

**Robin Peeters**

voorzitter Nederlandse Internisten Vereniging

# HYPER SPECIALISATIE IN DE ZORG: DE NOODZAAK VAN GENERALISTEN

Ziektes waar je vroeger aan kwam te overlijden zoals kanker of HIV zijn nu vaak chronische aandoeningen geworden. Mede hierdoor wordt de bevolking steeds ouder, met grote gevolgen voor de zorgvraag in Nederland. Er zijn op dit moment ruim 3,3 miljoen mensen in Nederland met drie of meer chronische aandoeningen tegelijk en dat aantal zal de komende jaren nog verder toenemen. Als we kijken naar de oncologie, zal rond 2023 ongeveer 43% van alle nieuwe kankerdiagnosen gesteld worden bij patiënten die ouder zijn dan 75 jaar. Dat zijn meer dan 67.000 nieuwe diagnoses bij patiënten ouder dan 75 jaar, waarvan 70% drie of meer bijkomende ziektes heeft.

**B**ehoeft aan generalisten  
Om te voorkomen dat al die mensen straks bij drie of meer medisch specialisten lopen, moeten we af van de steeds verder gaande fragmentatie in de zorg. Er is een enorme behoefte aan generalisten, artsen die een patiënt kunnen behandelen voor meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Toch zie je in de zorg juist een steeds verdergaande hyperspecialisatie ontstaan, die het tegengestelde bereikt. Hoewel hyperspecialisatie voor bepaalde hoog complexe, technisch uitdagende of zeldzame aandoeningen meerwaarde heeft, is voor het grootste deel van de zorg deze meerwaarde niet aangetoond. Wel is er een groot nadeel. De patiënt heeft alsmaar meer dokters nodig voor de behandeling van

zijn of haar ziektes. Een situatie die op termijn niet houdbaar is; niet wat betreft kosten, noch mankracht. Daarnaast bestaat het gevaar dat de patiënt tussen wal en schip belandt door het ontbreken van overzicht, wat kan leiden tot slechtere zorg en zeker leidt tot verlies van efficiëntie.

## Hoe kunnen we de hyperspecialisatie keren?

Waar komt deze neiging tot hyperspecialisatie vandaan? En hoe kunnen we dit keren? Als internist behoor ik tot de breedst opgeleide medisch specialisten, waarbij vrijwel alle internisten voor hun vak kiezen vanuit een behoefte om de verantwoordelijkheid te nemen voor de 'hele' patiënt. Toch zien ook wij dat het in de praktijk steeds moeilijker wordt om die rol te pakken. En daar liggen

verschillende oorzaken aan ten grondslag.

Bij de organisatie van zorg wordt vrijwel altijd gedacht in ziektebeelden en zo efficiënt mogelijk ingerichte zorgpaden. Dat zie je nu ook bij de discussie over concentratie van zorg. Dat een groot deel van de patiënten vaak meerdere ziektes tegelijk heeft, wordt gemakshalve genegeerd. Daar komt nog bij dat de meeste patiënten niet naar het ziekenhuis komen met een kant en klare diagnose, maar met een klacht. Zij willen een oplossing voor hun klacht, ook als die niet in het zorgpad valt. Het steeds verder denken in efficiëntie, heeft het systeem, paradoxaal genoeg, zeer inefficiënt gemaakt. Als de dokter geen tijd of ruimte heeft voor de 'hele' patiënt, wordt de patiënt voor zijn

*“Het is tijd om de generalist op het podium te hijsen en in staat te stellen om die rol als regievoerder van de patiënt te vervullen.”*

Robin Peeters

andere klacht doorverwezen naar een andere specialist. En zo is er een situatie ontstaan waarbij 70% van de patiënten met meer dan één chronische ziekte bij drie of meer specialisten onder controle is.

#### **Waardering voor regievoering**

Om dit te veranderen is meer aandacht en waardering voor regievoering nodig. In de eerste lijn heeft de huisarts van oudsher die rol van regiehouder. Door de toename van complexiteit van de behandelingen die in het ziekenhuis gegeven worden, waar vaak verschillende medisch specialisten bij betrokken zijn, ontstaat in het ziekenhuis een grote behoefte aan een vergelijkbare rol, met name voor de oudere, multi-morbide patiënt. Want hoe zou het zijn als we het zo kunnen organiseren dat patiënten bij niet meer dan één beschouwend medisch specialist onder behandeling zijn? De zorg zou zo veel efficiënter zijn. Met slimme thuismonitoringsprogramma's kan in de toekomst een steeds groter deel van de controles op afstand plaatsvinden. Als dat echter gefragmenteerd blijft tussen verschillende aandoeningen is de winst beperkt. Dat vraagt om een aanpassing in het huidige systeem, waarbij tijd en financiering beschikbaar komen om de zorg integraal te leveren. Door tijd en financiering voor regievoering beschikbaar te maken zijn dokters in staat om de regie over de 'hele' patiënt terug te pakken en zo de zorg voor multi-morbide patiënten beter te coördineren en goedkoper te maken. Die regietijd zal met name zitten in afstemming en overleg met collega's, waarbij de patiënt nog slechts een medisch specialist heeft als aanspreekpunt voor alle controles.

Laten we stoppen met het denken in aparte diagnoses en orgaansystemen— en ons focussen op de patiënt als geheel. Het is tijd om de generalist op het podium te hijsen en in staat te stellen om die rol als regievoerder van de patiënt te vervullen. ○