

Neoliberalisme in de medische microbiologie

Anne-Marie van Elsacker-Niele

Inleiding

De Nederlandse medische microbiologie staat internationaal goed aangeschreven. De ondersteuning van medisch specialisten in de ziekenhuizen met consultatieve adviezen, de deelname aan multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, de infrastructuur die in samenwerking met deskundigen infectiepreventie is ingericht, de cultuur van prudent antibioticumgebruik hebben gemaakt dat Nederland op het gebied van infectierisico's een buitengewoon veilig land is.

Ook buiten de ziekenhuizen zijn we als medisch specialisme in toenemende mate aanwezig, nodig en actief. Goede aanjagers daarvan zijn de ABR Zorgregio's op aanwijzing van de minister van VWS, sinds 2015 [1]. Daarnaast zijn er drie ontwikkelingen: de zorg vanuit de ziekenhuizen wordt steeds vaker verplaatst naar de eerste lijn of de verzorging, verpleging of thuiszorg (VVT-sector); zorgverzekeraars hechten belang aan FTO's en DTO's aan huisartsen vanuit laboratoria, en last but not least is er de ondersteuning en advisering bij grootschalige uitbraken als Q-koorts en de Sars-CoV2-pandemie.

Met name buiten de ziekenhuizen spelen al langere tijd veranderingen in het landschap van de laboratoriumdiagnostiek die ook de medische microbiologie in toenemende mate raken. Deze veranderingen worden vaak aangeduid als commercialisering, en men spreekt van commerciële laboratoria als belangrijkste 'boosdoeners'. Naar mijn overtuiging doen we er beter aan om te spreken over de conceptuele visie en het gedrag van partijen en individuen, om een meer relevante discussie over deze ontwikkelingen te kunnen voeren. Daarom wil ik het liever hebben over neoliberalisme. Neoliberalen staan voor individuele vrijheid en verantwoordelijkheid. Om dat te kunnen bereiken is marktwerking nodig. De overheid is daarbij nodig om te voorkomen dat monopolisten en kartelvorming ontstaan. De overheid jaagt in dit systeem de marktwerking daarom aan [2]. Dit is het concept waarop onze zorg in Nederland is ingericht, de

zogenoemde gereguleerde marktwerking.

Inmiddels zijn er voorbeelden te over van de nadelige effecten van deze gereguleerde marktwerking in de zorg. Complexe patiëntenzorg wordt steeds meer afgebouwd omdat deze niet genoeg rendement oplevert. Verzorgend en verplegend personeel haakt ondanks hun grote loyaliteit aan cliënten en patiënten af: de werkdruk is veel te hoog is, de administratieve belasting is disproportioneel groot, en de salarissen staan steeds minder in verhouding tot wat men levert en wat men zelf nodig heeft voor het eigen levensonderhoud.

Gereguleerde marktwerking en medische microbiologie

Ook de medische microbiologie in Nederland is buitengewoon kwetsbaar voor de nadelige effecten van marktwerking. Ik onderscheid hierbij situationele elementen, gedragscomponenten en aanbestedingen.

Situationele elementen

De infectieveilgheid is in Nederland zo vanzelfsprekend dat er amper besef is hoeveel werk en activiteiten achter de schermen nodig zijn om deze te organiseren en te behouden. Er moet veel gebeuren om betrouwbare uitslagen te genereren, waarbij niet alleen de zorgvraag voor de individuele patiënt van belang is maar ook surveillance van geselecteerde micro-organismen en resistentiemechanismen. Ook de regionale netwerkvorming die gevraagd wordt en ook echt nodig is, kost veel tijd en moeite. Deze inspanningen zijn echter amper zichtbaar voor niet-ingeviden. In de bekostigingssystematiek wordt er ook geen rekening mee gehouden. Het is daarbij risicovol dat de uitslagen voor een buitenstaander niet verifieerbaar zijn.

Certe MDA, Leeuwarden, dr. A.W. van Elsacker-Niele, arts-microbioloog/directeur divisie medische microbiologie. Correspondentieadres: a.vanelsacker@certe.nl.

Gedragcomponenten

De situationele kwetsbaarheid wordt in toenemende mate versterkt door gedragcomponenten behorend bij het marktdenken. Alleen de analytische verrichtingen worden vergoed. Geheel passend in het neoliberale denken worden die analyses als handelswaar beschouwd door zowel betalers als aanbieders: grote internationale commerciële laboratoria, oorspronkelijke huisartsenlaboratoria, maar zeker ook door maatschappen en vakgroepen van artsen-microbioloog en bestuur en management van ziekenhuizen.

Bij de grote commerciële laboratoria is er geen intrinsieke belangstelling voor kwaliteit van zorg, de doelstelling is winst maken ten behoeve van de aandeelhouders. Dat betekent niet dat men in het geheel geen kwaliteit zal leveren, maar de focus is gericht op behoud en uitbreiding van marktpositie. Overigens zullen zij in eerste instantie zeker bereid en in staat zijn flinke investeringen te doen: zij beschikken over ruime budgetten om markt te veroveren. Zodra die buit voldoende binnen is mag verwacht worden dat de investeringen flink terug zullen lopen aangezien ze dan in de positie zijn om de standaard van zorg te beïnvloeden.

De oorspronkelijke huisartsenlaboratoria waren van oudsher opgericht voor klinische chemie, alleen voor de eerste lijn, en daarbij meer op bedrijfsvoering gericht. De medische microbiologie komt daar minder goed tot zijn recht omdat dit als medisch specialisme met adviserende en consultatieve dienstverlening in het algemeen niet goed aansluit bij de cultuur in dergelijke organisaties. Dit uit zich er bijvoorbeeld in dat deze organisaties zeer grote verzorgingsgebieden kunnen hebben, waarbij de consultatieve dienstverlening alleen al daarom reactief zal zijn in plaats van proactief. Deze huisartsenlaboratoria worden daarbij overigens ook geregeld geholpen door vakgroepen medische microbiologie van met name UMC's.

En dan zijn er maatschappen en vakgroepen van artsen-microbioloog die de 'analyses-als-handelswaar'-gedachte omarmen. In het eigen verzorgingsgebied werken deze integraal en regionaal conform ons beroepsprofiel. Ook nemen zij daar deel aan de eigen ABR Zorgregio. Maar daarnaast worden actief huisartsen in heel andere delen van het land benaderd om medisch-microbiologische diagnostiek naar hen te sturen. In de regio's waar die huisartsen zitten dragen deze maatschappen en vakgroepen niet bij aan de

professionele netwerken. Ook MRSA-kweken van zorgmedewerkers uit het hele land belanden via een marktpartij die dit aanbiedt geconcentreerd bij één maatschap van artsen-microbioloog. Dit belemmert de regionale surveillance overal in Nederland behalve in het eigen verzorgingsgebied van deze collega's.

Aanbestedingen

Naast deze uitingen van handelsgeest is er nog een effect van het benaderen van diagnostiek als contextloze laboratoriumuitslagen: aanbestedingen van diagnostiek. Dit gebeurt door de overheid (GGD's, Dienst Justitiële Inrichtingen, Centrale Orgaan opvang Asielzoekers) maar ook door huisartsenorganisaties. Deze aanbestedingen zijn vrijwel zonder uitzondering ingestoken op het vinden van een aanbieder met een zo laag mogelijke tariefstelling zonder bijzondere eisen aan kwaliteit en dienstverlening.

De infrastructuur die wij in Nederland in de laatste decennia van de vorige eeuw hebben opgebouwd wordt door al deze marktontwikkelingen afgebroken, en wij dragen daar zelf vanuit de beroepsgroep aan bij. Dat laatste vind ik oprecht zeer kwalijk.

We kunnen nu wel denken dat het allemaal zo'n vaart niet zal lopen, maar de uitholling gaat sluipenderwijs. De klassieke medische microbiologie wordt door de marktontwikkeling steeds meer omgevormd naar een handel in testuitslagen zonder veel franje. De artsen-microbioloog zal nog wel gevraagd worden om het interne laboratoriumproces te begeleiden maar steeds minder om proactief naast de patiënt en de behandelend arts te staan. Nu is al merkbaar dat de benchmark voor aantal analisten en aantal artsen-microbioloog wordt beïnvloed door de laboratoria die wel analyses doen maar niet echt oog hebben voor de zorgvraag achter het patiëntenmonster. Laboratoria en artsen-microbioloog die dat oog nadrukkelijk willen behouden, worden steeds meer ter verantwoording geroepen over waarom zij zo duur zijn.

Wat staat er eigenlijk op het spel?

Naar mijn stellige overtuiging staan de infectie-veiligheid van de patiëntenzorg en de kwaliteit van de medisch-microbiologische diagnostiek nadrukkelijk op het spel. Maar ik vrees een veel grotere bedreiging: dat de medische microbiologie als medisch specialisme in het voortbestaan wordt bedreigd.

Infectieveiligheid van patiëntenzorg

Medische microbiologie wordt als medisch specialisme gestuurd vanuit de klachten en symptomen van de patiënt, niet vanuit uitslagen van individuele analyses. Wanneer er onvoldoende of zelfs geen aandacht is voor 'de mens achter het patiëntenmonster' wordt diens zorg suboptimaal.

Ook zijn er bij infectieveiligheid belangrijke aspecten verbonden aan ons technisch kunnen. Bij de veelheid aan immunomodulerende therapieën en implantaatchirurgie introduceren wij bijzondere kwetsbaarheden voor infectieproblematiek. Het is van cruciaal belang dat hier geen infecties optreden. En mochten er toch infecties optreden dan is het van groot belang dat deze behandelbaar zijn en dat er zo min mogelijk resistentie tegen antibiotica optreedt. Hiertoe is een goede en multidisciplinaire infrastructuur nodig. De arts-microbioloog horen daar nadrukkelijk onderdeel van uit te maken. Maar zo lang daar geen geoordeelde financiële vergoeding tegenover staat, zit hier onherroepelijk het nodige 'liefdewerk-oud papier' in. Daar zal steeds minder plaats voor zijn.

Kwaliteit van de diagnostiek

De laboratoria die zijn gebaseerd op rendement uit laboratoriumanalyses doen niet aan wetenschap, zij implementeren hooguit wat elders wordt ontwikkeld. En die ontwikkeling zal in Nederland minder en minder worden. Wetenschappelijk onderzoek zal er in de UMC's nog wel zijn, maar naarmate het vak meer uitgehold wordt daarbuiten zullen er ook steeds minder arts-microbioloog worden gevraagd en dus ook steeds minder worden opgeleid.

Bovendien, en met alle respect, in de UMC's is onvoldoende kennis van de wereld van de eerste lijn en de VVT-sector. Die wereld is ook binnen de NVMM (te) lang weggezet als niet serieus te nemen. Dat is volstrekt ten onrechte. Bij de huisarts en zelfs in de thuis situatie liggen de kansen voor echte preventie van infecties. En daar spelen ook aanzienlijke problemen rond de behandelbaarheid van multiresistente bacteriën. Hier is veel onderzoek nodig, waarbij regionale en perifere ziekenhuislaboratoria onontbeerlijk zijn. Ook moet gekeken worden naar technologische innovaties juist gericht op die eerste lijn. Het moleculariseren van diagnostiek die in grotere volumina wordt gedaan (soa, verwekkers van gastro-enteritis) is ontwikkeld buiten de UMC's. Ook innovaties op het gebied van preventie van infecties

zijn broodnodig. Maar welk op omzet en winst gericht laboratorium heeft belang bij preventie van lucratieve infecties als soa's?

De medische microbiologie als specialisme

De arts-microbioloog vervult een brugfunctie tussen laboratorium en kliniek die uniek is. Opgeleid als arts heeft deze kennis van de wereld van de poortspecialismen, de huisartsen en de VVT en kan hij of zij goed op de behoeften van de daar geboden patiëntenzorg inspelen. Als wij dit specialisme laten uithollen, gaat het echter onherroepelijk verdwijnen. De klinische consultatie en de beleidsadvisering in instellingen kunnen wellicht bij infectiologen worden ondergebracht, maar zij ontberen de laboratoriumkennis van de arts-microbioloog. Ook zijn zij niet aanwezig in eerste lijn, VVT en overige instellingen. De medisch-microbiologische diagnostiek als zodanig zal er wel blijven, maar de vraag is wie deze dan inhoudelijk gaat begeleiden. Het kan gebeuren dat de klinisch chemicus zich hiervoor aanbiedt. De NVKC heeft als ambitie de laboratoriumdiagnostiek van de verschillende disciplines volledig te integreren en te onschotten [3]. Ook is de naam aangepast naar Vereniging voor Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde. Persoonlijk heb ik geen beeld bij die laatste term, maar zeker is wel dat in steeds meer ziekenhuizen niet meer wordt gesproken van klinische chemie maar van laboratoriumgeneeskunde. In feite is dat een gedachtegoed dat aansluit op de situatie in de meeste landen waar de academische staf van medische laboratoria bestaat uit specialisten, niet per se artsen, die alle vormen van laboratoriumdiagnostiek als specialisatie hebben en niet een van de individuele disciplines. Dit is een beweging die tegengesteld is aan die van alle medisch specialismen in Nederland, waar immers juist toenemende (super-)specialisatie is. Maar het is ook een beweging die juist zeer aantrekkelijk zal worden gevonden door bestuurders en beleidsmakers in de zorg.

Toekomstperspectief

Kunnen wij dit tijt nog keren? Dat zal zeker niet gemakkelijk zijn. Maar ik denk dat het nog kan, mits wij ons vakgebied serieus gaan nemen en niet in de uitverkoop blijven doen. Hier liggen mijns inziens taken en verantwoordelijkheden voor onze beroepsgemeenschap, de NVMM en de VMML.

Waar denk ik dan zoal aan:

1. *Zorg voor meer zichtbaarheid van de diagnostische medisch specialismen in de FMS, en voor betere ondersteuning en vertegenwoordiging vanuit de FMS.*

Waarom moesten wij vanuit de diagnostische disciplines zelf een document opstellen over de toegevoegde waarde van diagnostiek? Waarom heeft de FMS geen merkbare belangstelling voor wat er gebeurde in de PAMM-regio? Onze inspanningen zijn gericht op het ondersteunen van andermans patiëntenzorg, diegenen zouden meer van zich kunnen en moeten laten horen nu het voortbestaan van de medische microbiologie zo onder druk staat.

2. *Zorg voor meer bekendheid van burgers, cliënten en patiënten met de meerwaarde van de klassieke medische microbiologie in Nederland en de bijbehorende regionale netwerkvorming.* Bevorder dat de cliënt/patiënt naast vrije keuze van arts, ziekenhuis en apotheek ook vrije keuze van laboratorium krijgt. Nu is dat geen bewust proces, en zijn er bijvoorbeeld huisartsen die vanwege persoonlijk gewin materialen voor diagnostiek naar laboratoria buiten de regio sturen. Dergelijke uitslagen zijn niet verder beschikbaar in de eigen zorgregio van de patiënt.

3. *Ga als medisch specialismen met een laboratoriumfunctie (medische microbiologie, pathologie, immunologie, genetica) met de NVKC in gesprek over hun visie op de toekomst van de laboratoriumdiagnostiek.*

Nu liggen de beelden ver uit elkaar, en dat kan zo niet blijven. We moeten uiteraard goed met elkaar samenwerken. Maar de klinische chemie heeft de 'macht van het monster': zij kunnen vooralsnog ongehinderd alle diagnostiek doen op de bloedmonsters die via hun laboratoria lopen.

4. *Bevorder dat diagnostiek ook een plek krijgt in de uitwerking van het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Hierin wordt afstand genomen van marktwerking voor ziekenhuiszorg, huisartsenzorg en instellingszorg [4].* Men zet nu in op regionale samenwerking in plaats van concurrentie. Maar in het IZA wordt geen aandacht besteed aan de diagnostiek.

5. *Neem de kwaliteitsaudits van de RvA serieus.* Hoe kan het dat vrijwel elk laboratorium dat medische microbiologie aanbiedt daarvoor ook geaccrediteerd is? Dat kan gewoon niet kloppen, wetend wat er in de praktijk allemaal aan misstanden is. Daar waar niet gewerkt wordt volgens onze kwaliteitskaders zou er ook geen accreditatie moeten zijn. Als vakdeskundige heb je hier een duidelijke verantwoordelijkheid.

6. *Denk na over consequenties van gedrag van individuele NVMM-leden voor lidmaatschap van de NVMM dat niet past bij het beroepsprofiel en de (kwaliteits)doelstellingen van de vereniging.* Willen wij met ons vakgebied serieus genomen worden, dan hoort daar passend gedrag bij, en zelfreïnigend vermogen.

Conclusies

Waar de Nederlandse medische microbiologie een sterke en gewaardeerde positie had in de zorg, is deze positie steeds meer onder druk komen te staan. Situationele elementen die hier een rol spelen zijn preventieparadox, het ontbreken van financiering voor een belangrijk deel van de inspanningen en onvoldoende besef van de marktwerkingsrisico's van het feit dat de uitslagen van diagnostiek voor de aanvrager en buitenstaander amper te verifiëren zijn. En daarbij speelt steeds meer dat betrokken partijen vooral in termen van kostenefficiëntie en/of winstbejag over diagnostiek spreken. Men heeft er amper oog voor dat de diagnostiek een natuurlijk onderdeel is van vrijwel alle zorgprocessen, met daardoor ook grote potentiële risico's voor de kwaliteit van zorg als die diagnostiek niet op goed niveau is.

Het is voor de infectieveiligheid van Nederland van groot belang dat de medische microbiologie als medisch specialisme behouden blijft, inclusief de klassieke aanpak van de bijbehorende laboratoriumdiagnostiek, de surveillance en de wetenschap. De beroepsgroep, de wetenschappelijke vereniging NVMM en de brancheorganisatie VMML hebben hierin alle een eigenstandige en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Er zijn ook zeker wegen die wij kunnen bewandelen om dit doel te bereiken. Mijns inziens is het daarbij onvermijdelijk dat wij het neoliberalisme actief afzweren. In plaats daarvan moeten wij ons handelen laten leiden door wat nodig is voor een goede kwaliteit van infectiezorg, inclusief preventie.

Referenties

1. Min van VWS. Aanpak antibioticaresistentie. Kamerbrief juni 2015.
2. Oudenampsen M, Mellink B. Neoliberalisme is de schuld van alles. Toch? De Correspondent, 28 augustus 2019.
3. Klinische Chemie en Laboratoriumgeneeskunde 2025, https://www.nvkc.nl/sites/default/files/Spread_NVKC_23032018_new%2811%29.pdf.
4. Integraal Zorgakkoord 2023. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>.