

Superspecialisatie met een generalistische blik

Ziekenhuizen zijn inmiddels tot de nok toe gevuld met allemaal superknappe hypergespecialiseerde dokters. De cardioloog bestaat nauwelijks meer, wel hebben we interventie-cardiologen, cardio-electrofysiologen, en hartfalen specialisten. De gewone neuroloog heeft plaatsgemaakt voor stroke-specialisten, Parkinson-neurologen, neuromusculogen, en witte stof experts. Ook binnen de longziekten heb je collega's die alleen nog maar moeilijk astma doen, of COPD, of exclusief niet-kleincellig bronchuscarcinoom.

Allemaal prima natuurlijk: met de snelle ontwikkelingen in de geneeskunde is het fijn dat we collega's hebben die van een bepaald gebiedje gewoon alle details en laatste feitjes weten. Het gaat echter mis als al deze subspecialisten niet meer geïnteresseerd zijn in de rest van de patiënt en alleen nog maar willen focussen op hun geliefkoosde orgaan, lievelingsziekte of favoriete weefseltype. Het is gewoon wachten op de longarts die zich helemaal heeft toegelegd op de linkerlong maar de patiënt niet kan helpen met een probleem van de rechterlong. Of wat te denken van een oncoloog die weigert te komen kijken bij een grote uitpuilende tumor in de hals "omdat er nog geen weefseldiagnose is, dus misschien is het wel geen kanker". Probeer maar eens een patiënt met vergrote lymfklieren naar een hematoloog te krijgen. Maar al te vaak tref je subspecialisten die eigenlijk alleen maar geïnteresseerd zijn in maligne lymfomen en zich te hoog verheven voelen om virale lymfadenopathie of een sarcoïdose te diagnosticeren. En de teleurstelling bij het toegesnelde 'pulmonary embolism response team' als de patiënt blijkt helemaal geen longembolie te hebben, vertaalt zich helaas zelden bij de longartsen in dit team tot een beetje interesse om bij diezelfde patiënt ontregeld astma of een luchtweginfectie te helpen behandelen.

Het resulteert in een situatie waarbij patiënten vooral te horen krijgen dat hun probleem niet op het terrein van deze geconsulteerde dokter ligt en deze dus niets voor hen kan betekenen. Daarnaast leidt het tot een extreem inefficiënte

en kostenverslindende organisatie van de specialistische zorg. En het werkt al helemaal niet voor de patiënt zonder diagnose. Die heeft helemaal geen toegang tot bijnier-endocrinologen, neuro-oftalmologen of andere superspecialisten, want het classificerende toegangsetiket ontbreekt. Er is geen zorgpad dat hij kan volgen en geen richtlijn die hem de juiste weg kan wijzen. Geen begrijpende verpleegkundig specialist die de patiënt kundig door de wildernis van falende medische diagnostiek en het doolhof van ongerubriceerde geneeskunde leidt. De neuroloog wil niks van hem weten want hij valt buiten de eigen postcoderegio en zijn verwijzing kan 'dus' alleen maar worden geaccepteerd als hij aan één van de hobby's van de vakgroep lijdt.

Met de snel toenemende mogelijkheden van de geneeskunde is het fantastisch dat we steeds meer dokters krijgen die op een klein specifiek gebied alle details weten. Echter, als ze vervolgens hun interesse in al het andere verliezen en niet meer bereid zijn patiënten met alternatieve of bijkomende problemen te helpen, leidt het tot een eindeloze versnippering waarvan patiënten steeds meer de dupe dreigen te worden.



Prof. Marcel Levi, Voorzitter RoB Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO), hoogleraar geneeskunde UMC Amsterdam

Deze tekst is gebaseerd op de columns "Daar ga ik niet over" en "Diagnoseloos", gepubliceerd in Medisch Contact (2021; 01/02 en 2021; 27).