

De 'multimorbiditeitsdokter' heeft de toekomst

Thomas Plochg, Jolanda F.E.M. Keijsers en Marcel M. Levi

Op 3 november 2012 wordt de NTvG-Dag georganiseerd, met dit jaar als titel 'Generalisme versus specialisme: is de veiligheid van de patiënt in het geding?'. In dit commentaar willen wij een voorschot nemen op dit debat door te beargumenteren dat de 'multimorbiditeitsdokter' als nieuwe generalist de toekomst heeft. Dit is niet alleen omdat de patiëntveiligheid onder het huidige systeem in het geding is, maar bovenal omdat deze nieuwe dokter de ontbrekende sleutel zal blijken te zijn in een toekomstbestendig zorgsysteem. De multimorbiditeitsdokter van de 21e eeuw combineert preventieve, generalistische en coachende expertise om de groeiende populatie patiënten met multimorbiditeit te behandelen op een vraaggestuurde, effectieve en efficiënte wijze. De medische professie moet nu lef en leiderschap tonen door voor de multimorbiditeitsdokter te kiezen. Ook moet zij maatregelen nemen die bijdragen aan de legitimering en versterking van de multimorbiditeitsdokter in het Nederlandse zorgsysteem.

MULTIMORBIDITEIT IS HÉT PROBLEEM

Het is evident dat de gezondheidsproblemen in de 21e eeuw gedomineerd worden door chronische ziekten. Inmiddels telt Nederland 4,5 miljoen chronisch zieken; dat aantal zal naar verwachting – mede door de vergrijzing – alleen nog maar toenemen.¹ De toename van het aantal chronisch zieken is echter niet de grootste kopzorg voor beleidsmakers. Belangrijker nog is het groeiend aantal mensen met multiple gezondheidsproblemen, ofwel multimorbiditeit. Nu zijn er al 1,3 miljoen Nederlanders die kampen met multimorbiditeit.¹ In de huisartsenpraktijk hebben bijvoorbeeld 3 van de 4 patiënten met diabe-

tes mellitus ook andere al dan niet chronische gezondheidsproblemen, zoals COPD en hartfalen.² De medische capaciteit voor deze patiëntengroep wordt op dit moment suboptimaal ingezet. Het merendeel van de dokters is gericht op de behandeling en genezing van acute eenvoudige ziekten. Daardoor weten ze bijna alles van 1 onderdeel van het menselijk lichaam, bijvoorbeeld van 1 orgaan, 1 ziekte of 1 behandeling. In het geval van multimorbiditeit verliest deze specialistische expertise aan functionaliteit. Dit is eenvoudig voor te stellen, wanneer men zich realiseert dat een patiënt met diabetes mellitus, COPD, overgewicht en hartfalen niet alleen de huisarts consulteert maar waarschijnlijk ook de internist, longarts, en cardioloog. Het is dus niet vreemd dat de kosten exploderen door inefficiëntie, dat een tekort aan arbeidskrachten wordt voorzien en dat de geleverde zorgkwaliteit voor deze patiëntengroepen vaak onder de maat is. In de VS hebben patiënten met meer dan 4 aandoeningen die vallen onder de ouderenverzekering Medicare bijvoorbeeld 99 keer meer kans op een vermijdbare ziekenhuisopname dan patiënten zonder een chronische aandoening. Bovendien zijn patiënten met 5 of meer aandoeningen verantwoordelijk voor twee derde van de zorguitgaven door Medicare.^{3,4}

Daar komt bij dat de meeste capaciteit wordt ingezet om gezondheidsschade te 'repareren', terwijl het kenmerkende van chroniciteit is dat de ziekte – vooralsnog – niet te genezen valt. Dokters leveren dus feitelijk nazorg, en niet voorzorg die multimorbiditeit voorkomt of uitstelt, of die zelfmanagement stimuleert. Toch is er voldoende kennis en technologie aanwezig om dit te doen en daarmee de verder olopemde ziektelast in te perken. Er is wel eens becijferd dat 50% van de ziektelast in Nederland in beginsel vermijdbaar is.⁵

ARTSENBEROEPEN VERANDEREN

De dokter wordt door beleidsmakers vaak als het probleem gezien en niet als de oplossing of een onderdeel hiervan. Toch zijn de medische beroepsgroepen continu in beweging door het complexe samenspel tussen demografische, epidemiologische, wetenschappelijke, technologische en economische ontwikkelingen.⁶ Zo komt er 1 Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) binnen de KNMG per 2013 en zijn er profielregistraties ingevoerd om flexibeler te kunnen omgaan met het registreren van artsen. Bovendien verandert de inhoud van de

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Afd. Sociale Geneeskunde: dr. Th. Plochg, gezondheidswetenschapper (tevens: Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht).

Raad van Bestuur: prof.dr. M.M. Levi, internist. TNO, directieraad Levenslang Gezond, Leiden.

Dr. J.F.E.M. Keijsers, epidemioloog (tevens: Nederlandse Public Health Federatie, Utrecht).

Contactpersoon: dr. Th. Plochg (t.plochg@amc.uva.nl).

beroepen en komen er relatief nieuwe categorieën dokters bij. Denk bijvoorbeeld aan de recent geïntroduceerde ziekenhuisarts, maar ook aan de SEH-arts, de ontwikkelingen op het gebied van de klinische geriater en de internist-ouderengeneeskunde, de intensivist en de sportarts. De artsen uit deze beroepen hebben gemeen dat ze hun medisch-inhoudelijke expertise proberen te innoveren, zodat ze preventiever en generalistischer (dat wil zeggen: gericht op de hele patiënt) kunnen werken en de patiënt beter kunnen ondersteunen. Deze expertise past beter bij de behoefte van patiënten met complexe en multiple gezondheidsproblemen.⁷

Hoewel veranderingen dus zichtbaar zijn, ligt het tempo waarin deze veranderingen zich voltrekken te laag. Sinds de 19e eeuw ontwikkelt de medische expertise zich langs de lijn van specialisatie en superspecialisatie, wat resulteert in een medische beroepenstructuur bestaande uit 33 erkende medisch specialismen.⁸ Deze structuur en het onderliggende specialiseringsproces is als het ware een mammoettanker die nauwelijks van koers te veranderen is. Een koerswijziging is niettemin noodzakelijk, omdat multimorbiditeitsdokters alleen tot volle wasdom kunnen komen als ze zeggenschap krijgen over een multidisciplinair kennisdomein. Met andere woorden: naast superspecialisatie moet er ook ruimte komen voor het verbinden en overkoepelen, ofwel het generaliseren, van bestaande medische expertise.

ACTIEF BELEID IS NODIG

De betrokken partijen – de beroepsgroep voorop – zouden daarom moeten zorgen voor een beleid dat de ontwikkeling van het beroep van multimorbiditeitsdokter stimuleert en kanaliseert. De basis hiervoor is de sociologische notie dat de medische professie met al haar kennis, bronnen, netwerken en invloed de aangewezen partij is om vruchtbare veranderingsprocessen in de medische beroepenstructuur te signaleren, stimuleren en kanaliseren.⁷

Op grond daarvan zijn legio concrete, mogelijk zelfregulerende beleidsmaatregelen te bedenken die bijdragen

aan een versterking en legitimering van de multimorbiditeitsdokter: (a) vernieuw het onderwijs door eindtermen voor multimorbiditeit, systeemdenken en preventie op te nemen in het Raamplan Artsopleiding; (b) schaf multimorbiditeit als exclusiecriteria voor participatie in RCT's af; (c) programmeer multidisciplinair onderzoek vanuit systeemdenken in plaats van vanuit een reductionistisch wereldbeeld; (c) ontwikkel samen met de industrie apps voor mobiele telefoons ter ondersteuning van de multimorbiditeitsdokter; (d) maak het kwaliteitsbeleid (onder andere de richtlijnen, prestatie-indicatoren, visitaties) 'multimorbiditeitbestendig'; (e) laat de Stichting Capaciteitsorgaan ramingen uitvoeren voor multimorbiditeitsberoepen.

CONCLUSIE

De ontwikkeling van het beroep 'multimorbiditeitsdokter' zal weerbarstig blijken en het succes zal vallen of staan met het leiderschap van de medische beroepsgroep. Daarbij is optimisme op zijn plaats. Dit optimisme wordt gevoed door de 'fluiditeit' van de huidige medische beroepenstructuur. De druk op de medische professie is groot door geldgebrek en de voorzienbare tekorten aan arbeidskrachten. Dat biedt een uitgelezen kans om de geneeskunde niet alleen technisch te innoveren maar ook de wijze waarop de medische beroepenstructuur is georganiseerd. Kortom, de reikwijdte van de NTVG-Dag is breder dan alleen patiëntveiligheid. 'Generalisme versus specialisme' gaat vooral over de toekomstbestendigheid van de gezondheidszorg en die is gebaat bij een nieuw soort dokter.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 23 september 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5515

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

LITERATUUR

- 1 Nationaal Kompas Volksgezondheid. Chronische ziekten en multimorbiditeit. Bilthoven: RIVM. www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/chronische-ziekten-en-multimorbiditeit, geraadpleegd op 27 september 2012.
- 2 Van Oostrom et al. Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A3193.
- 3 Tinetti ME, Fried TR, Boyd CM. Designing health care for the most common chronic condition – multimorbidity. JAMA. 2012;307:2493-4.
- 4 Anderson G. The latest disease burden challenge: people with multiple chronic conditions. In: OECD Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Ch 1. Parijs: OECD Publishing; 2011. p. 15-35.
- 5 Mackenbach JP. Ziekte in Nederland. Gezondheid tussen politiek en biologie. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg; 2010.
- 6 Detsky AS, Gauthier SR, Fuchs VR. Specialization in medicine? How much is appropriate? JAMA. 2012;307:463-4.

- 7 Plochg T, Klazinga NS, Schönstein M, Starfield B. Reconfiguring health professionalism in times of multimorbidity. Eight recommendations for change. In: OECD Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Ch 4. Parijs: OECD Publishing; 2011. p. 109-41.
- 8 Groenewegen PP, Plochg T, Batenburg R. Beroepen en opleidingen: passend voor de toekomstige zorgvraag? In: Bakker DJ, Post D, Polder JJ, Verkerk MJ. Een vitale toekomst. Onze gezondheidszorg in 2040. Amsterdam: Reed Bussiness; 2012. p. 201-7.