

ONGETRAINDE SPECIALISTEN VOEREN ONGESTRAFT COMPLEXE BEHANDELINGEN UIT

Lek in systeem bedreigt interventieradiologie

Nieuwe technologieën die niet zijn aangeleerd tijdens de specialistenopleiding, zijn vogelvrij. Specialisten mogen ze uitvoeren zonder noemenswaardige training of kwaliteitscontrole. Dat is bedreigend voor sommige complexe vormen van zorg, zoals interventieradiologie, constateert hoogleraar Jim Reekers.

Interventieradiologie (IR) is een medische subspecialisatie van de radiologie. Het vak bestaat sinds de jaren zeventig en heeft in de meeste ziekenhuizen inmiddels een vaste plaats binnen de patiëntenzorg. Interventieradiologie is een heel breed vak dat vele specialismen binnen een ziekenhuis bedient.¹ Handelingen variëren van het inbrengen van een veneuze lijn en het behandelen van galwegproblemen tot complexe vaatinterventies zoals dotteren en het stoppen van levensbedreigende bloedingen bij trauma. De laatste jaren zijn tevens interventionele oncologische behandelingen sterk in opkomst.

De interventieradiologie heeft nationaal en internationaal een enorme inspanning verricht om opleiding, kwaliteit en patiëntveiligheid te verbeteren.² Het vak is nu een door de European Union of Medical Specialists (UEMS) erkend subspecialisme. Er is een sterke focus op patiëntveiligheid met bijvoorbeeld de introductie van een pre-interventie checklist.³ In Nederland bestaan negen officiële opleidingen interventieradiologie – gecertificeerd door de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR) – van twee jaar

fulltime. Een van de kwaliteitseisen voor de registratie als interventieradioloog is, naast deze opleiding en verplichte bij- en nascholing, het bijhouden van een complicatieregistratie en het aanbieden, lokaal of regionaal, van 24/7 interventieservice.

Lek

Haaks op deze sterke professionalisering van de interventieradiologie staat het verschijnsel dat steeds meer niet-interventieradiologen IR-behandelingen uitvoeren. Dat komt doordat er een lek zit in het kwaliteitssysteem als het gaat om nieuwe technologieën die niet zijn aangeleerd tijdens de algemene specialistenopleiding. Hiervoor is niets geregeld; geen verplichte training of kwaliteitscontrole. De beroepsverenigingen hebben er daardoor nauwelijks grip op.

In theorie is het bijvoorbeeld mogelijk dat elke chirurg zichzelf laparoscopische ingrepen aanleert en de bestaande aanbevelingen van de eigen beroepsvereniging betreffende training naast zich neerlegt. Wel is er voor sommige laparoscopische ingrepen, zoals galblaasverwijdering, een verplichte kwaliteitscontrole achteraf.

Het 'lek' maakt het ook mogelijk dat vaatchirurgen of radiologen vasculaire interventies zoals stent- en dotterbehandelingen uitvoeren zonder dat ze daarvoor (een deel van) de verplichte tweejarige opleiding tot interventieradioloog hebben gedaan. Ze zijn dan weliswaar niet officieel als interventieradioloog erkend door de beroepsvereniging, maar een sanctie op het uitvoeren van de IR-behandelingen is er niet. En in dit geval ontbreekt ook de controle achteraf. De veiligheid van de IR-patiëntenzorg kan door het toenemend aantal onvoldoende getrainde behandelaren ernstig in gevaar komen, zo blijkt uit een recent Amerikaans onderzoek.⁴ Dat is nauwelijks verrassend, want het betreft vaak gecompliceerde en soms risicovolle ingrepen die specifieke vaardigheden vragen. Niet voor niets duurt de opleiding tot interventieradioloog twee jaar. De patiënt heeft ondertussen vaak geen idee dat zijn behandelende arts een ingreep doet waarvoor hij geen officiële training en certificering heeft. Die gaat er in goed vertrouwen vanuit dat zijn arts, die blijkbaar bevoegd is om deze ingreep te doen, dan ook wel bekwaam zal zijn.

Rol van industrie

De industrie speelt een grote rol in deze ongunstige ontwikkeling. Omdat er niets is geregeld gebeurt het namelijk steeds vaker dat de industrie medisch specialisten traint in nieuwe interventietechnologieën. Een gratis training van anderhalve dag op de simulatoren in een buitenlands

trainingscentrum van een bedrijf, door instructeurs van het betreffende bedrijf – inclusief logies en diner – is heel gebruikelijk.

Dergelijke commerciële trainingen zijn vrijblijvend, minimaal en sterk verkoopgericht. Ze kunnen de reguliere opleiding natuurlijk nooit vervangen. Bedrijven gaan in sommige gevallen zelfs over tot certificering van specialisten en ook ‘coaching’ van een arts in het ziekenhuis, zowel op de angiokamer als op de ok, door een verkoopmedewerker komt met grote regelmaat voor. Zeker als hier ook de verkoop van een nieuw product mee gemoeid is.

De door de industrie geïntroduceerde nieuwe technologieën kunnen een bron zijn van patiëntonveiligheid door verkeerde indicaties – ‘zo leuk om iets nieuws te doen’ –, complicaties door gebrek aan ervaring of onderrapportage van complicaties. Een ander probleem is de vaak sterke verwevenheid tussen de artsen die de nieuwe technologieën toepassen en de industrie, in de vorm van pseudowetenschappelijke studies en congresinvitaties. Daardoor komt de zo gewenste kritische distantie ten aanzien van nieuwe technologieën immers in gevaar.

Opmerkelijk genoeg worden artsen die hieraan meedoen binnen hun eigen

Weg met de slappe zelfcertificering

beroepsgroep vaak gezien als ‘pioniers’ die het vak helpen verbreden en weer nieuwe collega’s trainen. Ze krijgen vaak alle ruimte, waarbij lang bestaande lokale IR-expertise soms zonder pardon aan de kant wordt gezet. Dat gebeurde bijvoorbeeld de afgelopen jaren in een aantal grote perifere opleidingsklinieken in Nederland. Helaas wordt het risico hiervan vaak niet erkend, ook niet door ziekenhuisdirecties, die niet altijd beseffen hoe waardevol een goede 24/7 allround interventieservice voor het hele ziekenhuis is.

Deelcertificaten

Dat arts en patiënt interventieradiologische behandelingen aantrekkelijk vinden, is begrijpelijk. Ze zijn vaak minimaal invasief en er is meestal alleen lokale anesthesie en dagverpleging nodig. Er is op zich ook niets op tegen dat ook andere beroepsgroepen deze behandelingen willen uitvoeren; patiënten hebben er alleen maar voordeel bij als ze

breed beschikbaar zijn. Maar het is wel essentieel dat ook voor niet-interventieradiologen die interventieradiologische ingrepen willen doen, kwaliteitseisen en opleidingseisen worden opgesteld. Alleen dan kunnen we de huidige kwaliteit en veiligheid voor patiënten waarborgen. Het is aan alle betrokken beroepsverenigingen om gezamenlijk dit probleem op te lossen. Er moeten deelcertificaten komen voor bepaalde handelingen onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid van al deze beroepsverenigingen, en geen slappe zelfcertificering per beroepsgroep. De eisen van certificering moeten voor alle specialisten gelijk zijn en de vergoeding van een behandeling kan aan de certificering worden gekoppeld. Alleen op die manier kan de patiënt er ook in de toekomst op blijven vertrouwen dat zijn arts bevoegd én bekwaam is om een interventieradiologische behandeling uit te voeren. ■

contact

j.a.reekers@amc.uva.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

Meer lezen over interventieradiologie? Ga naar dit artikel via medischcontact.nl/artikelen. Hier vindt u ook de voetnoten.

