

# ONNODIG ONDER HET MES

*Gebrek aan mankracht belemmert minimaal-invasieve interventietechnieken*

Interventieradiologie heeft al op talrijke gebieden de conventionele chirurgie vervangen. Toch ondergaan nog veel te veel patiënten een chirurgische ingreep waar een beeldgestuurde katheterbehandeling meer op zijn plaats was geweest.

J.A.REEKERS

**V**anwege het grote succes van de minimaal-invasieve beeldgestuurde katheterbehandelingen, ontstaat ook binnen andere beroepsgroepen de behoefte om zich te specialiseren in deze technieken. Het zijn mondiaal vooral de vaatchirurgen, van wie het vak langzamerhand geheel en al door endovasculaire behandelingen wordt vervangen, die aansluiting zoeken bij de technieken van de interventieradiologie. Met het oog op patiëntenzorg, continuïteit en effectief gebruik van middelen en mankracht is dit een logische ontwikkeling. Op zeer beperkte schaal is een dergelijke trend ook zichtbaar bij bijvoorbeeld neurochirurgen, die eveneens een deel van hun vak, vooral de behandeling van aneurysmata, naar de interventieradioloog zien verdwijnen. Deze trend is voor de hand liggend en - mits goed begeleid - in principe ook niet ongewenst.

Wat echter vaak wordt vergeten is dat interventieradiologie een echt vak is,

met een traditie van meer dan dertig jaar en een enorme expertise en achtergrond - overigens zonder enige verdere erkenning. Wat een interventieradioloog doet of is, is zelfs bij collega's vaak onbekend. Uit eigen ervaring weet ik dat sommige ziekenhuisdirecties, verzekeraars en beleidsmakers vaak geen enkel idee hebben van het bestaan van dit specialisme, behalve dan dat het modern is en dus per definitie wel duur zal zijn. Terwijl het tegenovergestelde juist bijna altijd het geval is: interventieradiologie bespaart kosten en is daarnaast uiterst patiëntvriendelijk.

## MINDER AMPUTATIES

Beeldgestuurde katheterbehandelingen hebben een grote vlucht genomen en hebben op vele terreinen al de conventionele chirurgische behandelingen vervangen. Bij een overgroot deel van de vaatchirurgie is dit al gebeurd. Abscesbehandeling en (palliatieve) biliaire interventie zijn tegenwoordig percutane behandelingen die door een interventieradioloog worden verricht. Behandeling van tumoren en metastasen gebeurt steeds vaker kathetergestuurd. Cerebrale aneurysmata worden grotendeels door de interventieradioloog behandeld,

heden geeft meer werk, maar hiervoor is momenteel niet genoeg mankracht. Ook zijn de traditionele budgetverdelingen in ziekenhuizen niet hierop aangepast. In weinig ziekenhuizen is een apart budget voor interventieradiologie. Ook hebben de verzekeraars nog steeds niet de ongekende mogelijkheden van kostenbeperking ten gevolge van korte opnamen bij dit soort behandelingen ontdekt. Het is vaak zeer kostenbesparend om met een interventiebehandeling te beginnen en de chirurgie te bewaren voor alleen die patiënten die na een interventiebehandeling nog klachten hebben. Zo kan waarschijnlijk in een zeer groot gedeelte van alle gevallen een geplande uterusextirpatie voor menorrhagie door middel van een katheter-embolisatie worden voorkomen. Tevens kunnen interventietechnieken een aanzienlijk aantal amputaties bij chronische arteriële diabetische ulcera voorkomen. Chirurgische behandeling van nierslagadervernaauwing is momenteel alleen nog maar geïndiceerd als een katheterbehandeling niet lukt of onmogelijk is.

## KRENTEN UIT DE PAP

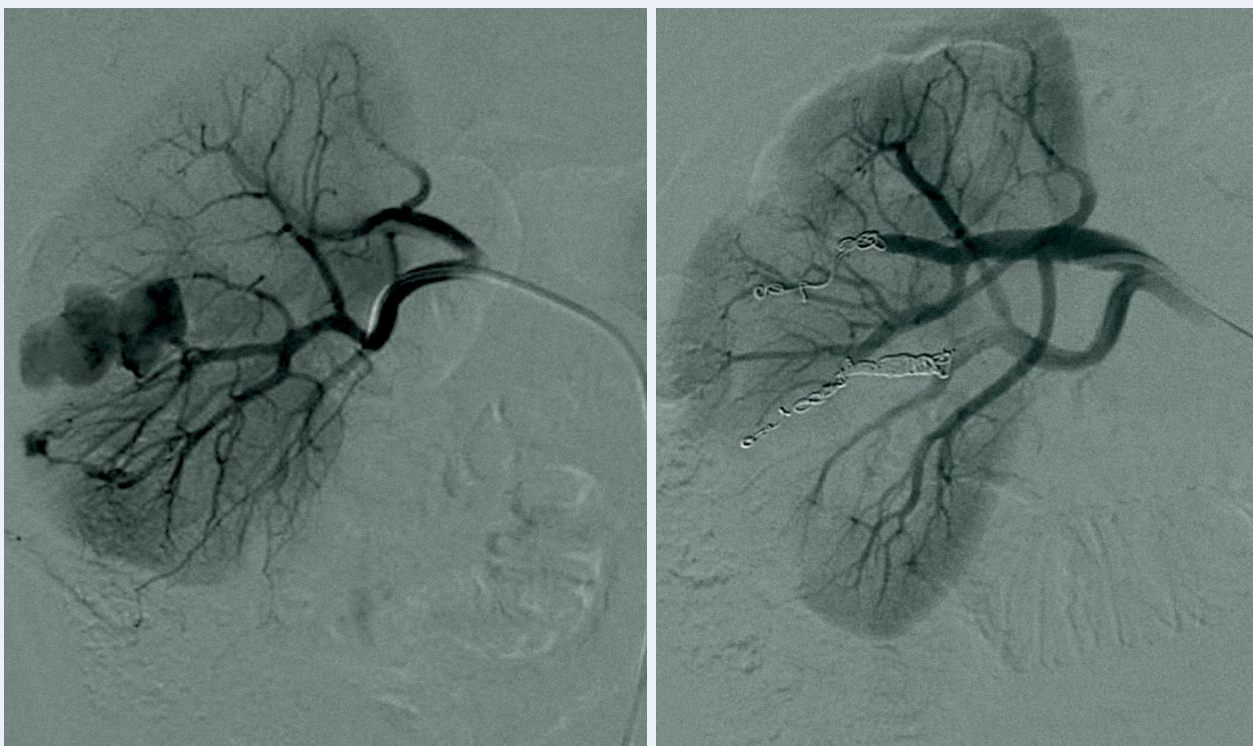
Er is niets op tegen als andere beroepsgroepen zich in de interventieradiolo-

## *Weinig ziekenhuizen hebben een apart budget voor interventieradiologie*

maar ook vleesbomen van de uterus en ingezakte osteoporotische wervels. De lijst is te lang om op te noemen, maar het is evident dat beeldgestuurde interventietechnieken veel oude technieken hebben vervangen of dit binnenkort zullen doen. Om dit alles nog eens te onderstrepen, zijn er tegenwoordig zelfstandige interventie-DBC's, die al deze nieuwe behandelingen waarden. Toch zit er ook een keerzijde aan dit succes. Meer mogelijk-

gie willen specialiseren, echter alleen met behoud van de huidige kwaliteit en expertise. Het is niet zinvol en zelfs ongewenst om voor elke beroepsgroep de beeldgestuurde katheterbehandeling opnieuw uit te vinden. Een aangepaste opleiding interventieradiologie is hiervoor de beste oplossing. Anders bestaat het gevaar dat iedereen een paar krenten uit de pap vist die in zijn kraam te pas komen, en de katheterbehandeling

## BLOEDING IN EEN NIER



BEELD: J.A. REEKERS

Een grote bloeding in de rechternier als gevolg van een messteek (linkerfoto); de normale behandeling zonder interventieradiologie zou bestaan uit het totaal verwijderen van de rechternier. De nier en nierfunctie blijven behouden nadat alle bloedingsplaatsen door middel van een katheter techniek met coils van binnenuit zijn dichtgemaakt (rechterfoto).

ernaast of erbij doet, waardoor de kwaliteit, continuïteit en samenhang niet meer is gewaarborgd. Kwaliteit, volume en ervaring zijn zoals altijd onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Een chirurg met een katheterhobby is niet gewenst voor een goede patiëntenzorg; dit leidt tot vershraling en verlies van kwaliteit. Het is te vergelijken met een specialist die alleen is opgeleid voor het verrichten van een cholecystectomie, zonder verder bekwaam te zijn in de algemene buikchirurgie. Een zorgvuldige opleiding met een curriculum, kwaliteitsgaranties en een echte scholing of omscholing van bijvoorbeeld vaatchirurg naar endovasculair chirurg of interventieradioloog is de enige juiste weg. Alleen op deze manier kunnen de kennis en kwaliteit van de kathetergestuurde behandelingen blijven bestaan.

### KLINISCH VAK

Ondanks het enorme succes en de verschuiving in behandeling/behandelaar kent de patiënt de interventieradioloog

niet, hetgeen evenzeer geldt voor - zoals al vermeld - ziektekostenverzekeraars, beleidsmakers, politici en zelfs ziekenhuisdirecties.

Radiologen zijn per definitie ingedeeld in het vakje diagnostiek, net als bijvoorbeeld de klinisch chemicus. Hier zit echter een groot probleem: je kunt als behandelaar namelijk onmogelijk functioneren zonder ook clinicus te zijn. Naast de behandelen is ook klinische zorg, opnamemogelijkheid, patiëntencontact en een directe verwijsmogelijkheid vanuit de eerste lijn essentieel. Momenteel ziet de interventieradioloog de patiënt vaak alleen op de dag van of - nog slechter - alleen tijdens de behandeling. Daarom heeft de Europese vereniging voor interventieradiologie (CIRSE) uitgesproken dat interventieradiologie een klinisch vak moet worden, uitgevoerd door klinisch verantwoordelijke dokters. Het gaat om de klinische verantwoordelijkheid van de behandelaar. Een voorstel voor een nieuw curriculum interventieradiologie is ingediend bij de bevoegde

Europese instanties. Een curriculum dat voorziet in een klinisch deel, een deel beeldvormende technieken en een deel praktische interventionele handvaardigheid. Dit curriculum is niet alleen toegankelijk voor radiologen, maar voor alle beroepsgroepen die zich willen specialiseren in de interventieradiologie, waaronder klinische specialismen zoals de vaatchirurgie.

Voor de radioloog geldt dat hij in dit curriculum ook klinisch zal moeten worden opgeleid. Het voorstel is: één klinisch jaar, één jaar beeldvormende technieken en twee jaar specifieke interventie. In Engeland is een dergelijk curriculum in de maak en de beroepsvereniging van zowel de chirurgie als de radiologie heeft toegezegd artsen die met dit curriculum zijn opgeleid te erkennen als interventie-onist. Dus niet als chirurg of radioloog. Er zijn voor de praktijk een aantal varianten te bedenken, bijvoorbeeld dat je eerst een klinisch jaar doet, vervolgens vier jaar radiologie en ten slotte twee jaar interventieradiologie. Logischer lijkt >>

<< bijvoorbeeld twee jaar basisopleiding algemene chirurgie, gevolgd door één jaar beelddiagnostiek en twee jaar interventie. Voor degenen die nu al radioloog of chirurg zijn, kan - als tijdelijke oplossing - een ander curriculum worden gemaakt, waarbij echter beeldvorming en interventietechnieken minimaal elk één jaar moeten duren.

#### WILDGROEI

Deze algemene openstelling ondervangt meteen ook een tweede probleem; het tekort aan man-/vrouwkracht. Het is, ook mondiaal, duidelijk dat vanuit de radiologie niet voldoende kandidaten zijn te rekruteren voor de interventieradiologie. Instroom vanuit andere disciplines is daarom van belang, echter wel gebonden aan een geaccrediteerd curriculum voor beeldgestuurde katheterbehandeling. Met daaraan, op termijn, gekoppeld een erkenning van deze specialisatie, niet als zelfstandig specialisme maar onder de paraplu van de chirurgie en radiologie. Zolang dit er nog niet is, lijkt de indirecte weg via de interventieradiologie de meest praktische oplossing. Een vaatchirurg die omschoolt voor interventiebehandeling wordt dan interventieradioloog (of misschien wel endovasculair chirurg). Als we dit echter niet goed reguleren, leidt dit tot onvoldoende training, leercurven via patiëntenzorg, verlies van de huidige

## Onvoldoende kandidaten vanuit de radiologie

kwaliteit en ongecontroleerde wildgroei. Hiervan zijn in Europa al voorbeelden aan te wijzen. Bij onze zuiderburen bijvoorbeeld, zijn de vaatchirurgen zich van de ene op de andere dag endovasculair chirurg gaan noemen. Met support van de industrie wordt daar nu langzamerhand via de patiënt enige ervaring met een beperkt deel van de interventietechnieken opgebouwd.

De beeldgestuurde behandelingen hebben de toekomst en zullen op termijn - ik schat over hooguit vijf tot tien jaar - nog veel meer traditionele invasieve/chirurgische behandelingen hebben vervangen. Er is wat betreft interventietechnieken in Nederland op dit moment - bij gebrek aan mankracht -

### SAMENVATTING

- De beeldgestuurde katheterbehandeling - interventieradiologie - kan vele conventionele operaties vervangen. Zowel op het terrein van de vaatchirurgie als op andere gebieden, zoals de behandeling van vlesbomen, aneurysmata in het hoofd, ingezakte wervels en galwegtumoren.
- In Nederland wordt niet optimaal gebruikgemaakt van deze patiëntvriendelijke nieuwe mogelijkheden. Dat komt omdat de radioloog, die geen clinicus is en dus ook niet de dokter van de patiënt, degene is die dit soort behandelingen meestal uitvoert.
- Er zijn te weinig ervaren interventieradiologen om al dit werk te doen.
- Te vaak nog wordt geopereerd omdat het ziekenhuis geen of onvoldoende interventiemogelijkheid heeft.
- Een opleiding voor interventieradiologie als klinische specialisatie is dringend gewenst, niet alleen voor radiologen maar ook voor andere specialismen.

sprake van onderbehandeling, waardoor veel patiënten onnodig een operatie ondergaan. Radiologen kunnen hierin in de toekomst alleen een rol blijven spelen als zij zich omscholen tot clinicus, met alle verantwoordelijkheden die daarbij horen. En traditionele klinici moeten zich gaan oriënteren op geaccrediteerde opleiding en training in interventietechnieken, in een multidisciplinair samengesteld curriculum in samenspraak met degene die de kennis en kwaliteit heeft: de interventieradioloog. Dit alles in het belang van onze patiënten die allemaal minimaal-invasief willen worden behandeld. ■

prof. dr. J.A. Reekers,  
interventieradioloog, AMC Amsterdam

Correspondentieadres: j.a.reekers@amc.uva.nl

Websites over interventieradiologie vindt u via onze website:  
[www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek).

### VELDWERK

#### Geen paniek



Op 25 augustus deed het Trimbos-instituut een persbericht uitgaan dat ook het journaal haalde. Het meldde dat per jaar ongeveer

een kwart miljoen Nederlanders last heeft van paniekstoornis, dat paniek per jaar 1,9 miljard euro kost aan medisch onderzoek, medicijnen en ziekteverzuim. En, dat het Trimbos-instituut samen met anderen de cursus 'Geen paniek' voor patiënten heeft ontwikkeld.

Ik ben er als huisarts en als coördinator geestelijke gezondheid in onze regio, blij mee dat de omvang van paniek onder de aandacht van een breed publiek wordt gebracht. Want paniek is echt een veelvoorkomend probleem. Ik denk dat ik per dag wel twee- tot driemaal met patiënten in een gesprek over paniek ben verwickeld. Het is ook een lastig probleem want, ondanks dat ik mezelf terzake deskundig acht, moet ik vaak praten als Brugman om de patiënt ervan te overtuigen dat de klachten op paniek berusten en niet op een lichamelijke aandoening. Dus dat de behandeling niet bestaat uit verwijzen naar een somatisch specialist maar dat uitleg over paniek, ademhalingsoefeningen en eventueel verwijzing naar de GGZ de aangewezen weg is. Het is dan ook geen wonder dat de meeste mensen met paniek eindigen bij de longarts (benaauwd), cardioloog (druk op de borst), KNO-arts (globusgevoel) of neuroloog (tintelingen en duizeligheid). En dat deze verwijzingen de echte behandeling alleen maar uitstellen. Vandaar die kosten en vandaar dat ziekteverzuim.

Als ik het als regiocoördinator GGZ nu eens voor mekaar zou krijgen dat onze huisartsen geschoold werden in een effectieve en snelle interventie bij paniek, en als van de andere kant de door Trimbos ontwikkelde cursus 'Geen paniek' regio-breed ter beschikking kwam, zouden we dan met deze dubbele schaar paniek niet een grote slag kunnen toebrengen? Dat lijkt me een mooie uitdaging. ■

Maarten Cox

de huisarts