

De eisen van moderne gezondheidszorg

Samenvatting

Levi M. *De eisen van moderne gezondheidszorg*. *Huisarts Wet* 2014;57(11):576-8.

De geneeskunde maakt in de eenentwintigste eeuw razendsnelle veranderingen door, met als belangrijk resultaat een langere levensverwachting, hoewel de extra jaren niet noodzakelijkerwijs ook gezonde jaren zijn. Overlijden door ziekte wordt dikwijls ingevuld voor overleven met ziekte. De geneeskunde wordt ook steeds complexer, met toenemende subspecialisatie in alle echelons. Wij zullen in de komende jaren niet alleen onze manier van werken, maar ook de organisatie van de gezondheidszorg moeten aanpassen om te kunnen blijven aansluiten bij de zorgvraag van patiënten en de behoeften van de samenleving. Die veranderingen raken aan de manier van werken van (sub)specialisten, aan de rol van de huisarts ten opzichte van die (sub)specialisten en aan de opzet van ziekenhuizen en eerstelijnscentra.

MODERNE GENEESKUNDE

De geneeskunde maakt momenteel snelle veranderingen door, onder invloed van ontwikkelingen in de biotechnologie, imaging, techniek en moleculaire genetica. Beeldvormende technieken maken de binnenkant van ons lichaam steeds beter zichtbaar, zodat ingewikkelde diagnoses en vroege detectie van ziekte binnen bereik komen. Genetische analyse houdt een belofte in voor geïndividualiseerde diagnostiek en behandeling. Het ontrafelen van intracellulaire moleculaire interacties in kankercellen of bij hart- en vaatziekten biedt kennis en inspiratie voor nieuwe behandelingen. Aandoeningen waar nog maar vijf of tien jaar geleden geen effectieve behandeling voor bestond, zijn nu in sommige gevallen te genezen of langdurig te onderdrukken. Zo zijn veel vormen van hemato-oncologische aandoeningen die kort geleden binnen enkele maanden tot de dood leidden, tegenwoordig langdurig te behandelen, soms met eenvoudige pilletjes. Zo heeft betere beheersing van het immuunsysteem ertoe geleid dat tegenwoordig bijna iedereen een niertransplantatie kan ondergaan, ook al verschilt de donor immunologisch sterk van de ontvanger. En zo kunnen endoscopisten en interventieradiologen steeds complexere niet-invasieve procedures uitvoeren waarvoor kort geleden nog grote chirurgie noodzakelijk zou zijn geweest.

Betere behandelingsmogelijkheden leidden de afgelopen twintig jaar tot een spectaculaire toename van de levensverwachting.¹ Optimistische demografen becijferden recentelijk dat een baby die nu wordt geboren 50% kans heeft om 100 jaar te worden. En interessant genoeg lijkt de gemiddelde levensverwachting voor het eerst in de geschiedenis toe te nemen

doordat de gezondheidszorg beter wordt. Al eeuwen worden we telkens iets ouder, maar dat kwam vooral door minder oorlog, een veiliger leefomgeving of betere leefomstandigheden door de aanleg van drinkwaterleidingen en riolen. De snelle toename van onze levensverwachting in de meest recente jaren is echter vrijwel geheel toe te schrijven aan een betere bestrijding van ziekte.

Helaas zijn de gewonnen levensjaren in heel veel gevallen geen gezonde jaren. Overlijden door ziekte wordt dikwijls ingevuld voor overleven met ziekte. In plaats van te sterven aan een acuut hartinfarct leeft de patiënt voortaan met chronisch hartfalen. De behandeling van een chronische ziekte kan zeer complex zijn, zowel voor de patiënt als voor de dokter. Chronische ziekten, die weliswaar niet direct tot de dood leiden maar een grote impact op de kwaliteit van leven hebben, komen steeds meer voor en vaak in combinaties. De stapeling van op zichzelf nog niet eens zo lastige aandoeningen leidt tot multimorbide en daarom weer complexe patiënten die ingewikkelde, soms tegenstrijdige behandelingen nodig hebben. Het gevoel dringt zich op dat het snel toenemende medische geweld niet in alle gevallen zoveel voordeel biedt (en wel heel veel last), vooral voor kwetsbare patiënten met een chronisch zwakke gezondheid of voor patiënten die al een lang behandeltraject hebben doorgemaakt.

Het is de vraag of de manier waarop wij ons als gezondheidszorgprofessionals in de vorige eeuw hebben georganiseerd nog wel houdbaar is tegenover de nieuwe uitdagingen waarvoor de geneeskunde ons stelt. En het is ronduit discutabel of de organisatie van onze gezondheidszorg nog wel toegesneden is op de moderne tijd. Op beide vragen zal ik in de volgende paragrafen iets nader ingaan.

TOENEMENDE SUBSPECIALISATIE

Bij de toenemende complexiteit van de geneeskunde is het geen wonder dat zich binnen vrijwel alle medische specialismen in hoog tempo subspecialismen hebben ontwikkeld of aan het ontwikkelen zijn.² De subspecialisten (afhankelijk van hun ego noemen zij zich ook wel superspecialisten) hebben zich door

De kern

- Technische ontwikkelingen werken steeds verdere specialisatie in de hand, maar in de moderne gezondheidszorg blijven generalisten onontbeerlijk.
- Specialisatie binnen de huisartsgeneeskunde is een *contractio in terminis*. De huisartsgeneeskunde moet zich niet verliezen in specialisaties, maar blijvend investeren in de breedte.
- De zo zeer gewenste herverdeling van taken en functies binnen de gezondheidszorg is goed mogelijk, mits een aantal barrières wordt weggeruimd op het gebied van (vooral) mededingsbeleid en tarifiering.

AMC E-2, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: prof.dr. M. Levi, internist, voorzitter raad van bestuur/decaan • Correspondentie: m.m.levi@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

aanvullende opleiding en training toegelegd op een specifiek deel van hun vakgebied. Zo kent de interne geneeskunde al jaren een stuk of tien aandachtsgebieden, zoals endocrinologie, nefrologie, hematologie of ouderengeneeskunde, en kent ook de chirurgie al jaren subspecialisaties zoals vaatchirurgie, traumatologie, oncologische heelkunde en gastro-intestinale heelkunde. En ook kinderhematologen, voorste-oogkamerspecialisten, longoncologen, flebodermatologen, elektrocardiologen en fertiliteitgynaecologen hebben zich definitief gevestigd in de geneeskunde. Op zichzelf is dat geen probleem, want de snel uitdijende kennis op alle terreinen vraagt om goed gespecialiseerde en ruim ervaren specialisten die een specifiek terrein tot in het kleinste detail kunnen overzien. Wat er 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. Dat heeft tot gevolg dat een patiënt die meer dan één ziekte heeft, zich als een soort nomade door het ziekenhuis begeeft van (sub)specialist naar (sub)specialist, met alle communicatieproblemen van dien. Bij die patiënt ontstaat het gevoel dat er niet één dokter is die het geheel overziet. Aangetoond is dat de kwaliteit van de in dit systeem geleverde geneeskunde niet optimaal is.³ Bij goede geneeskunde zou leidend moeten zijn dat het geheel (lees: de patiënt) meer is dan de som der delen (lees: zijn organen). Subspecialisatie leidt tot kokerzien, tot het behandelen van de ziekte en niet van de zieke, en dikwijls tot overschatting van de mogelijkheden die de geneeskunde biedt.^{4,5}

IS DE HUISARTS DAN NOG DE ENIGE GENERALIST?

Het vak dat per definitie optimaal geschikt is om geneeskunde in de breedste zin uit te oefenen, is de huisartsgeneeskunde. De huisarts is bij uitstek degene die de patiënt die dreigt te verdwalen in de doolhof van subspecialistische geneeskunde de weg kan wijzen en langs de valkuilen en barrières kan loodsen van multimorbiditeit, paradoxale polyfarmacie en miscommunicatie tussen verschillende gezondheidszorgprofessionals. De toenemende complexiteit van vooral chronische aandoeningen maakt het voor de huisarts echter steeds moeilijker om adequate zorg te blijven leveren, op het gewenste niveau en in de volle breedte van de geneeskunde. Dat lijkt alleen te gaan lukken als de huisarts zich (nog) veel krachtiger profileert als spil in de zorg van ook de complexe patiënt, als anker en coördinatiepunt van alle medische zorg, medicatie, behandelopties en beslissingen rondom ingrepen en interventies. De huisarts zal zich veel nadrukkelijker moeten aanbieden als de regisseur rondom de integrale patiënt, de organisator van multidisciplinair overleg, de brugfunctionaris tussen het huis van de patiënt en het ziekenhuis. Zo zou het moeten: de huisarts legt als vanzelfsprekend contact tussen de verschillende bij de patiënt betrokken specialisten, bezoekt de patiënt die in het ziekenhuis is opgenomen en overlegt met de behandelend arts aldaar, coördineert het aanstaande ontslag naar huis en is degene die het medicatiedossier beheert en van tijd tot tijd kritisch saneert.

Helaas lijkt de hier geschetste beweging nog maar weinig



Foto: Marc de Haan/Hollandse Hoogte

van de grond te komen. Integendeel, sommige huisartsen zijn de laatste jaren precies de andere kant op aan het bewegen: zij zijn paradoxaal genoeg begonnen zich óók te specialiseren.⁶ Zo kunnen huisartsen zich, onder de ietwat verhullende term 'kaderopleiding', nader bekwamen in bijvoorbeeld ouderengeneeskunde, COPD/astma of diabetes mellitus. Met de beste bedoelingen, maar het is een eerste stapje op een spiegelglad hellend vlak. Het gevaar bestaat dat huisartsen, in plaats van zich te profileren als de moderne generalisten naar wie de patiënt van de eenentwintigste eeuw lijkt te snakken, hun vak gaan opknippen. Binnenkort is 'huisarts-specialist' geen contradictio in terminis meer en het is een kwestie van tijd voordat huisartsen hun patiënten binnen de groepspraktijk gaan verwijzen naar een collega voor diabetes, longaandoeningen of psychiatrische problematiek. Niet lang geleden waarschuwde de scheidend voorzitter van de Amsterdamse huisartsenkring voor het gevaar dat huisartsen zich ontwikkelen tot managers van verschillende praktijkondersteuners en zelf nog maar weinig chronische patiënten zien.

Abstract

Levi M. *The demands of modern healthcare. Huisarts Wet* 2014;57(11):576-8.

Medicine is changing rapidly in the 21st century, a major consequence of which is that life expectancy is increasing, although the extra years are not necessarily healthy years. Death due to disease is often being replaced by life with disease. Medicine is becoming more and more complex, with increasing specialization and even subspecialization. In the coming years, not only the manner of work but also the organization of healthcare will have to adapt to the health requirements of patients and the needs of society. These changes will affect the work practices of specialists, the role of general practitioners relative to specialists, and the organization of hospitals and primary care centres.

De echte uitdaging voor de huisarts in de eenentwintigste eeuw is niet: meer de diepte in gaan, maar vooral: meer blijven investeren in de breedte, in de rol als betrouwbare, altijd aanspreekbare en altijd bereikbare medische gids bij grote en kleine problemen betreffende gezondheid en ziekte.

NAAR EEN NIEUWE ORGANISATIE

Meermalen is aangetoond dat concentratie van het zorgaanbod onontkoombaar is als je complexe behandelingen van ingewikkelde aandoeningen met goed resultaat wilt uitvoeren.^{7,8} Maar voor een adequate aanpak van chronische aandoeningen hebben we juist een niet-geconcentreerde zorgvoorziening nodig, die dicht bij de mensen staat en laagdrempelig is. Verschillende soorten geneeskunde vragen verschillende vormen van zorgaanbod.

Maar zo is onze gezondheidszorg momenteel helemaal niet georganiseerd. Er zijn in Nederland ongeveer tachtig ziekenhuizen, sommige groot en andere wat kleiner, maar allemaal zijn ze kopieën van elkaar, gebaseerd op een indelingsprincipe uit de vorige eeuw. Geen enkel ziekenhuis ligt op meer dan een half uur rijden van het volgende ziekenhuis, elk ziekenhuis heeft zoveel mogelijk specialismen in huis. Ze hebben allemaal een 24-uurs spoedeisende hulp, een intensive care, een CT-scanner en een MRI, en ze willen allemaal een PET-scanner en een Da Vinci operatierobot (waarvan overigens de nutteloosheid is aangetoond). Met een dergelijke organisatie gaan we in de moderne geneeskunde de slag niet winnen, en bovendien zorgt het voor onnodige kosten in een tijd waarin kostenbeheersing ieders aandacht heeft.

Kortom, we moeten het anders aanpakken. Het lijkt nuttig en noodzakelijk het zorglandschap anders in te richten. Bijvoorbeeld door hoogcomplexere zorg te concentreren in een kleiner aantal slim over het land verdeelde ziekenhuizen die ingewikkelde zorg bieden, met een intensive care, een goed geoutilleerde spoedeisende hulp en dure scanapparatuur. Laagcomplexere, planbare zorg wordt dan niet aangeboden in die ingewikkelde ziekenhuizen maar in goed gespreide, kleinere algemene centra zonder intensive care of spoedeisende hulp maar wel met een perfecte huisartsenpost die basic life support kan bieden in afwachting van transport naar een groter centrum. In gemeentes en stadwijken zouden centra kunnen komen die eerstelijnszorg en consultatieve tweedelijnszorg voor chronische ziekten leveren. Onder regie van de huisarts kan daar specialistische kennis ingebracht worden, bijvoorbeeld door een aantal specialisten uit te nodigen die een dagdeel in de week tegelijk aanwezig zijn om ingewikkelde patiënten multidisciplinair te zien. Met het aldus geformuleerde beleid kan de huisarts dan weer maanden vooruit in de dagelijkse begeleiding van die patiënt.

KANSEN EN BARRIÈRES

Er zijn meer dan voldoende kansen om de gewenste heroriëntatie van dokters en van de gezondheidszorgorganisatie te realiseren. Centraal daarin staan de opleidingen tot arts, tot huisarts en tot medisch specialist. In de (vervolg)opleiding moet meer dan ooit ruimte zijn voor generalistisch denken, het primaat van de specialismen moet minder dominant worden.⁹

Er zijn barrières voor een vlotte introductie van deze reorganisatie. Het grootste obstakel is het overheidsbeleid in de gezondheidszorg, dat meer uitgaat van marktwerking dan van samenwerking. Dit beleid werkt regionale concurrentie in de hand ten koste van een goed op elkaar afgestemd aanbod van zorgvoorzieningen; mededingingsautoriteiten beschouwen samenwerken en ketenzorg als het verdelen van de 'markt'. Een andere hinderpaal is dat de tarieven voor de verschillende verrichtingen in ziekenhuizen niet matchen met de werkelijke kosten, waardoor de kruissubsidiëring van complexe, onderbetaalde activiteiten door laagcomplexere, overbetaalde activiteiten in stand gehouden wordt. Een derde probleem is dat de huisartsenzorg plotseling ook via verrichtingen wordt gefinancierd, waardoor zinloze en verspillende activiteiten beloofd kunnen worden. En tot slot kan het simpelweg zijn dat bestuurders en professionals om redenen van prestige de huidige organisatie niet willen loslaten.

Toch tonen steeds meer betrokkenen een grote bereidheid om de gezondheidszorg anders in te richten. In dat licht zijn de genoemde hinderpalen slechts relatief: al deze problemen zijn op te lossen. Plannen en ideeën genoeg, nu moeten we de komende jaren maar eens echt doorzetten en dit alles daadwerkelijk, in de praktijk, realiseren. ■

LITERATUUR

- 1 Health expectancy; since 1981 [internet]. Rijswijk: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2012.
- 2 Levi M. De generalist in de moderne gespecialiseerde geneeskunde: uitstervend ras of nog steeds de moeite waard? *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153:B47.
- 3 Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. The treatment of unrelated disorders in patients with chronic medical diseases. *N Engl J Med* 1998;338:1516-20.
- 4 Van der Meer J. Ziekten bestaan niet [afscheidsrede]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2000.
- 5 McCormick J. Death of the personal doctor. *Lancet* 1996;348:667-8.
- 6 Dielissen PW, Van der Jagt L, Lagro-Jansen ALM. Kaderhuisarts bouwt bruggen. *Medisch Contact* 2009;64:1593-5.
- 7 Van Heek NT, Kuhlmann KF, Scholten RJ, De Castro SM, Busch OR, Van Gulik TM, et al. Hospital volume and mortality after pancreatic resection: a systematic review and an evaluation of intervention in the Netherlands. *Ann Surg* 2005;242:781-8.
- 8 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
- 9 Plochg T, Keijsers JF, Levi M. De 'multimorbideitsdokter' heeft de toekomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A5515.