anderen voor en na hem, nam zich voor zijn toehoorders te overtuigen van het nut van de halve kunstwerken die röntgenfoto's toen nog waren. Ook hij ageerde tegen de gedachte die James Hickey, destijds editor-in-chief van de American Journal of Roentgenology, al in 1906 over de radiologie formuleerde: 'Roentgenology is a department of medical science that has grown to such an extent that its followers are entitled to a certain respect for their work and for their conclusions. This respect is not always accorded. The reasons for this

are not hard to find. Many of the workers in the field have been content to be classed as photographers and picturemakers, allowing their plates to pass through other hands and to be interpreted by others’.

Bijna honderd jaar later wil ook ik tegen deze stellingname ageren, net als mijn vader. De vergelijking gaat nog verder. Mijn vader begon zijn oratie omkleed met de uitwendige tekenen van de waardigheid des hoogleraars. En ziet, de zoon is thans in dezelfde toga gestoken als de vader en ik heb mijn oratie dezelfde titel gegeven. Diegenen onder u die hem gekend hebben weten dat er enige aanpassingen aan deze toga hebben plaatsgevonden! Aanpassingen hebben ook plaatsgevonden in de Radiologie. In de laatste 50 jaar is er een adembenemende ontwikkeling geweest wat de techniek van imaging betreft; echografie, computertomografie en magnetic resonance imaging hebben zich alle een vooraanstaande plaats verworven in het instrumentarium dat de radioloog, de clinicus en dus de patiënt, ter beschikking staat. De mate waarin elk van deze technieken haar unieke en specifieke bijdrage kan leveren voor de diagnostiek is in de laatste jaren al in ruime mate besproken in de afscheidsredes van mijn voorgangers in de Radiologie (Ruijs 1999, Thijn 1995 en anderen). Het heden met blik op de toekomst is ook ruimschoots aan bod geweest als men kijkt naar enige recente oraties zoals die van Pattynama (AZR 2000), Reekers (UMC Amsterdam 2000) alsook Heerschap en Barentsz (UMC Nijmegen 1999). Om dit alles nu te herhalen zou geen optimaal gebruik zijn van uw en mijn tijd. Ik wil het echter met u hebben over wat nu de implicaties op de werkvloer zijn van al het hiervoor genoemde.

De soms verbluffende ontwikkeling van nieuwe technologie heeft de horizon van het specialisme Radiologie verlegd en maakt het vak hoe langer hoe aantrekkelijker voor de meer slimme en primair in de Radiologie geïnteresseerde studenten, in tegenstelling tot het fenomeen – nog zeer actueel in Europa – dat meer dan de helft van ons radiologen eerst een ander specialisme heeft geleerd. Dit is ten dele de reden dat het aantal en de verscheidenheid van de verrichtingen groeit: interventieradiologie en de driedimensionale reconstructies ten behoeve van het voorbereiden van chirurgische en radiotherapeutische ingrepen zijn daar de meest tot de verbeelding sprekende voorbeelden van. Meer en meer kan het diagnostisch proces niet meer om imaging in welke vorm dan ook heen. Vanuit het vak Radiologie gezien is dit positief te noemen. Echter, de zowel relatieve als absolute hogere maatschappelijke kosten voor deze ontwikkelingen hebben een negatieve bijwerking. Het vanwege steeds vernuftiger technologie al dure vak is hierdoor een gemakkelijk doelwit geworden van naijver, turf battles en bezuinigingen. Alleen radiologen kunnen desbetreffend van repliek dienen, en zo mogelijk nog belangrijker, de antwoorden die wij als radiologen hierop geven moeten strategisch doordacht zijn. Wij dienen te begrijpen wat de gevaren zijn die ons vak bedreigen, wat van ons vereist wordt om meer, veel meer begrip en kennis te kweken, niet alleen bij radiologen, klinici en overheidsinstanties, maar ook bij de patiënt over de rol en waarde van het vak en de mogelijkheden die de moderne Radiologie biedt. Voorbeeld: zoals eerder vermeld wordt Radiologie zo duur geacht. Volgens de cijfers van het American College of Radiology (ACR) is Radiologie echter een koopje wanneer men kijkt naar het effect van de gestelde diagnoses d.m.v. imaging, de interventies en bestraling in de oncologie op het zorgproces: ‘slechts’ 3,5% van het gehele zorgbudget in de VS 1999 wordt ingenomen door de Radiologie! Ter vergelijking: voor geriatrie bedroeg dit 35%.

Ook is de zorgverleningstructuur hevig aan het veranderen. Ten tijde van deel 1 van de rechten en plichten van de Radiologie (in 1958) was het ziekenhuis dominant en eindstation in de zorg. Het grote academische ziekenhuis zorgde voor de meerderheid van de moeilijke patiënten. De patiënt verbleef wat wij vandaag ‘langdurig’ noemen in het ziekenhuis voor allerlei ingrepen, zoals radiotherapie, chirurgische ingrepen als meniscusoperatie of galblaasverwijdering. Onderwijs in de geneeskunde gebeurde zelden in niet-academische centra. In de jaren zestig veranderde het beeld. Poliklinische behandelingen en dagopnames verwierven zich een plaats en het huis van de zieken veranderde in een medisch centrum... De aandacht van ziekenhuizen en zorgverleners werd duidelijk verlegd van klinische naar poliklinische patiënten. Dat had een onvermijdelijk gevolg: het gehele diagnostische proces moest sneller, dus efficiënter en op tijden die vroeger niet zo gewoon waren. Zo ook in de Radiologie, of eigenlijk, juist in de Radiologie!

Een verdere verandering, of eigenlijk verzakelijking, manifesteert zich in het fenomeen fuseren. Overal verschijnen er in de plaats van medische centra gezondheidszorgsystemen die net als in de zakenwereld proberen het financiële plaatje mooier te doen lijken. Door het principe van marktaandeel toe te passen centraliseert de regio zijn zorgverlening, om zo het hoofd te kunnen bieden aan steeds duurdere zorg bij een gelijkblijvend budget. Wederom terug te vinden in de Radiologie: foto's hier gemaakt, elders geïnterpreteerd of omgekeerd.

Tijdens wat ik wil noemen het ziekenhuistijdperk werd de interactie tussen radioloog en clinicus bepaald door de acuut zieke patiënt. Het was een ad hoc- en tijdelijke interactie. De beloning voor geleverde diensten was voor beide partijen aantrekkelijk, er waren dus geen redenen om hier aan te tornen. Budgettering om de steeds hogere uitgaven te beteugelen werd van hoger hand vaak abusievelijk verdedigd als een noodzakelijk beteugelen van de zorg. Hierbij werd voorbijgegaan aan de steeds duurdere infrastructuur van en voor deze zorg. Wel heeft dit geleid tot een verschuiving van ziekenhuis naar medisch centrum, en bespoedigt thans de komst van de regionale

centra. Een duidelijk voorbeeld hiervan is het fenomeen van de arts/specialist in dienstverband; immers, het is nu zaak om een langdurige samenwerking aan te gaan om zo de kosten te kunnen drukken. Je zou het ook zo kunnen zeggen: het kan goedkoper zijn een vliegtuig (lees: zorgverlenende persoon of apparaat) te 'leasen' voor een vast bedrag dan alsmat vliegtickets te kopen (vrij gevestigde, ad hoc-zorg).

Het gevolg is dat er bepaalde gedragspatronen worden verlangd om deze 'zakelijke' aspecten van de zorg verantwoord te kunnen invullen. Daarom moet de arts – maar zeker de specialist, en vooral de ondersteunende specialist, zoals een radioloog – mee veranderen. De radioloog moet steeds sneller en efficiënter service verlenen aan de verwijzende arts en wordt dus meer en meer een manager van imaging data. Een zakelijk principe bij uitstek: om de 'bottom line' gezond te houden is het zaak om met minder meer te doen. Maar hierbij teken ik aan dat het een ietwat andere zaak is om een fabriek optimaal en efficiënt te laten opereren dan een zorgverlenend instituut. Het primaire proces in de Radiologie, ons product als het ware, is het proces dat loopt van de aanvraag van het onderzoek tot het aanleveren van de beoordeling van het onderzoek. En dat proces wordt (nog) niet door machines gedaan maar door mensen, en het product is geen microchip maar een hopelijk minder lijdend mens. Wat er op een afdeling Radiologie gebeurt is eigenlijk een microkosmos van het ziekenhuis in zijn geheel. Vele mensen coördineren vele gegevens, brengen deze in beeld, interpreteren ze en communiceren deze interpretatie naar de verantwoordelijke instantie. En als dat te lang duurt kost dat te veel geld.

Dit primaire proces kan in de Radiologie bij uitstek omschreven worden als (data)management, een term ook gebruikt door collega Krestin (Rotterdam). Het is echter niet meer voldoende om een beoordeling een paar dagen na het onderzoek op een fotomap te plakken en erop te vertrouwen dat de verwijzend arts die dan wel zal vinden. Om de patiënt efficiënt te diagnosticeren, behandelen en een keurig natraject te garanderen, moet de overdracht van informatie, van vraagstelling tot einduitslag of advies direct, on line, beschikbaar zijn voor de aanvragend arts. Eventuele beeldvorming wordt erbij gevoegd, mocht dit voor de behandeling van nut zijn. Datamanagement is daarom eigenlijk een foutieve term, datatransfer is eigenlijk wat een radioloog tot zijn expertise moet rekenen, en wel als dé expert op dit gebied. Geen ander specialisme komt ook maar in de buurt van Radiologie als het om het managen van beeld, spraak en verslaginformatie gaat. – Al deze informatie is al in digitaal formaat.

Waar we nu met deze informatie heen moeten is het elektronisch patiëntendossier.(EPD); hoe we daar komen is een stapsgewijs proces dat 'digitalisatie' heet, een vlag die een ziekenhuisbrede lading moet dekken. Zoals u ziet worden de gegevens van de patiënt, om die uiteindelijk te diagnosticeren en (hopelijk) beter te maken, aangeleverd door verschillende afdelingen.

Radiologie is dus de grootste leverancier van data, en dat is de reden dat wij voortrekker in dit proces **moeten** zijn.

De volgende stap is dat deze datapakketjes ziekenhuisbreed, ja zelfs tot buiten het ziekenhuis (zoals bij de huisarts of een ander behandelend geneespersoon) op zijn pc te bezichtigen zijn, on line, meteen! Een virtuele werkplek, maar met patiëntenzorg als middelpunt! Dit hele proces heet nu 'digitaal gaan', vroeger PACS. Dat is nu de nabije, zeg maar alhiere toekomst!!

De ondersteunende specialismen kunnen en moeten hierin een leidinggevende rol spelen. Het is, zoals reeds gezegd, immers een uitzondering dat een patiënt niet te maken krijgt met diagnostische afdelingen als Radiologie, laboratorium of pathologie. Inderdaad, toevallig die onderdelen van het ziekenhuis die de grootste volumina aan data genereren en transporteren! De afdelingen Radiologie waaraan ik verbonden ben geweest namen daardoor ook het voortouw in dit hele proces. Met kennis van zaken, het vertrouwen van de verwijzend arts en met een uiterst efficiënt draaiende afdeling moet de radioloog de spil kunnen zijn in het netwerk van het ziekenhuis.

Na 'inleiding' en 'materiaal en methode' besprak ik met u de resultaten in mijn oratie. Ik wees u erop dat de veranderingen van inzichten altijd leiden tot verandering van werkwijze. De verzakelijking van de zorg moet met zakelijke argumenten worden besproken. Een werkwijze die in de geneeskunde al eeuwen bekend is onder de spreuk 'Simila similibus curantur' (Genees gelijke ziekten met gelijke middelen). Het zal u bekend zijn dat eigen resultaten altijd kritisch tegen het licht moeten worden gehouden, en dit brengt me dan tot mijn volgende punt:

Discussie

Hoe zit het dan uiteindelijk met de rechten en plichten in de Radiologie, ter illustratie van het contract dat wij als gezamenlijke zorgverleners gesloten hebben met de patiënt?

Als we nu de kernbegrippen van deel 1, mijn vaders oratie uit 1958, naast die van deel 2 zetten, mijn oratie van 2001, valt onmiddellijk op dat er toch wel duidelijke overeenkomsten zijn.

Ten eerste: de radioloog en de clinicus moeten elkaars taal spreken, dat wil zeggen, respect hebben voor elkaars expertise. Ik zal me wel wachten om een chirurg te vertellen hoe deze een operatie moet uitvoeren... maar

waarom meent dezelfde chirurg mij te kunnen vertellen wanneer ik wel of niet intraveneus contrast moet gebruiken bij het vervaardigen van een CT-scan?

Vervolgens, echte Radiologie is 'acute' Radiologie. Mijn vader bedoelde dat de radioloog eigenlijk in de spreekkamer erbij moest zijn. Ook tegenwoordig streven wij dat na: virtueel zijn wij aanwezig: na een duidelijke vraagstelling is ons advies onmiddellijk beschikbaar, met een on-line-verslag voorzien van relevante beelden, gedurende 24 uur per dag en dat zeven dagen per week.

Last but not least: mijn vader hield een pleidooi dat radiologen meer anatomische, maar ook fysiologische, ja zelfs moleculaire diagnostiek moesten leren bedrijven. Ook dat is een actuele, zeer interessante en waarschijnlijk ook vruchtbare onderzoekslijn – kijk naar fusie van beelden, functionele MR en antistof imaging bij oncologische patiënten. Alles om de clinicus een zo compleet mogelijk beeld te verschaffen, zodat deze de patiënt optimaal kan behandelen.

Het is de plicht van de radioloog te waken over de belangen van de patiënt bij alles wat imaging betreft. Hij/zij kan dit alleen doen door meer ingeschakeld te zijn in het klinisch teamverband. Dit brengt grote verplichtingen met zich mee. Hij/zij dient – en dit wordt met klem herhaald – in staat te zijn om niet alleen de taal van de clinicus te verstaan, maar ook te spreken. Ter illustratie:

Een baby van vier weken oud wordt naar de eerstehulp gebracht door de radeloze jonge ouders omdat het zeer vaak en zeer ver braakt. U als arts weet dat er grote kans bestaat dat het hier gaat om een goedaardige, vaker bij jongetjes voorkomende, verdikking van de pyloruspij, de ronde spier aan het uiteinde van de maag. Deze spier sluit de maag af, zodat alle voeding die erin gaat er via dezelfde weg weer uitkomt: een pylorusstenose. Het is een nogal vaak voorkomend voorbeeld van hoe een radioloog in het diagnostisch proces kan passen. Namelijk, de vraag is wanneer en hoe moet dit ziektebeeld in kaart worden gebracht? Nog die avond? En met welke modaliteit? Echo of maagonderzoek? En wie beslist? Wat bedoelen we nu met respect voor elkaar? Let op de volgende rekensom: per jaar zal op een afdeling zo groot als de onze de mogelijke diagnose pylorusstenose ongeveer 25 tot 30 maal gesteld worden. Een radioloog, in dit geval de kinderradioloog – en ik doe dit vak al meer dan 15 jaar, dus laten we ervan uitgaan dat ik zo ongeveer 500 van deze diagnoses heb gesteld en nog evenzoveel ontzenuwd. De gemiddelde huisarts, kinderarts dan wel assistent denkt waarschijnlijk drie tot vier keer per jaar aan deze diagnose... ik laat u nu verder alleen werken aan deze rekensom en haar consequenties. Dit is een voorbeeld van met elkaar meedenken.

Het is de plicht van de radioloog u als clinicus terzijde te staan, maar door dat naar voldoening te doen hebben wij het recht verkregen eisen te stellen aan hoe we samen deze diagnostische vraagstukken oplossen. Aan de andere kant is het de plicht van de clinicus om de geneeskundige maxime 'primum non nocere' toe te passen, maar daaraan ontleent hij/zij het recht om de beste en meest doeltreffende middelen te eisen om dat te verwezenlijken. Daarom is het dan ook niet verwonderlijk dat ik pleit voor een nog diepergaande samenwerking.

Maar hoe kan dat dan? En hier is nu verheugend nieuws. In het afgelopen jaar zijn de afdelingen Heelkunde (prof.dr R. Bleichrodt) en Neurochirurgie (prof.dr. A. Grotenhuis) samen met onze afdeling bezig geweest om een zgn. Minimal Invasive Center (MIC) op te zetten. Met als voorbeeld wat het National Hospital in Noorwegen al meer dan vijf jaar geleden begon op te bouwen willen wij, eerst als pilot in de oudbouw, maar over vijf tot zes jaar in het vernieuwde UMC, een nieuw interventional center, een multidisciplinaire afdeling creëren. Onder leiding van een chef-staf, de interventieradioloog, zullen de traditionele grenzen tussen de voornoemde disciplines vervagen en zullen de teams gezamenlijk patiëntenzorg gaan verzorgen. Een door turf battles gedreven verdedigende tactiek zullen sommigen denken, maar het tegenovergestelde is waar. Als we de patiënt niet centraal stellen zal, hoe goed bedoeld ook, een samenwerking gedoemd zijn tot falen. Financieel niet haalbaar zult u denken? Er zijn voorbeelden die dat tegenspreken. Ballonangioplastiek heeft duidelijk bewezen dat samenwerking kosteneffectief is: van 5-7 dagen ziekenhuis na een bypassoperatie naar een dagbehandeling. Met een thoracoscoop in de borstkas kijken en handelen, dan na één dag naar huis, is evenzeer veel sneller en dus goedkoper dan een thoracotomie, met in de meeste gevallen enige dagen verblijf op de ICU, ongeveer f 10.000 per dag! Radiologie nu interpreteert contouren, endoscopie 'kijkt' d.m.v. vergroting in een relatief klein operatieveld. Echografie, CT en MRI zijn van belang om van een afstand te kunnen interveniëren. De (neuro)chirurg is al bezig om met geavanceerde technieken zoals robottechnologie de zorg voor de patiënt op een nog hoger plan te brengen.

Conclusie

We moeten ons dus realiseren dat het optimaal benutten en implementeren van deze nieuwe technologische ontwikkelingen een nieuw soort discipline-overbruggende organisatie vergt, het combineren van klinische vaardigheden met technisch kunnen op ziekenhuis- en afdelingsniveau. Dat is als volgt samen te vatten: wij radiologen zijn meedenkers, niet alleen qua opleiding, maar ook qua kunde. Doe hiermee uzelf en de patiënt voordeel.

Prof.dr. J.G. Blickman
Universitair Medisch Centrum St. Radboud
Nijmegen

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.