

Generalisme of specialisatie: een indeling van deze tijd?

Keuzes

De patiënt heeft een dubbele agenda. Aan de ene kant wil hij die ene arts in Nederland die van zijn ziekte het meest verstand heeft. We gebruiken voor dit fenomeen vaak Amerikaanse woorden: *second opinion*, *medical shopping*, *centers of excellence*. Er zijn zelfs experts voor onverklaarde klachten waar we heen kunnen. Aan de andere kant wil de patiënt continuïteit. Niet iedere keer een ander gezicht, niet iedere keer het verhaal opnieuw vertellen, iemand die 'de mens in zijn geheel' kent. De patiënt wil niet verkaveld worden over tal van specialisten, maar één vertrouwde dokter hebben. Dat is dus een dubbele agenda. Generalisme of differentiatie: de patiënt wil niet kiezen en houdt beide opties open.

De dokter heeft een dubbele agenda. Aan de ene kant wil hij graag de diepte in gaan. Het is mooi een deskundige te zijn, het is bevredigend ergens veel van te weten. Je verdiepen in de voortdurende kennisontwikkeling rond een ziekte scherpt de geest. Aan de andere kant wil bijna iedere dokter een vertrouwenspersoon zijn. Het hebben van een band met mensen betekent dat je niet te snel of te gemakkelijk wilt zeggen: sorry, ik heb alleen verstand van uw linker knie, ga voor de rechter maar naar een ander. Dokter zijn is relaties aangaan en relaties vragen om continuïteit en betrokkenheid. Relaties heb je met mensen en niet met ziekte. Dat is dus een dubbele agenda. Generalisme of differentiatie: de dokter vindt het moeilijk daartussen te kiezen en probeert beide rollen te spelen.

De verzekeraar heeft een dubbele agenda. Aan de ene kant vindt hij dat dokters en ziekenhuizen te vaak proberen overal verstand van te hebben. Concentreer nu een aantal behandelingen in ziekenhuizen die zich daarin specialiseren. Aan de andere kant is hij erg tegen overbehandeling. Patiënten gaan te snel naar het ziekenhuis, dat vervolgens allemaal dure en overbodige din-

gen gaat doen. Goede generalisten voor of net achter de poort kunnen dat voorkomen. Dat is dus een dubbele agenda. Generalisme of differentiatie: de verzekeraar wil zowel specialisatie als vroege selectie en wil dus beide contracteren.

Techniek en tijd

Generalisme of differentiatie, waarom is die vraag honderd jaar geleden niet gesteld en ligt hij nu op tafel, niet alleen bij dokters maar ook bij patiënten en betalers? Dat moet diepere oorzaken hebben dan beroepsbelang of opportunisme. Ik denk dat het dilemma is terug te voeren op twee grote bewegingen die met elkaar verbonden zijn, maar in hun uitwerking haaks op elkaar staan. De ene is: meer techniek. Voorbeelden uit traditioneel 'niet-snijdende' specialismen: de cardioloog plaatst buisjes in de kransslagaderen, de gastro-enteroloog peutert met hulp van een endoscoop een vastzittende galsteen los, de hematoloog isoleert stamcellen uit het bloed en transplanteert die in een patiënt met leukemie en de radioloog plaatst spiralen in een verwijd bloedvat naar de hersenen om bloedingen te voorkomen. Techniek vraagt specialisatie. In de snijdende vakken is al lang bekend dat vaak doen leidt tot betere kwaliteit. Het geneeskundige landschap is sterk aan het veranderen door de opkomst van de techniek en de daaraan gekoppelde superspecialisatie.

De tweede grote beweging is: meer tijd. Patiënten vragen meer tijd van de dokter. Ik heb een internist gekend bij wie patiënten met hoge bloeddruk al met ontblote bovenarm de spreekkamer binnenkwamen. Na de meting stonden ze met recept weer buiten. Ik heb een ontzettende hekel aan het woord 'therapietrouw'. Het is een typische doktersterm. Eenzijdiger kan de schuld niet worden gelegd. Als de dokter beter had geluisterd naar wat de patiënt belangrijk vond, had hij misschien iets anders of helemaal niets voorgeschreven. Met elkaar praten en naar elkaar luisteren betekent van elkaar leren en dat helpt enorm. Met 'trouw' als normatief begrip heeft dat niets te maken.

Interventie versus consult

Meer techniek en meer tijd: twee belangrijke ontwikkelingen in de medische zorg die maar met moeite samengaan in hoe we nu beroepen en zorg hebben vormgegeven. Misschien wordt het tijd onze indeling in een generalistische eerste lijn en een specialistische tweede lijn te vervangen door een indeling in 'interventiegeneskunde' en 'consultgeneskunde'. Interventiegeneskunde is superspecialistisch: de dokters en paramedici daar zijn sterk in techniek en niet gericht op relatie. Consultgeneskunde is generalistisch: de dokters en paramedici daar zijn goed in relaties en zorgen voor continuïteit. Zo'n indeling snijdt door de klassieke indeling in disciplines en door de klassieke zorgindeling in eerste en tweede lijn heen. Eerste en tweede lijn verenigd in een centrum voor consultgeneskunde (zorgcentrum annex basisspecialistisch ziekenhuis annex niet-complexe eerste hulp), is dat de toekomst voor de generalistische zorg? ■

Prof. dr. Geert H. Blijham (1946) was tot en met 2008 voorzitter van de raad van bestuur van het UMC Utrecht, vice-decaan en hoogleraar Interne Geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. • Correspondentie: ghblijham@planet.nl.