

Strategisch Plan 2008 – 2012

Nederlandsche Internisten Vereniging



De patiënt centraal in een optimale en geïntegreerde intern geneeskundige zorg

1. Naar een optimale en geïntegreerde zorg

De ontwikkelingen in de zorg verlopen in een hoog tempo. Zo is landelijk onder meer de zorgvraag in belangrijke mate veranderd als gevolg van de vergrijzing en de toename van polymorbiditeit. Binnen de Interne Geneeskunde zelf is sprake van fragmentatie nu de aandachtsgebieden zich ontwikkelen tot deelspecialismen. Van belang is dat internisten de regie moeten blijven voeren over deze en andere ontwikkelingen, met name op het zorginhoudelijke vlak (zie Appendix 1). Om dit te kunnen bewerkstelligen zal het imago van de internist zichtbaar moeten worden versterkt; hij zal zich maatschappelijk meer moeten profileren.

Het Bestuur van de NIV heeft hiervoor het Strategisch Plan 2008-2012 opgesteld waarin strategische doelen zijn geformuleerd. Het plan geeft de richting aan waarin het wil werken, en laat zien op welke wijze de leden betrokken zijn bij het bereiken van de doelstellingen. Het Bestuur wil prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman bedanken voor zijn begeleidende rol in dit aanpassingsproces; dankzij hem is het Strategisch Plan 2008-2012 tot stand gekomen.

2. Missie: de patiënt centraal in breed internistische praktijk

Voorjaar 2007 heeft de algemene ledenvergadering van de Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) ingestemd met een aanpassing van de missie van de vereniging. In de oorspronkelijke missie stonden het specialistisch handelen en de maatschappelijke belangen van de internist centraal, in de herziene missie is de patiënt het uitgangspunt.

'De vereniging stelt zich ten doel het bevorderen van de kwaliteit van de intern geneeskundige zorg door het bevorderen van de kennis en vaardigheden in het voorkomen, tijdig opsporen en behandelen van interne ziekten, het bevorderen van de opleiding en nascholing van degenen die werkzaam zijn in de intern geneeskundige praktijk en het behartigen van de maatschappelijke belangen van hen die dit deel van de geneeskundige praktijk beoefenen.'

De nieuw geformuleerde missie sluit aan bij de opvatting van de vereniging dat zij meer nog dan een maximale en gefragmenteerde zorg, streeft naar een optimale en geïntegreerde intern geneeskundige zorg. Hierbij wordt niet exclusief de aandacht gericht op de internist en de assistent in (voor)opleiding tot internist of een afgeleid deelspecialisme, maar wordt de zorg bekeken vanuit het perspectief van de patiënt en een intern geneeskundige praktijk die zich richt op allen die hierin werkzaam zijn, dus ook de 'physician assistants' en de 'nurse practitioners'.

In het Strategisch Plan 2008 - 2012 worden de gevolgen van de veranderingen in de zorg en de daarop aangepaste missie van de NIV vertaald in doelen en activiteiten.

3. Strategisch Plan 2008 – 2012; doelen en activiteiten

Uitgaande van voornoemde herziene missie van de NIV, de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorgaanbod en de zorgorganisatie (zie appendix 1), alsmede de gesprekken met vertegenwoordigers van commissies, secties en leden van de vereniging (zie appendix 2), heeft de NIV voor de periode 2008 - 2012 een aantal doelstellingen geformuleerd. De uitwerking van deze strategische doelen zijn vertaald in actiepunten. Daarbij wordt het tijdsbestek aangegeven waarbinnen de betreffende activiteiten moeten zijn vertaald in de praktijk.

1. *De patiënt (lees zorgvraag) is uitgangspunt in de intern geneeskundige zorg.*

- 1a. Op basis van de zorgvraag bepalen hoe de interne geneeskunde er in de toekomst (over 10 jaar) uitziet, respectievelijk bepalen hoe de maatschappen interne geneeskunde (qua profielen) dienen te zijn samengesteld.

*Start 2008
Gereed 2009*

2. *De inhoud, structuur en capaciteit van de opleidingen van hen die werkzaam zijn in het intern geneeskundig domein vormen een samenhangend geheel en sluiten aan op de zorgvraag.*

- 2a. De eindtermen van de opleidingen van internisten en van internisten met een samengesteld of enkelvoudig profiel herijken, zodanig dat een samenhangend geheel ontstaat met per profiel duidelijk te onderscheiden competenties.

Gereed 2008

- 2b. Op basis van praktijkprofielen en internistprofielen een mankrachtplan ontwikkelen en daarop aansluitende opleidingscapaciteit vaststellen.

Gereed 2009

- 2c. Een studie verrichten naar de vraag waarom AIOS merendeels (willen) kiezen voor een opleiding in een enkelvoudig profiel (aandachtgebied) van de interne geneeskunde. Op basis van deze studie maatregelen vaststellen hoe de loopbaanambities en -planning van AIOS in lijn te brengen zijn met de zorgvraag c.q. (op basis van een mankrachtplan bepaalde) vraag naar internisten met een samengesteld of enkelvoudig profiel.

*Gereed
2009 / 2010*

- 2d. Criteria ontwikkelen waaraan een opleidingsstructuur en –omgeving moeten voldoen voor de opleiding van een internist met een samengesteld of enkelvoudig profiel, zodanig dat deze aansluiten op de latere werkomgeving ('learning must reflect practice').

Gereed 2009

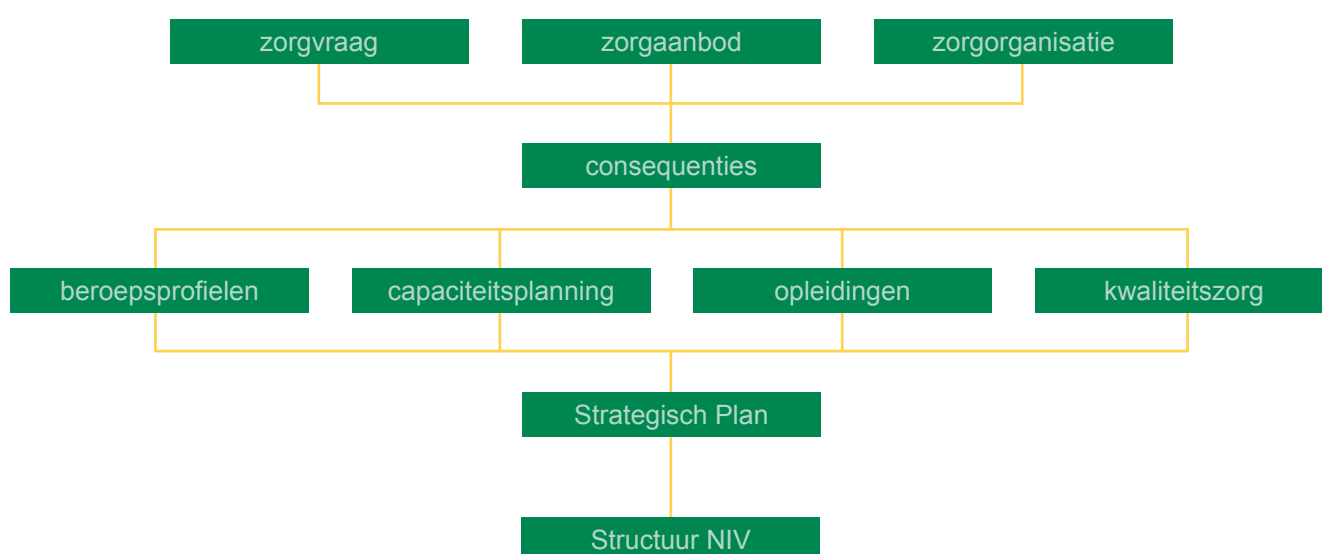
- 2e. Een studie verrichten naar de effecten van nieuwe beroepsgroepen op de intern geneeskundige zorg. Dat wil zeggen een studie naar onder meer:
- welke beroepsgroepen het betreft;
 - welke werkzaamheden in aanmerking komen voor taakdelegatie en taakverdeling;
 - welke bekwaamheden en bevoegdheden daartoe noodzakelijk zijn;
 - wat de gevolgen zijn voor de diverse opleidingen in het intern geneeskundig domein;
 - wat de gevolgen hiervan zijn voor de capaciteitsplanning;
 - wat de gevolgen hiervan zijn voor de kerntaken en structuur van de NIV.

*Start 2010
Gereed 2012*

- | | |
|---|--|
| <p>3. <i>Een breed publiek is duidelijk wat een internist met een enkelvoudig of samengesteld profiel is, kan en doet. Daarbij moet nadrukkelijk naar voren komen dat een internist een behandelend specialist is.</i></p> | <p><i>Gereed
2011 / 2012</i></p> |
| <p>3a. Een profielschets maken van 'de interne patiënt'.
Deze schets is toegankelijk voor een breed publiek.</p> | <p><i>Gereed
2011 / 2012</i></p> |
| <p>3b. Op grond van het profiel van 'de interne patiënt' herijken van de kerncompetenties en generieke vaardigheden van de internist.</p> | <p><i>Start 2008
Gereed 2010</i></p> |
| <p>3c. Vaststellen wat een internist met een samengesteld of enkelvoudig profiel is, kan en doet.</p> | <p><i>2011 / 2012</i></p> |
| <p>3d. Bestuur en medische staf van ziekenhuizen wijzen op wat een internist met een samengesteld en enkelvoudig profiel is en wat het belang is van werving en selectie van internisten met een profiel dat aansluit bij het ziekenhuis- c.q. praktijkprofiel.</p> | <p><i>2011 / 2012</i></p> |
| <p>4. <i>De internist is verantwoordelijk voor de regie in de klinische en poliklinische intern geneeskundige zorg (regisseursfunctie).</i></p> | <p><i>2011 / 2012</i></p> |
| <p>4a. Een studie verrichten naar de mate waarin de NIV een initiërende rol kan spelen in de ontwikkeling van subspecialisme overstijgend wetenschappelijk onderzoek dat aansluit bij dominante zorgvragen.</p> | <p><i>2010 / 2011</i></p> |
| <p>5. <i>De interne geneeskundige zorg is meer optimaal dan maximaal (wanneer hou je op met behandelen, kosteneffectiviteit) en meer geïntegreerd dan gefragmenteerd.</i></p> | <p><i>2010 / 2011</i></p> |
| <p>5a. Het definiëren van de manier waarop voor de verschillende ziektecategorieën meer optimale dan maximale en meer geïntegreerde dan gefragmenteerde zorg kan worden geleverd.</p> | <p><i>Gereed
eind 2008</i></p> |
| <p>6. <i>Borging van kwaliteit van de intern geneeskundige zorg en opleidingen in dit domein vormt een transparant geheel en is bekend bij de patiënt en maatschappij.</i></p> | <p><i>Gereed
2009 / 2010</i></p> |
| <p>6a. Streven van NIV naar het verbeteren van de kwaliteit van de professionals en de organisatie van zorg zodat de kwalitatieve zorg voor de patiënt van de internist wordt verbeterd.
Opstellen van kaders en normen door NIV.</p> | <p><i>Start 2010
Gereed 2011</i></p> |
| <p>6b. Criteria ontwikkelen voor nascholingsactiviteiten ten behoeve van herregistratie die aansluiten bij het werkterrein, de kerncompetenties en het profiel van de internist. Met andere woorden, naast richtlijnen over de omvang van nascholingsactiviteiten ook richtlijnen over de aard daarvan.</p> | |
| <p>6c. Een studie verrichten naar de voor- en nadelen van invoering van een 'board examination' voor herregistratie.</p> | |

Werkwijze voor de formulering van het Strategisch Plan 2008 - 2012

De veranderingen in de zorg, die een herformulering van de missie van de NIV en de opstelling van het Strategisch Plan noodzakelijk maakten, kunnen worden ingedeeld in veranderingen in de zorgvraag, veranderingen in het zorgaanbod en veranderingen in de zorgorganisatie. Deze veranderingen kunnen gevolgen hebben voor het werkerterrein en een aantal kerntaken van de NIV, in het bijzonder voor de profielen van in het intern geneeskundig domein te onderscheiden beroepsgroepen, de daarmee samenhangende capaciteitsplanning, de opleiding en de borging van de kwaliteit van de intern geneeskundige opleidingen en zorg. En mogelijk ook voor de structuur van de NIV ('structure follows strategy'). Schematisch kan dit proces als volgt worden weergegeven:



Aan de hand van dit schema is in een aantal bijeenkomsten gesproken met NIV-leden van de vereniging (zie appendix 2) en een aantal commissies en secties van de vereniging.

De interne geneeskunde in een veranderende zorgvraag, zorgaanbod en zorgorganisatie

De interne geneeskunde neemt in elke ziekenhuisorganisatie een centrale plaats in. Deels vanwege de voor dit domein in de geneeskunde zo kenmerkende holistische benadering, die vooral van belang is voor integrale en verantwoorde zorg voor patiënten met complexe acute of chronische aandoeningen. Deels ook omdat de interne geneeskunde met tal van geneeskundige disciplines raakvlakken heeft en veel aandoeningen tijdens loop en behandeling gepaard kunnen gaan met complicaties op intern geneeskundig terrein. Daardoor opereert een internist merendeels in tal van intra- en extramurale zorgnetwerken. Deels als hoofdbehandelaar, deels als consulent, deels als deskundige in een scala aan aandachtsgebieden, deels als eerste aanspreekpunt binnen een ziekenhuisorganisatie voor de huisarts of als trait d'union tussen de huisarts en deelspecialismen en deels als deskundige in tal van commissies, in het bijzonder farmacotherapie en medisch-ethische toetsingscommissies van een ziekenhuis.

Veranderende zorgvraag

Veranderingen in de vraag naar intern geneeskunde zorg worden in belangrijke mate bepaald door demografische ontwikkelingen in de bevolking, in het bijzonder de vergrijzing. Over circa twintig jaar is het aantal 65-plussers in Nederland met de helft toegenomen: van 14% in 2005 tot 21% in 2025. Voor het Capaciteitsorgaan is door Prismant berekend dat op basis daarvan tussen 2005 en 2012 een groei te verwachten is van 10% in de intern geneeskundige zorgvraag. Voor de periode 2005-2017 wordt door het Capaciteitsorgaan daarin een groei verwacht van 17% en voor 2005-2022 van 24%. Voorts wordt de zorgvraag bepaald door niet-demografische ontwikkelingen, zoals de steeds succesvollere behandeling van acute aandoeningen, sociaal-culturele en epidemiologische ontwikkelingen. Het effect daarvan op de zorgvraag lijkt jaarlijks circa 1% te zijn. Eén en ander betekent dat de komende 15 jaar de zorgvraag met circa 40% zal toenemen.

Door vergrijzing van de bevolking zal vooral het aantal chronisch zieken de komende jaren sterk toenemen. Door het RIVM is hiertoe een aantal berekeningen gedaan voor de in dit kader meest relevante ziektebeelden: hart- en vaatziekten (hartinfarct, hartfalen, beroerte), diabetes mellitus, kanker (long-, borst-, en dikke darmkanker), COPD, osteoporose en obesitas. Op basis van demografische projecties met behulp van een Chronisch Ziekten Model, rekening houdend met groei, vergrijzing en trends in prevalentie van de ziekte in het verleden, is de te verwachten verandering van prevalentie van de hiervoor genoemde aandoeningen voor de periode 2005-2025 als volgt:

aandoening	prevalentie (%)
Hart- en vaatziekten	
• Hartinfarct	38
• Hartfalen	34
• Beroerte	57
Diabetes mellitus	58
Kanker	
• Longkanker	47
• Borstkanker	30
• Dikke darmkanker	45
COPD	19
Osteoporose	41
Obesitas	20

Wanneer de prevalentie van overgewicht in het huidige tempo door blijft stijgen kan met name voor diabetes mellitus een sterkere stijging in de prevalentie worden verwacht dan in de tabel genoemd (71% indien de Nederlandse trend wordt gecontinueerd, 90% indien in Nederland de huidige trend in de Verenigde Staten wordt gevolgd).

De sterke stijging van de hiervoor genoemde chronische aandoeningen impliceert dat ook het aantal patiënten met meer dan één chronische aandoening zal toenemen. Met name bij patiënten ouder dan 65 jaar is de aanwezigheid van een meervoudige chronische aandoening eerder regel dan uitzondering. Het is de verwachting dat deze problematiek de komende jaren zal toenemen tot circa 80% van het aantal patiënten dat past in het domein van de interne geneeskunde. Deze polymorbiditeit met daarbij horende complexiteit doet de zorgvraag waarschijnlijk verder toenemen dan op basis van de noodzakelijk zorg voor chronische ziekten afzonderlijk kan worden verwacht. Bij onderzoek bij patiënten met diabetes in eerste- en tweedelijns praktijken is gebleken dat het voorkomen van complicerende en concurrente co-morbiditeit niet alleen het aantal consulten en opnamedagen per jaar sterk doet toenemen, maar ook het aantal specialisten dat bij de zorg van de betreffende patiënten betrokken is. Met andere woorden, toename van het aantal patiënten met een meervoudige chronische aandoening leidt niet alleen tot toename van de zorgvraag en zorgvragen, maar ook tot extra aandacht voor coördinatie daarvan. Voor wat betreft de intramurale zorg houdt dit in dat de consultatieve taken van de internist zullen toenemen en dat hij/zij mogelijk ook buiten de eigen afdeling meer en meer een coördinerende rol in de zorg rond opgenomen patiënten met complexe meervoudige problematiek zal krijgen.

Voorts zal de zorgvraag veranderen door ontwikkelingen in de verschillende aandachtsgebieden van het domein interne geneeskunde. Door technologische ontwikkelingen zullen diagnostische mogelijkheden en interventies, die nu nog voor andere specialismen voorbehouden zijn, voor de internist binnen handbereik komen. Door toename van diagnostische en therapeutische mogelijkheden nemen niet alleen de mogelijkheden voor doeltreffende zorg toe, maar zal ook de afweging wat wel en wat niet te doen in specifieke situaties meer overleg en dus tijd vragen. Met name door moleculair biologische ontwikkelingen zal de aandacht voor primaire preventie toenemen en zal de zorg ook meer geïndividualiseerd kunnen worden. Een voorbeeld van dit laatste is farmacotherapie op maat op basis van bij een patiënt vastgestelde karakteristieken voor werking en metabolisering van medicamenten. Deze ontwikkelingen zullen hoge eisen stellen aan de opslag en toegankelijkheid van patiëntgegevens, alsook de hantering (interpretatie en besluitvorming) daarvan.

Tenslotte zal de zorgvraag toenemen door grotere mondigheid van de patiënt en veranderende eisen die aan de beroepsuitoefening worden gesteld. In de huidige trend wordt niet alleen verwacht dat een zorgverlener over medisch-inhoudelijke competenties beschikt, maar ook geschoold is in communicatieve vaardigheden, kan functioneren in multidisciplinaire teams, in staat en bereid is om managementfuncties uit te voeren, betrokken is bij activiteiten op het terrein van primaire preventie en voldoende tijd besteedt aan het op peil houden van zijn inhoudelijke en professionele vaardigheden en behoud van registratie. Voorts zal een toenemende wens om in deeltijd te werken, deels door feminisering van het beroep, alsmede de toename van niet-patiëntgebonden werkzaamheden van invloed zijn op de vraag naar het aantal beschikbare zorgverleners.

Op grond van deze overwegingen is het mogelijk dat de door het Capaciteitsorgaan berekende toename in de vraag naar intern geneeskundige zorg te laag is. Voorts impliceert de sterke toename van chronische ziekten en polymorbiditeit door vergrijzing over een breed scala aan aandachtsgebieden dat de toenemende zorgvraag vooral een vraag naar breed opgeleide internisten met belangstelling voor ouderenzorg betreft.

Veranderingen in het zorgaanbod

In 2006 is door het NIVEL een door de NIV gesubsidieerd project naar 'Praktijkprofielen en arbeidsaanbod interne geneeskunde' uitgevoerd. Verondersteld wordt dat bij de huidige opleidingscapaciteit en te verwachten uitstroom het aantal werkzame internisten de komende 15 jaar met 42% zal stijgen (van 1519 in 2006 naar 2158 in 2021). In deze periode zal het aantal vrouwelijke internisten met circa 70% stijgen, zodat in 2021 iets meer dan de helft van het aantal internisten vrouw zal zijn (in 2006 30%, in 2021 52%). Doordat vrouwen meer dan mannen in deeltijd werkzaam willen zijn, zal in termen van fulltime equivalenten het aantal werkzame internisten de komende jaren wellicht minder sterk stijgen. De effecten hiervan leiden tot een correctie van het aanbod naar 34 à 37% en indien de door mannelijke en vrouwelijke internisten gewenste werktijden volledig kunnen worden gerealiseerd tot een correctie naar 24% stijging van het aantal internisten in de komende 15 jaar.

Op dit moment heeft iets meer dan driekwart van de internisten een officiële erkenning voor één of meer aandachtsgebieden. Meer dan 90% van de huidige AIOS wil op termijn gespecialiseerd zijn in een specifiek aandachtsgebied, onder meer omdat men meent dat daardoor de kansen op de arbeidsmarkt toenemen en er geen toekomst is voor een algemeen internist. Maar ook omdat algemene interne geneeskunde niet zelden wordt gezien als een niet goed te omschrijven domein en een restpost van de aandachtsgebiedontwikkeling. De verdeling van AIOS over de aandachtsgebieden is ongeveer gelijk aan die van de thans werkzame internisten. Samenvattend is de verdeling op dit moment als volgt:

	Internisten (%)	AIOS (%)
Aandachtsgebied		
• zonder	23	7
• met	77	93
Verdeling aandachtsgebieden		
• Allergologie & klinische immunologie	1	3
• Bloedtransfusiegeneskunde	1	1
• Endocrinologie & metabolisme	11	12
• Hematologie	13	15
• Infectieziekten	6	14
• Intensive care	11	18
• Klinische farmacologie	1	1
• Nefrologie	16	18
• Medische Oncologie	16	16
• Ouderengeneeskunde	1	3
• Vasculaire geneeskunde	9	9

De belangstelling van AIOS voor de verschillende aandachtsgebieden lijkt er op te wijzen dat met name het aandeel dat zich specialiseert in infectieziekten en intensive care kan gaan toenemen. De belangstelling voor ouderengeneeskunde blijkt voorts, in relatie met de omvang van de problematiek, (te) laag met name bij mannelijke AIOS (nihil).

Gemiddeld over alle internisten wordt momenteel 29% van de werktijd aan algemene interne geneeskunde besteed en 71% van de werktijd aan de aandachtsgebieden. De afdelingen interne geneeskunde verschillen echter in omvang en samenstelling van de aandachtsgebieden. In academische ziekenhuizen besteedt een relatief groot aantal van de internisten vrijwel de volledige werktijd aan het aandachtsgebied. Met uitzondering van een beperkt aantal zeer sterk gespecialiseerde opleidingsziekenhuizen, besteden internisten in niet-academische ziekenhuizen ergens tussen de 10% en 50% van de werktijd aan het aandachtsgebied en wordt de overige werktijd besteed aan algemene interne geneeskunde, opleiding, managementtaken, etcetera.

Naar aanleiding van de invoering van opleidingen in een aandachtsgebied, is de opleiding tot internist recent aangepast naar een '4+2'-model. Daarin bestaan de eerste vier jaren uit stages die voor de uitoefening van de algemeen intern geneeskundige praktijk relevant worden geacht. De laatste twee jaren van de opleiding worden door hen die een opleiding in een aandachtsgebied volgen vrijwel uitsluitend aan dit aandachtsgebied besteed. Omdat deze fase vrijwel uitsluitend in een academische context wordt doorlopen is de case-mix waarmee de AIOS tijdens de opleiding in een aandachtsgebied te maken krijgen niet zelden anders dan de case-mix in een niet-academisch ziekenhuis, waar het merendeel van de AIOS na afronding van de opleiding werkzaam zullen zijn. In academische centra betreft het aandachtsgebied immers vooral zeldzame en complexe aandoeningen waarvoor alleen door clustering in een beperkt aantal centra voldoende expertise kan worden opgebouwd en onderhouden. Een AIOS die tijdens zijn opleiding in een aandachtsgebied vooral in de bijzondere casuïstiek expertise opbouwt, zal deze na de opleiding niet kunnen toepassen omdat de daartoe noodzakelijke infrastructuur ontbreekt. Voorts wordt het door de toename van opleidingen in een aandachtsgebied voor AIOS die geen aandachtsgebied volgen toenemend lastig om in de laatste twee jaar van de opleiding stages te volgen die voor hen uitdagende en toegevoegde waarde hebben. Met andere woorden, in toenemende mate worden internisten met een erkenning in een aandachtsgebied van de interne geneeskunde opgeleid. In vaardigheden die vooral relevant zijn voor de academische geneeskunde, mogelijk meer dan noodzakelijk is voor een beroepsuitoefening in de niet-academische praktijk, en mogelijk ten koste van de mogelijkheden voor bredere oriëntatie voor die AIOS die dat willen. De juniorafdeling van de NIV heeft als eerste op deze ontwikkeling gewezen en met een enquête onder JNIV-leden aangetoond dat een substantieel deel van de AIOS wil kiezen voor het profiel van de breed opgeleide internist, indien daartoe arbeidsperspectieven kunnen worden gerealiseerd. Als gevolg hiervan heeft de NIV besloten meer internisten met samengestelde profielen te gaan opleiden. Ter voorbereiding daarvan is een commissie Opleidingsprofielen ingesteld.

Naast ontwikkelingen in het aanbod van internisten, is er een aantal andere ontwikkelingen die een effect hebben op het aanbod aan zorgverleners in het intern geneeskundig domein. Zo zal naar verwachting een deel van de taken van internisten naar andere beroepsgroepen zoals 'nurse practitioners' en 'physician assistants' worden afgestaan (verticale substitutie) en zal mogelijk een verdere taakherschikking naar ander (sub)specialismen zoals gespecialiseerde huisartspraktijken en artsen op de spoedeisende hulp plaatsvinden (horizontale substitutie). Vooralsnog is geen inzicht in de omvang hiervan en de effecten op de intern geneeskundige praktijk. Maar dat de effecten hiervan relevant zijn is gezien de snelle ontwikkeling in met name praktijkverpleegkundige beroepen zeer aannemelijk.

Veranderingen in de zorgorganisatie

Een aantal ontwikkelingen is van invloed op de zorgorganisatie. Deze betreffen onder meer de hiervoor genoemde ontwikkeling van nieuwe beroepen in de zorg, invoering van marktwerking en prestatiebekostiging van de zorg, de invoering van de Zorgverzekeringswet, verdere privatisering van de zorg in de vorm van zelfstandige behandelcentra (ZBC's), de DBC-systematiek voor financiering van de zorg, maatstafconcurrentie, invoering van ketenzorg in de vorm van zorglijnen voor bepaalde ziektecategorieën, verdere automatisering van de zorg met invoering van elektronische patiëntendossiers (EPD), virtuele (deels transmurale) behandelnetwerken en voortschrijdende werktijdenregulering en deeltijdaanstellingen.

Het is de vraag of de door de overheid geambieerde marktwerking en prestatiebekostiging van de zorg – al dan niet in de vorm van zelfstandige behandelcentra – met eventueel winstuitkering voor alle delen van de interne geneeskunde haalbaar is. Met name waar het de oudere patiënt met complexer en/of meervoudige problematiek betreft – de toekomstig meest prevalentie groep – lijkt het niet aannemelijk dat de zorg zodanig planbaar is dat een kostendekkend tarief kan worden ontworpen. Dit kan nadelig uitwerken voor de mogelijkheden tot uitvoering van optimale intern geneeskundige zorg. Enerzijds zal daar waar minder 'winst te behalen is' de uitstraling, wervingskracht en belangstelling ook minder worden. Anderzijds kan bij een niet dekkend tarief een spanningsveld ontstaan tussen het kwalitatief wenselijke en financieel haalbare. Deze ontwikkeling kan derhalve bijdragen aan een opdeling van het domein interne geneeskunde langs de grenzen van het commercieel belang met verlies van integrale zorg en onderlinge solidariteit. Sterke sturing op financiële prikkels kan voorts de intrinsieke motivatie aantasten en derhalve de kwaliteit van de intern geneeskundige zorg.

De ontwikkeling van zorgketens en zorglijnen lijkt met name van betekenis voor goed te omschrijven ziekte-categorieën waar een duidelijk einddoel c.q. resultaat te behalen is. Voor veel chronische aandoeningen is dat echter niet het geval. Chronische aandoeningen vergen een andere aanpak dan acute ziekten. Het gaat daarbij vaak niet meer om genezen maar veeleer om het voorkomen van complicaties en daardoor afname van zelfbeschikking en kwaliteit van leven. Meer aandacht voor 'care' naast 'cure'. 'Disability management' naast 'disease management'. Voordeel van ketenzorg is dat verschillende specialismen in een multidisciplinair verband werken zodanig dat integrale zorg rond één aandoening kan worden gerealiseerd. Deze ontwikkeling van overwegend lineaire zorgketens, al dan niet ingebed in zorggemeenschappen waarin ook paramedici (zoals 'nurse practitioners') zijn gepositioneerd, kan daardoor zeker leiden tot een betere en meer kosteneffectieve behandeling van de aandoening en complicerende co-morbiditeit die past in de betreffende keten. Echter mogelijk geldt dit niet voor de concurrente co-morbiditeit die daarin niet past. Zeker voor het toenemend aantal patiënten met complexe chronische meervoudige aandoeningen komt met deze 'kanteling van de zorg' de eerder genoemde holistische benadering van verantwoorde integrale zorg onder druk te staan. Het risico bestaat dat dit leidt tot begeleiding van een patiënt met complexe problematiek in verschillende zorgketens, met als gevolg opnieuw fragmentatie en inefficiëntie, zij het nu meer vanuit de optiek van de ziekte dan de optiek van de patiënt. Met andere woorden een verschuiving van scheidslijnen tussen disciplines naar scheidslijnen tussen aandoeningen, met daarbij een reëel risico van verdere fragmentatie van het domein interne geneeskunde en redundantie van handelingen rond een individuele patiënt. Met als gevolg toenemende onduidelijkheid over wat onder optimale en maximale zorg kan worden verstaan.

Door verdere werktijdregulering en deeltijdaanstellingen wordt het steeds minder vanzelfsprekend dat eenzelfde patiënt steeds eenzelfde behandelaar ziet. Dit heeft niet alleen consequenties voor de continuïteit van zorg, maar ook de zorgorganisatie aangezien dit extra aandacht vraagt voor databeheer, overdracht en communicatie.

Resultaten bijeenkomsten in het kader van de formulering van het Strategisch Plan 2008 - 2012

Voor de opstelling van het Strategisch Plan 2008 - 2012 zijn drie bijeenkomsten georganiseerd met NIV-leden voor het bespreken van te verwachten problemen in de intern geneeskundige praktijk en gewenste oplossingen. Voorzitters van commissies en werkgroepen van de NIV zijn gevraagd leden voor te dragen; deze leden zijn uitgenodigd voor bijeenkomsten, die gehouden zijn in Eindhoven, Utrecht en Zwolle. Tijdens deze bijeenkomsten is – volgens de nominale groepstechniek¹ – gediscussieerd aan de hand van een tweetal vragen:

Voor welke problemen c.q. uitdagingen staat de internist in de komende jaren?

Wat kan de NIV hieraan doen?

Tussen de groepen blijkt een grote mate van overeenstemming te bestaan over het antwoord op de vraag voor welke problemen en uitdagingen de internist de komende jaren komt te staan. Deze betreffen vooral de verandering in de zorgvraag, met name door vergrijzing van de bevolking en daarmee gepaard gaande toename van complexe polymorbiditeit, de rol die de internist hierin kan en moet spelen in het ziekenhuis (in relatie met de eerste lijn), de toenemende fragmentatie van de intern geneeskundige zorg door voortschrijdende subspecialisatie en de te verwachten moeilijkheden om intern en extern uit te leggen wat de internist kan en doet. Voorts de vraag of de inhoud en structuur van de opleiding nog wel aansluit bij de verandering van de zorgvraag en de vraag of internisten nog wel in de juiste context worden opgeleid, met name voor sommige subspecialismen. Met andere woorden, worden academische centra niet te gespecialiseerd voor het opleiden van internisten die werkzaam zullen zijn in een niet academische context.

Als taken van de NIV zijn - tijdens de besprekingen over geprioriteerde problemen en uitdagingen - de volgende aspecten naar voren gekomen. Naast aandacht vragen voor het zichtbaar maken van de identiteit van de internist, zijn genoemd de interne en externe kwaliteitsborging van intern geneeskundige zorg, een herziening van opleidingsstructuur en –inhoud tegen de achtergrond van de zorgvraag, met name een evenwichtiger verdeling in het opleiden van generalisten en subspecialisten met een grotere rol van niet-academische centra in dit proces ('Training must reflect practice'). Voorts wordt nadrukkelijk aandacht gevraagd voor het bewaken van het werkkterrein van de internist, dat wil zeggen voorkomen dat steeds meer taken worden overgenomen door van de interne geneeskunde afgeleide deelspecialismen. Niet alleen omdat dat de fragmentatie van de zorg rond een complexe polymorbide patiënt versterkt, maar ook omdat dit de aantrekkelijkheid van het beroep van internist aantast. Tenslotte is in twee groepen een pleidooi gehouden voor een initiërende rol die de NIV kan spelen in de ontwikkeling van subspecialisme overstijgend wetenschappelijk onderzoek dat aansluit bij dominante zorgvragen.

¹Deze techniek wordt gebruikt om in groepsbijeenkomsten opvattingen en ideeën over één vraag of enkele met elkaar verbonden subvragen scherp te krijgen. De vragen worden aan de groep voorgelegd en beantwoord volgens een vaste procedure:

1. Alle groepsleden geven individueel en schriftelijk antwoord. Alle ideeën en opmerkingen worden op een flip-over geschreven.
2. Groepsleden lichten hun ideeën en opmerkingen toe. Daarna volgt een discussie over ieders inbreng.
3. De ideeën worden via een bepaalde stemmingsprocedure in volgorde gezet: bovenaan komt het idee dat door de groep als het belangrijkste wordt beschouwd.

In de praktijk worden de onderdelen uit fase 2 en 3 soms verwisseld. Essentieel is dat groepsleden eerst onafhankelijk van elkaar hun opvattingen opschrijven en dat er een weging van alle ideeën plaatsvindt.

Bij deze methodiek worden deelnemers gestimuleerd eigen ideeën te bedenken. Sterke persoonlijkheden en/of communicatief vaardige personen domineren de discussie minder dan tijdens een traditionele brainstorm.

Als mogelijke sturingsinstrumenten voor de NIV is de invoering van een periodiek 'board examination' genoemd, alsmede de herformulering van herregistratie-eisen. Bijvoorbeeld verplichte spreiding van nascholingsactiviteiten in domeinen die relevant zijn voor de dagelijkse werkzaamheden, definiëring van internistprofielen op basis van vaak voorkomende patiëntprobleem clusters in plaats van discipline georiënteerde aandachtsgebieden, beheersing van de opleidingscapaciteit van enkelvoudige aandachtsgebieden om ruimte te creëren voor de opleiding van generalisten en internisten met een samengesteld profiel, erkenning van opleidingsinstituten op basis van samenhangende profielen en voor de latere beroepsuitoefening relevante casuïstiek, en herdefiniëring van de eindtermen voor de opleiding van internisten met een enkelvoudig of samengesteld profiel.

april 2008

Recent verschenen publicaties van belang voor het Strategisch Plan 2008-2012

- KNMG-rapport 'De arts van straks'. Hentenaar, Wijk bij Duurstede, 2002, ISBN 90-71994-28-7
- Raamplan Interne Geneeskunde. Eindtermen van de opleiding interne geneeskunde. Van Zuiden, 2002, ISBN 90-76906-46-7
- Bauer W, Schumm-Draeger P-M, Koebberling J, et al. Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. Eur J Int Med 2005; 16: 214-217
- NIV-lustrumboek 'Interne Geneeskunde, pijler van de moderne gezondheidszorg'. Waanders Uitgevers, Zwolle, 2006, ISBN 90-9020591-8
- NIVEL/NIV-rapport 'Praktijkperikelen en arbeidsaanbod interne geneeskunde. Behoefteteraming 2006-2016/2021'. NIVEL, 2007, ISBN 978-90-6905-826-9
- RIVM-rapport 'Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose toekomstige chronische ziektenprevalentie 2005-2025'. RIVM, 2007
- VVAA-publicatie 'Professies en de toekomst. Veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg'. Springer Uitgeverij, 2007, ISBN 978-90-78792-01-7
- VWS-rapport 'Niet van later zorg'. Ministerie VWS, 2007
- Nieuwenhuijzen Kruseman AC, Mulder WJ, Pijpers E. Ageing and polymorbidity: is there a mismatch between the training of internists and the need? Neth J Med. 2007; 65: 363-365.