

## COMMENTAAR

# De generalist in de moderne specialistische geneeskunde

## UITSTERVEND RAS OF ONMISBAAR?

Marcel Levi

De afgelopen decennia zijn de mogelijkheden van de geneeskunde zeer toegenomen. De laatste jaren was de drijvende kracht daarvoor de kennis vanuit de biotechnologie en de zich steeds sneller ontwikkelende mogelijkheden op het gebied van de techniek, bijvoorbeeld op het terrein van beeldvorming. Veel van deze ontwikkelingen spelen zich af binnen het territorium van de specialistische geneeskunde en het is dan ook geen wonder dat zich binnen vrijwel alle grote specialismen – maar ook steeds meer kleine specialismen – in rap tempo subspecialismen hebben ontwikkeld of zich aan het ontwikkelen zijn.

De subspecialisten – afhankelijk van hun ego noemen zij zich ook wel superspecialisten – hebben zich door aanvullende opleiding en training toegelegd op een specifiek deel van hun vakgebied. Zo zijn er binnen de interne geneeskunde al jaren een stuk of 10 aandachtsgebieden, zoals endocrinologie, nefrologie, hematologie of ouderengeneeskunde. Ook binnen de chirurgie is al jaren subspecialisatie aan te wijzen, onder andere op het gebied van vaatchirurgie, traumatologie en oncologische en gastro-intestinale chirurgie. Maar ook kinderhematologen, interventieradiologen, glaucoomspecialisten, longoncologen, electrocardiologen en fertiliteitsgynaecologen hebben een duidelijke plaats gevonden binnen de huidige geneeskunde. De trend tot het vormen van grote, al dan niet gefuseerde, ziekenhuizen met daarin vaak uitgebreide maatschappen van medisch specialisten maakt dat deze ontwikkeling zich niet beperkt tot de academische ziekenhuizen, maar zich vrijwel op alle plaatsen voordoet.

De vraag is of er naast deze steeds verdergaande subspecialisaties binnen alle medische specialismen nog wel plaats is voor generalisten die een geheel specialisme overzien en in staat zijn problemen op meer dan één gebied te behandelen.

Het antwoord is natuurlijk bevestigend. Bij goede geneeskunde zou het gegeven moeten prevaleren dat het geheel (lees: de patiënt) meer is dan de som der delen (lees: zijn of haar organen). Superspecialisatie leidt tot kokerzien, tot het behandelen van ziekten en niet van zieken<sup>1</sup> en tot een overschatting van de mogelijkheden van de geneeskunde, bijvoorbeeld bij een patiënt die ‘oncologisch genezen’ is, maar die inmiddels aan de dialyse is en liters diarree heeft.

Ook zijn er veel patiënten die problemen hebben op meer dan één deelgebied of van wie nog helemaal niet zo duidelijk is wat zij mankeren. Uit onderzoek blijkt dat de integrale behandeling van deze patiënten door superspecialisten tekortschiet.<sup>2</sup> Omdat superspecialisatie in Nederland niet alleen betekent dat men van één gebied wat meer weet, maar vooral dat men met de rest niets meer te maken wil hebben, betekent dit dat de patiënt zich als een soort nomade in het ziekenhuis van specialist naar specialist begeeft, met alle communicatieproblemen van dien, en daarbij het gevoel krijgt dat er niet één dokter is die het geheel overziet.<sup>3</sup> Hoeveel patiënten krijgen niet te horen van superspecialisten, of dat nu hooggespecialiseerde internisten, cardiologen, neurologen of maag-darm-leverartsen zijn, dat het probleem ‘niet op hun vakgebied ligt’? Daar heeft de patiënt helemaal niets aan, die wil graag weten wat hij of zij wél mankeert en niet horen dat deze dokter zich er niet mee wil bemoeien.

Er is vanuit de patiënt geredeneerd nauwelijks behoefte aan al die deelspecialisten. Nederland kent inmiddels op elke 20 nieuwe hemato-oncologische patiënten per jaar één internist-hematoloog ([www.ikcnet.nl](http://www.ikcnet.nl); achtereenvolgens doorklikken op ‘cijfers’ en ‘incidentie’; dan selecteren ‘bloed, beenmerg, en lymfklieren’). Door onhandige of misschien wel bewuste planning van de overheid is er een overkill aan specialistische interventiecardiologische centra ontstaan, waarvan er veel te klein zullen zijn om de gewenste expertise op te bouwen. Maar intussen zijn er op andere terreinen binnen dezelfde specialismen wachttijden en capaciteitsproblemen. Nooit is de behoefte aan deelspecialisatie vastgesteld. De steeds verdergaande deelspecialisatie lijkt vooral gedreven vanuit de dokters en niet vanuit de gedachte de zorg voor de patiënt te verbeteren.

*Academisch Medisch Centrum/  
Universiteit van Amsterdam,*

*afd. Inwendige Geneeskunde, Amsterdam.*

*Prof.dr. M. Levi, internist ([m.m.levi@amc.uva.nl](mailto:m.m.levi@amc.uva.nl)).*

Maar ook voor de dokters kan toenemende superspecialisatie onaantrekkelijke gevolgen hebben. Reeds nu gebeurt het hier en daar dat subspecialisten verklaren niet meer in staat te zijn voor het hele vakgebied dienst te kunnen doen in avond, nacht of weekend met als gevolg dat de dienstbelasting voor vrijwel alle specialisten toe zal nemen. En wie is er nu bij gebaat dat de patiënt die diabetes mellitus krijgt door behandeling met corticosteroïden bij de gastro-enteroloog vervolgens wordt verwezen naar de endocrinoloog voor de behandeling met antidiabetica? Is de gastro-enteroloog dan niet prima opgeleid dat zelf te doen? En waarom moet de oudere patiënt met COPD, neiging tot hartfalen, diabetes, galstenen en een stabiele chronische lymfatische leukemie naar cardioloog, longarts, hematoloog, endocrinoloog en gastro-enteroloog, terwijl één breed georiënteerde internist al deze zaken uitstekend en volgens de laatste inzichten kan managen?

Het is niet geheel duidelijk hoe de verschillende specialisten in Nederland denken over het behoud van een brede oriëntatie in de specialistische geneeskunde. Interessant genoeg was het aanvankelijk de bedoeling van de redactie van dit tijdschrift een combinatie van 2 artikelen in de rubriek 'Pro-contra' te publiceren over dit onderwerp. Het is duidelijk dat ik een voorstander ben van het behoud van generalisme binnen de specialistische geneeskunde. Maar in een periode van 2 jaar en na verzoeken aan talloze specialisten in Nederland bleek het

niet mogelijk om een voorstander van het 'contrastpunt' te vinden. Ik hoop dat dit een illustratie is van het feit dat er nog steeds veel behoefte is aan breed georiënteerde specialisten in Nederland.

De stelling dat er inmiddels te veel medische kennis is binnen de specialistische geneeskunde om nog door één persoon te kunnen worden overzien, is onbewezen. Het is eigenlijk ook meer een uiting van gebrek aan ambitie en het zichzelf van tevoren comfortabel tekortdoen wat de eigen intellectuele vermogens betreft. Het is veel waarschijnlijker dat met de telkens verbeterende organisatie en aanbidding van praktische medische kennis in evidence-based databases het juist steeds makkelijker is het hele vakgebied te overzien en de patiënt de juiste behandeling te bieden. Wat daarvoor vooral nodig is, is een brede belangstelling in het eigen vakgebied, interesse in de integrale mens en de overtuiging dat goede geneeskunde niet doktergeoriënteerd, maar vooral patiëntgeoriënteerd is.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 24 november 2008

Citeer als Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B47

[➤ Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

## LITERATUUR

- 1 Van der Meer, J. Ziekten bestaan niet [afscheidsrede]. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2000.
- 2 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.
- 3 McCormick J. Death of the personal doctor. *Lancet.* 1996;348:667-8.