

GELUKKIG HEEFT JONGE GENERATIE MEDICI MEER BELANGSTELLING VOOR ORGANISATIE

# Professionals, neem zelf de leiding over de zorg

Marcel Levi waarschuwt voor te veel subspecialisatie en benadrukt de noodzaak van een drastische reorganisatie van de zorg. Door medici zelf, wel te verstaan.

In het begin van de zestiende eeuw maakte de geneeskunde een snelle ontwikkeling door met de uitvinding van röntgenstraling, de ontdekking van hormonen en vitamines, identificatie van bloedgroepen, en introductie van electrocardiografie. De beroemde Canadees-Amerikaanse internist William Osler was zeer onder de indruk van de mogelijkheden die dit alles bood voor de behandeling van zijn patiënten en bekend is zijn uitpraak: *'Never has the outlook for the profession been brighter. Everywhere the physician is better trained and better equipped than he was 25 years ago. Disease is understood more thoroughly, studied more carefully, and treated more skillfully'*.<sup>1</sup> Het is echter aannemelijk dat nu, ruim honderd jaar later, de geneeskunde een veel imposantere ontwikkeling doormaakt. Door impulsen uit de basale wetenschappen, waaronder celbiologie, moleculaire genetica en fysica, kunnen aandoeningen waarvoor vijf of tien jaar geleden nog geen effectieve behandeling bestond, nu worden genezen of langdurig worden onderdrukt. De sterfte aan hart- en vaatziekten is in de afgelopen vijftig jaar gehalveerd, in toenemende mate zijn vormen van kanker te behandelen met nieuwe medicijnen, en door betere beheersing van het immuunsysteem kan bijna iedereen een niertransplantatie ondergaan, ook al is de donor immunologisch sterk verschillend van de ontvanger. Hepatitis C, een agressieve virale infectie leidend tot cirrose en leverkanker en slechts 35 jaar geleden ontdekt, is tegenwoordig met een korte kuur van pillen zonder noemenswaardige bijwerkingen bij meer dan 98 procent van de patiënten volledig te genezen. Dove kinderen kunnen met cochleaire implantaten horen en spreken en geïnvaleerde ouderen met parkinson ondervinden een dramatische verbetering door diepe hersenstimulatie. In de wachtkamer van de reumatoloog is al jaren geen rolstoel meer te vinden. En voor het eerst in de geschiedenis van de mensheid is het de geneeskunde die bijdraagt aan een langere levensduur.

Optimistische demografen voorspellen dat een baby die nu geboren wordt, 50 procent kans heeft om 100 jaar te worden.<sup>2</sup> Omdat overlijden aan acute ziekten is vervuild voor overleven met chronische ziekten, betekenen die extra levensjaren in veel gevallen helaas niet altijd gezonde jaren. En de behandeling van een stapeling van chronische ziektes, zoals we steeds vaker zien bij de oudere patiënt, kan complex zijn en een grote impact hebben op de kwaliteit van leven. Dat betekent dat als we de huidige en toekomstige successen in de geneeskunde willen vertalen naar een ware triomftocht van lang en gezond leven, we wel aanpassingen moeten doen aan de wijze waarop nieuwe verworvenheden in de biomedische wetenschap worden vertaald naar betere diagnostiek en behandeling en aan de manier waarop we werken en hoe we georganiseerd zijn.<sup>3</sup>

## Tikje te somber

Het toenemend aantal ouderen in de westerse samenleving wordt dikwijls beschreven als een probleem vergezeld met sombere voorspellingen over het voorziene tekort aan medisch en verpleegkundig personeel om alle zorgbehoefte ouderen te helpen in de komende jaren. Het is de vraag of deze voorspellingen niet een tikje te somber zijn.<sup>4</sup> Indien leeftijd niet wordt benaderd als het aantal jaren dat iemand geleefd heeft maar als het aantal jaren dat iemand nog te leven heeft, wordt een ander patroon zichtbaar. Als je aanneemt dat iemand in de laatste vijftien jaar van zijn leven hulpbehoevend wordt en dan kijkt naar de proportie mensen die aan de laatste vijftien jaar van hun leven bezig zijn ten opzichte van hen die dat niet zijn, dan blijkt dat het aandeel hulpbehoevenden ten opzichte van hen die dat niet zijn de afgelopen jaren alleen maar af te nemen. Wel zijn er dramatische regionale verschillen waarneembaar, waarbij de steden groeien en in veel gevallen zelfs jonger worden, terwijl grote delen van het land (bijvoorbeeld Oost-Groningen, Zuid-Limburg of



Marcel Levi houdt zijn Domus Medica Lezing in de Utrechtse Nicolaïkerk.

## Veel subspecialisten willen de rest van hun vak niet meer uitoefenen

Zeeland) te maken hebben met bevolgingskrimp en sterke veroudering.<sup>5</sup> Er is dus wellicht niet één oplossing voor het beantwoorden van de zorgvraag van toekomstige bevolkingsgroepen.

### **Superspecialisatie**

In een geneeskunde die steeds ingewikkelder wordt, is het begrijpelijk dat zich binnen vrijwel alle medische specialismen in snel tempo subspecialismen hebben ontwikkeld of zich aan het ontwikkelen zijn.<sup>6</sup> Zo zijn er binnen de interne geneeskunde al jaren een stuk of tien aandachtsgebieden, zoals endocrinologie, nefrologie, hematologie of ouderengeneeskunde, en is er binnen de chirurgie al jaren subspecialisatie, bijvoorbeeld op het gebied van de vaatchirurgie, traumatologie, oncologische of gastro-intestinale heelkunde.

Maar ook kinderreumatologen, voorste-oogkamspecialisten, gynaeco-oncologen, flebo-dermatologen, hartfaalcardiologen, of migraineneurologen hebben zich definitief gevestigd. Sommige huisartsen zijn paradoxaal genoeg ook begonnen zich te specialiseren.<sup>7</sup> Zo kunnen huisartsen onder de ietwat verhullende term 'kaderopleiding' zich nader bekwamen in bijvoorbeeld ouderengeneeskunde, COPD/astma of diabetes mellitus. Daar is op zichzelf niets op tegen: het is fijn dat er collega's zijn die veel weten op een specifiek terrein. Waar het echter misgaat is dat veel subspecialisten vervolgens de rest van hun vak – laat staan de geneeskunde in bredere zin – niet meer kunnen of willen uitoefenen. En dat is een probleem voor patiënten met een opeenstapeling van verschillende medische problemen. Het impliceert dat een patiënt met meer dan één ziekte zich als een soort nomade van de wachtkamer van de ene subspecialist naar de volgende subspecialist begeeft, met alle communicatieproblemen van dien en het gevoel bij de patiënt dat er niet één dokter is die het geheel overziet.<sup>8</sup> Het geheel (lees: de patiënt) is ook in de

geneeskunde meer dan de som der delen (lees: zijn organen). Subspecialisatie leidt tot kokerzien, het behandelen van ziektes en niet van zieken en dikwijls tot een overschatting van de mogelijkheden van de geneeskunde.<sup>9 10</sup>

De oplossing is echter niet ingewikkeld. Subspecialisatie is prima, zolang je maar in staat (en bereid!) bent de rest van de geneeskunde (indien niet al te ingewikkeld) er ook bij te doen.<sup>11</sup> Dus natuurlijk behandelt de interventiecardioloog de urineweginfectie van zijn patiënt gewoon zelf, kan de longarts prima insuline doseren bij haar patiënt met longkanker, en is er geen enkele reden voor een neuroloog om bij een patiënt met multiple sclerose en een luchtweginfectie een collega in consult te roepen. Verregaande specialisatie maar met een blijvend generalistische inslag en een vermogen de geneeskunde in brede zin te blijven beoefenen is geen subspecialisatie maar superspecialisatie.

## Andere organisatie

Een veranderende geneeskunde vraagt om een andere organisatie van de gezondheidszorg. Om chronische aandoeningen adequaat te begeleiden hebben we een gedeconcentreerde zorgvoorziening nodig, dicht bij de mensen en laagdrempelig toegankelijk. Een dergelijke voorziening kan prima worden gerund door huisartsen, die op afroep of voor periodiek advies specialisten kunnen consulteren, die ter plekke in multidisciplinaire spreekuren de meer complexe patiënten zien.

De ingewikkeldste interventies en behandelingen dienen rigoureus te worden geconcentreerd in een klein aantal behandelcentra met een infrastructuur en een personele

## Professionals weten beter dan wie ook wat de prioriteiten zijn

bezetting die passend is voor deze complexe zorg.<sup>12 13</sup> Maar zo is onze gezondheidszorg momenteel helemaal niet georganiseerd. We hebben in Nederland ongeveer tachtig ziekenhuizen, sommigen groot en anderen wat kleiner, maar eigenlijk zijn het allemaal kopieën van elkaar en verschillen ze nauwelijks in hun zorgaanbod. Ze hebben allemaal zoveel mogelijk specialismen in huis, allemaal een 24-uurs Spoedeisende Hulp, allemaal een liefst zo groot mogelijke intensive care, en verrichten allemaal kleine stukjes complexe zorg tussen veel grotere stukken minder complexe zorg. Ze hebben allemaal talloze CT-scans en MRI's en ze willen allemaal een PET-scan. Een overweldigende overcapaciteit aan imaging en zinloze kapitaalinvestering.



Kortom, we moeten de gezondheidszorg reorganiseren. Hoogcomplex en intensieve acute zorg moet worden geconcentreerd in ongeveer twaalf tot vijftien regionaal slim geoptimaliseerde ziekenhuizen, die door de aard van hun activiteiten een intensive care, een goed geoutilleerde Spoedeisende Hulp en dure scanapparatuur hebben. En laagcomplex acute en planbare zorg moet weg uit die grote en dure ziekenhuizen met een infrastructuur die veel te kostbaar is voor simpele zaken en kan goed worden ondergebracht in goed gespreide kleinere algemene centra, met vooral polikliniek en dagbehandeling. Die hoeven dan weer geen intensive care of grote Spoedeisende Hulp te hebben, maar wel kleine acute aandoeningen kunnen behandelen of de mogelijkheid hebben om *basic life support* te verlenen in afwachting van transport naar een groter centrum.

## Zelf het heft in handen

Plannen en ideeën genoeg, maar we moeten de komende jaren maar eens echt doorzetten om dit alles daadwerkelijk te realiseren. De vraag is wie al deze veranderingen gaat doorvoeren. De recente geschiedenis leert ons dat managers, economen, politici en bestuurskundigen niet in staat zijn de gezondheidszorg in al haar finesses te doorgronden, laat staan het hoofd te bieden aan een snel veranderende geneeskunde. De enige mogelijkheid is dat gezondheidszorgprofessionals zelf het heft in handen nemen. Gezondheidszorginstellingen zijn bij uitstek professionele organisaties en er is amper bewijs dat aansturing door professionals zelf een positief effect kan hebben op de resultaten.<sup>14</sup> Professionals zijn beter dan wie ook in staat aan te geven wat de prioriteiten zijn, bijvoorbeeld bij de aanschaf van nieuwe apparatuur of andere doelmatige investeringen en kunnen een goede afweging maken zonder zich van de wijs te laten brengen door de waan van de dag of vage argumenten. Daarnaast spreken professionals onderling een taal die niet altijd door niet-professionals wordt verstaan en is vice versa de taal van de manager vaak onherkenbaar voor de professional. Managerstermen als *governance*, *productie*, *leverage* of *benchmark* roepen bij zorgprofessionals vooral een vragende blik of ten minste irritatie op. Het is

een gunstig voorteken dat de jongere generatie medische professionals veel meer belangstelling heeft voor de organisatie van het vak en niet schroomt zich daarin verder te bekwamen.

Biomedische kennis en toepassing daarvan in de praktijk maken momenteel een razendsnelle ontwikkeling door en het is niet overdreven te stellen dat we in de Gouden Eeuw van de geneeskunde leven. Om maximaal te profiteren van alles wat deze moderne geneeskunde te bieden heeft, moeten we ons de komende periode heroriënteren als superspecialisten met een generalistische inslag en moeten we de organisatie van onze gezondheidszorg drastisch op de schop nemen. En dat zullen we als gezondheidszorgprofessionals zelf moeten doen. ■

De inhoud van dit artikel is gebaseerd op de Domus Medica Lezing, die Marcel Levi op 15 december jl. uitsprak. De lezing is een traditie, terug van weggeweest, waarbij gerenommeerde artsen hun visie geven op de medische actualiteit. Op uitnodiging van Medisch Contact bewerkte Levi zijn betoog tot een artikel.

#### contact

marcel.levi@nhs.net  
cc: redactie@medischcontact.nl

#### web

De voetnoten en meer artikelen over en van Marcel Levi vindt u op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).

MARCEL LEVI

## ONGEZOUTEN COLUMNS VAN EEN VEELZIJDIGE CEO



€20

'Ik geloof  
heilig  
in blijven  
praktiseren'

**BESTEL VIA**  
**MEDISCHCONTACT.NL/WEBSHOP**

# PRAKTIJKPERIKEL

## VEILIG VRIJEN... WAAROM ZOU JE?

Dokter: 'Ik zie dat je komt in verband met een positieve test op chlamydia?'

Patiënt: 'Dat klopt, ik heb me laten testen bij de GGD vorige week.'

Dokter: 'Bij de GGD?'

Patiënt: 'Ja, gratis voor jongeren tot 25 jaar, de assistente zei al, zit u hier nu alweer? Ik heb het opgelopen van Floor, zij was vorige week bij u, weet u nog? En ik hoorde dat ze een kuur antibiotica kreeg, dus daar kom ik ook even voor.'

Dokter: 'Aha, heb je een vaste vriendin?'

Patiënt: 'Nee, wisselende contacten.'

Dokter: 'Ook met mannen?'

Patiënt: 'Nee, alleen met meisjes.'

Dokter: 'Hoe zit het met veilig vrijen?'

Patiënt: 'Nou, dat is niet nodig, want we laten ons vaak testen en we zijn heel open tegen elkaar.'

Dokter: 'Een chlamydia-infectie is niet zonder risico's.

Vrouwen kunnen daar onvruchtbaar van worden, wist je dat?'

Patiënt: 'Is dat zo? Tja, oké, misschien niet zo aardig van mij, maar hoe zit het met de kuur? Hoe snel ben ik dan van de chlamydia af?'

Dokter: 'Nou, dat weet ik niet, ik denk ongeveer 48 uur.'

Patiënt: 'Oow... Ja, dan heb ik het volgende dilemma voor u. Vandaag is het vrijdag en ik wil vanavond gaan zuipen met mijn vrienden, maar dat kan natuurlijk niet met die kuur. Floor gaat over twee dagen op vakantie: als ik dan toch niet met haar naar bed kan, wat vindt u ervan dat ik de kuur na het weekend neem? Kan ik nog lekker even met mijn vrienden feesten.'

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)