
Directoraat-generaal Organisatie
Gezondheidszorginstellingen

NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Afdeling «Programmatie en Erkenning»

Kenm. : NRZV/D/414-1 (*)

**Advies ivm de positie van de Algemeen Internist (AI) in de
ziekenhuizen ingevolge de herziening van de erkenningscriteria voor
artsen specialisten**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 11 oktober 2012

Advies

Omdat er meer en meer deelspecialismen actief zijn in de sector van de technische en orgaangerichte zorg benadering in onze ziekenhuizen en omdat de ziekenhuizen in de afgelopen jaren groter geworden zijn, kan de patiënt sneller beschikken over meer gespecialiseerde zorg. Dit is een goede evolutie die echter ook een zeker gevaar inhoudt. Als al deze deelspecialismen niet samenwerken ontstaat er fragmentatie van zorg. Zorg waar ieder specialisme op zich iets zegt over de diagnose en behandeling, maar waar men onvoldoende nagaat hoe dat als een zorggeheel zal functioneren. Daarnaast wordt nog te vaak op basis van de klacht een (soms te) uitgebreide diagnostische evaluatie uitgevoerd die eindigt met de uitspraak dat er in het betrokken vakgebied geen afwijkingen zijn en waarbij de suggestie over verdere aanpak ontbreekt. We hebben nood aan een meer holistische, internistische visie in de belangrijke sector van de technische en orgaangerichte zorgbenadering van onze ziekenhuizen.

Op dit terrein is de Raad van mening dat er een belangrijke rol is weggelegd voor de AI en dit voor de verschillende afdelingen en diensten van een ziekenhuis zoals de spoedgevallen, de postoperatieve zorg, de raadpleging, het hospitalisatiediensten.

De AI buigt zich over de niet-gedifferentieerde pathologie en over de pathologie die meerdere deelspecialismen omvat.

De AI is geen concurrent van de andere artsen in het ziekenhuis. De AI tracht de niet-gedifferentieerde pathologie zo snel mogelijk uit te klaren en verwijst die dan, zo nodig, door naar het desbetreffende deelspecialisme of de desbetreffende deelspecialismen. Waar meerdere specialismen aan bod komen zal de AI zorgen dat adviezen omgezet worden in een algehele benadering, een integratie van de verschillende medische invalshoeken tot een logisch zorggeheel.

Ook voor de huisarts is de AI belangrijk. Vaak wordt een patiënt doorverwezen naar de spoedgevallen omdat de huisarts niet goed weet naar welk specialisme de patiënt te verwijzen. De niet gedifferentieerde pathologie die de huisarts ontdekt kan best eerst via de AI beoordeeld worden en, zo nodig, naar de juiste specialisten doorverwezen worden en de AI kan dan de integratie mee bewaken bij de verdere medische zorg.

De AI moet dus actief kunnen zijn op de raadplegingen, de spoedgevallen, de hospitalisatieafdelingen, de post operatieve zorg maar ook op een eigen hospitalisatie afdeling.

De AI is niet de zaalarts van het ziekenhuis en om dit te vermijden dienen er in elk ziekenhuis goede afspraken gemaakt te worden over waar en hoe de AI tussenkomt op de andere internistische afdelingen en vooral op de Heelkundige afdelingen.

De vergoeding van de AI is vandaag onvoldoende. Een behoorlijke honorering, al dan niet forfaitair om de AI te laten functioneren in een ziekenhuis is essentieel. Rekenen op de solidariteit van de andere Internisten of de andere ziekenhuisartsen is de dag van vandaag niet realistisch.

Onder meer een eerste opname, een eerste raadpleging en een eerste consult op een andere afdeling moeten behoorlijk vergoed worden zodat de AI een volwaardig eigen inkomen heeft.

Criteria moeten worden vastgelegd om een consult, eerste raadpleging, een spoedopname en specifieke opname bij de AI te vergoeden zodat de AI ook echt de pathologie gaat opnemen die bij de

AI thuishoort. De AI doet geen raadplegingen of opnames of spoedgevallen voor anderen en via het vastleggen van deze criteria kan dit vermeden worden.

Er wordt meer en meer aangestuurd om de hele financiering van de medische werking van de artsen in ziekenhuizen te herbekijken. Dit zal niet op korte termijn gerealiseerd worden en kan dus geen alibi zijn om de herfinanciering van de AI uit te stellen.

Qua opleiding is de Raad van mening dat de opleiding uit drie basisjaren dient te bestaan gevolgd door een schakeljaar en vervolgens een opleiding in het specialisme Algemene Interne geneeskunde van twee jaar (3+1+2). Dit schema wordt best voor alle opleidingen in de Interne geneeskunde gehanteerd. Algemene Interne geneeskunde moet dan ook een van de afstudeerrichtingen worden gelijkwaardig aan alle andere richtingen in de interne geneeskunde Dit is alleen noodzakelijk voor de specifieke eindopleiding tot AI. De truncus communis opleiding(basisjaren) gebeurt bij voorkeur onder leiding van een algemeen internist maar kan gebeuren onder leiding van een internistische specialist die geïnteresseerd is in opleiding en die instaat voor een evenwichtige verdeling van de blootstelling aan de verschillende disciplines. De latere opleiding tot AI dient vanzelfsprekend te gebeuren door een AI stagemeester en in diensten van Algemene Interne Geneeskunde. De coördinerende stagemeester voor de hele opleiding is best een algemeen internist.

Besluit:

Als er goede afspraken worden gemaakt in elk ziekenhuis over de rol en de taak van de Algemeen Internist(AI) en als er nationaal een goed vergoedingssysteem uitgewerkt wordt, is de AI een garantie dat er in de toekomst geen fragmentatie van zorg plaatsvindt in onze ziekenhuizen in de sector van de technische en orgaanspecifieke zorgbenadering.

Deze afspraken en vergoeding zijn nodig om te vermijden dat de AI gezien wordt als een zaalarts wat te vermijden is.

De Algemene Interne Geneeskunde kan dan een volwaardig specialisme zijn dat na een opleiding van drie basisjaren en een schakeljaar via twee specialisatiejaren verworven wordt.

Voetnoot:

In het UZ KU Leuven werden de volgende cijfers bekomen die een idee geven van wat zij ondertussen als discipline algemene Interne geneeskunde hebben uitgebouwd. In andere instellingen kan dit uiteraard een heel ander beeld zijn maar hierover hebben we geen cijfers .

Ongeveer 10% van de poliklinische activiteit zou beter eerst via de AI verlopen.

Verder is er 1.5 AI nodig per 20 internisten om de niet opgeloste internistische problemen verder te oriënteren.

Ten slotte zou ongeveer 5% van de D bedden de eigen Hospitalisatie-afdeling van de AI moeten uitmaken.