

NETWERKGENEESKUNDE IN PRAKTIJK BRENGEN VERGT GROTE UITDAGINGEN

Dé generalist bestaat niet

Meerdere partijen in de zorg leggen de nadruk op het belang van generalisten. Maar welbeschouwd bestaan die niet. Het antwoord moet komen van de netwerkgeneeskunde.

Lange tijd werd geneeskunde vooral beoefend door algemene artsen die een breed palet aan zorg verleenden. In de 19de eeuw ontstond een zekere mate van differentiatie. Groepen artsen gingen zich toeleggen op diagnostiek en behandeling van specifieke ziekten en patiëntpopulaties. Sindsdien breiden medische kennis, kunde en technologie zich steeds sneller uit. Om te voldoen aan het adagium ‘bevoegd en bekwaam’ werd in de opleiding de aandacht gericht op (het aanpakken van) ziektebeelden en in de curricula van de 46 medische vervolgoopleidingen in toenemende mate op het ontwikkelen van aandachtsgebieden; in een aantal medische specialismen zelfs met een aparte registratie of certificering. Ook huisartsen kunnen zich inmiddels als kaderarts ontwikkelen in één van twaalf specifieke vakgebieden.

Vergrijzing

Door onder meer de vergrijzing neemt de prevalentie van chronische aandoeningen sterk toe. De veelal oudere patiënt met multimorbiditeit ziet vaak allerlei artsen en andere zorgverleners, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Tegelijkertijd zijn er steeds meer zorgvragen die verband houden met functioneringsproblemen van de patiënt. Want de zorgvraag wordt niet alleen bepaald door de aandoening(en), maar ook door de persoon en diens (in)directe sociale omgeving. Dit alles in een context van steeds meer diagnostische en behandelmogelijkheden. De toenemende (sub)specialisatie leidt er veelal toe dat patiënten te maken hebben met meerdere specialisten.

Als veel verschillende artsen bij een patiënt betrokken zijn kan deze het overzicht kwijtraken en kan onduidelijk zijn wie de zorg

coördineert. De introductie van het begrip hoofdbehandelaar heeft dit probleem niet opgelost. Als er veel (mee)behandelende artsen zijn, nemen ook de onderlinge communicatiestoornissen toe en staat de kwaliteit van zorg en de patiëntveiligheid onder druk. Er is dus behoefte aan een regisseur van de zorg én een contactpersoon tussen enerzijds de zorgverleners en anderzijds de patiënt en diens familie.

Toegankelijke zorg

Rapporten van KNMG, Federatie Medisch Specialisten, Prismant, Zorginstituut Nederland en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra signaleren een groeiende behoefte aan toegankelijke en betaalbare zorg die wordt geleverd door breed onderlegde professionals c.q. generalisten, liefst zo dicht mogelijk bij de patiënt. Deze professional is nodig om de regie te voeren en de patiënt te ondersteunen om zelf beslissingen te nemen over de wenselijk geachte diagnostiek en behandeling, waarbij niet alles wat kan, ook per se voor elke patiënt moet. Zeker bij patiënten met multimorbiditeit moet worden gezorgd voor goede aansluiting met alle zorgverleners, inclusief preventieve gezondheidszorg.

Generalisten

Een generalistische ‘multimorbiditeitsdokter’ heeft de toekomst. Deze dokter combineert preventie, generalistische en coachende expertise om het groeiende aantal patiënten met multimorbiditeit op een vraaggestuurde, effectieve en efficiënte wijze te behandelen.

De commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van Zorginstituut Nederland stelt in haar rapport ‘Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren’ dat iedere zorgverlener moet beschikken over allerlei ‘generalistische’ capaciteiten zoals: netwerk-, technologische, maatschappelijke en contextbekwaamheden. Immers, professionele zorg moet gericht zijn op het zelfstandig, of zo zelfstandig mogelijk, functioneren van burgers in de eigen leefomgeving, door interprofessionele samenwerking in teams die multidisciplinair zijn samengesteld.

Er is behoefte aan een regisseur



Ook de Raad Opleidingen van de Federatie Medisch Specialisten wijst op de behoefte aan generalisten die het eigen specialisme in de breedte beoefenen. Deze generalisten kunnen voorzien in basiszorg binnen hun specialisme en tevens zicht houden op de context van de patiënt. Samen met de subspecialisten binnen een medisch specialisme kan het hele palet van zorg van het betreffende specialisme ook buiten kantooruren worden gegarandeerd. Het College Geneeskundige Specialismen (CGS) stelt dat elke zorgprofessional een voldoende brede generalistische blik moet hebben, die is gebaseerd op samenwerking en regionale inbedding van de zorg en rekening houdt met (maatschappelijke) ontwikkelingen die van invloed zijn op wat van een zorgprofessional wordt verwacht.

Ook buiten onze landgrenzen leeft deze discussie. De Britse National Health Service heeft stelling genomen in het rapport

Shape of Training, final report. *'Patients and the public need more doctors who are capable of providing general care in broad specialties across a range of different settings. This is being driven by a growing number of people with multiple co-morbidities, an ageing population, health inequalities and increasing patient expectations.'* Daarbij wijzen zij op de toegenomen dienstbelasting door de subspecialisering en dat je van (sub)specialisme moet kunnen wisselen als de zorgbehoefte verandert.

Registratie in elkaar geschoven

De huisartsen hebben aangegeven dat zij hun werkzaamheden willen afbakenen tot medisch-generalistische zorg en verwijzen voor de andere zorgvragen naar hulpverleners binnen het netwerk. Rondom de patiënt zullen gemeentelijke instanties en andere partners in de wijk zoals GGD, wijkverpleegkundigen, welzijnswerkers en inwoners samen vorm moeten geven aan de

Nu maken profielartsen de vertaalslag tussen eerste en tweede lijn

noodzakelijk geachte preventie en mantelzorg in de wijk. De visie van specialisten ouderengeneeskunde is om ouderen en chronisch zieken met meerdere aandoeningen te helpen keuzes te maken die recht doen aan hun autonomie en hun wensen. De zorg van deze artsen is gericht op het voorkómen en vertragen van, resp. het omgaan met (verdere) achteruitgang. De kwaliteit van leven van de patiënt staat hierbij centraal – en dat niet alleen in het verpleeghuis.

Door de fusie tot één CGS en één Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen heeft de KNMG de registratie van alle artsen in elkaar geschoven. Dit sluit aan bij de visie van netwerkgeneeskunde van de Federatie Medisch Specialisten. Die visie impliceert ook een andere manier van organiseren van zorg en het ontstaan van nieuwe beroepen met generalistische competenties rondom de patiënt. Het doel van deze aanpassingen is om de gezondheidsvaardigheden en autonomie van de patiënt te verbeteren en te versterken.

Brug

De Nederlandse Internisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie willen invulling geven aan de noodzaak van specialisme-overstijgende generalistische zorg in het ziekenhuis. Maar hoewel de individuele specialisten deze strategische keuze van hun beroepsverenigingen omarmen, kunnen ze nauwelijks in deze groeiende behoefte voorzien. Buiten het ziekenhuis bieden specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen generalistische zorg.

De brug tussen de huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg wordt momenteel geslagen door profielartsen, die de vertaalslag tussen de eerste en tweede lijn moeten maken. De profielarts spoedeisende geneeskunde ziet op een SEH veelal niet-verwezen patiënten met klachten waarbij meerdere poort-specialismen een rol kunnen spelen. De profielarts ziekenhuis-geneeskunde richt zich op de algemene basiszorg in specialistische klinische afdelingen binnen het ziekenhuis en op de transmurale overdracht van en naar de eerste lijn. Zo vullen zij samen het hiaat voor de zorgvragen van patiënten met multimorbiditeit tussen de huisartsen- en verpleeghuiszorg en de medisch-specialistische zorg.

Grenzen gaan verdwijnen

Hoewel de echte generalist niet meer bestaat, wordt iedere arts geacht basiszorg te kunnen verlenen. Maar niet elke arts acht zich daar met het verstrijken van de jaren na afstuderen nog compe-

tent toe. Daarnaast moet iedere arts over voldoende generalistische kwalificaties beschikken, om zowel binnen als buiten het eigen specifieke vakgebied te kunnen acteren. Dit vergt aanpassingen in de curricula van de verschillende vervolgoopleidingen en stelt ook andere bij- en nascholings-eisen. Afhankelijk van individuele interesses en drijfveren zal voor alle artsen afhankelijk van de werkomgeving en de zorgvraag, de opleiding meer in de breedte respectievelijk de diepte moeten plaatsvinden (*T-shaped professional*) waarbij de bestaande grenzen tussen specialismen zullen vervagen.

Elke patiënt met multidisciplinaire zorgvragen heeft recht op een regievoerder. Afhankelijk van de complexiteit van zorg en setting kan deze coördinatie geschieden door huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, profielartsen en medisch specialisten, vanzelfsprekend in nauwe samenwerking met paramedici en andere zorgprofessionals. Voor de meest complexe casuïstiek bij oudere patiënten met multiproblematiek lijken vooralsnog internisten en klinisch geriaters het meest aangewezen. Het zijn dé 'generalistische' medisch specialisten die in afstemming met profielartsen als SEH-artsen en ziekenhuisartsen het gat tussen ziekenhuis en eerste lijn zullen moeten overbruggen.

Alles overziend zal iedere arts een bijdrage moeten leveren aan netwerkgeneeskunde, waarbij de grenzen tussen de echelons en de huidige specialismen gaan verdwijnen. Om de regie te kunnen voeren over de zorg voor een patiënt zijn generalistische competenties onontbeerlijk. Dit vergt de nodige aanpassingen van iedere arts. Het CGS speelt hierop in door interprofessioneel werken en een leven lang leren in herregistratie af te dwingen, rekening houdend met de context van de eigen samenwerkingsverbanden. Maar de grootste uitdaging ligt bij de koepelorganisaties en bij de politiek om de financiële barrières te slechten. ■

contact

p.netten@jbz.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.