

Van gastdocent tot UHP-arts

De ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde

J.S. MEIJER
E. SCHADÉ

De ontwikkeling van de samenwerking tussen de universiteiten en praktiserende huisartsen is bepaald door drie hoofdmotieven: de professionalisering van de huisarts, de taak en organisatie van overheid en universiteiten, en de behoefte van de overheid om kwaliteit en kosten in de gezondheidszorg te beheersen. In de geschiedenis van het proces van toenadering en samenwerking tussen beide partijen zijn drie fasen te onderscheiden. In de eerste fase werden de universitaire huisartseninstituten opgericht, waarna pogingen werden ondernomen om de praktiserende huisartsen structureel te betrekken bij het universitaire werk. In de tweede fase kwam een stroom publicaties op gang, maar veranderde er verder weinig. De derde fase begon in 1987 met de inwerkingtreding van de 'Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken'. Hiervan zijn inmiddels vier jaar verstreken en de resultaten zijn geëvalueerd. Verdere voortgang van het proces is vooral een probleem van financiering: zal deze uit de algemene middelen komen, of moeten er nieuwe regelingen met de zorgverzekeraars worden getroffen?

Meijer JS, Schadé E. Van gastdocent tot UHP-arts. De ontwikkeling van de academisering van de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35(1): 29-31.

Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

J.S. Meijer, huisarts; Prof. dr. E. Schadé, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: J.S. Meijer.

Inleiding

De professionalisering van de Nederlandse huisarts is begonnen met de organisatie in beroepsverenigingen en het participeren in het universitaire onderwijs. In 1966 werden door de beroepsverenigingen en de overheid opleidingseisen vastgelegd.^{1,2} Voor het basisonderwijs betonden deze uit kennismaking met de huisartspraktijk vóór het doctoraal examen en tijdens een co-assistentenschap; voor de specifieke beroepsopleiding kwam er een stage in een opleidingspraktijk.

Deze onderwijsactiviteiten noodzaakten tot intensief contact met 'huisarts-gastheren' die bereid waren studenten in hun praktijken te ontvangen. Na een aantal wijzigingen in het Academisch Statuut verschenen aan alle faculteiten vakgroepen Huisartsgeneeskunde. Niet alleen onderwijs en opleiding, maar ook onderzoek en deskundigheidsbevordering van stafleden gingen tot de taken van deze vakgroepen behoren.

Al snel werd er gepleit voor eigen academische praktijken, naar analogie van de academische ziekenhuizen voor specialisten. Toen de overheid in 1974 in de Structuurnota gezondheidszorg pleitte voor een versterking van de extramurale gezondheidszorg,³ ontstond hoop voor de financiering van dergelijke academische praktijken. De financiële mogelijkheden waren echter gering en van structurele beïnvloeding was dan ook geen sprake.

Door enkele universiteiten werden academische praktijken gekocht, maar deze waren onvoldoende om alle academische taken – onderwijs en onderzoek – uit te voeren. De relatie met de overige gastheren bleef formeel zwak en de vergoedingen bleven laag.

Affiliatie en AWEG

In 1980 vond in Maastricht het symposium 'Faculteit en eerste lijn' plaats, waar voor het eerst de term academisering werd gebruikt.⁴ In de volgende jaren werden modellen voor samenwerking ontwikkeld waarin de vakgroepen een centrale plaats innamen. De uitgangspunten waren affiliatie en academisering. In een reeks nota's en

rapporten van hoogleraren huisartsgeneeskunde en overheidscommissies werd gepleit voor verbetering van de opleidingsmogelijkheden door het affiliëren van huisartspraktijken en voor het stichten van 'academische werkplaatsen eerstelijns gezondheidszorg' (AWEG).⁴⁻⁹ In 1984 vatte de Adviesgroep Academisering van het Interuniversitair Overleg Huisartsgeneeskunde de theoretische aspecten van het begrip academisering en de resultaten van de uitwerking van de modellen samen in de nota 'Op weg naar de AWEG'.¹⁰

Hoewel de belangstelling van overheid, huisartsen en universiteiten groot was, lukte de academisering niet. Het verwerven van eigen praktijken (acquisitie) stuitte op verzet bij ziekenfondsen en beroepsverenigingen; in een academische praktijk zou de patiëntenzorg in de knel komen, deze praktijken zouden duurder zijn, etc. Het bleek onmogelijk algemene, eensluidende regelingen te maken, voornamelijk vanwege financiële en structurele factoren.

Het Ministerie van O&W – verantwoordelijk voor de financiering van het basisonderwijs – stelde gelden voor affiliatie ter beschikking en liet de universiteiten vrij in de besteding daarvan. Voor een AWEG – vaak een multidisciplinair gezondheidscentrum – wilden universiteiten slechts voor het huisartsendeel fondsen beschikbaar stellen. In 1984 werd de term AWEG in overheidsstukken dan ook vervangen door Universitaire Huisarts Praktijk (UHP).¹¹

Het Ministerie van WVC – in eerste instantie verantwoordelijk voor goede patiëntenzorg – wilde wel investeren in opleiding en verbetering van het niveau van huisartsgeneeskunde, maar zag er niets in om taken van het ministerie van O&W, zoals basisonderwijs en onderzoek, te gaan financieren. De ziektekostenverzekeraars – direct verantwoordelijk voor financiering van de patiëntenzorg – wilden geen contracten sluiten met huisartsen die een volledig dienstverband met universiteiten hadden. Zij stelden bovendien dat de huisarts in de praktijk aanwezig diende te zijn om zijn patiënten te behandelen, in plaats van elders onderwijs te geven. Ook verzetten zij zich tegen 'top-zorg' voor enkelen en gewone zorg voor de rest van de bevolking.

In 1986 werd in Groningen, in opdracht

van het Ministerie van WVC, een uitvoerig onderzoek naar achtergronden, opvattingen en wensen omtrent de samenwerking tussen universiteit en huisarts gestart. Het rapport 'Samen werkt het beter' (1988) bevat, naast historische informatie en organisatietheorie, suggesties voor een nieuw samenwerkingsmodel.¹²

Uiteindelijk leidde het beleid van het Ministerie van WVC ertoe dat directe steun werd gegeven aan de vakgroepen om het academiseringsproces een nieuwe impuls te geven. Op 1 januari 1987 begon de eerste fase van vier jaar van de Tijdelijke Stimulerings Regeling van Universitaire Huisartspraktijken (TSUH).

De TSUH

De door het Ministerie van WVC ter beschikking gestelde middelen waren, conform de taken van het Ministerie, in de eerste plaats bedoeld voor ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde zoals die zich in en ten behoeve van de feitelijke patiëntenzorg voltrekt. Met de restrictie dat de gelden alleen ten behoeve van de beroepsopleiding mochten worden besteed, konden in de gesubsidieerde praktijken de volgende activiteiten plaats vinden:

- het bijhouden van de vaardigheden van de huisarts-stafleden van de vakgroep;
- het ontwikkelen en uittesten van onderwijsmethoden en modellen;
- het leveren van een bijdrage aan bovengenoemd onderwijs;
- het ontwikkelen en ten dele uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde.

Voor begeleiding en uitvoering van de regeling werd de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) ingesteld. Deze had tot taak de Minister van WVC te adviseren over een ontwikkelingsplan voor de academisering in de eerstelijns gezondheidszorg op de (middel)lange termijn, over de jaarlijkse subsidieverzoeken en over de evaluatie van de uitvoering van de regeling.

Met de instelling van de BAEG werd de discussie over de academisering nieuw leven ingeblazen. Niet alleen was er nu geld te verdelen, maar er bestond tevens een overlegorgaan waarin belanghebbenden,

met uitzondering van patiënten, studenten en huisartsen-in-opleiding, vertegenwoordigd waren.

Al snel bleek de beperking dat de gelden uitsluitend ten behoeve van de beroepsopleiding mochten worden besteed, praktisch niet uitvoerbaar. Binnen de BAEG werd het begrip academisering opnieuw gedefinieerd als 'de gestructureerde, geïnstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg en de samenhang hiertussen'. De hoofddoelstelling van de academisering was nu verbreed tot: 'het bijdragen aan het tot ontwikkeling brengen van de huisartsgeneeskunde'.

Het voordeel van een hecht gestructureerde, langdurige samenwerking zit vooral in de mogelijkheid om een praktijk zo in te richten en te organiseren, dat de academische taken gedurende een reeks van jaren kunnen worden uitgevoerd, terwijl materiële en immateriële investeringen veel langer rendabel blijven dan bij een ad hoc verband.

Voor de samenwerking is binnen de BAEG een nieuw model ontwikkeld: het netwerkmodel. Tevens is een Projectgroep Evaluatie ingesteld.¹³⁻¹⁷

Het netwerkmodel

In het netwerkmodel staat de gelijkwaardigheid van praktiserende huisartsen en vakgroepen binnen de samenwerking voorop. Het wordt gekenmerkt door een verscheidenheid aan relaties en contacten, niet alleen tussen individuele praktijken en een vakgroep huisartsgeneeskunde, maar ook tussen praktijken onderling of tussen de praktijken als collectief en de vakgroep. Door het creëren van een communicatiestructuur ontstaat de mogelijkheid tot onderlinge afstemming, ondersteuning, kennisoverdracht en uitwisseling van gegevens. De juridische regelingen, de financiering en de overeengekomen verplichtingen worden vastgelegd in contracten.

Een belangrijk uitgangspunt is de participatie in de patiëntenzorg, niet alleen om de stafleden van de vakgroepen aan de beno-

digde ervaring te helpen, maar vooral om de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde vanuit het veld te laten plaatsvinden. De problemen uit de dagelijkse praktijk van de netwerkpraktijken zijn uitgangspunt voor zowel onderwijs als onderzoek.

Het netwerkmodel vereist activiteiten op drie gebieden: het creëren van een infrastructuur, het bevorderen van de communicatie binnen een overlegstructuur en het opstellen van meerjarenplannen.

Infrastructuur

Er wordt gestreefd naar een netwerk van 5-15 praktijken, die contractueel voor 5-10 jaar aan de universiteit verbonden zijn.¹⁴ De praktijken worden niet zozeer op grond van samenstelling van de praktijkbevolking, type praktijk of geografische ligging gekozen, maar veel meer wegens hun vermogen om nieuwe kennis uit te dragen aan omliggende praktijken. Bij de selectie van deze praktijken zijn vertegenwoordigers van zowel de vakgroep als de UHP-artsen betrokken.

Aan de huisartsen worden de volgende voorwaarden gesteld:

- een goede motivatie en ervaring met academische taken;
- werken volgens de normen van de beroepsgroep (Basistakenpakket, NHG-standaarden);
- deskundigheidsbevordering via toetsing en nascholing;
- een praktijkvoering met een - liefst geautomatiseerde - patiëntenregistratie;
- een praktijkuitrusting die het mogelijk maakt dat ook anderen in de praktijk kunnen werken (patiëntenzorg, onderwijs of onderzoek).

De vakgroep dient te beschikken over:

- een goede contractuele regeling tussen universiteit en huisarts(praktijk) betreffende wederzijdse rechten en plichten, de honorering en een geschillenregeling (een landelijk modelcontract heeft hierbij de voorkeur);
- een vergoedingsregeling waarbij zowel geldelijke vergoeding als ruil van menskracht tegen menskracht mogelijk is;
- steun en deskundigheid bij opleiding tot docent, wetenschappelijke vorming en automatiseringsprocessen.

Overlegstructuur

Terwille van een gelijkwaardige positie van de partijen moet een communicatiestructuur worden gecreëerd, waarbinnen de praktijken vrijelijk gegevens en plannen kunnen uitwisselen, zowel onderling als met de vakgroep. Daarvoor dient gestreefd te worden naar vaste overlegstructuren, waarvan zowel de vergaderfrequentie als de samenstelling, het voorzitterschap en het secretariaat zijn vastgelegd. Deze overlegstructuur is verantwoordelijk voor het opstellen van meerjarenplannen en van een modelcontract.

Voor de uitwisseling van (patiënten)gegevens tussen vakgroep en praktijken wordt een reglement opgesteld.

Meerjarenplan

Binnen de overlegstructuur wordt jaarlijks een meerjarenplan opgesteld. Hierin wordt de inhoud van de samenwerking binnen de regio vastgesteld, waarbij aansluiting wordt gezocht bij de plannen van andere netwerken.

Gezien de hoofddoelstelling en de schaarste van de middelen, verdient landelijke afstemming de voorkeur, waarbij echter de autonomie van de regio's gewaarborgd dient te blijven. Individuele inhoudelijke plannen worden gebaseerd het meerjarenplan.

In een algemeen contract worden de duur van de verbintenis en de juridische en financiële regelingen vastgelegd. Er zijn verschillende honoreringssystemen denkbaar, variërend van een ruil van menskracht – een staflid werkt in de praktijk, de huisarts werkt op het instituut – tot honorering van bepaalde activiteiten. Voorgesteld is om per praktijk niet alleen een vergoeding te geven voor eventuele eenmalige kosten voor verbouwing en apparatuur, maar ook voor exploitatiekosten. Verder is een basishonorering voorgesteld voor het up-to-date houden van de registratie en de 'beschikbaarheid' van de praktijk voor patiëntgebonden onderwijs en onderzoek.

Van de hiernaast te verrichten onderwijs- of onderzoeksactiviteiten worden inhoud en honorering ook contractueel vastgelegd. Veelal zullen dit projectgebonden activiteiten zijn, die jaarlijks kunnen worden bijgesteld.

Stand van zaken

De subsidie is inmiddels verlengd voor een tweede periode van vier jaar, maar de toegezegde uitbreiding van de subsidiegelden voor de verdere ontwikkeling van het netwerkmodel is niet doorgegaan. Het academiseringsproces wordt daardoor sterk vertraagd. Het is waarschijnlijk dat het ministerie van WVC zich in het kader van de stelselwijziging zal terugtrekken als gesprekspartner en dat de academisering geregeld zal moeten worden binnen het overleg tussen beroepsgroep, ziektekostenverzekeraars en ministerie.

In de komende tijd zullen de contracten en het financieringsmodel nader worden uitgewerkt, en de overlegstructuur en de meerjarenplannen worden voorbereid. Voor de feitelijke implementatie – waarbij wordt overgegaan tot uitbreiding van het aantal aan een vakgroep gelieerde praktijken – zijn de benodigde financiën een eerste vereiste. Zonder een uitbreiding van de financiering staan de ontwikkelingen stil.

Het academiseringsproces is nog niet voltooid.

Literatuur

- 1 Werkgroep Scholing NHG. Huisarts en universiteit. Bussum: Kruyt, 1968.
- 2 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Volksgezondheidsnota. Tweede Kamer, vergaderjaar 1965-1966, nr 8462.
- 3 Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Structuurnota Gezondheidszorg. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- 4 Van Londen J. Academisering in de eerste lijn als middel tot realisering van volksgezondheidsdoelstellingen. In: Brouwer W, Rom-

me MAJ. Faculteit en eerste lijn. Amsterdam: Bon, Scheltema & Holkema, 1981.

- 5 Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. De medische opleiding. Med Contact 1979; 34: 541-4.
- 6 Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. De medische basisopleiding. Aanvullende nota. Med Contact 1980; 35: 547-9.
- 7 Van Es JC. Faculteit en eerste lijn. Med Contact 1981; 36: 179-82.
- 8 Commissie Academisering eerstelijns gezondheidszorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg in Zuid-Limburg. 1983.
- 9 Ministerie van WVC. Nota versterking opleiding en onderzoek huisartsgeneeskunde. Leidschendam: Ministerie van WVC, 1983.
- 10 Adviesgroep academisering van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. Op weg naar de AWEG. Rapport, 1984.
- 11 Ministerie van O&W. Academisering in de eerste lijn en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer, 1984.
- 12 Blanken AJ, Oudkerk RH. Samen werkt het beter. Een onderzoek naar samenwerking tussen universiteiten en huisartsen. Groningen, 1988.
- 13 Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de praktijk. Tussentijdse rapportage van de projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimulerings Regeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990.
- 14 Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in een netwerk. Verslag van een vragenlijstonderzoek. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, UvA, 1990.
- 15 Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in zicht. Visies op de doelstellingen voor een netwerk. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, UvA, 1990.
- 16 Projectgroep Evaluatie TSR. Academisering in de huisartspraktijk. Eindrapport van de Projectgroep Evaluatie van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken. Amsterdam: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1990.
- 17 Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Geneeskunde. Ontwikkelingsplan academisering huisartsgeneeskunde. BAEG-150, 1991.