

Betreft: Informeren leden

Ede, dinsdag 8 mei 2007

Geachte collega,

Het bestuur van de NVIC hecht er aan u naar aanleiding van de brief van het NIV- en NAV-bestuur nader te informeren. Iedere vernieuwing roept weerstand op, maar het is belangrijk de zaak op de inhoud te blijven beoordelen. Wij staan met zijn allen voor een belangrijke vraag, namelijk of de IC-geneeskunde en de intramurale gezondheidszorg zijn gebaat bij erkenning van de NVIC als wetenschappelijke vereniging en daarmee erkenning van IC-geneeskunde als medisch specialisme.

Er kan geen twijfel bestaan over het feit dat de IC-geneeskunde inhoudelijk voldoet aan alle criteria voor een zelfstandig specialisme. IC-geneeskunde is namelijk een evident deelgebied binnen de geneeskunde, betreft de individuele gezondheidszorg en er bestaat geen alternatief voor. IC-geneeskunde kent een eigen wetenschapsdomein en heeft al 30 jaar een eigen vereniging; het specialisme voorziet (te zijner tijd) in een opleiding die in hoofdzaak door specialisten uit het eigen vakgebied zal worden verzorgd en heeft tenslotte een dusdanig aantal beoefenaren en patiënten dat het in stand houden van een opleidingsstructuur met de daarbij behorende borgingsmechanismen is gerechtvaardigd (1).

Naast inhoudelijke argumenten zijn er ook kwalitatieve overwegingen. Het rapport uit 2005 van de IGZ over IC laat duidelijk zien dat er nog veel niet goed is op IC's in Nederland (2). De beste behandeling voor zeer ernstig zieke patiënten wordt geleverd in afdelingen met intensivisten, die primair werkzaam zijn op de IC en het grootste deel van hun tijd aan IC-geneeskunde besteden; want net als in andere specialistische gebieden in de gezondheidszorg en daarbuiten (industrie) geldt dat concentratie leidt tot kwaliteitsverbetering (3, 4). In dit kader valt op dat er de laatste jaren voor vacatures eigenlijk veelal wordt gevraagd naar (full time) intensivisten, en dat het moederspecialisme steeds minder van belang is.

De NVIC onderschrijft ten volle dat de behandeling van een ernstig zieke patiënt al direct op de OK, polikliniek of SEH begint; het is overduidelijk dat internisten, alle poortspecialisten én anesthesiologen een zeer belangrijke rol spelen bij het herkennen en initieel behandelen van ernstig zieke patiënten. Naar onze mening dient echter de intensivist in een zo vroeg mogelijk stadium te worden betrokken bij een ernstig zieke patiënt, en dient de intensivist dus ook buiten zijn/haar IC bij te dragen aan deze specifieke zorg. En zoals de intensivist specifieke inbreng dient te hebben bij ernstig zieke patiënten buiten de IC, dienen andere specialisten specifieke inbreng te hebben bij patiënten op de IC afdeling.

De NIV en NVA vestigen terecht de aandacht op de problematiek van de fysieke belasting voor de ouder wordende medisch specialist. Wij delen echter niet de mening dat dit meer geldt voor de intensivist dan voor bijvoorbeeld de anesthesioloog, internist, chirurg, cardioloog, gynaecoloog, cardio- en neurochirurg etc. Dit zijn alle specialisten die onderhevig zijn aan grote fysieke en psychische belasting, waarvoor - meer dan thans geschiedt - mogelijkheden dienen te worden geschapen de werkbelasting aan te passen aan de individuele belastbaarheid. Dit argument vormt dan ook geen reden om niet te komen tot een zelfstandig specialisme IC geneeskunde.

Het bijzondere van het huidige aandachtsgebied IC-geneeskunde, in vergelijking met bijvoorbeeld nefrologie, is dat IC-geneeskunde zich bevindt op het grensgebied tussen een groot aantal vakken, namelijk interne geneeskunde, anesthesiologie, cardiologie, longziekten, neurologie en vrijwel alle chirurgische vakken. IC-geneeskunde is dan ook

geen super- of subspecialisme van één van de “moederspecialismen” maar juist een nieuw specialisme dat enerzijds natuurlijk een aantal aspecten vanuit de expertise van deze moederspecialismen in zich verenigt, maar daarbij evident een eigen expertise heeft ontwikkeld. Verder is een belangrijk kenmerk dat er een naast medische expertise veel nadruk ligt op organisatie- en procesaspecten, inclusief een duidelijk eigen kwaliteitsbewakingssysteem.

Een vierjarige (interne geneeskunde) dan wel 41 maanden durende (anesthesiologie) vooropleiding in een moederspecialisme wordt door NIV en NVA gezien als een volwaardige basisopleiding. Voorbij wordt gegaan aan het feit dat in deze jaren veel tijd wordt besteed aan aspecten van die vakken die later zelden of nooit meer zullen worden gebruikt, en dus de vooropleiding onnodig verlengen. Daarbij komt dat op de huidige middelgrote en grote IC's voor het overgrote deel intensivisten werken die niet meer actief zijn in hun moederspecialisme als zodanig, iets dat algemeen wordt erkend gezien de eerder genoemde vacatures voor “intensivisten” onafhankelijk van hun bloedgroep.

Naar verwachting zal IC-geneeskunde op korte termijn worden gefinancierd via zogenoemde IC-producten binnen de DBC-systematiek. Binnen het ziekenhuis zullen afspraken moeten worden gemaakt over de verdeling van het honorariumgedeelte over diegenen die de IC-zorg hebben geleverd: hetzij de vakgroep IC, hetzij de maatschap IC, hetzij aan de IC-behandeling bijdragende maatschappen of vakgroepen. Deze ontwikkeling staat los van het feit of IC-geneeskunde al dan niet verzelfstandigd wordt, maar geeft aan dat IC-geneeskunde door oa DBC-partijen en NZa wordt gezien als separate entiteit, los van het insturend specialisme.

Het bestuur van de NVIC roept u op na te denken en binnen uw ziekenhuis en daarbuiten te discussiëren over de voor- en nadelen van het aanvragen van de status van wetenschappelijke vereniging, en in groten getale te komen op de opiniërende **extra algemene ledenvergadering op 24 mei, om 19:30 uur in de Jaarbeurs te Utrecht**, maar in ieder geval aanwezig te zijn op de reguliere **algemene ledenvergadering op 14 juni te Ede**, waar het voorstel om erkenning bij het CCMS aan te vragen als wetenschappelijke vereniging ter stemming wordt gebracht.

Met vriendelijke groet, namens het bestuur,



Hans van der Spoel, voorzitter

bijlagen, zie www.nvic.nl:

brief NIV/NVA van 19 april 2007 met notitie “Intensive Care: medisch eiland of geïntegreerde medische vluchtstrook”.

brief NVIC aan voorzitters wetenschappelijke verenigingen van 23 maart 2007

- (1) Toetsingskader Centraal College Medisch Specialismen 2005
- (2) Intensieve Zorgen. Capaciteit- en transportproblemen in kaart gebracht. Deel 1: Intensive care voor volwassenen. Den Haag. September 2005
- (3) Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremsizov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA 2002;288:2151-62.
- (4) Ault MJ, Rosen BT. Proceduralist - leading patient-safety initiatives. NEJM 2007;356:1789-90