

## GENERALIST VS. SUPERSPECIALIST

# “Als specialist moet je ook de generalist in je koesteren”

De MDL-arts van nu is niet meer de MDL-arts van vroeger. De kennis, kunde en technische mogelijkheden groeien met de dag. De superspecialisten zijn in opkomst. Veel (oudere) MDL-artsen maken zich zorgen: bestaat de generalistische MDL-arts straks nog wel? En is die nog nodig? Drie MDL-artsen buigen zich over deze kwestie: Bas Oldenburg, Kristien Tytgat en Ludger Epping.

**O**nder jonge MDL-artsen (in wording) bestaat grote belangstelling voor superspecialisatie, merken de MDL-artsen die deelnemen aan het rondetafelgesprek voor MAGMA. Twee van hen zijn ook opleider in hun ziekenhuis. Woorden als ‘hip’ en ‘sexy’ komen voorbij. “Het is natuurlijk interessant en spannend als een superspecialist een heel complexe ingreep klaart, zwetend zijn kamer uit komt en iedereen staat te klappen. Toch heb je voor het grootste deel van ons werk geen superspecialist nodig”, zegt Bas Oldenburg, MDL-arts in UMC Utrecht met als aandachtsgebied IBD én opleider. Wat hem betreft is er een *reality check* nodig onder degenen die al MDL-arts zijn én die het willen worden. Hij vindt dat een groot deel van het werk van MDL-artsen door deze adoratie wordt veronachtzaamd. “Neem bijvoorbeeld alles wat met functionele aandoeningen te maken heeft. Dat is reuze complex en je hebt heel goede dokters nodig om mensen daarmee verder te helpen. Dat wordt dan onvoldoende op waarde geschat.”

Kristien Tytgat, MDL-arts, gespecialiseerd

in palliatieve zorg in Amsterdam UMC en tevens opleider, herkent dat de superspecialist aantrekkelijk wordt gevonden onder jonge artsen. “Ik merk als opleider dat de aios gefascineerd zijn door de superspecialist die helemaal opgaat in zijn ene celletje of deelgebiedje. Maar het is natuurlijk maar voor een paar mensen weggelegd om in één techniek de allerbeste van Nederland te zijn. Ik zeg dan op zo’n moment: ‘Jongens, het gaat echt om de hele patiënt. Als je een goede arts wilt zijn, dan moet je de hele patiënt omvatten en moet je voor die patiënt de hele zorg kunnen leveren. Je moet precies weten, en daar heb je generalistische kennis voor nodig, wanneer je je buiten je comfortzone begeeft en moet doorverwijzen.’”

### Superspecialisten

Aan de andere kant heb je ook superspecialisten nodig door de toegenomen kennis en technieken, onderkennen de gespreksdeelnemers. Zeker nu de MDL zich steeds meer richting microchirurgie begeeft. Niet alleen poliepen worden verwijderd, maar ook bijvoorbeeld hele carcinomen met endoscopische submucosale dissectie. Bas Oldenburg: “Als je kijkt vanuit medisch-technisch opzicht zijn het prachtige ontwikkelingen voor zowel de MDL-artsen als de patiënt. De medicijnen en technieken die we nu als MDL-arts kunnen inzetten, maken de chirurg in feite overbodig. Het is dan onontkoombaar dat een deel van de artsen zich daarop ook gaat toeleggen.” Tegelijkertijd constateert hij risico’s. “In feite zitten we in een traject dat de interne geneeskunde vele jaren geleden ook doorlopen heeft. Je ziet

nu bij de interne geneeskunde dat de verschillende specialismen zodanig van elkaar weg dobberen dat nog weinig internisten zich werkelijk eigenaar voelen van het hele internistische speelveld. Met als gevolg dat ze patiënten aan elkaar doorverwijzen. Een patiënt wordt bijvoorbeeld opgenomen met een infectie. Op een gegeven moment is er ook iets aan de hand met z’n nierfunctie, waardoor de nefroloog erbij wordt gehaald. Als sprake is van een heel hoog trombocytengetal, komt de hematoloog ook nog even meekijken. Zo’n werkwijze is natuurlijk uitermate ineffectief en kostbaar.”

Ludger Epping, MDL-arts in het Maasziekenhuis Pantein haakt daarop in. “Als een patiënt van topspecialist naar topspecialist wordt gestuurd, wie is dan de hoofdbehandelaar die hem of haar begeleidt? Patiënten begeleiden zie ik nog steeds als een van de belangrijkste taken van een arts. En op grond van zijn taakstelling kan een generalist dat waarschijnlijk beter dan een topspecialist die bijvoorbeeld voor *high-end* endoscopie verantwoordelijk is. Patiënten begeleiden en langs al die topspecialisten loodsen wordt zelfs steeds belangrijker. Ik doe dat nog steeds met veel liefde. Soms zijn patiënten voor onderzoek langs allerlei topspecialisten en centra geweest, waarna ze uiteindelijk bij mij terugkomen en zeggen: Wat is er überhaupt gebeurd?”

Kristien Tytgat herkent de verhalen van haar collega’s. “Als een patiënt in zo’n superspecialistisch traject zit, heb je voor je het weet 23 specialisten nodig. Wie is dan de hoofdbehandelaar? En wie kan ook



**Kristien Tytgat: "Als je een goede arts wilt zijn, moet je ook de generalist in je blijven koesteren."**

even verder kijken dan zijn neus lang is? Ik herinner mij een oncologische patiënt met dyspneu. De behandelaar zei toen 'dat het wel hyperventilatie zou zijn door de angst'. Maar het bleek uiteindelijk een longembolie." Een ander risico dat zij ziet, is kokervisie. "In Amsterdam UMC hebben we een oncologisch centrum opgezet – het Gastro-Intestinaal Oncologisch Centrum

Amsterdam (GIOCA). Het risico van zo'n specialistisch oncologisch centrum is dat je bij alle klachten denkt dat het kwaadaardig is, omdat je eenvoudigweg de kennis en ervaring mist van wat het allemaal nog meer kan zijn."

### **Generalisten**

Bas Oldenburg: "Uit enquêtes blijkt dat

rond de 70 tot 80 procent van de specialisten vindt dat er meer aandacht voor generalisten moet zijn (Jambroes, NTvG 2023;167:D7929). Dat is over de volle breedte van de geneeskunde." Ook tijdens de Opleidingsdag van de NVMDL is deze vraag aan de orde gekomen, vertelt hij. "En ook toen bleek dat zowel aios als gevestigde MDL-artsen veel waarde hechten aan de generalist." Kristien Tytgat: "Ik geloof dat iedereen er inderdaad van doordrongen is dat we niet zonder generalisten kunnen, maar tegelijkertijd denk ik dat veel collega's zich op persoonlijk niveau heel senang zouden voelen als superspecialist. Je bent dan immers de koning of koningin in je vakgebied. Bovendien heeft het een bepaalde gemakkelijkerheid: je kunt je richten op één ding en je hoeft niet meer het hele MDL-spectrum bij te houden. Daarom is mijn visie: als je een goede arts wilt zijn, moet je ook de generalist in je blijven koesteren." De anderen beamen dit laatste volmondig.

Bas Oldenburg constateert echter een groeiend spanningsveld. "De toename van superspecialisten brengt automatisch een verlies van generalisten met zich mee. Daar zit een spanningsveld. Het botst." De gespreksdeelnemers noemen allerlei fricties. Want hoeveel MDL-artsen laat je doorstromen naar een superspecialisme? Hoe ziet de taakverdeling er dan uit op de werkvloer? Moeten de superspecialisten bijvoorbeeld ook (evenveel) diensten doen op zaal en op de poli generalistische zorg blijven leveren? Krijg je geen a- en b-specialisten, met de superspecialist die meer standing en status heeft dan de generalist? En hoe zit het met de opleiding en nascholingen: moet iedere arts van alle (basis)kennis op de hoogte zijn én blijven? Is dat überhaupt mogelijk?

### **Taakverdeling**

Kristien Tytgat: "Je zou een berekening kunnen loslaten op het aantal superspecialisten dat je nodig hebt. Maar wat ik relevanter vind: er moet bij iedere superspecialist – of je nu in een academisch, topklinisch of perifeer ziekenhuis werkt – een basis zijn

aan algemene kennis, zodanig dat ze in de dienst of supervisie op zaal de basiszorg kunnen leveren. Dat moet niet alleen in de opleiding worden gegarandeerd, maar ook ná de opleiding.” Bas Oldenburg is het met haar eens. “Een verdeling maken tussen generalisten en superspecialisten is lastig. Ik doe supervisie op zaal en superviseer ook over patiënten met aandoeningen die niet binnen mijn focus of interessegebied liggen. Dat moet je in principe kunnen.” Ludger Epping brengt wat nuance aan. “Een endoscopie superspecialist moet mijns inziens wel meer tijd voor endoscopieën krijgen, en zal daardoor misschien wat minder poli draaien. Het gaat immers ook om kwaliteit leveren. Wat er aan endoscopie allemaal mogelijk is, kun je niet leren als je daarvoor niet wordt vrijgesteld. Bovendien kun je alleen kwaliteit leveren op bijvoorbeeld het gebied van endoscopisch complexe procedures als je het vaak doet.” Kristien Tytgat haakt daarop in: “Chirurgen hebben heel goed uitgezocht welke leercurve je moet doorlopen voordat je succesvol bent en geen brokken maakt.”

### **Plannen CGS en FMS**

Bas Oldenburg haalt een document van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) aan. “Daarin bepleit men dat we toe moeten naar acht kernspecialismen (volgens cijfers van Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn het er nu 28, red.). De kernspecialisten moeten dan de algemene laag- tot middelcomplexe zorg verrichten, wat geschat wordt op zo’n 80 procent van de klinische werkzaamheden. Voor de overige 20 procent zijn superspecialisten nodig, die zich vanuit het kernspecialisme kunnen doorontwikkelen.” Terzijde merkt hij op: “Ik zou overigens niet zo goed weten bij welk kernspecialisme de MDL-artsen zich zouden moeten scharen. Logischerwijs zou men van bovenaf kunnen zeggen: jullie vallen onder de interne, maar daar voelen we ons tegenwoordig niet meer thuis, denk ik.”

Ook de FMS speelt met de gedachte van nieuwe vormen van generalisten: een algemene medisch specialist voor de beschou-

wende vakken interne geneeskunde, reumatologie, longgeneeskunde en MDL. De opleiding voor deze algemene medische specialist zou korter moeten zijn, zo’n vier jaar. Daarnaast is er de medisch specialist zoals we die nu kennen: deze doet in feite ook de generale opleiding, maar specialiseert zich daarna, vergelijkbaar met de huidige differentiatie en uitstroomprofielen.

“Ik ben helemaal voor generalisten, maar je moet niet overdrijven”, reageert Bas Oldenburg. “En een kortere opleiding? Kom op, zeg! Ook generalist-zijn is een specialistisch vak, waarvan de status niet anders is dan die van een superspecialist die met zijn pink een superslimme ingreep kan doen in een galwegkanaaltje. Wat ik mij wel kan voorstellen is dat we meer inzetten op de ziekenhuisarts, die veel algemeen klinische taken kan overnemen samen met de SEH-arts. En dan heb ik het niet over poliklinie-

ken, want daar wordt toch meer MDL-kennis en een robuuste basis gevraagd.” Kristien Tytgat beaamt de visie van haar collega. Ook Ludger Epping vindt dat de grens is bereikt van wat je vanuit de beschouwende vakken allemaal aan kennis moet weten en waarin je up-to-date kan blijven.

### **(Na)scholing**

Zelfs voor de generalisten blijkt het al lastig alle ontwikkelingen in het volle MDL-spectrum bij te houden, blijkt uit de verhalen tijdens het rondetafelgesprek. Ludger Epping: “Door de toegenomen medische kennis kun je als MDL-arts onmogelijk alles weten en onthouden.” Zelf heeft hij veel baat bij de jaarlijkse Duitse Gastro Update. Daar geven twaalf topspecialisten gedurende twee dagen een update van de laatste ontwikkelingen op MDL-vakgebied die relevant zijn voor zijn dagelijkse praktijk. “Denk hierbij aan bijvoorbeeld indicatieverande-

*Ludger Epping: “Van topspecialist naar topspecialist: wie is dan de hoofdbehandelaar?”*



ringen. Dat is informatie die generalisten dringend nodig hebben. Het vergt immers veel te veel tijd om in de breedte alle wetenschappelijke congressen van MDL af te lopen. Dat gaat niet. Bij de postgraduate cursus van het United European Gastroenterology (UEG) krijg je ook een standaard update, maar nooit een volledige update van het gehele MDL-gebied. Ook vind ik het jammer dat de Europese Gastro Update er niet meer is.”

Bas Oldenburg herkent dat. Ook over nascholingen moet goed worden nagedacht, vindt hij. “Want het is best lastig hoe we kunnen borgen dat MDL-artsen het hele vakgebied blijven beheersen.” Kristien Tytgat: “Je hoeft niet alles tot in detail te weten en het ook niet allemaal zelf te doen. Als het écht te ingewikkeld wordt, dan kun je ook doorverwijzen. Denk bijvoorbeeld aan het verwijderen van een van de groot-

ste poliepen door een Endoscopisch Submucosale Dissectie (ESD). Maar je moet wel in grote lijnen weten dat het bestaat, dat het kan, tot waar je het zelf kunt en wanneer je het moet overdragen. Ik heb als generalistische MDL-arts de mazzel dat ik in een academisch ziekenhuis werk waar ook artsen worden opgeleid, waardoor ik de nieuwste ontwikkelingen meekrijg.”

### **Snelle ontwikkelingen**

Bas Oldenburg wijst op de snelheid van de ontwikkelingen. “Iets wat we nu bespreken, kan over tien jaar weer verouderd zijn. Het vak van geneeskunde is natuurlijk fluïde en blijft zich ontwikkelen. Neem een chirurg met als focus de buik. Toen ik startte als MDL-arts deed zo’n chirurg voornamelijk operaties vanwege zuurgerelateerde problemen, zoals maagzweren. Dat doen ze nu hooguit één keer per jaar. Omdat wij als MDL-artsen steeds invasiever worden, zijn

wij steeds meer op hun plek gaan zitten. We hebben immers de medicijnen en technieken die de chirurg op dit vlak overbodig maken. Dit betekent dat wij over tien jaar misschien onze collega’s niet meer herkennen zoals wij zelf zijn opgeleid.” Het vak zal dramatisch veranderen, vervolgt hij. “Misschien dat wij als MDL-artsen in de komende twintig jaar voor een deel overbodig raken in de diagnostiek, omdat de radiologie veel beter wordt. Het kan ook zijn dat onze therapeutische behandelingen deels overbodig worden, omdat de interventieradiologie een grotere rol gaat spelen. Er komen ongetwijfeld nieuwe technieken bij waarvan we nu nog helemaal geen weet hebben. De ontwikkelingen gaan heel snel. Denk alleen al aan de mogelijkheden van AI.”

Kristien Tytgat: “Er komen nieuwe technieken bij, maar er vallen ook weer technieken af. Ziektes komen en ziektes gaan. En alles wat de diagnostiek beter kan maken: prachtig. Maar je zal nooit de communicatie – denk aan begeleiding, palliatie, en dergelijke – uit het vak kunnen halen. Communicatie blijft *key*.” Ludger Epping: “Bij AI zie ik vooral voor de superspecialisten een gevaar. Voor generalisten zie ik die minder, omdat de emotionele relatie tussen arts en patiënt altijd zal blijven bestaan – daarvan ben ik zeker – omdat patiënten dat belangrijk vinden, ook als AI de beste diagnoses maakt.”

Hij haalt een voorbeeld aan. “Wij hebben net de casus achter de rug met een 91-jarige patiënt die weliswaar topfit was, maar wel last had van icterus door een pancreascarcinoom, waarvoor een galwegdrainage werd uitgevoerd. Vervolgens krijgen we van het MDO stereotactische radiatie als advies, terwijl wij als generalisten al lang met de patiënt hadden besproken dat we dat niet gingen doen. Ook dat heeft veel waarde: zo’n gesprek met een 91-jarige patiënt en de *shared decision making*.” Bas Oldenburg: “De generalist heeft een zeer belangrijke rol in ons vakgebied. Ik denk dat wij dat als MDL-artsen en opleiders ook moeten blijven uitstralen.”

**Bas Oldenburg: “De generalist heeft een zeer belangrijke rol in ons vakgebied.”**

