

# Klinisch willen het delen medisch

“Dezelfde technieken, dezelfde apparatuur”, aldus drs. Gertjan van der Sluijs Veer, de klinisch chemicus. “Toch een heel ander vak”, stelt dr. Marcel Peeters, de medisch microbioloog. De klinisch chemici willen één lab, de medisch microbiologen alleen apparatuur delen.

**D**e liefde komt van één kant - van de klinisch chemici. Zij zien het helemaal zitten: een WAT-relatie (working apart together) of liever nog een gedeelde werkplek met de medisch microbiologen. Drs. Gertjan van der Sluijs Veer voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie: “We maken vaak gebruik van dezelfde monsters en dezelfde technieken. Als we één laboratorium zouden delen, zou dat de efficiëntie ten goede komen. Leg een ziekenhuisdirecteur maar eens uit waarom er twee aanvragen voor hetzelfde apparaat op zijn bureau liggen.”

“We gebruiken inderdaad gedeeltelijk dezelfde technieken”, stelt dr. Marcel Peeters voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie. “En het mag natuurlijk nooit zo zijn dat apparatuur in duplo aanwezig is. We moeten elkaar vinden in een samenwerkingsvorm, maar één organisatie voor twee zulke verschillende disciplines werkt niet. Wij zien veel meer in intensieve samenwerking met andere ziekenhuislaboratoria voor medische microbiologie in de regio.”

Eén lab, drie werelden  
Wellicht ongewild bevestigen de twee voorzitters het traditionele beeld van hun beroepsgroepen. Medisch microbioloog Peeters loopt in het Tilburgse Sint Elisabeth Ziekenhuis rond in een witte doktersjas met opgestroopte mouwen. Het gesprek wordt onderbroken

voor een telefoontje van een specialist: “Nee, dat heeft geen zin. Als in dat monster niets aan te tonen is, dan zit er ook niks in dat vorige.” Van der Sluijs Veer, de klinisch chemicus, daarentegen zou je op het eerste gezicht kunnen aanzien voor een directielid van een zakenbank. Hij draagt een keurig, vlot pak bij de ontmoeting in een groot kantorencomplex in het hartje van Utrecht waar de NVKC zijn domicilie heeft. Beiden zijn makkelijke praters, maar Van der Sluijs Veer is to-the-point, hij kiest zijn woorden zorgvuldig. Peeters belandt al snel bij het probleem van exotische infectieziekten bij asielzoekers.

“Leken en zelfs onze ziekenhuisdirecteur spreken altijd over hét ziekenhuislaboratorium,” begint Peeters. “Maar daarbinnen tref je drie werelden aan. De pathologen doen het weefselonderzoek zoals het typeren van kankercellen. De klinisch chemici bepalen allerlei gehalten van stoffen en zouten in bloed, urine of faeces. Wij, medisch microbiologen, zijn gespecialiseerd in infectieziekten. We bepalen wat voor soort infectie een patiënt heeft opgelopen. Malaria, kinkhoest, hepatitis, HIV; bacteriën en virussen zijn onze specialiteit.”

Van der Sluijs Veer bevestigt dit beeld. “Ieder heeft zijn eigen specialisatie, maar er zijn bij de medische microbiologie en de klinische chemie veel grensgevallen.” Als voorbeeld noemt hij de bepaling van afweerstoffen tegen het HIV-virus. “Omdat het om



Foto: Ellen den Ouden, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg

De medisch microbioloog, dr. Marcel Peeters: “Het is echt een heel ander vak.”

van de NVKC en NVMM

# chemici laboratorium met microbiologen



Foto: Rene van der Meer, Medisch Spectrum Twente

De klinisch chemicus,  
drs. Gertjan van der Sluijs Veer:  
"We groeien naar elkaar toe."

een virus gaat kun je redeneren dat dat op het terrein van de medische microbiologie ligt, maar technisch gezien is het een bepaling die meer bij de klinisch chemici thuis hoort."

De raakvlakken leidden in het verleden regelmatig tot 'grensconflicten', waarbij de medisch microbiologen de klinisch chemici van expansiedrift beschuldigden. De voorzitter van de medisch microbiologen: "Het lab van de klinisch chemici wordt steeds kleiner. Automatisering staat er hoog in het vaandel. De klinisch chemici lijken constant op zoek naar meer werk. 'Dat doen wij wel', roepen ze meteen. Dat de baas uithangen, dat schrikt ons af."

"Het klopt dat wij in het verleden wel eens gezegd hebben 'wij richten dat lab wel even in'', beaamt Van der Sluijs Veer, "maar dat is verleden tijd. Wij willen graag gaan samenwerken op basis van gelijkwaardigheid, een lab-team gaan vormen van professionals. Vijf jaar geleden hebben onze verenigingen al een officiële verklaring opgesteld dat de conflicten tot het verleden moeten behoren, maar in de praktijk is de relatie vaak nog steeds moeizaam."

De pathologen blijven bij alle samenwerkingspogingen overigens buiten beeld. Van der Sluijs Veer: "We hebben veel minder gemeen met de pathologen. Ze onderzoeken weefsels die op de operatietafel door specialisten worden weggenomen. De logistiek is dus heel anders. Het proces is ook nauwelijks geautomatiseerd. Het

typen van weefsels na kleuring is echt mensenwerk, een kwestie van een ervaren oog."

Genezen is teamwerk. De wens tot samenwerking van de klinisch chemici is zeker niet nieuw. Al twintig jaar geleden wilden ze 'ontschotten'. De hernieuwde discussie heeft volgens de voorzitter van de NVKC meerdere redenen. "Er vinden op dit moment allerlei veranderingen plaats. Onze technieken gaan steeds meer op elkaar lijken, geneeskunde wordt steeds meer teamwerk en de druk om efficiënter te werken is groot." Een goed voorbeeld van de veranderende technieken is de opkomst van moleculaire biologie. Vroeger bestond het medisch microbiologisch werk uit het isoleren van bacteriën, kweken, overenten, opnieuw kweken en bepalen om welk type het gaat. Tegenwoordig kunnen veel van de micro-organismen direct aangevoerd worden op basis van hun DNA, een meer chemische techniek. "Dezelfde technieken gebruiken wij, klinisch chemici, om bijvoorbeeld erfelijke afwijkingen bij patiënten op te sporen", zegt Van der Sluijs Veer. Teamwerk, doelmatigheid en efficiëntie zijn de laatste jaren bovenaan de agenda gezet door Minister Borst. Recent kondigde ze aan inefficiëntie in ziekenhuizen te gaan bestraffen. Dit sterkt Van der Sluijs Veer in zijn voorspelling dat de klinisch chemici en medisch microbiologen binnen tien jaar directe collega's zullen zijn. "Het is evident voor mij dat we samen veel doelmatiger kunnen werken. We kunnen gebruik maken van dezelfde monsters, zodat een patiënt niet twee keer geprikt hoeft te worden en maar aan een loket urine hoeft af te geven. We kunnen de apparatuur die we allebei gebruiken delen en samen de resultaten rapporteren."

## Eerst een WAT (Working Apart Together) relatie, dan een gedeelde werkplek



Juist in dat laatste punt zit de pijn bij de medisch microbiologen. Peeters: "De kern van ons vak is natuurlijk de laboratoriumdiagnostiek. Maar het leukste aspect, de lol in het vak, zit in de betrokkenheid bij patiënten en het contact met collega artsen. Ik zit als het ware een beetje voor het lab.

Als een internist niet weet wat een patiënt scheelt, dan vraagt hij mij om raad. 'Kijk eens mee', vraagt de specialist dan. Wanneer ik er achter ben wat er mis is, dan geef ik ook advies. Is het malaria, dan raad ik de daarbij behorende medicatie aan. Gaat het om een besmettelijke ziekte dan gaan we bekijken wat er met de familie van de patiënt moet gebeuren en proberen we te achterhalen waar de ziekte precies vandaan komt. Ik bepaal dus niet alleen, ik interpreteer. Als arts kan ik dat doen. De klinisch chemicus is geen arts, die zal door medisch specialisten ook anders benaderd worden. De interpretatie en verantwoordelijkheid voor de behandeling ligt daar veel meer bij de aanvrager, de arts."

Volgens Van der Sluijs Veer staat een samenwerking met de klinisch chemici hun intercollegiaal overleg niet in de weg. "Ik geef ook gevraagd of ongevraagd advies bij een analyse. In een gecombineerd laboratorium houdt ieder natuurlijk zijn eigen expertise. Er is plaats voor beider adviserende rol. Historisch gezien ligt het accent bij de klinisch chemici meer op het management. We hebben die adviesfunctie misschien wat verwaarloosd. Ik ben van huis uit een analytisch chemicus, geen arts. Dat zal ik nooit worden, en die ambitie heb ik ook niet. Maar ik heb een volwaardige positie binnen de

medische staf. Alleen een enkele, oudere specialist zal mij, als niet-arts, soms minder serieus nemen. Ik merk trouwens dat ik steeds meer gebeld wordt voor advies over bepaalde uitslagen. Vrouwelijke artsen doen dat duidelijk eerder dan mannen. Ik denk dat zij betere teamworkers zijn en dat belooft goeds voor de toekomst want inmiddels is ruim de helft van de artsen-in-opleiding vrouw."



### We gebruiken inderdaad gedeeltelijk dezelfde technieken

Binnen tien jaar in één lab Peeters is er ondanks alle argumenten niet van overtuigd dat dat ene lab waar klinisch chemici en medisch microbiologen nauw samenwerken er gaat komen. "Goed we kunnen overweg met dezelfde apparaten en technieken. Maar het gaat niet om het kunnen. Met een hartafwijking ga je toch ook naar een cardioloog en niet naar een internist." Van der Sluijs Veer blijft optimistisch. "Je ziet dat de contacten steeds beter gaan, we groeien echt naar elkaar toe. Ik geloof stellig dat dat gezamenlijke laboratorium binnen tien jaar een feit is. De druk van efficiëntie is simpelweg te groot." ●

Marga van Zundert



### De praktijk

Een zoektocht naar een voorbeeld uit de praktijk waar klinisch chemici en medisch microbiologen broederlijk naast elkaar werken, is niet eenvoudig. In Ziekenhuis Middelburg zou het zover zijn, maar bij navraag bleken de plannen nog in een papieren stadium te verkeren. Klinisch chemicus dr. Kamp: "We zijn een heel eind gekomen, maar op directieniveau is het plan afgeketst." Hij verwijst naar collega's in Friesland. De samenwerking in Leeuwarden zou een voorbeeld zijn van hoe het wel kan. In Friesland is het medisch microbiologisch onderzoek gecentraliseerd in het Laboratorium voor de Volksgezondheid in Leeuwarden. Medisch microbioloog dr. Berry Overbeek: "Ik werk hier nu drieënhalve jaar, vanaf dag één heb ik geroepen dat de afstand tot de kliniek te groot is. Ik kan niet even snel bij een arts langsgaan om naar een patiënt te kijken. Dat feit en de vertraging die het transport van monsters naar het centrale lab oplevert, vormen de aanleiding voor het beginnen van een dependance, een soort vooruitgeschoven post, in het nieuwe klinische laboratorium van het Leeuwarder Ziekenhuis MCL-Zuid."

Toekomstig collega klinisch chemicus dr. Huib Storm: "Ja, de bouw is in volle gang. Voor het eind van het jaar zitten we in dezelfde gang. Het is géén fusie, maar we delen faciliteiten zoals labruimte en apparatuur en maken gebruik van hetzelfde computersysteem, dezelfde koffiekamer en worden door één administratie ondersteund."

Voor de medisch microbiologen was het erg belangrijk dat er duidelijke afspraken waren over de afbakening van taken. Overbeek: "We moeten niet in elkaars vijvers gaan vissen. Dat was voor ons een cruciaal punt. De eigen identiteit van het vakgebied moet overeind blijven. Zonder die overeenkomst waren we afgehaakt, dat hebben we heel duidelijk gesteld." Het initiatief blijkt bij nader inzicht niet het eerste in zijn soort. Friesland breed wordt er overlegd tussen de klinisch chemici en de medisch microbiologen. Dit heeft al een dependance opgeleverd in Drachten die nu twee maanden draait. Overbeek: "Ik vraag natuurlijk hier en daar hoe het verloopt. Ik heb alleen nog maar enthousiaste verhalen gehoord." Storm denkt dat de samenwerking wellicht mogelijkheden biedt om ook op andere terreinen te gaan samenwerken: "De dependance richt zich voornamelijk op kweken, bacteriologisch werk dat spoed heeft. Als dit allemaal goed draait kunnen we misschien gaan praten over virologie of hormoononderzoek."