

Van een academische werkplaats naar een academische populatie

E. SCHADÉ

Schadé E. Van een academische werkplaats naar een academische populatie. *Huisarts Wet* 1996; 39(7): 375-78.

Samenvatting De huisartspraktijken rond de vakgroepen huisartsgeneeskunde worden vooral aangesproken op taken inzake arts- en huisartsopleiding en voor het wetenschappelijk onderzoek. De tijdelijke financiering van dit netwerk is voor de periode 1995-1997 overgenomen door de Ziekenfondsraad. Dit vestigde de aandacht op de academische, extramurale patiëntenzorg. Sedert 1 januari 1995 is de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam geïntegreerd met het academisch ziekenhuis tot het Academisch Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam. Dit is voor de vakgroep Huisartsgeneeskunde in het AMC, samen met de andere vakgroepen in de Divisie Public Health (Sociale Geneeskunde en Gezondheidskunde) aanleiding het concept van de 'academische populatie' uit te werken. De activiteiten richten zich daarbij op de populatie in het zorggebied van de tweedelijnsfunctie van het AMC. Het netwerk van huisartspraktijken binnen dit gebied wordt zo niet alleen aangesproken op de facultaire taken onderwijs en onderzoek, maar ook nadrukkelijk op de kwaliteit van de patiëntenzorg in relatie met die van het academisch ziekenhuis. Een dergelijke structurele plaats van de patiëntenzorg in het huisartsgeneeskundige academiseringsproces vraagt om een nauwe samenwerking met de Hagro's.

Prof.dr. E. Schadé,
hoogleraar huisartsgeneeskunde, Vakgroep
Huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch
Centrum – Universiteit van Amsterdam,
Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.

Inleiding

De toenemende aandacht die de huisartsgeneeskunde krijgt als onmisbaar element in de eerstelijnsgezondheidszorg alsmede de aandacht voor de primaire en secundaire preventie – een belangrijk aandachtsgebied van sociale geneeskunde – benadrukt de noodzaak van een extramuraal werkveld voor deze vakgroepen. Dit is van belang voor onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Ook andere extramurale geneeskundige gebieden krijgen grotere aandacht dan vroeger, bijvoorbeeld ambulante psychiatrie, geriatrie, revalidatie en gehandicaptenzorg.

De middelen tot financiering van de door het onderwijs en onderzoek gegenereerde bedrijfslasten in instellingen anders dan het academisch ziekenhuis worden niet ter beschikking gesteld aan de faculteiten, maar konden tot voor kort worden onttrokken aan het gedeelte voor maatschappelijke taken (het 'AM-deel') dat ze voor patiëntenzorgtaken ontvingen. Toen deze eind jaren tachtig niet meer aan de faculteiten werd toegewezen, maar in de Rijksbijdrage Academische Ziekenhuizen werd opgenomen, ontbeerden zes faculteiten iedere vergoedingsmogelijkheid. De Vrije Universiteit te Amsterdam en de Rijksuniversiteit Limburg ontvingen wel extra middelen voor inschakeling van eerstelijnsworkplaatsen.

Van 1985 tot en met 1994 heeft het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur door middel van tijdelijke stimuleringsmaatregelen een beperkte vergoedingsmogelijkheid geschapen, waardoor het mogelijk was huisartspraktijkwerkplaatsen ook in de zes andere faculteiten tot ontwikkeling te brengen. Het doel was een gestructureerde en geformaliseerde (geïstitutionaliseerde) samenwerking op basis van gelijkwaardigheid en wederzijdse belangen tussen universiteiten en huisartspraktijken. De activiteiten werden vooraf overeengekomen en waren gericht op het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde, dus zowel ten behoeve van onderwijs, opleiding en onderzoek en de samenhang daartussen.¹ Na 1994 wordt deze bijdrage van VWS niet

meer verleend en is zij voor drie jaar overgenomen door de Ziekenfondsraad. Bij de toekenning van deze gelden is met nadruk gesteld dat deze regeling niet langer zal duren dan drie jaar, waarna de eigen instellingen de financiering van het extramuraal werkveld moeten hebben overgenomen.

Dit zal voldoende stof tot discussie geven. In een tijd waarin ook de academische ziekenhuizen met krimpende middelen worden geconfronteerd, zal duidelijk moeten worden dat een goed functionerend extramuraal academisch werkveld ook in hun belang is.

Huisartsgeneeskunde als academische klinische discipline

Anno 1995 heeft de huisartsgeneeskunde zich voldoende geprofileerd als klinische en als academische discipline. Het vak wordt gedragen door een krachtige beroepsgroep met een voortreffelijke centrale, regionale en perifere structuur. Het kwaliteitsbeleid van de huisartsgeneeskunde loopt voorop, hetgeen onder meer blijkt uit de grote vlucht die de standaarden hebben genomen met de daaraan gekoppelde toetsing en deskundigheidsbevordering. Huisartsgeneeskunde is een van de twaalf academische medische kerndisciplines, hetgeen inhoudt dat in elk geneeskundig curriculum aandacht aan dit vak moet worden gegeven. De huisartsopleiding is evenwichtig gestructureerd met omschreven doelstellingen en met een brede participatie van het werkveld. Het wetenschappelijk onderzoek groeit explosief, met een groot aantal dissertaties en internationale publikaties. Het vak wordt door de overheid (Commissie-Biesheuvel) en zorgverzekeraars erkend en gesteund. Tegen deze achtergrond doet het vreemd aan dat het academisch netwerk van huisartspraktijken nog steeds wordt gefinancierd uit tijdelijke regelingen.

Het belangrijkste doel van het academische netwerk is het ontwikkelen van de huisartsgeneeskunde binnen de academische disciplines, met andere woorden: aandacht voor wetenschappelijk onderwijs, voor wetenschappelijk onderzoek en

voor de huisartsopleiding. Het academisch netwerk is een tamelijk losse structuur, waarin de samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken is geregeld door middel van contracten. Huisartspraktijken zijn geen eigendom van de faculteit en er is sprake van een eenzijdige dienstverlening.

Wil de huisartsgeneeskunde na afloop van de financiering door de Ziekenfondsraad kunnen rekenen op gelden vanuit de facultaire middelen dan wel van die van het academisch ziekenhuis, dan is (zeker in verband met de laatste financieringsstroom) meer aandacht voor de patiëntenzorg aangewezen. Het is deze academische huisartsgeneeskundige patiëntenzorg die een nieuwe stimulans kan betekenen voor het functioneren van het academisch netwerk. De afspraken over onderwijs, opleiding en het wetenschappelijk onderzoek zijn min of meer gestabiliseerd en de noodzakelijke uitbreiding daarvan, zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin, moet tot stand worden gebracht binnen inmiddels bekende en geaccepteerde kaders. Dit is nog niet het geval bij de patiëntenzorg. Het zou daarom goed zijn als patiëntenzorg meer geïntegreerd wordt in de taken en activiteiten van de vakgroepen huisartsgeneeskunde.

Academische huisartspraktijk

In de academische huisartspraktijk kan niet echt gesproken worden van topklinische patiëntenzorg. Het werken volgens de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt wel als voorwaarde gesteld, maar een systematische toetsing daarvan ontbreekt nog. Topklinische zorg mag niet gelijk worden gesteld met de voorbeeldzorg, zoals wordt gegeven in huisartspraktijken die consequent de NHG-standaarden volgen. Bij huisartsgeneeskundige topklinische zorg kan men denken aan het uitproberen van nieuwe diagnostische en therapeutische procedures, zoals geavanceerd longfunctie-onderzoek, continue intraveneuze toediening van antipijnmiddelen of antibiotica, en thuisinfusie van cytostatica. De noodzaak, werkzaamheid en doelmatigheid van de toepassing hiervan onder regie van

de huisarts wordt daarbij onderzocht met als belangrijkste vraagstelling of deze procedures deel kunnen gaan uitmaken van het standaardpakket van de huisarts.

Dit geldt ook voor nieuwe vormen van samenwerking zoals routinematige, specialistische consultatie in de huisartspraktijk, het samen spreekuur doen, en sommige vormen van taakdelegatie. Academische huisartspraktijken kunnen zich in deze richting te ontwikkelen. Een mogelijkheid kan zijn dat zij een consultatieve functie gaan ontwikkelen ten behoeve van andere huisartspraktijken. Als deze praktijken werkelijk vormen van topklinische zorg kunnen leveren, zullen ze stages kunnen aanbieden aan andere huisartsen, functioneren als referentiepraktijk en nieuwe vormen van zorg uitproberen. Steun daarbij van een vakgroep huisartsgeneeskunde en/of academisch ziekenhuis is niet absoluut noodzakelijk, maar wel een gunstige bijkomstigheid.

Er zijn voldoende structurele belemmeringen voor academische huisartsenzorg. De facultaire structuur kent geen patiëntenzorg. De universitaire financiering – via het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen – is essentieel anders gestructureerd dan de financiering van de patiëntenzorg van het academisch ziekenhuis, die via de zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS loopt. De faculteiten wachten niet op het in bezit hebben van huisartspraktijken. Dit heeft tot gevolg dat binnen het functioneren van de vakgroepen huisartsgeneeskunde patiëntenzorg nauwelijks een plaats heeft. De patiëntenzorg vindt buiten de deur plaats, in de eigen praktijken, waar het vakgroepsbestuur geen zeggenschap over heeft. Hoewel dit minder geldt ten aanzien van de huisartsopleiding, is het toch een ervaringsfeit dat de 'buiten de deur'-aspecten van deze opleiding minder strak toetsbaar en stuurbaar zijn dan het vakgroepsonderwijs, zeker in vergelijking met de opleiding tot medisch specialist. De wettelijke regelgeving en de wijze van financiering zullen niet op korte termijn zodanig worden veranderd dat deze problemen worden opgeheven.

Transmurale zorg

In de discussie over de relatie tussen het intramurale en een eventueel extramuraal academisch werkveld zal het academisch ziekenhuis eerder gezien moeten worden als een partner dan als een concurrent, en dat zal vermoedelijk sneller aan de orde zijn dan nu binnen de huisartsgeneeskunde wordt verwacht. De patiëntenzorg in het academisch ziekenhuis gaat namelijk zelf gedeeltelijk over tot 'extramuralisering'.

Dit vereist een academisering van het extramurale veld. Men moet hierbij denken aan de technologische ontwikkelingen die maken dat patiënten die voorheen lange tijd in een academisch ziekenhuis moesten blijven, nu eerder kunnen worden ontslagen. Het academisch ziekenhuis wil de regie over deze patiëntenzorg niet altijd onmiddellijk uit handen geven. Academische ziekenhuizen moeten zuinig opgaan met hun bedden capaciteit. Willen zij hun topklinische functie waarmaken, dan zullen ze, bij gelijkblijvende aantallen bedden en ligdagen, de *turnover* moeten vergroten. Nauwe samenwerking met perifere ziekenhuizen en met het extramurale werkveld is daarvoor noodzakelijk.

Voor deze zorgontwikkelingen, samengevat onder het begrip 'transmurale zorg', is de continuïteit in de zorg met behoud van de kwaliteit een belangrijke leidraad. Tevens vragen de eisen van de opleiding tot arts (Raamplan 94: Artsopleiding), de eisen van verschillende vervolgoopleidingen en het patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek om een intensivering van de contacten tussen het intramurale en het extramurale academische werkveld.

Suggesties voor oplossingen

Onderwijs, opleiding en onderzoek zijn onvoldoende argumenten voor de academische ziekenhuizen om een gedeelte van hun gelden door te sluisen naar de huisartspraktijken. Dit kan wel gebeuren ter wille van de patiëntenzorg.

Dat houdt in dat huisartsgeneeskunde zich meer moet profileren als een klinische vakgroep. We moeten het academisch ziekenhuis iets kunnen bieden. In het Acade-

misch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam wordt daarom door de Divisie Public Health (Sociale Geneeskunde, Huisartsgeneeskunde en Gezondheidskunde) het model van de academische populatie ontwikkeld. Hieronder wordt verstaan de populatie die woont in het zorggebied voor de tweedelijnsfunctie van het Academisch Medisch Centrum, zoals vastgesteld naar aanleiding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Deze regio is te uitgebreid om de gemeentelijke grenzen aan te houden. In die populatie is het mogelijk om sociaal-geneeskundige instellingen, zoals GG&GD- en ARBO-diensten, huisartspraktijken en instellingen voor verpleeghuiszorg en thuiszorg, in onderlinge samenhang te betrekken bij allerlei gezondheidsvragen.

Het begrip extramurale academische populatie behoeft verduidelijking. Een academisch ziekenhuis is een werkplaats voor academische geneeskunde in de klinische specialismen. Dit betekent dat, naast patiëntenzorg, ook onderzoek wordt gedaan en specialisten worden opgeleid. Hoewel de studenten voornamelijk opgeleid worden binnen een (academisch) ziekenhuis, vindt meer dan 50 procent van hen werk buiten het ziekenhuis, met name in de specialismen huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde (inclusief bedrijfsartsen). Daar delen van het onderwijs, het extramurale onderzoek en de patiëntenzorg van deze vakgebieden gericht zijn op de populatie uit het primaire verzorgingsgebied van een academisch ziekenhuis, kan dit een academische populatie worden genoemd.

Het nader uitwerken van een dergelijke 'extramurale' academische populatie als werkplaats voor onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg dient verschillende doelen. Ten eerste biedt de 'academische werkplaats' de mogelijkheid om in een vakgebied innovatief te werk te gaan. Ten tweede ontstaat de mogelijkheid om studenten vanuit de faculteit te scholen in de praktijk van extramurale geneeskunde. Ten derde biedt een nauwe relatie tussen wetenschappelijk onderzoek en de extramurale zorg een goede structuur voor de snelle

implementatie van onderzoeksresultaten. Ten vierde is de combinatie van theorie en praktijk van de diverse takken van de geneeskunde ideaal voor patiëntgebonden onderwijs en onderzoek. Tot slot zullen bij de verdergaande vormen van transmurale zorg ook in de toekomst nauwe banden tussen klinische en extramurale zorg noodzakelijk zijn. Deze academische populatie biedt als het ware de mogelijkheid voor de Divisie Public Health om een extramurale academische werkplaats vorm te geven en tegelijkertijd een relatie tussen de extramurale instellingen en het AMC te bewerkstelligen.

Voor sommige onderwijs- en onderzoeksdoelen is de academische populatie niet altijd voldoende. Daarom zal voor deeltaken extra affiliatie worden gecreëerd. Deze samenwerking zal echter anders van aard zijn dan bij de academische populatie. Een welomschreven en goed functionerend systeem van netwerken binnen de academische populatie maakt dat de vakgroep huisartsgeneeskunde daadwerkelijk de intermediaire rol kan gaan vervullen tussen het academisch ziekenhuis en het extramurale huisartsgeneeskundig werkveld. De consultatieve functie voor wetenschappelijk specialistisch, patiëntgebonden onderzoek alsmede voor de transmurale zorg van het academisch ziekenhuis kan op deze wijze een dwingend karakter krijgen.

Wil dit mogelijk zijn dan moet huisartsgeneeskundige academisering ingebed zijn in het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep huisartsen en in de patiëntenzorg. Dit betekent dat het geacademiseerde huisartsennetwerk voor de patiëntenzorg een samenwerking met de hagro's moet aangaan.

Financiering

In de eerste plaats zou er, naast het artikel 'Rijksbijdrage Academisch Ziekenhuis', een artikel 'Rijksbijdrage Overige Werkplaatsen' in de begroting van het Ministerie van OCW kunnen komen. De daarin beschikbaar gestelde middelen worden toegedeeld aan de faculteit der Geneeskunde om onverwijld te worden doorgege-

ven aan de door die faculteit gecontracteerde werkplaatsen. De grote variatie in werkplaatsgebruik tussen de faculteiten maakt het voor het Ministerie noodzakelijk de omvang van deze post per faculteit vast te stellen.

Een tweede mogelijkheid is het opnemen van een bepaling in de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek waarin de Rijksbijdrage die nu alleen voor het academisch ziekenhuis is bestemd, ook beschikbaar komt voor andere werkplaatsen waarmee de faculteit omschreven en beargumenteerde contracten heeft afgesloten. De bijdrage zou dan, in plaats van Rijksbijdrage Academisch Ziekenhuis, voortaan Rijksbijdrage Werkplaatsen Faculteit moeten heten. Vanzelfsprekend dient deze rijksbijdrage dan in absolute zin te worden verhoogd. Behalve door het groeiend aantal werkplaatsen neemt immers overal, dus ook in het academisch ziekenhuis, de lastendruk toe door het steeds belangrijker worden van de werkplaatsfunctie. Verschuiving van gelden van academisch ziekenhuis naar andere werkplaatsen heft dus slechts een deel van het probleem op.

Dit tweede model heeft als voordeel ten opzichte van het eerste dat het Ministerie van OCW de omvang van ieder van de twee begrotingsposten niet jaarlijks hoeft te bepalen. Faculteiten die minder werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis nodig hebben, kunnen meer vergoeden aan een academisch ziekenhuis waaraan meer studenten hun opleiding ontvangen of meer wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt. Het nadeel van financiële onzekerheid voor het academisch ziekenhuis is in het tweede model zeker aanwezig.¹

Tot slot is er een model mogelijk waarin het Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam een voortrekkersfunctie heeft. In het AMC zijn de faculteit en het academisch ziekenhuis volledig geïntegreerd en zullen zij met ingang van 1 januari 1997 ook rechtspositioneel gefuseerd zijn. Het onderscheid tussen ziekenhuis en faculteit en tussen de financieringsstromen van OCW, VWS en zorgverzekeraars is dan verdwenen. Het AMC

staat voor een totaal pakket van wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, een breed pakket van vervolgopleidingen, patiëntenzorg, regulier en topklinisch, en maatschappelijke dienstverlening. Het AMC gaat er terecht van uit dat het alleen naar behoren kan functioneren als ook het extramurale veld bij de activiteiten is betrokken. In het model wordt de verdeling van gelden niet bepaald door afspraken tussen twee rechtspersoonlijkheden maar door de geaccordeerde taken en activiteiten van één organisatie.

Slotopmerking

Na de tijdelijke financiering door de Ziekenfondsraad is het voor de academisering van het extramurale werkveld – waarin de huisartsgeneeskunde een belangrijke plaats inneemt – van belang te komen tot vaste afspraken. Voor het wetenschappelijk onderwijs, de vervolgopleidingen en voor het wetenschappelijk onderzoek zijn de kaders geschetst. Dit is niet het geval voor de patiëntenzorg. Willen we door herallocatie van bestaande financieringsstromen een kans maken, dan zal met name binnen de Rijksbijdrageregeling Academische Ziekenhuizen geld moeten worden gezocht. Dit kan alleen als, naast de drie bovengenoemde academische taken, ook de waarde van de extramurale patiëntenzorg voor het academisch ziekenhuis aannemelijk kan worden gemaakt. Onze primaire huisartsgeneeskundige taken mogen daarbij niet op de achtergrond raken. De herkenbaarheid van de eigen discipline is van essentieel belang, om de banden met de beroepsgroep en de praktijkinstellingen in stand te houden, teneinde deze als gelijkwaardige partner in het overleg te kunnen inbrengen.

Literatuur

- 1 Kramer MF, Schadé E. Behoefte aan 'werkplaatsen' buiten de academische en geaffilieerde ziekenhuizen in de artsopleiding en de financiering daarvan. Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 35-9 ■