

## Generalisme in de patiëntenzorg

Weinig weten van veel of veel weten van weinig, dat is de klassieke tegenstelling tussen de generalist en de specialist. In werkelijkheid ligt het wat gecompliceerder. Men zou immers de geneeskundige benadering van een patiënt kunnen opvatten als een spectrum van mogelijkheden met geheel links een puur generalistische invalshoek en geheel rechts de inbreng van een specialist met 'terminale differentiatie'. Tussen deze uitersten zijn veel variaties mogelijk. Zo zijn er specialisten met een brede basis en belangstelling die hun expertise op één bepaald terrein zonder al te grote problemen kunnen koppelen aan een zekere mate van vakgebiedoverstijgende competenties. Daarnaast zijn er ook huisartsen die op sommige onderdelen van het wat een deskundigheid hebben opgebouwd waarmee zij zich zonder meer kunnen meten met een specialist.

### Generalisme als probleem

Iedereen die vanuit een generalistisch perspectief gezondheidszorg bedrijft, heeft weleens te maken met patiënten bij wie een als onschuldig geduide aandoening toch een ernstig en soms fataal beloop blijkt te hebben. Dit leidt niet zelden tot ongezouten kritiek van de ter zake deskundige specialist. Weliswaar behoort in de eerste lijn de statistiek van de 'ongeselecteerde' populatie als uitgangspunt te worden genomen bij diagnostiek en therapie, maar werkers in de tweede of derde lijn menen vaak dat men juist als generalist niet mag falen. Eenzelfde spanningsveld kan zich overigens voordoen tussen een algemene discipline zoals interne geneeskunde en een deelspecialistisch vakgebied. In een maatschappij die voor haar functioneren als geheel steeds afhankelijker wordt van specialisten op een bepaald terrein, zal het generalisme met al zijn onzekerheden aan populariteit inboeten en in haar bestaan worden bedreigd.

Een tweede probleem is multimore-

biditeit. Ook hier dreigt mogelijk een conflict met andere echelons. Elke specialist wil zijn opvatting over het 'juiste' beleid laten prevaleren en zonder duidelijke hoofdbehandelaar leidt dit al snel tot een chaotische aanpak. Een eerstelijns generalist als hoofdbehandelaar is echter niet altijd een haalbare of wenselijke optie.

Ten derde stelt de huidige organisatie van de gezondheidszorg in ons land niet de patiënt maar juist de arts centraal, hoewel maar weinigen dat zullen toegeven. Er bestaat een enigszins artificiële, vrij strikte scheiding tussen de eerste, tweede en derde lijn. De diverse echelons vormen daardoor betrekkelijk op zichzelf staande eenheden met hun eigen opvattingen en gebruiken. Het verwijzen van een patiënt van het ene naar het andere circuit is alsof je een lijdend voorwerp verplaatst naar een hoger of lager echelon. Door de scheiding tussen de eerste lijn en de specialistische geneeskunde vertonen richtlijnen en protocollen voor eenzelfde aandoening soms forse verschillen, al naar gelang voor welke groep artsen deze geschreven zijn.

Mede onder druk van de politiek ten slotte wordt een steeds groter deel van de zorg voor patiënten met een chronische aandoening bij de huisarts gelegd. De voorheen specialistische zorg wordt zo gegeneraliseerd, maar de huisarts heeft daarbij wel extra ondersteuning nodig. Op zich is daar geen bezwaar tegen, maar dit kan tot een zekere mate van differentiatie leiden binnen de eerste lijn en daarmee dus tot onbedoelde partiële specialisatie.

### Generalisme als oplossing

Decennialang voldeed de huidige werkwijze prima, maar in dit tijdsgewricht past die niet meer zo goed. Niet alleen de diagnostische en therapeutische mogelijkheden nemen toe, maar ook de kosten. Tegelijkertijd wordt de toegankelijkheid tot de beste zorg steeds minder als vanzelfsprekend ervaren. Dit maakt herbezinning noodzakelijk. Veel ziekenhuizen zijn al bezig met concentratie van expertise en samenwerking, maar deze ontwikkelingen

beperken zich nog tot een relatief klein gebied. Indien goed georganiseerd, liggen er voor generalisten unieke kansen in het verschieft om de gezondheidszorg te hervormen. Het is dan belangrijk de patiënt als middelpunt te nemen. Veel van de tweedelijns geneeskunde zou uit het ziekenhuis weggehaald kunnen worden. Het is goed voorstelbaar dat de ziekenhuizen zich gaan beperken tot operatieve en acute geneeskunde en ingewikkelde diagnostische hulpmiddelen. Voeg daaraan, naar Amerikaans model, een afdeling voor 'family medicine' toe waar een eerstelijns arts de scepter zwaait, en ziedaar de totstandkoming van een mooie integratie. Deze integratie kan nog meer gestalte krijgen als de poliklinische (ziekenhuis)geneeskunde met de eerste lijn zou assimileren tot één organisatorisch verband waarin consultatie over en weer rondom de patiënt plaatsvindt. Kortom: een model waarin artsen van diverse pluimage gezamenlijk en bij voorkeur op één locatie zorg aan de patiënt leveren. ■

Academisch Ziekenhuis Maastricht, afdeling Interne Geneeskunde, Postbus 5800, 6202 AZ Maastricht; prof. dr. P.W. de Leeuw, internist en hoofdredacteur Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. • Correspondentie: p.deleeuw@intmed.unimaas.nl