

INHOUD

	SAMENVATTING	1
1	INLEIDING EN VRAAGSTELLING	7
2	WERKWIJZE VAN DE COMMISSIE	11
3	AFBAKENING VAN HET TERREIN	13
3.1	Omschrijvingen	13
3.2	Kenmerken werkplaats buiten het academisch ziekenhuis	13
3.3	Begrenzing werkterrein	14
4	RESULTATEN VAN DE INVENTARISATIE	15
4.1	Academisch Medisch Centrum, Amsterdam	15
4.2	Faculteit der Medische Wetenschappen te Groningen	19
4.3	Leids Universitair Medisch Centrum	21
4.4	Faculteit der Geneeskunde te Maastricht	24
4.5	Faculteit der Medische Wetenschappen te Nijmegen	27
4.6	Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen te Rotterdam	30
4.7	Universitair Medisch Centrum Utrecht	33
4.8	Vrije Universiteit Medisch Centrum	34
4.9	Interfacultair Overleg Huisartgeneeskunde (IOH)	37
4.10	Interfacultair Overleg Sociale Geneeskunde (IOSG)	40
4.11	Interfacultair Overleg Verpleeghuisgeneeskunde (IOV)	41
5	ANALYSE VAN DE GEGEVENS	45
5.1	Analyse van de gegevens uit hoofdstuk 4	45
5.2	Algemene beschouwing	48
5.3	Conclusies en aanbevelingen	53
BIJLAGEN		
1	ADVIESAANVRAAG	
2	SAMENSTELLING VAN DE COMMISSIE	
3	BRIEF AAN DECANEN MEDISCHE FACULTEITEN	
4	LIJST VAN GERAADPLEEGDE PERSONEN	
5	ACADEMISERING SOCIALE GENEESKUNDE	
6	FINANCIERING VAN DE WERKPLAATSFUNCTIE	
7	LITERATUUROVERZICHT	
8	LIJST MET AFKORTINGEN	

SAMENVATTING

Het academisch ziekenhuis wordt beschouwd als de werkplaats van de medische faculteit, ten behoeve van klinisch onderzoek en onderwijs. Een aantal ontwikkelingen maakt dat die functie nu ook deels wordt vervuld door instellingen buiten het academisch ziekenhuis: de toename van het aantal studenten geneeskunde, de academisering van een aantal niet-ziekenhuisgebonden specialismen (zoals huisartsgeneeskunde), en de extramuralisering van de geneeskunde. In deel 3 van de Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (1995) vroeg de RGO al aandacht voor die werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. De situatie leek niet bevredigend te zijn, maar een goed overzicht van de academische werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis en duidelijkheid over de knelpunten ontbrak. Om die reden heeft de minister van OCenW de RGO gevraagd de huidige situatie en de omvang van werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis in kaart te brengen en aan de hand daarvan aanbevelingen te doen die de verantwoordelijke bestuurders van de medische clusters kunnen gebruiken voor een optimale invulling van de werkplaatsbehoefte. De minister stelde in zijn aanvraag uitdrukkelijk dat voor de aanbevelingen de bestaande bestuurlijke en financiële arrangementen als uitgangspunt moeten worden genomen.

De RGO heeft hierop een commissie ingesteld, die het voorliggende rapport heeft voorbereid. De eerste stap was het opstellen van een goed hanteerbare omschrijving van het begrip “werkplaatsfunctie” en aanverwante begrippen. Bij de omschrijving wordt een aantal kenmerken van de academische werkplaats genoemd: de werkplaats is actief betrokken bij patiëntgebonden onderwijs en onderzoek, er is een gestructureerde samenwerking tussen de medische faculteit en de werkplaats, de zorg die de werkplaats biedt heeft een voorbeeldfunctie en de werkplaats biedt mogelijkheden tot innovatie van de zorg.

Aan de omschrijving van de begrippen is een duidelijke afbakening van het werkkterrein gekoppeld: het advies beperkt zich tot de werkplaatsfunctie ten behoeve van de faculteit geneeskunde en tot specialisaties waarvoor het academisch ziekenhuis niet of in beperkte mate een werkplaatsfunctie vervult. Dit betreft huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde en de extramurale psychiatrie.

Door middel van een schriftelijke enquête onder de medische faculteiten is een inventarisatie uitgevoerd van de huidige werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. De verzamelde gegevens werden aangevuld door gesprekken met vertegenwoordigers van alle medische faculteiten en, indien mogelijk, de Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen. Ook de interfacultaire overlegorganisaties voor Huisartsgeneeskunde, Sociale Geneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde verstrekten informatie over de huidige situatie en de behoefte aan werkplaatsen.

De resultaten van de inventarisatie zijn geordend per faculteit/medisch cluster. Per universiteit is aangegeven hoe de medische faculteit en het academisch ziekenhuis zich bestuurlijk tot elkaar verhouden, gevolgd door een bespreking van de disciplines met werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. De gesignaleerde knelpunten zijn per faculteit afzonderlijk vermeld.

De behoefte aan werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis wordt deels bepaald door de eisen van opleiding tot basisarts, deels door de behoefte aan onderzoek van de faculteit en deels door de behoefte aan zorgontwikkeling (op basis van onderzoek) in de betrokken disciplines. Door een vergelijking van die behoefte aan werkplaatsfunctie met de actuele situatie komen de lacunes in de werkplaatsen in beeld.

Voor de *huisartsgeneeskunde* wordt in de huidige situatie voorzien in de behoefte aan werkplaatsfunctie: elke faculteit beschikt tegenwoordig over een netwerk van academische huisartspraktijken.

Sociale geneeskunde is eveneens een kerndiscipline, die bij elke faculteit in de opleiding tot basisarts aan bod komt. Voor sociale geneeskunde blijkt de infrastructuur echter verre van voldoende te zijn. De samenwerkingsverbanden tussen de faculteiten en de instellingen (waaronder GGD's en Arbodiensten) ten behoeve van onderzoek missen een structurele basis. De beschreven samenwerkingsverbanden kunnen in lang niet alle gevallen als volwaardige academische werkplaatsen beschouwd worden. Bij twee medische faculteiten vindt weinig of geen onderzoek op het gebied van de sociale geneeskunde plaats. (LUMC, Faculteit der Medische Wetenschappen, Nijmegen).

Voor *verpleeghuisgeneeskunde* bestaan op dit moment twee netwerken van verpleeghuizen, het Universitair Verpleeghuisnetwerk VU en het Leids Universitair Verpleeghuisnetwerk, waarvan de eerste geheel voldoet aan de kenmerken van een academische werkplaats. In Nijmegen bestaan plannen voor een netwerk. Rekening houdend met de opleiding tot verpleeghuisarts, ondergebracht bij het LUMC, het VUMC en het UMC St. Radboud, zou een verpleeghuisnetwerk in deze drie plaatsen aan de behoefte voldoen.

De behoefte aan werkplaatsfunctie voor *revalidatiegeneeskunde* wordt bepaald door de huidige zes universitaire kernen voor revalidatieonderzoek, waarin regionale revalidatie-instellingen participeren door middel van een samenwerkingsovereenkomst. De ontwikkeling van deze kernen (in Groningen, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam, Utrecht en bij de VU) is nog in volle gang, mede op geleide van het RGO-advies over Revalidatieonderzoek uit 1998.

De *extramuraal psychiatrie* wordt vooral uitgeoefend in de RIAGG. De aandacht van de RGO heeft vooral betrekking gehad op activiteiten waarbij artsen een belangrijke rol spelen. In die zin is in het AMC en in Maastricht sprake van academisering van de RIAGG of gedeelten daarvan. Bij de andere faculteiten voorzien intramuraal instellingen in het grootste deel van de behoefte aan werkplaatsfunctie.

Het gehele veld van extramurale disciplines overziend, concludeert de RGO dat een gebrek aan werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis het sterkst gevoeld wordt over de hele breedte van de sociale geneeskunde.

Aan de hand van het overzicht van de bedoelde werkplaatsen heeft de Raad zich gebogen over de knelpunten en de mogelijkheden om de huidige situatie te optimaliseren.

In de optimale situatie is sprake van een langdurig, structureel samenwerkingsverband tussen werkplaats en medische faculteit. De continuïteit van de werkplaats blijkt echter in gevaar te kunnen komen door personeelwisselingen (bijv. opvolging in solo-huisartspraktijken) en door het ontbreken van structurele financiering. De RGO constateert dat de continuïteit in die financiering tot op heden niet gewaarborgd is.

Academisering van werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis is in het belang van zowel de faculteit als de zorgverleners, gelet op het streven naar verbetering van de zorg op basis van wetenschappelijke inzichten. De kwaliteit van een academische werkplaats moet zijn afgestemd op de eisen van de faculteit, maar omgekeerd geldt ook dat academisering alleen goed werkt als faculteiten rekening houden met de praktijken/zorgverlenende instellingen die als werkplaats functioneren. De Raad vindt dat aan de kwaliteit en het wetenschappelijk niveau van de werkplaats eisen gesteld moeten worden, maar constateert dat daar binnen de huidige juridische en financiële kaders geen mogelijkheden voor bestaan. De academische werkplaatsen blijken op dit moment voor een deel te functioneren dankzij loyale steun uit het veld. Toenemende commercialisering van de zorg, het meest uitgesproken bij de Arbo-diensten, zet de bereidheid tot medewerking aan onderwijs en onderzoek onder druk. Ook in de verpleeghuisgeneeskunde dreigt een afnemende bereidheid tot medewerking.

Tegenover deze knelpunten staat de positieve constatering dat er goede kansen zijn voor academisering van deze werkplaatsen. Die kansen zijn er vooral als de faculteit en het academisch ziekenhuis gezamenlijk investeren in die werkplaatsen. Het bestuurlijk samengaan van faculteit en academisch ziekenhuis blijkt dit te bevorderen. Het belang van het academisch ziekenhuis is vooral gediend als de werkplaatsen zich bevinden binnen het basiszorggebied van het academisch ziekenhuis, zoals bij het AMC het geval is. Voor een aantal faculteiten is dit voorbeeld echter moeilijk na te volgen door historisch gegroeide netwerken van praktijken ver buiten het basiszorggebied.

Naast het eigen beleid van faculteiten en academische ziekenhuizen biedt ook stimulering door de overheid kansen voor bepaalde disciplines (zie het al eerder genoemde voorbeeld van het revalidatie-onderzoek). Tijdelijke stimulering zal echter niet voorzien in de structurele financiering die voor de ontwikkeling van een aantal werkplaatsen nodig is.

In de afgelopen jaren is veel bereikt, ondanks het ontbreken van structurele financiering, veelal in goede samenwerking tussen faculteit en academisch ziekenhuis.

De RGO constateert echter dat dit in de toekomst onvoldoende basis biedt voor academisering. Er wordt een toenemend beroep gedaan op de werkplaatsen *buiten* het academisch ziekenhuis, samenhangend met een veranderend zorgpatroon, zonder dat de behoefte aan werkplaatsfunctie *binnen* het academisch ziekenhuis vermindert.

De Raad heeft een schatting gemaakt van de bedragen die nodig zijn om de continuïteit en kwaliteit van de huidige werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis te handhaven of (in geval van sociale geneeskunde) te versterken, uitgaande van een aantal minimaal benodigde voorzieningen per werkplaats. Op grond van deze schattingen komt de RGO tot de conclusie dat een structurele investering nodig is van ongeveer Mf 9 (M€ 4,08) per jaar. Door verdere ontwikkelingen zal dit bedrag iets kunnen oplopen. De Raad meent dat aan die groeiende behoefte niet tegemoet gekomen kan worden binnen de huidige financiële en juridische kaders. De flexibiliteit van de inzet van de Rijksbijdrage academische ziekenhuizen, die bedoeld is voor de financiering van de werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis, blijkt uiterst gering.

Op grond van de bovenstaande beschouwing komt de RGO tot de volgende aanbevelingen:

- De werkplaatsfunctie ten behoeve van de sociale geneeskunde schiet ernstig tekort. Het budget van de faculteiten der geneeskunde lijkt onvoldoende om de academisering van de werkplaatsen ten behoeve van sociale geneeskunde te financieren. De RGO beveelt nadrukkelijk aan de academisering van de werkplaatsen voor sociale geneeskunde te stimuleren.
- De ontwikkeling van grootschalige nieuwbouwingebieden (VINEX-lokaties) biedt in enkele steden (Utrecht, Nijmegen, wellicht Leiden) mogelijkheden voor het ontwikkelen van werkplaatsfuncties binnen het basiszorggebied van het academisch ziekenhuis, naar het voorbeeld van het AMC.
- Tot nu toe is de ontwikkeling van werkplaatsen sterk disciplinegebonden geweest. In de toekomst kan winst behaald worden met academische werkplaatsen waarin samenwerking tussen disciplines vorm wordt gegeven. Daarmee dient rekening te worden gehouden bij het opzetten, uitwerken en financieren van academische werkplaatsen.
- De bereidheid tot medewerking in het veld is van groot belang voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. De mogelijkheden voor praktijken of instellingen inbreng te hebben in de vervulling van de werkplaatsfunctie dienen waar mogelijk verruimd te worden.
- Samenwerkingsovereenkomsten tussen werkplaats en medische faculteit dienen waar mogelijk regelingen te bevatten die de continuïteit van de werkplaatsen verzekeren.

- Nieuwe werkplaatsen kunnen ingericht worden als er een structurele financiële bijdrage beschikbaar komt voor de instandhouding daarvan. In dat geval is het aan te bevelen dat de ministers van OCenW en VWS gemeenschappelijk de aanloopkosten financieren.
- De RGO bepleit erkenning van de gerealiseerde en in de nabije toekomst te verwachten uitbreiding van de werkplaatsfunctie door toevoeging van een adequate parameter waarmee de Rijksbijdrage academische ziekenhuizen wordt uitgebreid. Een dergelijke parameter zou gevonden kunnen worden in de kostenposten die voor een academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis minimaal noodzakelijk zijn. Aan de financiering van werkplaatsen dienen voorwaarden gesteld te worden.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Van oudsher vormt het academische ziekenhuis de werkplaats voor de medische faculteit: het academisch ziekenhuis biedt patiëntenzorg en staat ten dienste van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek. Die verwevenheid van onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg is in de academische geneeskunde niet meer weg te denken. Deze visie is terug te vinden in de notitie Positionering Academische Ziekenhuizen (ministerie van VWS, november 1998; pag. 12-13). Daarin wordt gesteld dat voor een goede werkplaats een breed aanbod aan specialismen, een diversiteit in functies en een representatief patiëntenaanbod van belang zijn. Ook de onderzoek- en ontwikkelingsfunctie, variërend van fundamenteel onderzoek tot praktisch onderzoek in de zorgverlening, wordt besproken: “De noodzaak en het vermogen tot verdere ontwikkeling van de zorgverlening draagt ertoe bij dat de grenzen van mogelijkheden en wenselijkheden voortdurend worden verlegd. Het innovatieve vermogen manifesteert zich in de ontwikkeling van nieuwe functies, verbetering van bestaande en het uitdragen van uitontwikkelde functies naar andere ziekenhuizen. De resultaten van onderzochte verbeteringen en vernieuwingen worden actief verspreid binnen de gezondheidszorg en zorgt ervoor dat de academische ziekenhuizen weer ruimte krijgen in hun ontwikkelcapaciteit.”

Er is een aantal ontwikkelingen te noemen die ertoe hebben geleid dat het academisch ziekenhuis niet langer de enige werkplaats voor de medische faculteit vormt.

De eerste ontwikkeling is de toename van het aantal studenten, zodanig dat het academisch ziekenhuis niet langer in staat was deze aantallen te huisvesten. Dit is opgelost door algemene ziekenhuizen te contracteren en de coassistentenschappen deels door deze ziekenhuizen (geaffilieerde ziekenhuizen) te laten verzorgen. De geaffilieerde ziekenhuizen voorzien dus in een werkplaatsfunctie t.b.v. het medisch onderwijs.

Een tweede ontwikkeling is de geleidelijk opgetreden verandering in de patiëntenpopulatie van het academisch ziekenhuis. Deze ontwikkeling is gekoppeld aan de topzorg en de topreferentiefunctie van het academisch ziekenhuis. De patiëntenpopulatie in de academische ziekenhuizen is steeds meer gaan verschillen van die in de algemene ziekenhuizen.

Een derde ontwikkeling, die parallel aan de tweede plaatsvond, is de geleidelijke “academisering” van een aantal niet-ziekenhuisgebonden specialismen, in de eerste plaats huisartsgeneeskunde, maar ook de verpleeghuisgeneeskunde en revalidatiegeneeskunde. Die academisering is nog niet zo lang geleden ingezet. Voor huisartsgeneeskunde werd in 1980 een aanzet gegeven tot de constructie van academische werkplaatsen (Kocken, 1995). Bij de verpleeghuisgeneeskunde en de revalidatiegeneeskunde kwam die ontwikkeling nog later op gang. Huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde, revalidatie-

geneeskunde en ten dele ook de psychiatrie zijn specialismen waarvoor het academisch ziekenhuis niet of slechts in beperkte mate een werkplaatsfunctie vervult.

De laatste, nauw met de derde samenhangende ontwikkeling is de toenemende tendens naar “extramuralisering” van de geneeskunde. Het is o.a. uit deze laatste tendens dat de adviesaanvraag voortkomt. De RGO merkt op dat de *transmurale zorgverlening* (zorgverlening buiten het ziekenhuis dóór het ziekenhuis) steeds belangrijker wordt. Advisering over transmurale zorg gaat de vraagstelling van dit advies echter te boven. De Raad beperkt zich tot de hierboven genoemde disciplines, terwijl de transmurale zorg ook geleverd wordt door traditionele “ziekenhuisdisciplines” zoals interne geneeskunde. Ofschoon de transmurale zorg buiten beschouwing is gebleven bij de inventarisatie van de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis, wordt hier in hoofdstuk 5 kort op teruggekomen.

Ongeacht deze ontwikkelingen heeft de faculteit der geneeskunde de taak het onderwijs zó in te richten, dat de basisartsen voldoen aan de eindtermen van de opleiding (vastgelegd in het Raamplan 1994). Hiervoor is het nodig dat de studenten en onderzoekers toegang hebben tot instellingen die als voorbeeld dienen voor de zorgverlening. Omgekeerd hebben ook zorgverlenende instellingen baat bij samenwerking met de faculteit waar het gaat om zorginnovatie en toepassing van wetenschappelijke inzichten.

In deel 3 van de Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (BAGO 3, 1995) heeft de RGO zich geconcentreerd op de werkplaatsfunctie van het academisch ziekenhuis. Sinds het verschijnen van BAGO 3 zijn bij alle Nederlandse universiteiten aanzienlijke veranderingen opgetreden in de relatie tussen faculteit en academisch ziekenhuis. Het merendeel van de medische faculteiten is bestuurlijk samengegaan met de bijbehorende academische ziekenhuizen tot universitair medische centra, of werkt aan een ontwikkeling in die richting. Het is goed voorstelbaar dat die ontwikkeling van invloed is op de invulling van de werkplaatsfunctie, binnen zowel als buiten het academisch ziekenhuis.

Op dit moment voorziet elke faculteit op eigen wijze in de werkplaatsfunctie t.b.v. onderwijs en onderzoek voor die gebieden waar het academisch ziekenhuis niet in kan voorzien. Vanuit het veld van onderzoekers zijn geluiden gekomen dat de situatie niet bevredigend is (Kramer en Schadé, 1995; Reijneveld et al., 1997). Ook de RGO vroeg in de aanbiedingsbrief bij BAGO 3 al om aandacht voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Nog steeds echter ontbreekt een goed overzicht van de academische werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis en van de knelpunten die optreden bij de invulling van de werkplaatsfunctie. Om die reden heeft de minister van OCenW de RGO gevraagd de huidige functie, omvang en kwaliteit van dergelijke werkplaatsen in kaart te brengen en aan de hand daarvan aanbevelingen te doen die de verantwoordelijke bestuurders van de medische clusters kunnen gebruiken voor een optimale invulling van de werkplaatsbehoefte. De minister stelde in zijn aanvraag

uitdrukkelijk dat voor de aanbevelingen de bestaande bestuurlijke en financiële arrangementen als uitgangspunt moeten worden genomen (zie bijlage 1). De RGO heeft hierop een commissie ingesteld, die het voorliggende rapport heeft voorbereid (voor de samenstelling van de commissie, zie bijlage 2).

In het volgende hoofdstuk wordt in het kort uiteengezet hoe de RGO te werk is gegaan. Hoofdstuk 3 geeft een afbakening van het werkterrein en een omschrijving van de gehanteerde begrippen. Hoofdstuk 4 geeft de resultaten van de inventarisatie. In hoofdstuk 5 volgt een analyse van de beschikbare gegevens en worden conclusies getrokken. In dat hoofdstuk zijn ook de aanbevelingen van de RGO verwerkt.

HOOFDSTUK 2 WERKWIJZE VAN DE COMMISSIE

Van het begrip “werkplaatsfunctie” (ten behoeve van de medische faculteit) zijn in de loop der jaren verschillende omschrijvingen en definities verschenen. In dit verband wordt ook vaak de term “academisering” gehanteerd. Gebleken is dat de verschillende begrippen elkaar niet geheel overlappen. De eerste stap in de voorbereiding van dit advies was dan ook het opstellen van een goed hanteerbare omschrijving van de werkplaatsfunctie en aanverwante begrippen, gebaseerd op de gangbare literatuur, en het afbakenen van het werkkterrein.

Vervolgens werden de decanen van alle medische faculteiten in Nederland schriftelijk verzocht een overzicht te geven van de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis, volgens de omschrijving die de RGO hanteerde (zie bijlage 3). Gegevens uit jaarverslagen en andere publicaties vormden een aanvulling op de antwoorden van de medische faculteiten. Tevens werd informatie van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH), het Interfacultair Overleg Sociale Geneeskunde (IOSG) en het Interfacultair Overleg Verpleeghuisgeneeskunde (IOV) gebruikt. Bovendien werden gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers (decanen) van alle medische faculteiten en, indien mogelijk, van de Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen. Tijdens deze gesprekken werd een voorlopig overzicht van de beschikbare gegevens voorgelegd en werd in het bijzonder aandacht besteed aan knelpunten, behoeften en mogelijke oplossingen.

De resultaten van de inventarisatie zijn geordend per faculteit/medisch cluster (zie hoofdstuk 4). Hier zijn de gegevens en de knelpunten weergegeven zoals ze door de faculteiten zijn gepresenteerd. Van de drie bovengenoemde specialismen die een interfacultair overleg kennen, is een overkoepelende visie gevraagd. De gegevens zijn geanalyseerd aan de hand van de criteria voor de academische werkplaats, zoals omschreven in hoofdstuk 3. De RGO heeft een vergelijking gemaakt tussen de behoeften aan werkplaatsfuncties en de beschikbare werkplaatsen. Op grond van de conclusies uit deze vergelijking en de knelpunten die gesignaleerd zijn tijdens de inventarisatie, heeft de RGO een aantal aanbevelingen opgesteld.

HOOFDSTUK 3 AFBAKENING VAN HET TERREIN

Dit hoofdstuk verduidelijkt in de eerste plaats de gehanteerde begrippen, en geeft vervolgens de grenzen van het werkterrein. Voor het gemak worden in het vervolg de termen “faculteit” en “academisch ziekenhuis” gehanteerd, ook daar waar het strikt gesproken universitair medische centra betreft.

3.1 OMSCHRIJVINGEN

Een *academische werkplaats* in de zin van dit advies is een voorziening op het gebied van de gezondheidszorg, noodzakelijk voor de faculteit der geneeskunde in het kader van de opleiding tot basisarts en van het facultaire onderzoek. Behalve vanuit het perspectief van de faculteit der geneeskunde zijn academische werkplaatsen ook van groot belang vanuit het perspectief van de gezondheidszorg, omdat ze een broedplaats vormen van innovaties in de zorg, door de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe interventies en zorgvormen. Een essentieel kenmerk van een academische werkplaats is de wisselwerking tussen het onderwijs en onderzoek dat binnen de faculteiten der geneeskunde wordt verricht en de zorgverlening aan patiënten en populaties, leidend tot ontwikkeling van het zorgveld resp. de discipline.

De functie van academische werkplaats (*werkplaatsfunctie*) wordt in belangrijke mate vervuld door het academisch ziekenhuis en de aan de medische faculteit geaffilieerde ziekenhuizen (*affiliatie* betekent dat de instelling een taak vervult voor het medisch onderwijs, in het bijzonder coassistentenschappen). Daarnaast wordt een deel van de werkplaatsfunctie vervuld door andere zorgverlenende instellingen, die we hier aanduiden als *werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis*.

3.2 KENMERKEN WERKPLAATS BUITEN HET ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis is actief betrokken bij patiëntgebonden onderwijs en onderzoek dat noodzakelijk is voor het uitvoeren van het curriculum geneeskunde en voor de ontwikkeling van de zorg, maar waarin het academisch ziekenhuis en de geaffilieerde ziekenhuizen door de aard van de gevraagde voorziening niet (kunnen) voorzien. Affiliatie voor alleen de coassistentenschappen valt dus buiten het bestek van dit advies.

Voor een goede vervulling van de werkplaatsfunctie is een gestructureerde samenwerking tussen de medische faculteit en de werkplaats buiten het academisch ziekenhuis vereist. Er dient een afstemming in onderzoekthema's te zijn tussen werkplaats en faculteit. De zorg die de werkplaats biedt, dient een voorbeeldfunctie te hebben. In samenhang hiermee dient de werkplaats mogelijkheden voor innovatie van de zorg te bieden. Daarnaast dienen de aard en de omvang van de fysieke en personele

infrastructuur van de werkplaats alsmede de kwaliteit van de werkplaats afgestemd te zijn op de eisen die door de faculteit zijn opgesteld.

Een werkplaats kan bestaan uit een netwerk van instellingen (bijv. huisartspraktijken), en is dus niet noodzakelijkerwijs gebonden aan één lokatie. Ook intramurale voorzieningen zoals verpleeghuizen en revalidatiecentra kunnen een werkplaatsfunctie vervullen.

3.3 BEGRENZING WERKTERREIN

Op grond van de adviesaanvraag heeft de RGO zich in dit advies beperkt tot de werkplaatsfunctie t.b.v. de faculteit der geneeskunde. Daarmee is niet gezegd dat buiten de faculteit der geneeskunde geen behoefte aan werkplaatsfunctie zou bestaan. Zo is in de Onderwijsvisiteatie Tandheelkunde expliciet aandacht besteed aan de werkplaatsfunctie voor Tandheelkunde en de knelpunten in de financiering daarvan. Het RGO-advies Onderzoek geestelijke gezondheidszorg en geestelijke volksgezondheid maakt duidelijk dat ook de klinische psychologie behoefte heeft aan instellingen die een werkplaatsfunctie vervullen. Een dergelijke behoefte wordt eveneens geuit door buitenuniversitaire instituten die gezondheidsonderzoek verrichten. Hoewel er dus ook knelpunten bestaan rond de werkplaatsfunctie t.b.v. andere faculteiten en instellingen dan de faculteit der geneeskunde, worden deze niet in het huidige advies besproken. Er zijn twee grensgevallen:

- De scheidslijn tussen geneeskunde en tandheelkunde ligt niet bij alle universiteiten op faculteitsniveau (alleen in Amsterdam is de tandheelkunde ondergebracht in een afzonderlijke faculteit); de RGO heeft echter toch besloten in dit advies geen aandacht te besteden aan de tandheelkunde.
- De Faculteit der Gezondheidswetenschappen in Maastricht herbergt een aantal disciplines (epidemiologie, gezondheidsrecht, gezondheidsethiek en -wijsbegeerte, verplegingswetenschap, zorginnovatie, beleid en organisatie van de zorg, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en biologische gezondheidskunde), waarvan de meeste bij andere universiteiten onder de faculteit der geneeskunde vallen. De Faculteit der Gezondheidswetenschappen in Maastricht wordt bij de inventarisatie betrokken voor zover het gaat om werkplaatsfuncties die bij andere universiteiten worden vervuld t.b.v. de faculteit der geneeskunde. Hierbij moet gedacht worden aan het Transmuraal & Diagnostisch Centrum van het azM, dat ook expliciet fungeert als werkplaats voor de Faculteit der Gezondheidswetenschappen, capaciteitsgroepgemeenschap Zorgwetenschappen.

HOOFDSTUK 4 RESULTATEN VAN DE INVENTARISATIE

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de huidige situatie rond de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis, zoals gepresenteerd door de faculteiten in antwoord op de enquête. Gesprekken met decanen, bestuurders van academische ziekenhuizen en enkele vertegenwoordigers van vakgroepen¹ leverden aanvullende gegevens. Voor huisartsgeneeskunde was bovendien het Verslag resultaten Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde 1992-1997 een belangrijke bron van informatie. Voor het gebied van de sociale geneeskunde werden gegevens verstrekt door het IOSG. Een notitie van de voorzitter van het IOV was de basis voor de paragraaf over verpleeghuisgeneeskunde.

Het overzicht is geordend per universiteit. Per universiteit staat kort aangegeven hoe de medische faculteit en het academisch ziekenhuis zich bestuurlijk tot elkaar verhouden, gevolgd door een bespreking van de disciplines met werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. De gesignaleerde knelpunten zijn onder afzonderlijke kopjes geplaatst. Waar de beschikbare informatie dat mogelijk maakte, is per universiteit een afsluitende passage opgenomen met algemene opmerkingen over knelpunten en de financiering van de werkplaatsfunctie.

De laatste drie paragrafen geven de visie weer van de interfacultaire overleggroepen en de knelpunten die zij hebben gesignaleerd.

4.1 ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM, AMSTERDAM

Het AMC heeft een bestuursmodel waarin de medische faculteit en het academisch ziekenhuis zijn geïntegreerd. Het AMC biedt tweedelijns zorg aan de populatie in het basiszorggebied (vastgesteld in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen). De populatie in dit gebied wordt de academische populatie genoemd. Deze term is in het leven geroepen om vorm te geven aan de werkplaatsfunctie buiten het AMC en het geografisch gebied voor transmurale zorg in te perken (Reijneveld et al., 1997). Afstemming van de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis op die van het AMC acht men essentieel. Het AMC onderhoudt structurele contacten met alle huisartsen en instellingen in het basiszorggebied. Deze contacten worden gebruikt voor onderwijs en projecten op het gebied van onderzoek en zorgontwikkeling. Dit moet leiden tot een vorm van academisering van zorgverleners en instellingen die de academische

¹In dit advies wordt in algemene zin de term “vakgroep” gehanteerd. Daar waar het een groep uit één bepaalde universiteit betreft, wordt de aanduiding uit de almanak “Universiteiten en Onderzoeksinstituten in Nederland 2000” gebruikt: afdeling, capaciteitsgroep, disciplinegroep of instituut.

populatie zorg aanbieden. Men ziet hiervan als voordeel dat structurele vormen van samenwerking ook tussen extramurale zorgverleners onderling kunnen worden ontwikkeld.

Tussen het AMC en een aantal instellingen daarbuiten zijn samenwerkingsverbanden ontstaan, die zeer recent zijn geïnventariseerd en vastgelegd in een concept-rapport (Inventarisatie projecten Academische Populatie). Het rapport bevat een opsomming van (alle) transmurale projecten, zowel op het gebied van zorg(innovatie) als onderzoek. Daaruit zijn gegevens over activiteiten die passen bij de omschrijving “werkplaats buiten het academisch ziekenhuis”, in onderstaand overzicht verwerkt. Dit overzicht is aangevuld met gegevens uit een gesprek met vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur en de divisie Public Health.

4.1.1 HUISARTSGENEESKUNDE

Met een aantal praktijken binnen het basiszorggebied bestaat intensieve samenwerking. Deze praktijken vormen het HAG-net-AMC. Huisartsen uit het HAG-net-AMC participeren in meer of mindere mate in zowel onderwijs als onderzoekprojecten. Aan HAG-net-AMC nemen 30 huisartsen uit 27 praktijken deel, met een gezamenlijke populatie van circa 50.000 patiënten. Vijftien huisartsen uit het basiszorggebied, waarvan acht uit de HAG-net-praktijken, zijn tevens stafmedewerker voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek verbonden aan de afdeling Huisartsgeneeskunde. Daarnaast hebben zes deelnemers van de HAG-net-praktijken een 0,1 fte aanstelling voor de werkzaamheden verbonden aan het HAG-net-AMC.

Met de huisartsen uit HAG-net-AMC zijn contracten gemaakt in verband met de gegevensuitwisseling. De continuïteit in dit netwerk is gewaarborgd door deelnemende huisartsen voorrang te bieden bij het doorverwijzen van patiënten (boven verwijzingen van buiten het basiszorggebied). De garantie dat een huisarts uit het basiszorggebied zijn patiënten kan doorverwijzen naar het AMC blijkt aantrekkelijk te zijn.

De contacten tussen het AMC en de huisartsen in het basiszorggebied zijn niet alleen van betekenis voor onderwijs en onderzoek, maar zijn ook gericht op andere activiteiten, zoals het HAG-desk-AMC, een organisatiestructuur gericht op deskundigheidsbevordering (van de huisartsen) en transmurale protocol-ontwikkeling. Er wordt aan gewerkt om huisartsen uit het HAG-desk-AMC toegang te geven tot een zogenaamd AMC-extra-net. Het AMC beschouwt deelnemers aan het HAG-desk-AMC als (behorend tot de) werkplaats buiten het academisch ziekenhuis.

Buiten die groep onderhoudt het AMC contacten met huispraktijken t.b.v. hetzij onderwijs (co-assistentenschappen), hetzij huisartsopleiding, hetzij onderzoek. Als deze praktijken buiten het basiszorggebied van het AMC liggen worden ze niet tot de “extramurale werkplaats” gerekend.

4.1.2 SOCIALE GENEESKUNDE

De GG&GD Amsterdam vormt de infrastructuur voor de “extramurale werkplaats” t.b.v. de sociale geneeskunde. Zo maakt het Instituut voor Sociale Geneeskunde gebruik van de gegevens die beschikbaar komen uit de jaarlijkse gezondheidsenquête door de GG&GD. Ook heeft de Jeugdartsmanager uit het basiszorggebied een 0,1 fte aanstelling bij de afdeling. Met andere GGD's (o.a. Flevoland) zijn eveneens contacten voor onderzoek en onderwijs; die behoren echter niet tot de academische populatie. Binnen het AMC wordt van oudsher door het Coronel Instituut onderwijs en onderzoek op het gebied van arbeid en gezondheid verzorgd. Een voorbeeld is het project ter bevordering van samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen, geïnitieerd door de LHV.

Knelpunten

De binding met bedrijfsartsen is minder sterk dan met huisartsen. Activiteiten op het gebied van bedrijfsgeneeskunde binnen de academische populatie vinden dan ook meer op projectbasis dan op structurele basis plaats. Een belangrijke factor hierin is de privatisering van de Arbo-diensten: bedrijfsartsen worden onder druk gezet om productie te leveren; het doen van onderzoek wordt minder aantrekkelijk. Bovendien is de binding aan geografische grenzen minder vanzelfsprekend voor een beroeps populatie.

4.1.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Het AMC heeft geen hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde. Wel heeft de afdeling Sociale geneeskunde een langlopende relatie met verpleeghuizen t.b.v. co-assistentenschappen en onderzoek. Het AMC houdt in het basiszorggebied structureel contact met verpleeghuis Gaasperdam. Er is geen ambitie voor grootschalig onderzoek, maar de relatie is wel belangrijk voor zorgonderzoek, bijv. de wachttijdenproblematiek. De verpleeghuisartsen zijn belangrijke participanten, die ook zelf initiatief nemen tot onderzoek.

4.1.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

Het AMC heeft op het ogenblik geen leerstoel revalidatiegeneeskunde. Er is wel een afdeling met een eigen onderwijs-, opleidings- en onderzoeksprogramma. Daarbij wordt o.a. samengewerkt met andere revalidatie-instellingen en de hoogleraar revalidatiegeneeskunde van de VU. De Trappenberg (Huizen) participeert in onderzoek, onder andere van de afdeling neurologie (neuromusculaire aandoeningen).

4.1.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

Door de joint-venture van De Meren met de MFO Psychiatrie AMC is de extramurale psychiatrie automatisch bij het AMC gekomen. “De Meren” is ontstaan door de fusie

van de Frederik van Eeden Stichting, de RIAGG Zuid-Oost en de Stichting Forensisch Psychiatrische Kliniek Amsterdam. De patiëntenpopulatie van De Meren valt maar gedeeltelijk samen met de academische populatie. Binnen De Meren is men van plan hiermee rekening te houden worden door twee populaties te onderscheiden: patiënten afkomstig uit het basiszorggebied AMC en patiënten van daarbuiten.

4.1.6 EXTRAMURALE VERLOSKUNDE

Het AMC heeft gewezen op de “extramurale” verloskunde, die in Amsterdam bijzondere aandacht krijgt. Al in de voorloper van het AMC, het Wilhelmina Gasthuis, had de “extramurale” verloskunde een plaats. Nog steeds bestaat het Praktikantenhuis t.b.v. onderwijs aan co-assistenten en hebben verloskundigen zitting in de staf van de afdeling Verloskunde/Gynaecologie. Het AMC onderhoudt contacten met verloskundepraktijken uit een gebied groter dan het basiszorggebied. Mocht in de toekomst sprake zijn van academisering van de vroedvrouwen-opleiding in Nederland, dan bieden deze contacten een goede basis voor het vervullen van de werkplaatsfunctie voor dit discipline. Een optie t.b.v. het onderzoek is het instellen van een opleiding tot verloskundig onderzoeker (een aantal verloskundigen is al gepromoveerd).

Er bestaat samenwerking met andere disciplines: het project “bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap” is voortgekomen uit het HAG-desk-AMC. Ook vindt onderzoek plaats in samenwerking met de afdelingen Sociale Geneeskunde en Klinische Epidemiologie en Biostatistiek.

4.1.7 ALGEMENE OPMERKINGEN AMC

Het in stand houden van de academische populatie (d.w.z. het leggen en onderhouden van contacten met de eerstelijns zorgvoorziening in het basiszorggebied) kost veel inspanning.

Het HAG-desk-AMC begint “verzadigd” te raken met projecten. Daarom wordt er ook buiten de academische populatie geïnvesteerd in contacten voor ofwel opleiding ofwel onderzoek. Echter, de academische werkplaatsen met hun geïntegreerde kernfunctie (innoverende patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs) blijven beperkt tot het basiszorggebied van het AMC.

Financiering

Voor onderwijs (co-assistentenschappen huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde) is een financiële vergoeding beschikbaar uit de affiliatiegelden. Voor onderzoek en, in beperkte mate, infrastructuur is researchgeld beschikbaar (eerste, tweede en derde geldstroom). Tot slot bestaat er een reguliere vergoeding voor de verleende zorg. De balans tussen zorg, onderwijs en onderzoek wordt bepaald door de productieafspraken met de verzekeraars, de verplichtingen t.a.v. co-assistentenschappen en de invloed van de onderzoekers.

Het leeuwendeel van de infrastructuur zoals hierboven geschetst (HAG-desk-AMC, contacten met GG en GD, verloskundigen etc.) wordt gefinancierd uit de eerste geldstroom (met inbegrip van de Rijksbijdrage aan het academisch ziekenhuis). De integratie van faculteit en academisch ziekenhuis, met geïntegreerde divisiebudgetten, maakt dat mogelijk. De zwakte van deze constructie is de afrekening achteraf. Hoewel het AMC bereid is te investeren in de (onderzoek)infrastructuur, is het rendement daarvan onzeker en niet eenvoudig meetbaar. Over de besteding van de Rijksbijdrage wordt modelmatig verantwoording afgelegd in het jaarverslag, maar geschat wordt dat het AMC in de praktijk méér aan de werkplaatsfunctie besteedt dan de Rijksbijdrage toelaat.

4.2 FACULTEIT DER MEDISCHE WETENSCHAPPEN TE GRONINGEN

Ofschoon de faculteit en het academisch ziekenhuis officieel twee verschillende organisaties zijn, is er een nauwe samenwerking en afstemming op bestuurlijk niveau, zoals vastgelegd in het plandocument 1998 van de Faculteit der Medische Wetenschappen en Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG). Op onderwijsgebied werkt de faculteit samen met de medische faculteiten in Maastricht en Nijmegen (Alliantie van Medische Faculteiten Oost-Nederland, AMFON). Ter aanvulling van de gegevens uit het antwoord op de enquête is gesproken met de decaan van de Faculteit der Medische Wetenschappen en de voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZG.

4.2.1 HUISARTSGENEESKUNDE

Het academisch netwerk huisartsgeneeskunde in Groningen wordt aangeduid met de naam Morbiditeits- en medicatie Registratie Netwerk Groningen (RNG). Dit netwerk bestaat uit vier groepspraktijken, in totaal circa 17 huisartsen met 30.000 ingeschreven patiënten. Vier huisartsen zijn als staflid betrokken bij het onderwijs, onderzoek of de huisartsenopleiding van de disciplinegroep. Voor het onderwijs (stage voor alle vierdejaars studenten, het Transmuraal Onderwijs Project, co-assistentenschap, keuze-co-assistentenschap huisartsgeneeskunde en onderwijs aan huisartsen-in-opleiding) is een veel uitgebreider netwerk van circa 170 praktijken beschikbaar. Deze worden hier verder buiten beschouwing gelaten.

Onderzoek

Het RNG is ontwikkeld voor het facultair onderzoek van de disciplinegroep huisartsgeneeskunde. De doelstelling is mede bij te dragen aan een verbetering van huisartsgeneeskundige zorg door verbetering van de kwaliteit van registratiesystemen en bevordering van rationele farmacotherapie in de huisartspraktijk. Het RNG vormt een bron van zorggerichte informatie.

De verzamelde gegevens spelen ook een belangrijke rol bij ander facultair onderzoek dan dat van de disciplinegroep huisartsgeneeskunde, zoals van NESTOR (onderzoek bij ouderen naar morbiditeit, functionele status en zorggebruik), klinische farmacologie en farmacie.

De geacademiseerde praktijken bieden zowel modelmatige zorg (voorbeeldfunctie) als innovatieve zorg. Zorginnovatie vindt vooral plaats op het gebied van automatisering (de ontwikkeling en het gebruik van het geautomatiseerde patiëntendossier).

Ontwikkelingen

Op langere termijn is uitbreiding van het huidige netwerk gewenst met het oog op transmurale projecten. Voor een organisatorische integratie van huisartsgeneeskunde met het AZG is een intentieverklaring getekend. Men zal zich inspannen om een groepspraktijk op het AZG-terrein te huisvesten.

4.2.2 SOCIALE GENEESKUNDE

In Groningen bestaat geen duidelijk omschreven academische werkplaats t.b.v. de sociale geneeskunde. De Disciplinegroep Gezondheidswetenschappen, in het bijzonder de Sectie Sociale Geneeskunde, heeft contact met circa 70 sociaal-geneeskundige instellingen t.b.v. de opleiding tot basisarts (GGD'en, Arbo-diensten, UVT's en Thuiszorg). Een aantal van deze instellingen biedt ook structureel plaats aan wetenschappelijke stages (gemiddeld tien per jaar) en keuze-co-assistentschappen (idem). Los daarvan verrichten diverse veldpartijen op incidentele basis - zonder vergoeding door de faculteit - allerhande werkzaamheden t.b.v. het onderwijs.

De Sectie Sociale Geneeskunde voert onderzoek uit in samenwerking met vier GGD'en, drie zorgverzekeraars en twee Arbo-diensten. Deze instellingen ontvangen geen financiële vergoeding ter compensatie voor "vertraging" en "ongemak" voor hun bijdrage aan het onderzoek. Er zijn gesprekken gaande over de academisering van enkele werkplaatsen (twee Arbo-diensten; tevens denkt men aan twee GGD'en twee zorgverzekeraars). Daar zijn extra financiële middelen voor nodig.

Knelpunten

Er bestaat een grote behoefte om in een minder afhankelijke, vragende positie ten opzichte van de instellingen in het veld te komen. De sectie geeft aan dat op dit moment geen geld beschikbaar is om de verplichtingen voortvloeiende uit het Raamplan geheel te realiseren en om het veld actief te betrekken bij het onderzoek.

4.2.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

T.b.v. het onderzoek zijn plannen ontwikkeld voor een Academisch Verpleeghuisnetwerk Groningen, naar voorbeeld van het Universitair Verpleeghuis Netwerk Vrije Universiteit. Aansluiting wordt gezocht bij een bestaand netwerk van

zeven verpleeghuizen in en om de stad Groningen (ca. 1000 patiënten). Tot feitelijke uitwerking hiervan is het nog niet gekomen.

De contacten van de faculteit met verpleeghuizen t.b.v. het co-assistentenschap verpleeghuisgeneeskunde worden hier buiten beschouwing gelaten.

4.2.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

De afdeling Revalidatie AZG/disciplinegroep Revalidatie RUG heeft een nauwe samenwerking met het revalidatiecentrum Beatrixoord te Haren. In verband met de opleiding van arts-assistenten tot specialist bestaan nauwe banden met Revalidatie Friesland.

Op dit moment wordt gewerkt aan een fusie tussen het revalidatiecentrum Beatrixoord en het AZG. Onlangs heeft de benoeming plaatsgevonden van de opvolger van de hoogleraar revalidatiegeneeskunde. Universiteit en AZG investeren nu in Beatrixoord, met de verwachting dat dit op termijn (wetenschappelijke) vruchten zal afwerpen.

4.2.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

Er is een samenwerkingsverband met GGZ Groningen/Drenthe. Een deel van de GGZ (inclusief onderwijs en onderzoek op het gebied van de extramurale psychiatrie,) komt op het AZG-terrein. Door het samenwerkingsverband met de GGZ worden de mogelijkheden voor onderzoek verruimd, maar het onderzoek is nog steeds niet groot in omvang.

4.3 LEIDS UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM

In het LUMC zijn de medische faculteit en het academisch ziekenhuis bestuurlijk volledig geïntegreerd. Het bestuur is sterk gedecentraliseerd. De middelen van het LUMC worden verdeeld over vijf divisies, elk met een eigen dagelijks bestuur. Per divisie bestaat een divisieplan en een bekostigingsplan. Vakgroepen zijn overgegaan in afdelingen. De Raad van Bestuur bestuurt “op afstand”, geeft iedere twee jaar het strategisch kader aan en richt zich op de externe situatie en gewenste vernieuwingen. Met ingang van het studiejaar 1999-2000 is het curriculum van de opleiding tot basisarts in Leiden sterk gewijzigd. De consequenties van deze verandering voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis zijn nog niet geheel duidelijk. Gezien het voornemen in elk studiejaar een stageperiode op te nemen, zal de behoefte aan stageplaatsen mogelijk toenemen. In aanvulling op gegevens uit de enquête heeft een gesprek plaatsgevonden met de decaan en de voorzitter van de Raad van Bestuur van het LUMC en is informatie ontvangen van het hoofd van de afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde.

4.3.1 HUISARTSGENEESKUNDE

Het LUMC beschikt over een regionaal netwerk van universitaire huisartspraktijken in Leiden en omstreken (RNUH-LEO). Volgens de meest recente gegevens omvat dit netwerk drie gezondheidscentra, een duo-praktijk en een solopraktijk (in totaal 22 huisartsen), met een populatie van circa 30.000 patiënten.

Naast het bijhouden van het Electronisch Medisch Dossier en het beschikbaar stellen hiervan t.b.v. het RNUH-LEO (waarvoor het LUMC een basisfinanciering verstrekt) leveren de academische huisartsen een bijdrage aan onderwijs en onderzoekprojecten. Bij elk studentenproject (keuzeonderwijs) binnen RUNH-LEO (gemiddeld tien onderzoekstages per jaar) is een van de academische huisartsen verantwoordelijk voor de uitvoering van het project, in samenwerking met een medewerker van de afdeling. Regelmatig dragen huisartsen onderwerpen aan voor onderzoekprojecten. Huisartsen zijn tevens betrokken bij de opzet en implementatie van onderzoekprojecten in de praktijk. Het RUNH-LEO werkt samen met vele afdelingen van het LUMC. Voor pilots en het opzetten van onderzoek wordt in het algemeen gebruik gemaakt van het RUNH-LEO-bestand.

De continuïteit in dit academisch netwerk is gewaarborgd door de (historisch bepaalde) grote samenwerkingsbereidheid van de betrokken praktijken met de Afdeling Huisartsgeneeskunde. Jaarlijks wordt een “bevestigingsbrief” gestuurd aan de deelnemende praktijken, waarin de afgesproken werkzaamheden alsmede de basisfinanciering door het LUMC worden bevestigd.

4.3.2 SOCIALE GENEESKUNDE

Afgezien van de onderwijsverplichtingen voortvloeiend uit het Raamplan heeft het LUMC geen activiteiten op het gebied van de sociale geneeskunde. De externe plaatsen voor onderwijs waren voorheen geconcentreerd bij de GGenGD. Tegenwoordig heeft het LUMC contact met sociaal-geneeskundigen uit ongeveer 30 instellingen en organisaties in de ruime regio, die bijdragen aan het onderwijs (co-assistentenschap Sociale Geneeskunde) over het hele scala van de sociale geneeskunde. De contacten zijn geregeld door middel van contracten, zoals gebruikelijk voor affiliatie.

4.3.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Zesentwintig verpleeghuizen in de regio zijn verenigd in het Leids Universitair Verpleeghuisnetwerk. Deze omvang neemt wellicht toe als de opleiding tot verpleeghuisarts aan de Universiteit van Leiden wordt uitgebreid. Sinds de jaren zeventig heeft de afdeling Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde contacten met deze verpleeghuizen, in hoofdzaak t.b.v. onderwijs (aan studenten, huisartsen in opleiding en verpleeghuisartsen in opleiding). Per onderzoekproject draagt een wisselend aantal verpleeghuizen bij aan onderzoek. Het LUMC werkt actief aan een versterking van dit gebied, onder andere door een bijzonder hoogleraarschap om te zetten in een

structurele plaats. Aan bijv. het influenzavaccinatie-onderzoek namen dertien verpleeghuizen deel, aan het VISCOM (verpleeghuisarts-informatiesysteem) zes verpleeghuizen. Dit laatste project (gefinancierd uit externe bron voor drie jaar) betreft de opbouw van een databank, als basis voor een wetenschappelijke ontwikkeling van de verpleeghuisgeneeskunde. Het huisartsen-informatiesysteem heeft hierbij als voorbeeld gediend.

Met de verpleeghuizen die deelnemen aan het netwerk bestaan verschillende schriftelijke overeenkomsten, voor de bijdrage aan studentenonderwijs, opleiding tot huisarts, praktijkopleiding tot verpleeghuisarts en ook per onderzoeksproject.

4.3.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

Op het gebied van de revalidatiegeneeskunde voorziet het LUMC alleen in zorg en onderwijs; revalidatieonderzoek vindt in het LUMC niet plaats. De werkplaatsfunctie t.b.v. onderwijs wordt vervuld door het Rijnlands Zeehospitium (Katwijk). Nieuwe mogelijkheden voor revalidatieonderzoek, aansluitend bij bestaande expertise (reumatologie, orthopedie) in Leiden, worden momenteel onderzocht.

4.3.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

In 1999 hebben bestuursvoorzitters van Endegeest, het LUMC en GGZ Rijnland (koepelstichting van RIAGG Zuid-Holland-Noord en Centrum voor psychiatrie Langeveld) een intentieverklaring ondertekend voor de oprichting van een academisch centrum voor geestelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat het LUMC binnen afzienbare tijd in contact zal staan met de hele zorgketen in de GGZ. Het RIAGG is gehuisvest in nieuwbouw op het terrein van het LUMC; hieraan zal nog een multifunctionele eenheid (MFE) toegevoegd worden. Dit samenwerkingsverband kan beschouwd worden als een toekomstige werkplaats t.b.v. onderzoek en onderwijs.

4.3.6 ALGEMENE OPMERKINGEN: FINANCIERING EN VERWACHTE ONTWIKKELINGEN

Het LUMC taxeert dat de facultaire financieringsmogelijkheden onvoldoende zijn voor de huidige intensivering van het onderwijs en de uitbreiding van de "extramurale" activiteiten. In "Het ziekenhuis van de 21e eeuw" zal een steeds groter deel van de zorg extramuraal worden verleend. De consequentie hiervan voor het ziekenhuis is een toename van poliklinische activiteiten, minder ligdagen maar meer intensieve zorg (Intensive Care en High Care). Dit is een ontwikkeling die niet alleen voor het LUMC geldt. De verwachting is dat de klinische kernactiviteiten van het academisch ziekenhuis duurder worden. Bij gelijkblijvende middelen vreest men dat activiteiten buiten het academisch ziekenhuis dan niet goed meer gefinancierd kunnen worden.

Het LUMC denkt aan "teaching-hospital"-modellen voor onderwijs en opleiding. Het plaatsen van coassistenten bij perifere instellingen is overigens geen probleem,

aangezien Leiden kan terugvallen op twee regio's: Zuid-Holland Noord en Den Haag. De affiliatieziekenhuizen praten mee over de opzet van het basiscurriculum.

4.4 FACULTEIT DER GENEESKUNDE TE MAASTRICHT

De Faculteit der Geneeskunde en het academisch ziekenhuis Maastricht (azM) worden elk afzonderlijk bestuurd. De faculteit werkt nauw samen met de Faculteit der Gezondheidswetenschappen en het azM. Het beleid is erop gericht de samenwerking met het azM verder te laten toenemen. In aanvulling op de gegevens verstrekt naar aanleiding van de enquête, hebben vertegenwoordigers van het faculteitsbestuur, de Raad van Bestuur van het azM en de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde nadere informatie verstrekt.

4.4.1 HUISARTSGENEESKUNDE

De Faculteit der Geneeskunde beschikt over een netwerk van 28 geacademiseerde huisartspraktijken (acht gezondheidscentra, veertien associaties en zes solopraktijken), verspreid over de provincie Limburg, onder de naam Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM). In het netwerk zijn 75 huisartsen werkzaam voor een populatie van circa 130.000 patiënten.

Door de faculteit geneeskunde wordt in het HAM 12 fte wp (huisarts) structureel geïnvesteerd, voor basisonderwijs (4 fte), onderzoek (3 fte) en het Registratienetwerk Huisartspraktijken (5 fte). Per geïnvesteerde fte wordt jaarlijks een exploitatievergoeding van f25.000,- (€ 11.340) aan de praktijken verstrekt. Daarnaast worden t.b.v. de geautomatiseerde gegevensverzameling voor het Registratienetwerk Huisartspraktijken jaarlijks enige duizenden gulden per praktijk geïnvesteerd.

De faculteit heeft voorgesteld de kosten van de werkplaatsfunctie huisartsgeneeskunde te schatten op basis van een verdragingsfactor². Volgens die berekening zou voor de financiering circa 1,3 Mf (€ 590.000) per jaar nodig zijn. Van dit bedrag wordt reeds 0,3 Mf (€ 140.000) betaald door de faculteit (voorheen VWS/ZFR-subsidie t.b.v. academisering huisartsgeneeskunde), voor het resterende bedrag is geen financiering. De faculteit gaat er van uit dat haar bijdrage tijdelijk is.

²Het geven van onderwijs en het doen van onderzoek kosten tijd. Een *verdragingsfactor* wordt gebruikt om een schatting te maken van de kosten die daar mee gemoeid zijn ("inkomstendering").

Knelpunten

De samenhang tussen enerzijds onderzoek en onderwijs en anderzijds de zorg is nog onvoldoende. De huidige relatie tussen faculteit en huisartspraktijken is bilateraal, contractueel vastgelegd. De bestaande contracten kunnen verbeterd worden. De faculteit zou meer zeggenschap willen hebben over de zorg in de praktijk. Een knelpunt is de geringe invloed die de faculteit kan uitoefenen op het personeelsbeleid. Dit maakt de continuïteit van de werkplaats kwetsbaar, met name in het geval van solopraktijken. Een voorbeeld: één van de huisartsen uit een duopraktijk promoveert op een onderwerp uit de eerstelijns gezondheidszorg. Na zijn promotie vertrekt hij. Zijn opvolger heeft geen affiniteit met onderzoek, en is niet gebonden aan het contract met de faculteit. Het gevolg is dat de praktijk de medewerking aan het netwerk stopt. Dramatisch gesteld: met het vertrek van één huisarts is een investering van tien jaar teniet gedaan.

Als mogelijke oplossingen zijn genoemd:

- de continuïteit van de relatie tussen huisartspraktijk en faculteit vastleggen in het contract;
- inbreng van de faculteit bij personeelwisselingen in de huisartspraktijk;
- meerjarige afspraken (looptijd vijf jaar) mogelijk maken;

Niet alle 28 geacademiseerde huisartspraktijken behoren tot het adherentiegebied van het azM, en ook niet alle huisartspraktijken in het adherentiegebied zijn geacademiseerd. Het azM heeft echter met alle huisartsen in het adherentiegebied te maken. De positie van huisartsen ten opzichte van het azM is dus anders dan die ten opzichte van de capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde. Er is een structurering nodig in de relatie tussen Huisartsgeneeskunde en het azM, anders dan tot nu toe het geval was, ook op grond van ontwikkelingen zoals transmurale zorg. Het azM ziet de huisartsen liever ingebed in een Behandeling-zorgeenheid (en daarvan dan een extramurale BZE). De kennis en ervaring uit de academische huisartspraktijken zou naar de andere praktijken in de regio moeten doorsijpelen (disseminatie en implementatie). In feite gebeurt dat al, veelal via de huisartsengroep (HAGRO).

4.4.2 SOCIALE GENEESKUNDE

Landelijk gezien neemt de sociale geneeskunde aan de UM een aparte positie in. Binnen de Faculteit der Geneeskunde is geen capaciteitsgroep sociale geneeskunde ingesteld noch is deze discipline op hoogleraarniveau vertegenwoordigd. Er bestaat wel een Werkgroep Sociale Geneeskunde, gedragen door de capaciteitsgroepen Epidemiologie en Medische sociologie van de capaciteitsgroepgemeenschap Zorgwetenschappen (ressortend onder de Faculteit Geneeskunde en de Faculteit der Gezondheidswetenschappen).

Met ondersteuning van sociaal-geneeskundigen uit de praktijk (GGD-artsen, op detachingsbasis) en een revalidatiegeneeskundige verzorgt de werkgroep onder meer een reguliere stage sociale geneeskunde. T.b.v. onderzoek en onderwijs vindt uitwisseling van een arts plaats tussen de sectie Epidemiologie en de GGD Midden-Limburg.

Binnen het onderzoeksinstituut "Health" vindt onderzoek plaats op het terrein van collectieve preventie en sociaal-medische begeleiding. Daar vindt samenwerking plaats tussen bovengenoemde capaciteitsgroepen, de capaciteitsgroepen GezondheidsVoorlichting en -Opvoeding en Beleid, Economie en Organisatie van de Gezondheidszorg uit de Faculteit der Gezondheidswetenschappen en het Instituut voor Revalidatievraagstukken.

Er is behoefte aan "werkplaatsen" t.b.v. onderzoek (en onderwijs) op het gebied van de sociale geneeskunde. De werkgroep geeft in dit verband de volgende onderwerpen aan: beïnvloeding van riskant gedrag, sociaal-medische begeleiding en advisering rond arbeidshandicaps en organisatie van zorg en zorginnovatie. Bij de GGD-en is er op bestuurlijk niveau eveneens interesse voor academisering.

Knelpunten sociale geneeskunde

Afgezien van het onderwijs (tekort aan menskracht voor het onderwijsprogramma, het inhuren van artsen is kostbaar en inefficiënt) signaleert de Werkgroep Sociale Geneeskunde de volgende knelpunten op het gebied van onderzoek:

- er is geen hoogleraar sociale geneeskunde;
- de lopende activiteiten worden door de partners als incidenteel gezien;
- de synergie tussen onderwijs, onderzoek en zorg ontbreekt (ingehuurde leden van de werkgroep volgen geen promotietraject, hebben geen binding met onderzoek);
- de grenzen tussen de Faculteit der Gezondheidswetenschappen en de Faculteit der Geneeskunde worden als belemmerend ervaren.

4.4.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE/GERIATRIE

Op het gebied van de verpleeghuisgeneeskunde zijn er alleen knelpunten in (onderwijs)capaciteit. De faculteit signaleert geen probleem in de academisering (in de zin van onderzoek) op dit gebied.

4.4.4 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

Naast de rijksbijdrage voor het academisch ziekenhuis ontvangt de universiteit een geïndexeerd bedrag als rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie in de psychiatrie. Dit bedraagt momenteel circa 2,5 Mf (M€ 1,13) per jaar. De Faculteit der Geneeskunde draagt daar nog iets aan bij. Dit afgesplitste deel van de rijksbijdrage is bestemd voor de contractueel vastgelegde relaties met het psychomedisch streekcentrum Vijverdal en de RIAGG (Maastricht en omstreken). Het geld wordt verdeeld in drie

compartimenten (overhead, praktisch medisch onderwijs en onderzoek), waarvan onderzoek het belangrijkste compartiment is. Er zijn geen knelpunten gemeld.

4.4.5 REVALIDATIEGENEESKUNDE

In Maastricht bestaat behoefte aan werkplaatsfunctie op het gebied van de revalidatiegeneeskunde, t.b.v. de onderzoeksschool Care, waar het instituut ExTra deel van uitmaakt. Een voor de hand liggende partner is de Stichting Revalidatieklinieken Limburg. Gebrek aan middelen leidt tot stagnatie in de plannen. Men is doende met het benoemen van een hoogleraar Revalidatiegeneeskunde.

Knelpunten revalidatiegeneeskunde

Er is geen financiering voor de werkplaatsfunctie, alleen voor onderwijs (stageplaatsen) is affiliatiegeld beschikbaar. Als er geld was, zou dezelfde situatie ontstaan als bij Vijverdal: een relatief kleine bijdrage ten opzichte van het totale budget van de Stichting Revalidatie-instellingen Limburg (SRL), dus een geringe invloed vanuit de faculteit. De relatie van SRL met het AZM betreft twee punten: productie-afspraken (puur zorg-georiënteerd) en het benoemen van een hoogleraar Revalidatiegeneeskunde. Het proces van benoeming van een hoogleraar is nog in gang.

4.4.6 ALGEMENE OPMERKINGEN: FINANCIERING WERKPLAATSFUNCTIE

Uit de verantwoording van de besteding van de Rijksbijdrage blijkt dat het azM méér financiert dan door de Rijksbijdrage wordt gedekt. Het azM stelt daarom dat de Rijksbijdrage ontoereikend is (het tekort wordt op 15 à 20 % geschat). Reallocatie van middelen voor een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis gaat ten koste van andere zaken die nu uit de Rijksbijdrage gefinancierd worden.

De optie dat academisch ziekenhuis, medische faculteit en ministerie van OCenW evenredig zouden bijdragen aan een extra bedrag voor de werkplaatsfunctie huisartsgeneeskunde, is bespreekbaar. Voor het azM zou een bijdrage tevens een investering betekenen in de positionering van huisartsgeneeskunde binnen het academisch ziekenhuis.

4.5 FACULTEIT DER MEDISCHE WETENSCHAPPEN TE NIJMEGEN

In 1999 heeft de integratie van de Faculteit der Medische Wetenschappen en het Academisch Ziekenhuis Nijmegen St Radboud tot Universitair Medisch Centrum St. Radboud plaatsgevonden. In die constructie blijft de faculteit als aparte organisatie bestaan, inclusief een eigen faculteitsbestuur en onderzoeksorganisatie. Huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde zijn in één vakgroep verenigd. In aanvulling op de gegevens verkregen bij de enquête heeft een

gesprek plaatsgevonden met vertegenwoordigers van het faculteitsbestuur en de afdeling huisartsgeneeskunde.

4.5.1 HUISARTSGENEESKUNDE

Nijmegen houdt een “harde kern” van huisartspraktijken in stand waarin de zorg op academisch niveau gehouden wordt. Kennis diffundeert via deze praktijken naar andere praktijken in het netwerk. Een veel groter aantal praktijken is betrokken bij hetzij onderzoek, hetzij onderwijs.

Onder de naam “Kring Academische Huisarts-praktijken” functioneert een netwerk van tien registratie-praktijken met in totaal 22 huisartsen. Deze praktijken nemen deel aan de Continue Morbiditeits Registratie en het Nijmeegs Monitoring Project chronische ziekten. Dit netwerk vervult een voortrekkersrol ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs, en op het terrein van kwaliteitszorg in de eerste lijn. Tevens is dit netwerk de kerngroep voor het recruterende van huisarts-stafleden. Met de praktijken bestaat een vast contract voor het leveren van basisgegevens, die worden gebruikt voor onderwijsontwikkeling, onderzoek en innovatie van zorg. De continuïteit van de financiering is onzeker na het wegvallen van stimuleringsgelden van VWS/ZFR. De bijdrage van huisartspraktijken aan co-assistentenschappen en de huisarts-opleiding blijft hier buiten beschouwing.

De situatie bij huisartsgeneeskunde is historisch gegroeid. Negen praktijken bevinden zich in de omgeving van Nijmegen, de tiende ligt verder weg. Er worden pogingen gedaan andere praktijken in het basiszorggebied van het academisch ziekenhuis in het netwerk op te nemen. De grootschalige nieuwbouwlocatie De Waalsprong biedt hiertoe waarschijnlijk mogelijkheden.

Met het oog op de continuïteit van het netwerk bestaat er een contractuele relatie met de huisartsen uit het netwerk is, maar deze is niet in de eerste plaats gericht op het binden van de huisartsen aan de faculteit. De personele verwevenheid (werving van stafleden uit het netwerk) tussen de faculteit en het netwerk draagt bij aan de continuïteit. Als een huisarts uit het netwerk vertrekt zoekt men een opvolger die een academische carrière nastreeft. Dit beleid geeft echter geen harde garanties voor continuïteit. De faculteit staat afwijzend tegenover het idee praktijken “in eigendom van de faculteit” te nemen.

Het onderzoeksprogramma van het UMC-St Radboud kent inmiddels een hoofdprogramma “Evidence-based clinical practice” waarbinnen de extramurale disciplines hun onderzoek verrichten. De lijn “Chronische ziekten in de huisartspraktijk” is geënt op de Kring Academische Huisartspraktijken. Hieraan gerelateerd is de onderzoekslijn “Evaluatie geneeskunde en kwaliteit van zorg”.

4.5.2 SOCIALE GENEESKUNDE

De voorwaardelijke financiering van het vakgebied sociale geneeskunde is in Nijmegen in 1987 beëindigd. Op dit moment vindt weinig onderzoek plaats. De co-assistentenschappen worden gezamenlijk met huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde georganiseerd. Er is een probleem ontstaan door de privatisering van de Arbo-diensten: deze zijn steeds moeilijker te betrekken bij het onderwijs. De opleiding tot bedrijfsarts biedt Nijmegen de mogelijkheid zich in deze tak van de sociale geneeskunde te profileren. Het idee leeft de eigen Arbo-dienst van de faculteit (door dubbelaanstellingen) te gebruiken als werkplaats. De GGD zou eveneens een werkplaatsfunctie kunnen vervullen, maar dit is alleen mogelijk als de leiding van de GGD geporteerd is voor onderzoek.

4.5.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

De afdeling verpleeghuisgeneeskunde neemt deel aan het IOV. In Nijmegen vindt geen eigenstandig wetenschappelijk onderzoek plaats op dit gebied. Er zijn wel nauwe banden met een grote instelling (Kalorama) en er is een netwerk van verpleeghuizen t.b.v. co-assistentenschappen. Er bestaan plannen voor een academisch netwerk dat tevens gericht is op onderzoek.

4.5.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

In Nijmegen is de revalidatiegeneeskunde in beweging. In het kader van het stimuleringsprogramma revalidatieonderzoek is het Interdisciplinair Centrum voor Revalidatieonderzoek Nijmegen (ICRON) opgezet. Dit is een samenwerkingsverband waarin klinische en preklinische groepen participeren en waarin onderzoek uit de Faculteit der Medische Wetenschappen en de Faculteit der Sociale Wetenschappen is samengebracht. De positie van de Maartenskliniek als academische werkplaats zal op korte termijn vastgelegd worden in een contract. Inmiddels wordt gewerkt aan de integratie van het onderzoek van de Maartenskliniek en Groot Klimmendaal (eveneens onderdeel van het ICRON). Er loopt een procedure voor de aanstelling van een hoogleraar revalidatiegeneeskunde.

4.5.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

De wens bestaat de RIAGG te betrekken bij de werkplaatsfunctie t.b.v. de faculteit. Het Psychiatrisch Centrum Nijmegen (PCN) en de Kinderkliniek Psychiatrie Oost-Nederland gaan nieuwbouw plaatsen op het terrein van de faculteit. Er komt daarmee een fysieke verbinding tussen het PCN, de faculteit en het academisch ziekenhuis. Het PCN kent nu al een aantal werkplaatsachtige elementen. Naar verwachting zal de nieuwbouw de lokale situatie voor wat betreft onderwijs en onderzoek positief beïnvloeden.

Als knelpunt wordt genoemd dat academisch onderwijs en onderzoek op perifere plaatsen een vrij lage prioriteit hebben vanwege de werkbelasting.

4.5.6 ALGEMENE KNELPUNTEN

Nijmegen heeft een vernieuwd onderwijscurriculum, waarin de behoefte aan plaatsing van coassistenten (en dus financiering) groter is geworden. Er is echter een maximum aan het aantal coassistenten dat het academisch ziekenhuis kan herbergen. In Nijmegen wordt tenminste 50% van de coassistenten in affiliatieziekenhuizen geplaatst. De financiering hiervan is niet geregeld in de Rijksbijdrageregeling. De affiliatiegelden zijn overgegaan in de lumpsum voor de universiteit. Bij een toenemend beroep op affiliatieziekenhuizen schept dit een financieel probleem. Daarnaast signaleert de faculteit een afgenomen bereidheid van affiliatieziekenhuizen om coassistenten te plaatsen. Dit probleem hangt mogelijk samen met het feit dat van affiliatiepartners meer wordt verwacht dan voorheen (voorwaarden gesteld aan werktijden en bezigheden van coassistenten).

4.6 FACULTEIT DER GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN TE ROTTERDAM

In oktober 1998 hebben bestuurders van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en van de Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen een intentieverklaring ondertekend die moet leiden tot de vorming van het Erasmus Universitair Medisch Centrum Rotterdam (EMCR). Het is nog niet duidelijk wanneer dit academisch medisch centrum daadwerkelijk tot stand zal komen.

Informatie is verkregen uit de antwoorden van de faculteit op de enquête en uit een gesprek met vertegenwoordigers van het faculteitsbestuur.

4.6.1 HUISARTSGENEESKUNDE

De faculteit heeft een intensieve samenwerking met een beperkt aantal praktijken, het Werkveld Academische Huisartspraktijken Rotterdam e.o., gericht op academisering. Het academische werkveld omvat 23 huisartspraktijken (46 huisartsen), waarvan een deel gelegen in het adherentiegebied van het academisch ziekenhuis. Een veel groter

aantal praktijken is betrokken bij het coassistentenschap huisartsgeneeskunde. Deze blijven hier verder buiten beschouwing.

Huisartsen uit het Werkveld Academische Huisartspraktijken hebben geen aanstelling bij de faculteit. Voor het onderwijs en de huisartsopleiding zijn contracten met de praktijken afgesloten. Deze situatie geeft geen aanleiding tot problemen of knelpunten. Er zijn twee financieringsstromen naar de huisartspraktijken: vergoedingen voor coassistentenschappen en academiseringsgelden. De faculteit heeft in Rotterdam de laatste tijd vrij veel middelen ingezet t.b.v. huisartsgeneeskunde. Er zijn inmiddels twee hoogleraren Huisartsgeneeskunde. Daarnaast is een uitbreiding voorzien in de vorm van een opleiding voor artsen voor geestelijk gehandicapten, waarvoor een hoogleraar zal worden aangesteld. Naar verwachting kan deze uitbreiding binnen afzienbare tijd doorgang vinden.

Knelpunt

De academiseringsgelden voor huisartsgeneeskunde (f300.000/€ 136.100 per jaar) vormen een knelpunt. Op dit moment financiert de faculteit dit bedrag. Of dat zo blijft, is nog een punt van discussie. Consequentie van de financiering door de faculteit is dat elders in de faculteit bezuinigd moet worden.

4.6.2 GENEESKUNDE VOOR VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN

In het najaar van 2000 gaat aan de faculteit een specialistische opleiding tot arts voor verstandelijk gehandicapten van start. De eisen voor deze opleiding, die organisatorisch wordt ondergebracht bij de huisartsopleiding, zijn in april 2000 gepubliceerd (Medisch Contact, jrg. 55, pg. 524-528). Op korte termijn valt de benoeming van een hoogleraar op dit gebied te verwachten, eveneens bij Huisartsgeneeskunde. Voor de opleiding zal samengewerkt worden met een reeks intra- en extramurale zorginstellingen voor verstandelijk gehandicapten in het hele land (in het eerste jaar 8 à 10), waarbinnen een arts voor verstandelijk gehandicapten opleider zal zijn.

Daarnaast zullen voor studenten en co-assistenten stageplaatsen in het veld geregeld worden, en zal vanuit de vakgroep wetenschappelijk onderzoek worden verricht in zorginstellingen, die voor een deel gelegen zijn in het adherentiegebied van het academisch ziekenhuis. Hiervoor is nog geen financiering geregeld.

4.6.3 SOCIALE GENEESKUNDE

Er is een zich ontwikkelende samenwerking tussen de faculteit en de GGD op het gebied van de sociale geneeskunde. In overleg met de GGD wordt gewerkt aan een raamwerk van afspraken t.a.v. onderwijs en onderzoek. Bij het onderwijs gaat het met name om “voorbeeldige” zorg, bij het onderzoek met name om innovatie van de zorg. Vanuit het instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg (iMGZ) is een bijzondere

leerstoel bij de GGD ingericht. Het instituut Virologie onderhoudt eveneens contact met de GGD.

De GGD speelt een belangrijke rol in het grootschalig longitudinaal cohort onderzoek bij kinderen (Generation R), dat in het najaar van 2000 in Rotterdam van start gaat. Dit onderzoek wordt deels door de faculteit, deels door het academisch ziekenhuis en deels uit externe bronnen (o.a. ZON) gefinancierd.

4.6.4 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Op dit moment heeft Rotterdam geen werkplaats verpleeghuisgeneeskunde buiten het academisch ziekenhuis. Er gebeurt wel iets op dit terrein: de hoogleraar interne oncologie ontplooit activiteiten op het gebied van de palliatieve zorg.

In de toekomst zal nadrukkelijker met verpleeghuizen worden samengewerkt in verband met de (toekomstige) opleiding tot arts voor geestelijk gehandicapten.

Knelpunt

De ontwikkeling van samenwerkingsverbanden met verpleeghuizen buiten het academisch ziekenhuis blijft uit door gebrek aan financiering.

4.6.5 REVALIDATIEGENEESKUNDE

Met het Revalidatiecentrum Rijndam is een tri-partite overeenkomst (faculteit, Rijndam en AZR) afgesloten in verband met de uitvoering van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg.

De relatie tussen faculteit, academisch ziekenhuis en revalidatiecentrum Rijndam stemt tot tevredenheid. Er zijn gezamenlijke onderzoeksactiviteiten ontwikkeld.

Knelpunten

De onderzoeksinfrastructuur vormt geen probleem. Het grootste knelpunt is het vinden van voldoende (gekwalificeerde) onderzoekers. De hoogleraar revalidatiegeneeskunde bouwt inmiddels een netwerk op met andere revalidatie-instellingen in de regio, onder andere het Rijnlands Revalidatiecentrum Katwijk. Een samenwerkingsverband met TU Delft, zoals orthopedie dat heeft, wordt wenselijk geacht.

4.6.6 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

De faculteit heeft contacten met de RIAGG, maar deze betreffen alleen onderwijs en opleiding, niet het onderzoek.

Ofschoon binnen het onderzoek op het gebied van de psychiatrie niet bewust gekozen is voor verslavingsonderzoek, noemt men het Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO) als een vorm van werkplaats. Er is een probleemloze verhouding tussen het instituut en de faculteit, die een deel van de financiering voor zijn rekening neemt. Ook

de gemeente Rotterdam en externe bronnen dragen bij aan de financiering. Het IVO verleent geen zorg.

4.7 UNIVERSITAIR MEDISCH CENTRUM UTRECHT

In Utrecht zijn de faculteit der geneeskunde en het academisch ziekenhuis in 1999 bestuurlijk samengevoegd tot één geheel, het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC Utrecht). Dit betekent dat faculteit en academisch ziekenhuis binnen één bestuur spreken over de begroting en de besteding van onder andere de Rijksbijdrage.

Het antwoord van het UMC Utrecht op de enquête had in eerste instantie alleen betrekking op de werkplaatsfunctie t.b.v. het onderwijs (co-assistentenplaatsen). Aanvullende informatie werd verkregen in een gesprek met de decaan en de voorzitter van de Raad van Bestuur, alsmede uit het Verslag resultaten Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde.

4.7.1 HUISARTSGENEESKUNDE

Het “Huisartsveld Utrecht”, zoals het netwerk heet, omvat 48 huisartspraktijken met in totaal 73 huisartsen. In deze situatie zijn in de nabije toekomst veranderingen te voorzien. In de onmiddellijke nabijheid van Utrecht verrijst de VINEX-lokatie Leidsche Rijn, met een voorziene populatie van ongeveer 60.000 personen. Het UMC Utrecht streeft ernaar bijv. via huisartspraktijken toegang te krijgen tot deze populatie voor onderzoek naar onder andere de organisatie van de zorg, en voor epidemiologisch onderzoek (morbiditeitsregistratie). Deze praktijken zijn dan te beschouwen als werkplaats buiten het academisch ziekenhuis. De praktijken in Leidsche Rijn zouden toegevoegd worden aan het bestaande netwerk academische huisartspraktijken in Utrecht. Het Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek is hier het aangewezen instituut om het onderzoek uit te voeren.

De contacten tussen het UMC Utrecht en het netwerk huisartsgeneeskunde t.b.v. het coassistentschap blijven hier buiten beschouwing.

4.7.2 SOCIALE GENEESKUNDE

T.b.v. het coassistentschap sociale geneeskunde heeft de faculteit contacten met 50 “public health” instellingen, waaronder Arbo-diensten, ziekenfondsen, asielzoekerscentra en GG en GD Utrecht. Met de GGenGD Utrecht is eveneens contact t.b.v. onderzoek. Het sociaal-geneeskundig onderzoek, dat in Utrecht is ingebed in het Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek, zou kunnen profiteren van de ontwikkeling van Leidsche Rijn (zie boven, onder Huisartsgeneeskunde).

4.7.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Het UMC Utrecht heeft geen werkplaats t.b.v. verpleeghuisgeneeskunde, en heeft hieraan ook geen behoefte.

4.7.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

Het revalidatiecentrum De Hoogstraat kan beschouwd worden als een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis. Er is een geformaliseerde samenwerking met het UMC Utrecht. Revalidatiegeneeskunde wordt genoemd als voorbeeld van een vakgebied dat meer profiteert van een gerichte stimulering van onderzoeksprojecten dan van versterking van de werkplaatsfunctie in het algemeen. Er is geen behoefte aan versterking van de werkplaatsfunctie bovenop de bestaande activiteiten. De huidige invulling van de werkplaatsfunctie is als volgt:

detachering van een bijzonder hoogleraar vanuit De Hoogstraat voor deeltijd naar het UMC; investering van 0,4 fte in De Hoogstraat t.b.v. onderwijstaken (o.a. keuzeco-assistentschappen); begeleiding, huisvesting en overhead van 4 AGIKO's en 1 AIO; aanstelling van een vaste onderzoescoördinator (0,5 fte); voorfinanciering van onderzoek waarvan de subsidieaanvragen (nog) niet gehonoreerd zijn. Tevens financiert het UMC eenmalig 1,0 fte AGIKO.

4.7.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

De contacten tussen UMC Utrecht en instellingen voor extramurale psychiatrie (RIAGG) betreffen alleen het onderwijs (coassistentschap psychiatrie) en blijven daarom buiten beschouwing.

4.8 VRIJE UNIVERSITEIT MEDISCH CENTRUM

De Faculteit der Geneeskunde en het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit werken sinds 1998 samen onder de naam Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUMC). Zij werken sindsdien op basis van een gezamenlijk jaarplan en beraden zich over de gewenste bestuurs- en beheersvorm van dit nieuwe centrum. Binnen het VUMC hebben vier extramurale disciplines (huisartsgeneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde, sociale geneeskunde en revalidatiegeneeskunde) gemeenschappelijk een notitie opgesteld over het beleid en de structuur van de werkplaatsen voor de 21e eeuw, waaraan gegevens ontleend zijn voor het onderstaand overzicht. Tevens heeft een gesprek plaatsgevonden met de decaan van de Faculteit der Geneeskunde.

4.8.1 HUISARTSGENEESKUNDE

De afdeling huisartsgeneeskunde kent drie secties (Huisartsopleiding, Basiscurriculum, Extramurale Kliniek), die elk afzonderlijk contact hebben met een eigen netwerk van

praktijken. In totaal gaat het om 250 praktijken, waarvan er slechts twee een vorm van samenwerking hebben met alle drie de secties. In de huidige situatie functioneren de verschillende netwerken min of meer los van elkaar. De financiering van de verschillende secties komt uit verschillende bronnen. Met name de financiering van de Extramurale Kliniek (EMK) activiteiten is ad hoc geregeld.

De belangrijkste taak van de sectie Basiscurriculum is het verzorgen van onderwijs. Dat netwerk blijft hier verder buiten beschouwing. De EMK is een samenwerkingsverband van 46 huisartspraktijken, verdeeld over 3 regio's (Amsterdam, Twente en West-Friesland), met een contractuele overeenkomst tussen de huisartsen en de VU. De EMK biedt een infrastructuur voor het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en komt het dichtst in de buurt van de hier gehanteerde omschrijving van de academische werkplaats. De coördinatie van de EMK vindt plaats vanuit de VU door een centrale coördinator (0,8 fte), ondersteund door een secretariële medewerker (0,8 fte) en een onderzoeksassistente (0,5 fte). De financiering hiervan (tot 1998 deels ondersteund vanuit de Academiseringsregeling van de Ziekenfondsraad) is nog niet definitief geregeld.

Het VUMC is voorstander van een beter gestructureerd netwerk van geacademiseerde praktijken, waarbij men meer grip heeft op deze praktijken. De afdeling streeft naar één multifunctioneel huisartsnetwerk, waarin de huidige drie secties samenwerken. In de notitie stelt de afdeling bovendien dat behoefte bestaat aan een kern van 12 en op termijn 25 huisartsen uit praktijken in de directe omgeving van het VU ziekenhuis, waarmee intensief wordt samengewerkt. Deze praktijken zullen op termijn deelnemen aan (transmurale) onderzoekprojecten en zullen verschillende functies moeten kunnen uitoefenen (zowel onderwijs als deelname aan onderzoek).

4.8.2 SOCIALE GENEESKUNDE

Drie typen instellingen komen in aanmerking als academische werkplaatsen op dit gebied: GGD-en en Thuiszorgorganisaties, Arbo-diensten en uitvoeringsinstellingen (UVI's). Op dit moment is de werkplaatsfunctie van deze instellingen t.b.v. onderzoek nog (zeer) beperkt. Om het vakgebied verder te ontwikkelen acht de afdeling Sociale geneeskunde academische werkplaatsen binnen in elk geval GGD-en, Thuiszorgorganisaties en Arbo-diensten noodzakelijk.

De afdeling Sociale Geneeskunde voert thans een inventarisatie uit van lopend en gewenst onderzoek bij de GGD-en die co-assistenten van de VU begeleiden. Op dit moment vindt weinig concrete samenwerking of afstemming plaats. Er wordt aan gedacht het onderzoek van GGD-en dat aansluit bij de facultaire onderzoek-programma's/thema's te academiseren door het aanstellen van een coördinator bij de afdeling Sociale geneeskunde. Op die manier kan een academisch onderzoeksnetwerk met GGD-en en Thuiszorgorganisaties in Noord-Holland gevormd worden.

Onderzoek bij Arbo-diensten is schaars. Het facultaire onderzoek van het EMGO-instituut en de afdeling Sociale Geneeskunde is geconcentreerd bij diensten waar ook co-assistentenonderwijs plaatsvindt. Er is intensieve samenwerking met de Arbo-dienst van de KLM, hetgeen heeft geresulteerd in de aanstelling van een bijzonder hoogleraar.

De afdeling Sociale geneeskunde heeft minder expertise op het terrein van onderzoek binnen UVI's. De omvang van het onderzoek binnen de UVI's is zeer gering, ofschoon hier wel behoefte aan is. Er wordt aan gedacht om het huidige onderzoek en behoeften voor de toekomst in samenspraak met LISV en GAK te inventariseren.

4.8.3 VERPLEEGHUISGENEESKUNDE

Tussen augustus 1994 en augustus 1996 is met financiële steun van VWS een Universitair Verpleeghuis Netwerk (UVN) opgezet. Aan dit netwerk namen zeven verpleeghuizen deel, met een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst. Voor deelname aan het UVN zijn selectiecriteria vastgesteld. Inmiddels omvat het UVN 12 verpleeghuizen in de regio rond Amsterdam, met in totaal ongeveer 3000 bedden (voor somatische en psychogeriatrische patiënten). Uit de 92 overige instellingen waarmee contacten bestaan zullen in de toekomst nog vier instellingen voor het UVN worden geworven, omdat toename van de kritische massa noodzakelijk wordt geacht.

De verpleeghuizen in het netwerk hanteren elk een identieke registratiemethode, die een brede stroom gegevens oplevert t.b.v. onderzoek. Het netwerk participeert in het medisch basiscurriculum (colleges, werkgroepen, stages), ontplooit activiteiten op het gebied van patiëntenzorg (o.a. ontwikkeling van zorgrichtlijnen), en voert onderzoek uit dat past binnen de onderzoekslijnen van het instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek (EMGO). Voor de opslag en beheer van gegevens is een database opgebouwd, die gebruikt wordt voor (epidemiologisch) onderzoek. De organisatie van het UVN wordt geleid door een stuurgroep, bestaand uit de hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde, de vakgroepcoördinator, de senior-onderzoekers verpleeghuisgeneeskunde, de beheerder van de centrale database, de vakgroepmedewerker richtlijnontwikkeling, de coördinator Resident Assessment Instrument RAI, de verpleeghuisartscoördinatoren van de huizen die behoren tot de kerngroep, de docent van het basiscurriculum en een secretaresse.

Knelpunt

De structurele kosten voor het in stand houden van het UVN worden geraamd op f 671.000 (€ 304.500) per jaar. Voor deze kosten is geen (structurele) dekking meer sinds het wegvallen van de startsubsidie. De bereidheid van verpleeghuizen om te participeren in het UVN zonder dat daar een redelijke vergoeding tegenover staat, neemt af.

4.8.4 REVALIDATIEGENEESKUNDE

In de huidige situatie werkt de afdeling revalidatiegeneeskunde op het gebied van onderwijs en onderzoek vrij intensief samen met drie revalidatiecentra: Revalidatiecentrum Amsterdam (RCA), Heliomare te Wijk aan Zee en Het Roessingh te Enschede. Daarnaast bestaat een groter netwerk van instellingen die alleen in specifieke onderzoekprojecten participeren; dat blijft hier verder buiten beschouwing. Tot op heden ontbreekt een academiseringsovereenkomst tussen de faculteit en de revalidatiecentra. Er is behoefte aan formatie en ruimte voor onderwijs- en onderzoeksactiviteiten in de centra. De afdeling Revalidatiegeneeskunde geeft in de notitie aan dat er een coördinator “academische werkplaats” met secretariële ondersteuning nodig is, voor coördinatie van de activiteiten tussen universiteit en revalidatiecentra.

4.8.5 EXTRAMURALE PSYCHIATRIE

De Valeriuskliniek fungeert als werkplaats voor de faculteit der geneeskunde t.b.v. onderwijs en onderzoek op het gebied van de psychiatrie. De Valeriuskliniek heeft de status van APZ, hetgeen afwijkt van de situatie bij andere universiteiten (die beschikken over een PUK). Begin 1999 is de Valeriuskliniek gefuseerd met de RIAGG. De afdeling psychiatrie van de VU heeft twee onderzoeklijnen met een “extramuraal” component. In projectverband wordt samengewerkt met verpleeghuizen (geen structureel samenwerkingsverband), in overleg met de hoogleraar Verpleeghuisgeneeskunde.

Algemene knelpunten en mogelijke oplossingen

Het gehele terrein beschouwend, signaleert men knelpunten in twee categorieën: financiering en organisatie.

Een mogelijke oplossing voor de financiering is het oormerken van een deel van de Rijksbijdrage voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis.

Het is moeilijk de continuïteit en kwaliteit in werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis te handhaven in de huidige (organisatie)structuur. Aanstellingen bij de medische faculteit zouden een oplossing kunnen bieden. In dat geval zou de faculteit meer invloed kunnen uitoefenen op het personeelsbeleid in de werkplaats en eisen kunnen stellen aan het niveau van deelnemende partners.

4.9 INTERFACULTAIR OVERLEG HUISARTSGENEESKUNDE (IOH)

Deze paragraaf is gebaseerd op het verslag van de resultaten van het Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde, over de periode 1992-1997. Voor het Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde bestond in de periode 1987-1994 een Tijdelijke Stimuleringsregeling Universitaire Huisartspraktijken, waarin per universiteit een

subsidie van f150.000,-(€ 68.100) per jaar beschikbaar werd gesteld door VWS. Vanaf 1995 tot mei 1998 werd deze subsidie verstrekt via de Ziekenfondsraad uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten, waarbij het jaarlijks per universiteit om een bedrag van f300.000,- (€ 136.100) ging. De subsidies zijn verstrekt onder de conditie dat elders gezocht zou worden naar structurele financiering voor langere termijn. Bij de besteding van deze academiseringsgelden hebben de faculteiten zich laten leiden door de specifieke plaats van de huisartsgeneeskunde in het onderwijs- en onderzoeksprogramma. De bestedingen en resultaten zijn dan ook mede bepaald door faculteit-specifieke omstandigheden.

Academisch werkveld: een netwerk van huisartspraktijken

Alle faculteiten hebben het werkveld gestructureerd als een netwerk van huisartspraktijken, die intensief bij de faculteit konden worden betrokken. Afhankelijk van de lokale omstandigheden omvat dit netwerk een groter of kleiner aantal praktijken, en varieert de intensiteit van de academische taakstelling. Het netwerk is steeds intensief betrokken bij een *combinatie* van taken (zorginnovatie, onderzoek, onderwijs, opleiding) en vervult een voorbeeldfunctie voor het grote aantal overige praktijken dat voor (co-assistenten)onderwijs, onderzoek en de huisartsopleiding samenwerkt met de faculteit.

Praktijk en werkplaats

Met een landelijk aantal van 6500-7000 huisartsen, blijken er meer dan 200 huisartspraktijken (ruim 300 huisartsen) via deze netwerken intensief betrokken te zijn bij de taakvervulling van de medische faculteiten. Anderzijds vormen de netwerken een belangrijke rekruteringsbron van facultaire staffleden.

Zorginnovatie: (elektronische) verslaglegging

Het brede terrein van huisartsgeneeskundige zorg brengt in beginsel een groot aantal gebieden voor zorginnovatie met zich mee. In de acht netwerken valt echter een duidelijke lijn te onderscheiden: het verzamelen van zorggerichte informatie (huisartsgeneeskundige epidemiologie), deze informatie relateren aan richtlijnen en standaarden (kwaliteitsbewaking) en ten slotte terugkoppeling naar de huisarts voor het structureren van continue zorg (monitoring). Op deze wijze is een wetenschappelijk proces op gang gekomen, waarmee het ontwikkelen van expertsystemen binnen bereik komt. Het elektronisch medisch dossier speelt hierin een sleutelrol, waarin de zorggerelateerde informatie op een gestandaardiseerde wijze wordt verzameld, gebruik makende van ICPC-criteria en WCIA-richtlijnen. Dit garandeert de mogelijkheid van implementatie in de routine van de huisartsgeneeskundige praktijk.

Netwerk, NHG-Standaarden en onderzoek

Voor het ontwikkelen van kwaliteitsbewaking is de relatie met professionele protocollen en richtlijnen essentieel. Dat geldt met name voor de NHG-Standaarden. Alle tot nu toe door het NHG ontwikkelde Standaarden (60) zijn aangestuurd vanuit de academische netwerken. Huisartsen uit de netwerken waren daarnaast rechtstreeks betrokken bij het tot stand komen van ruim 40 van deze Standaarden.

Voor "evidence-based" richtlijnen is wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk onontbeerlijk. In de periode 1992-1997 kwamen 43 proefschriften tot stand op basis van de academische netwerken. Daarnaast werden ongeveer 250 wetenschappelijke artikelen gepubliceerd, waarvan een groot aantal in vooraanstaande internationale tijdschriften. De internationaal prominente wetenschappelijke positie van de Nederlandse huisartsgeneeskunde is dan ook in belangrijke mate terug te voeren op de academische netwerken.

Netwerk, onderwijs en opleiding

Voor de opleiding tot huisarts vervullen de netwerken een belangrijke voorbeeldfunctie: assistenten in opleiding kunnen ervaring opdoen met de in ontwikkeling zijnde elektronische dossiers en expertsystemen. Dit betekent een investeren, tijdens de opleiding, in toekomstige vaardigheden. In dit verband dient er op te worden gewezen dat de specialisatie opleiding tot huisarts een aan de medische faculteiten opgedragen taak is.

Voor het studentenonderwijs bieden de netwerken de mogelijkheden voor patiënt-gebonden projecten. Op een aantal plaatsen is deze activiteit structureel aanzienlijk van omvang. Twee netwerken hebben een leerboek huisartsgeneeskunde geproduceerd.

Netwerk en nascholing

Vanuit de netwerken wordt op grote schaal bijgedragen aan nascholing. Het aantal nascholingsartikelen is zeer omvangrijk.

Tot slot

Het met de academiseringsgelden opgebouwde Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde vormt een hoeksteen van de huisartsgeneeskunde. De netwerken leveren essentiële informatie voor wetenschappelijk onderwijs, onderzoek en de opleiding tot huisarts, en voor het innoveren van zorg. Zonder de bijdrage uit het academisch werkveld is het niet denkbaar dat bijv. de NHG-standaarden tot stand hadden kunnen komen. Op grond hiervan stelt het IOH dat het Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde in stand moet worden gehouden, inclusief de hiervoor noodzakelijke financiering. Een structurele financiering als opvolger voor de eerder genoemde tijdelijke stimuleringsregeling is nog niet gevonden.

4.10 INTERFACULTAIR OVERLEG SOCIALE GENEESKUNDE (IOSG)

Het Interfacultair Overleg Sociale Geneeskunde (IOSG) is van mening dat de academisering van de sociale geneeskunde vormgegeven dient te worden op alle academische werkterreinen van onderzoek, onderwijs en cliënten/patiëntenzorg. Deze academisering zou in beginsel aan elke faculteit in beide sociaal geneeskundige hoofdstromen plaats moeten vinden. Tot de grote sociaal geneeskundige werkvelden behoren Arbo-diensten en UVIs (hoofdstroom Arbeid en Gezondheid), en onder meer GGD-en en Thuiszorginstellingen (hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid). Tot op heden ontbreken echter gestructureerde academische werkplaatsen voor de Sociale Geneeskunde, hetgeen door de facultaire afdelingen/instituten Sociale Geneeskunde en het sociaal geneeskundig veld als een groot gemis wordt ervaren.

Het IOSG stelt voor de academische werkplaatsfunctie vorm te geven door het aanstellen van een onderzoeker (sociaal geneeskundige-epidemioloog) bij de facultaire afdeling/instituut Sociale Geneeskunde, die het onderzoek van de desbetreffende dienst/instelling en universiteit tezamen moet entameren en coördineren. Ook is het nodig bij de instellingen/diensten sociaal geneeskundige onderzoekers op academiseringsgeldten aan te stellen en AGIKO-opleidingen te entameren. Hierbij zijn parttime detacheringen (dubbelaanstellingen) vanuit het veld bij de facultaire afdeling/instituut Sociale Geneeskunde wenselijk, om een brug te slaan tussen praktijk en onderzoek.

Het huidige onderwijs omvat met name een kennismaking met het beroepsveld en oriëntatie op de sociale gevolgen van ziekte, en wordt gegeven in de vorm van klein groepsonderwijs, wetenschappelijke stages en co-assistentenschappen. Het IOSG pleit voor verdere uitbouw in samenspraak met de diensten/instellingen waar tevens onderzoek plaatsvindt of gaat plaatsvinden.

Tenslotte dient de cliënten/patiëntenzorg binnen de academische werkplaatsen op geleide van wetenschappelijk onderzoek geoptimaliseerd te worden.

Op deze wijze kan een academisch onderzoeks- en onderwijsnetwerk gevormd worden met een aantal sociaal geneeskundige diensten/instellingen. Deze diensten/instellingen vormen de kern van een uitgebreider netwerk van diensten/instellingen die deeltaken voor de faculteit vervullen. Op termijn kan verdere specialisatie en taakverdeling op deelgebieden plaatsvinden. De uitwerking hiervan zal door de diverse sociaal geneeskundige afdelingen/instituten nog verder vormgegeven en onderling afgestemd dienen te worden.

Het IOSG schat de kosten voor academisering voor de meeste faculteiten op omstreeks 1 Mf/€ 453.800 per jaar per faculteit; voor enkele faculteiten zullen deze bedragen in de eerste jaren wat lager zijn. De uitgewerkte raming en de onderbouwing daarvoor zijn te vinden in een notitie van het IOSG, die is opgenomen als bijlage 5. Het IOSG

stelt daarin voor de academische werkplaatsen Sociale Geneeskunde te financieren uit een aanvulling op de Rijksbijdrage aan de academische ziekenhuizen.

4.11 INTERFACULTAIR OVERLEG VERPLEEGHUISGENEESKUNDE (IOV)

In tegenstelling tot het IOH en het IOSG, bestaat het IOV uit slechts drie partners, afkomstig uit het VUMC, het LUMC en het UMC St. Radboud. Het IOV stelt dat in nauw contact met verpleeghuizen, verzorgingshuizen, dagbehandelingscentra en verpleeghuissubstitutieprojecten (transmurale zorg) het vakgebied verpleeghuisgeneeskunde inhoudelijk verder ontwikkeld moet worden. Dit vereist een infrastructuur voor onderzoek en onderwijs in de vorm van een kerngroep van verpleeghuizen (een Universitair Verpleeghuis Netwerk, UVN), waardoor een modelfunctie kan gaan ontstaan.

Voor een universitair verpleeghuisnetwerk is continuïteit in de organisatie van onderzoek en onderwijs binnen de betrokken kerngroep en continuïteit in medewerking door verpleeghuisartsen en andere leden van het multidisciplinaire verpleeghuisteam noodzakelijk. Zonder een dergelijk netwerk met infrastructuur moeten steeds opnieuw de eerste ontwikkelingsfasen en voorbereidende stappen worden doorlopen, hetgeen vertraging en dubbel werk betekent.

Zorgactiviteiten (modelpraktijk)

Om de zorgpraktijk in de academische verpleeghuizen op elkaar af te stemmen en vergelijkbaar te maken, is een uniforme wijze van diagnostiek en zorgplanformulering nodig. Dit wordt gezien als een basisvoorwaarde voor een modelpraktijk en maakt vergelijking tussen instellingen mogelijk. Het bevordert bovendien samenhang in onderwijs en levert voor onderzoek vergelijkbare gegevens over patiënten en zorgpraktijk op. Gestandaardiseerde “assessment” (bijv. met het Resident Assessment Instrument RAI, zoals in gebruik bij het VUMC, of VISCOM, zoals in gebruik bij het LUMC), gestructureerde zorgplanformulering (bijv. volgens SAMPC (Somatische, Ambulante, Maatschappelijk, Psychisch en Communicatie) of een soortgelijke indeling) en geautomatiseerde patiëntgegevensverzameling zijn noodzakelijk om te komen tot modelpraktijken. Ook de ontwikkeling van en het vervolgens werken met zorgrichtlijnen en -protocollen zijn nodig om uniformiteit en kwaliteit in de zorg aan te brengen en zodoende te komen tot een optimale patiëntenzorg met een modelfunctie van voldoende kwaliteit voor onderwijs (en onderzoek). Deze optimale patiëntenzorg betekent niet alleen kwaliteitsverbetering in de desbetreffende academische verpleeghuizen, maar dient ook als voorbeeld voor de overige verpleeghuiszorginstellingen.

Onderwijsactiviteiten

Medische studenten en arts-assistenten worden in dit onderwijs geconfronteerd met verschijnselen en beloop van chronische ziekten bij bejaarden, de effecten van deze ziekten op het dagelijks functioneren (lichamelijk, cognitief en emotioneel, sociaal), de verschillende methoden van multidisciplinaire zorgverlening (revalidatie, langdurige behandeling en verpleging, palliatieve zorg), de mogelijkheden en onmogelijkheden van dergelijke zorg, het verblijf in een instelling, het zien functioneren van het verpleeghuis als instelling voor gezondheidszorg, het zien functioneren van dagbehandelingscentra, substitutieprojecten, etc. De kerngroep staat model voor de inhoud en organisatie van dergelijke zorgverlening, zoals die naar huidige inzichten geleverd dient te worden. Het multidisciplinaire samenwerken bij de langdurige begeleiding van ernstig gehandicapte oudere patiënten moet daarbij voor studenten expliciet aan bod komen. Ook leent de kerngroep zich bij uitstek voor het uittesten van nieuw onderwijs in de klinische verpleeghuissetting.

Onderzoekactiviteiten

Geautomatiseerde patiëntengegevensverzameling is van belang om cross-sectionele en longitudinale studies mogelijk te maken. Ook worden hierdoor internationale vergelijkingstudies mogelijk. Verder zijn deze gegevens nodig voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

De verpleeghuizen uit het universitair netwerk hebben een belangrijke inbreng vanuit de praktijk bij onderzoekdesigns en bij de uitvoering van pilot-studies en wetenschappelijke stages van medische studenten. Zij bieden mogelijkheden voor kleinschalige onderzoeken waarin de aanstaande artsen leren onderzoek te doen. Ook kunnen ingevoerde richtlijnen en protocollen wetenschappelijk geëvalueerd worden.

Organisatie van het netwerk

Het IOV geeft aan dat de verschillende functies van het verpleeghuisnetwerk (modelpraktijk, onderzoek en onderwijs), de activiteiten die erin plaatsvinden en de organisatie van allerlei activiteiten binnen de vakgroep en de kerngroep van academische verpleeghuizen een goede coördinatie vereisen. De bestaande organisatie van het verpleeghuisnetwerk van het VUMC kan als voorbeeld dienen. Ook de selectiecriteria die het VUMC hanteert voor deelname aan het Universitair Verpleeghuis Netwerk (zie overzicht), kunnen als voorbeeld dienen voor de overige deelnemers aan het IOV.

Knelpunten

Het IOV beschouwt het ontbreken van structurele financiering voor de werkplaatsfunctie als de grootste bedreiging voor het voortbestaan van de huidige verpleeghuisnetwerken. Uit de selectiecriteria (zie overzicht) is af te leiden dat van de

deelnemende verpleeghuizen een aanzienlijke inspanning verlangd wordt. De bereidheid van verpleeghuizen zonder onkostenvergoeding aan het universitaire netwerk deel te nemen, neemt snel af. Het IOV voorziet dat deze afnemende bereidheid ook een negatieve invloed zal hebben op de zorginnovatie.

Figuur 1: Overzicht van selectiecriteria

Selectiecriteria voor deelname aan het Universitair Verpleeghuisnetwerk van het VUMC (door het UVN vastgesteld op 6 maart 1996):

1. reeds aanwezige ervaring met gestructureerde patiëntenzorg, onder andere blijkend uit aanwezigheid van projecten op het gebied van zorgvernieuwing, deelname aan de verpleeghuisartsopleiding, uit betrokkenheid bij het onderwijs aan medische studenten en/of onderzoek in uitvoering;
2. acceptabele reisafstand tussen verpleeghuis en universiteit, om logistieke redenen;
3. brede gedragenheid binnen de verpleeghuisorganisatie van de doelstellingen van het UVN, blijkend uit instemming door bestuur, directie, managementteam, ondernemingsraad en patiënten-/familieraad;
4. aantoonbare bereidheid te investeren in de doelstellingen van het UVN met middelen en menskracht;
5. bereidheid tot het invoeren van het Resident Assessment Instrument RAI als methode van gestandaardiseerde assessment, zorgplanformulering en geautomatiseerde patiëntengegevensverzameling;
6. het verpleeghuis dient te beschikken over een verpleeghuisarts, die het verpleeghuis met voldoende mandaat in de stuurgroep kan vertegenwoordigen, conform de taakopdracht van de stuurgroep.
7. het verpleeghuis dient te beschikken over een verpleeghuisarts met deskundigheid op het gebied van wetenschappelijk onderzoek of de bereidheid zich hierin te scholen;
8. het verpleeghuis biedt somatische en psychogeriatrische verpleeghuiszorg, zowel klinische als dagbehandelingszorg met een minimale erkende capaciteit van 180 bedden en 15 dagbehandelingsplaatsen; tevens heeft het verpleeghuis affiliatie met verzorgingshuizen, biedt transmurale zorg en heeft zorgvernieuwingprojecten of is bereid hieraan mee (te gaan) werken.

HOOFDSTUK 5 ANALYSE VAN DE GEGEVENS

In dit hoofdstuk worden de gegevens geanalyseerd en de conclusies van de RGO gepresenteerd. Na een bespreking van de conclusies per discipline volgt een algemene beschouwing, waarin de factoren aan de orde komen die, ongeacht de discipline, knelpunten blijken te zijn dan wel kunnen zijn voor de optimale invulling van de werkplaatsfunctie: de continuïteit in de werkplaats, de verhoudingen tussen werkplaats, faculteit en academisch ziekenhuis, en de vragende positie van de faculteiten. Vervolgens wordt ingegaan op de ontwikkelingen en de mogelijkheden voor de toekomst. De laatste paragraaf is een samenvatting van conclusies en aanbevelingen uit eerdere paragrafen.

5.1 ANALYSE VAN DE GEGEVENS UIT HOOFDSTUK 4

De gegevens uit de inventarisatie van werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis zijn getoetst aan de omschrijving van de werkplaatsfunctie. De RGO heeft daarbij als uitgangspunt gehanteerd dat in de academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis de zorg onlosmakelijk verbonden moet zijn met het onderwijs en het onderzoek, en dat de activiteiten van de werkplaats dienen bij te dragen aan de ontwikkeling van de zorg en/of het onderwijs (zie hoofdstuk 3).

In algemene zin kan worden opgemerkt dat er in de mededelingen over werkplaatsen nogal eens sprake was van “wishful thinking”: er lagen (soms gevorderde) plannen, maar er was nog geen begin gemaakt met de uitvoering.

Een tweede algemeen punt is dat de structuur en de intensiteit van de samenwerking tussen faculteit en academisch ziekenhuis een belangrijke factor lijkt te zijn voor een succesvolle academisering van werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis.

Instellingen die een functie voor het onderwijs vervulden maar waar geen sprake was van onderzoek en ontwikkeling van zorg, werden buiten beschouwing gelaten. Een aantal faculteiten heeft problemen in de affiliatie voor het voetlicht gebracht, maar de Raad heeft afgezien van behandeling van deze problemen. Verder zijn de werkplaatsen voor extramurale verloskunde (AMC) en voor de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten (EUR) buiten beschouwing gelaten, omdat de Raad de tijd nog niet rijp acht voor expliciete uitspraken hierover.

5.1.1 LACUNES PER DISCIPLINE

De behoefte aan werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis wordt deels bepaald door de eisen van opleiding tot basisarts (vastgelegd in het Raamplan 1994), deels door de behoefte aan onderzoek van de faculteit en deels door de behoefte aan zorgontwikkeling (op basis van onderzoek) in de betrokken disciplines.

Door vergelijking van de behoefte aan werkplaatsfunctie met de actuele situatie komen de lacunes in de werkplaatsen in beeld. De conclusies van die vergelijking worden hieronder per discipline behandeld.

Huisartsgeneeskunde

Het Raamplan 1994 Artsopleiding duidt huisartsgeneeskunde aan als kerndiscipline. Voor deze disciplines moet dus bij elke faculteit een academische werkplaats beschikbaar zijn. Voor de huisartsgeneeskunde wordt voorzien in de behoefte aan werkplaatsfunctie: elke faculteit beschikt tegenwoordig over een netwerk van academische huisartspraktijken. De organisatie van deze netwerken verschilt van faculteit tot faculteit. In organisatorisch opzicht doen zich een aantal knelpunten voor die later in dit hoofdstuk ter sprake komen.

Sociale geneeskunde

De sociale geneeskunde is eveneens een kerndiscipline. Gelet op de eindtermen in het Raamplan 1994 dient aan alle faculteiten onderwijs in beide hoofdstromen (Arbeid en gezondheid en Maatschappij en gezondheid) plaats te vinden. Voor het onderzoek kan een faculteit desgewenst kiezen voor één van de twee hoofdstromen.

Voor sociale geneeskunde blijkt de infrastructuur verre van voldoende te zijn. Ofschoon in de gesprekken met vertegenwoordigers van de faculteiten en academische ziekenhuizen naar voren kwam dat er soms samenwerking was met onder andere GGD'en en Arbo-diensten, voldeden deze samenwerkingsverbanden in lang niet alle gevallen aan de gestelde criteria. Zo zijn samenwerkingsverbanden op projectbasis niet structureel, en is de wetenschappelijke inbreng van de instellingen buiten het academisch ziekenhuis beperkt (voorbeeld: verzameling van gegevens t.b.v. epidemiologisch onderzoek, maar geen verwerking of interpretatie van resultaten in de zorg). De RGO concludeert dan ook dat de werkplaatsfunctie t.b.v. de sociale geneeskunde ernstig tekort schiet, en dat de in hoofdstuk 4 beschreven samenwerkingsverbanden tussen faculteiten, GGD'en, Arbo-diensten en andere instellingen in lang niet alle gevallen als volwaardige academische werkplaatsen beschouwd kunnen worden.

Het budget van de faculteiten der geneeskunde lijkt onvoldoende te zijn om de academisering van de werkplaatsen t.b.v. sociale geneeskunde te financieren. Ook dienen aan een academische werkplaats eisen gesteld te worden aan de kwaliteit van het onderzoek en het onderwijs, iets dat op gespannen voet zou kunnen staan met de commerciële basis waarop Arbo-diensten en UVI's opereren.

Verpleeghuisgeneeskunde

Het bestaande Universitair Verpleeghuis Netwerk VU voldoet aan de criteria voor academische werkplaats. Het Leids Universitair Verpleeghuisnetwerk (dat actief wordt

gesteund door het LUMC) voldoet nog niet geheel aan de criteria. In Nijmegen bestaan vergeworderde plannen in de richting van een netwerk. De RGO heeft de indruk dat daarmee op dit moment is voorzien in de behoefte aan academische werkplaatsen t.b.v. verpleeghuisgeneeskunde in Nederland. Het ontbreken van een structurele financiering is wel een groot probleem. Men dient rekening te houden met de mogelijkheid dat de behoefte aan werkplaatsfunctie kan toenemen, samenhangend met de ontwikkeling van dit vakgebied. Voor de verpleeghuisgeneeskunde is het moeilijk die behoefte te kwantificeren. Met het universitair onderbrengen van de opleiding tot verpleeghuisarts dient zorg te worden gedragen voor wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied en voor onderwijsontwikkeling. Op grond hiervan is er sprake van (behoefte aan) een academische werkplaats verpleeghuisgeneeskunde bij het VUMC, het LUMC en het UMC St. Radboud.

Revalidatiegeneeskunde

De behoefte aan werkplaatsfunctie op het gebied van de verpleeghuisgeneeskunde, revalidatiegeneeskunde en de extramurale psychiatrie is niet rechtstreeks uit het Raamplan 1994 af te leiden. De RGO heeft daarom voor deze gebieden aanknopingspunten gezocht in de informatie verstrekt door de faculteiten en vakgroepen en in eerdere publikaties.

Voor de revalidatiegeneeskunde sluit de RGO zich aan bij zijn Advies Revalidatieonderzoek (RGO advies nr. 14), waarin wordt aanbevolen zes kernen te ontwikkelen en op termijn te komen tot een verdere bundeling van onderzoek in een nog kleiner aantal kernen. De behoefte aan werkplaatsfunctie wordt dan bepaald door universitaire kernen voor revalidatieonderzoek waarin regionale revalidatie-instellingen door middel van een samenwerkingsovereenkomst participeren. De ontwikkeling van deze kernen is inmiddels in volle gang. Uit de inventarisatie is gebleken dat de inrichting van de werkplaatsen revalidatiegeneeskunde wordt afgestemd op het Advies Revalidatieonderzoek, maar nog niet ten einde is.

Extramurale psychiatrie

De extramurale psychiatrie wordt vooral uitgeoefend in de RIAGG. De aandacht van de RGO gaat daar in het bijzonder uit naar de activiteiten waarbij artsen een belangrijke rol spelen. In die zin is in het AMC en in Maastricht sprake van academisering van de RIAGG of gedeelten daarvan. Bij de andere faculteiten voorzien intramurale instellingen in het grootste deel van de behoefte aan werkplaatsfunctie.

5.2 ALGEMENE BESCHOUWING

5.2.1 CONTINUÏTEIT

De optimale situatie voor een academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis wordt bereikt als er een langdurig, structureel samenwerkingsverband is tussen werkplaats en medische faculteit. Faculteiten en de universitaire medische centra blijken te streven naar continuering en optimalisering van de bestaande werkplaatsen. De continuïteit van de werkplaats kan echter door verschillende oorzaken in gevaar komen.

In de eerste plaats kan degene waarmee de faculteit jarenlang heeft samengewerkt (het gaat hier over personen, bijv. huisartsen), in de praktijk opgevolgd worden door iemand die niet gemotiveerd is onderzoek te doen. De faculteiten blijken in het algemeen weinig of geen middelen (juridisch, contractueel, financieel) te hebben om hier iets aan te veranderen. De RGO beveelt aan in samenwerkingsovereenkomsten waar mogelijk regelingen op te nemen waarin de continuïteit van de werkplaatsen kan worden verzekerd, in het bijzonder waar het (solo)huisartspraktijken betreft.

In de tweede plaats kan de continuïteit in gevaar komen als de financiering niet structureel, maar op ad hoc basis plaatsvindt (bijv. uit tweede geldstroom, projectfinanciering of reserves). Herhaaldelijk is de financiering na een startsubsidie weggevallen en moest deze door een vakgroep, faculteit of academisch ziekenhuis opgevangen worden. De RGO is van mening dat een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis, evenals het academisch ziekenhuis zelf, een structurele financiering nodig heeft. De Raad constateert dat continuïteit in die financiering tot op heden niet gewaarborgd is door de huidige omvang en herkomst van de financieringstromen.

5.2.2 VERHOUDINGEN TUSSEN WERKPLAATS, FACULTEIT EN ACADEMISCH ZIEKENHUIS

Veel faculteiten hebben historisch gegroeide netwerken van geacademiseerde huisartspraktijken, gedeeltelijk gelegen buiten het basiszorggebied van het academisch ziekenhuis (VUMC, Groningen, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam). De Continue Morbiditeits Registratie in Nijmegen, een gegevensbestand dat sinds 1967 wordt opgebouwd, is daar een voorbeeld van. In een dergelijke situatie is de verhouding tussen faculteit en werkplaats anders dan die tussen academisch ziekenhuis en werkplaats (praktijk). Een academisch ziekenhuis heeft immers geen banden met de huisartsen buiten het basiszorggebied. Dit kan consequenties hebben in die situaties waar faculteit en academisch ziekenhuis gezamenlijk beleid ontwikkelen ten aanzien van de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. Aspecten die in dit geval problemen (kunnen) opleveren zijn de financiering en het verwijzingsbeleid.

In het AMC, waar het concept van de academische populatie wordt gehanteerd (zie hoofdstuk 4), was het mogelijk een netwerk op te bouwen van geacademiseerde praktijken *binnen* het basiszorggebied. Dit scheidt een band tussen het academisch ziekenhuis en de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis, met consequenties voor onder andere het verwijzingsbeleid. Gezien de positieve ervaringen in het AMC, zou deze werkwijze een voorbeeld kunnen vormen voor andere medische centra. De ontwikkeling van grootschalige nieuwbouwgebieden (VINEX-lokaties) biedt ook in andere steden (Utrecht, Nijmegen, wellicht Leiden) mogelijkheden voor het verder ontwikkelen van werkplaatsfuncties in een “academische populatie”.

Het streven naar een netwerk huisartspraktijken in de geografische omgeving van het academisch ziekenhuis staat of valt met de medewerking van de huisartsen. Als de belangen en interesses van de huisarts en de vakgroep niet parallel lopen, zal ook een ruimere financiering voor de werkplaatsfunctie niet helpen.

5.2.3 SAMENVALLENDE BELANGEN

Een van de uitgangspunten in de omschrijving van de academische werkplaats is dat de kwaliteit van de werkplaats moet zijn afgestemd op de eisen van de faculteit. Omgekeerd geldt ook dat academisering alleen goed werkt als faculteiten/academische ziekenhuizen rekening houden met de praktijken/zorgverlenende instellingen die als werkplaats functioneren. De belangen van de faculteit en de zorgverleners vallen samen als het gaat om zorginnovatie, d.w.z. verbetering van de zorg op basis van wetenschappelijke inzichten.

Aan de kwaliteit en het wetenschappelijk niveau van de werkplaats zouden eisen gesteld moeten kunnen worden. Nu al gelden voor deelname aan het verpleeghuisnetwerk van het VUMC bepaalde criteria (zie overzicht pag. 43). Ook de Universiteit Maastricht hanteert criteria voor het toekennen van een praktijktoelage aan een academische huisartsenpraktijk (zoals: personeel in vaste dienst, met een minimale werktijdfactor van 0,5 fte; personeel vervult een kernfunctie, tot uiting komend in onder andere deelname aan praktisch medisch onderwijs en aan wetenschappelijk onderzoek). Faculteiten kunnen dergelijke criteria aanvullen met de eis dat bijv. de huisarts in een academische huisartspraktijk gepromoveerd is of een promotieonderzoek uitvoert, en deelneemt aan het farmacotherapeutisch (transmuraal) overleg of aan richtlijnontwikkeling.

De RGO constateert dat voor het stellen van eisen binnen de huidige financiële en juridische kaders geen of weinig mogelijkheden bestaan. De faculteit verkeert te veel in een vragende positie. De zwakke positie van de faculteiten geldt overigens niet alleen de kwaliteitseisen, maar so wie so de bereidheid van perifere instellingen om een werkplaatsfunctie te vervullen.

De faculteiten melden dat de academische werkplaatsen voor een deel functioneren dankzij loyale steun uit het extramurale veld. Gezien de gewenste kwaliteit (en ook continuïteit) van de werkplaatsen is deze situatie te vrijblijvend. Toenemende

commercialisering van de zorg, het meest uitgesproken bij de Arbo-diensten, zet de bereidheid tot medewerking aan onderwijs en onderzoek onder druk. Zorgverlening en efficiency krijgen de hoogste prioriteit, pas daarna komen onderwijs en onderzoek. Ook in de verpleeghuisgeneeskunde dreigt een afnemende bereidheid tot medewerking. Bereidheid tot medewerking in het veld kan versterkt worden door te investeren in de relaties tussen faculteit, academisch ziekenhuis en academische werkplaats, door middel van deskundigheidsbevordering (bijv. HAG-desk-AMC) of overleg c.q. informatie-verstrekking over onderzoek- en onderwijsprogramma's (zoals in het LUMC). De mogelijkheden voor praktijken/instellingen om inbreng te hebben in de vervulling van de werkplaatsfunctie, dienen waar mogelijk verruimd te worden. De medewerking van werkplaatsen is waarschijnlijk het best te handhaven als duidelijk wordt gemaakt welke voordelen het heeft om een academische werkplaats te zijn. Het feit dat een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis (als onderdeel van de artsopleiding en proeftuin voor zorginnovatie) niet alleen voor een bepaalde faculteit van belang is, maar voor "het hele veld", onderstreept de noodzaak van een goede verstandhouding tussen faculteit en werkplaats.

5.2.4 ONTWIKKELINGEN IN DE EXTRAMURALE DISCIPLINES

De wetenschappelijke "emancipatie" van de huisartsgeneeskunde in de afgelopen twintig jaar heeft de kwaliteit en doelmatigheid in de eerstelijns zorg sterk verhoogd. Een dergelijk proces is ook gaande in de verpleeghuisgeneeskunde, de revalidatiegeneeskunde en de extramurale psychiatrie. Over deze laatste twee onderwerpen heeft de RGO reeds eerder advies uitgebracht. In die adviezen was de versterking van de onderzoekinfrastructuur een belangrijk punt van aandacht. Gezien de academisering van deze gebieden is het niet verwonderlijk dat een toenemend beroep gedaan wordt op de werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis. Het blijkt moeilijk binnen de bestaande financiële kaders tegemoet te komen aan de groeiende behoefte aan werkplaatsen. Faculteiten hebben dan ook keuzes gemaakt in de disciplines waarvoor zij een werkplaats buiten het academisch ziekenhuis noodzakelijk achten. Bij die keuze heeft de beschikbaarheid van wetenschappelijk kader een doorslaggevende rol gespeeld.

Het gehele veld van extramurale disciplines overziend, concludeert de RGO dat een gebrek aan werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis het sterkst gevoeld wordt over de hele breedte van de sociale geneeskunde. Dit vakgebied lijdt ernstig onder een gebrek aan structurele middelen voor de invulling van de werkplaatsfunctie. Voor zover er al iets gebeurt, gebeurt dat projectmatig, en dat is niet bevorderlijk voor een goede afstemming van onderzoeklijnen tussen faculteit en diensten/instellingen. De RGO beveelt nadrukkelijk aan de academisering van de werkplaatsen voor sociale geneeskunde te stimuleren. Mede naar aanleiding van de hier geschetste situatie, overweegt de RGO een apart advies uit te brengen over de noodzakelijk geachte

stimulering van de sociale geneeskunde, maar dat voornemen mag er niet toe leiden dat activiteiten die nodig zijn om de werkplaatsfunctie te verbeteren, op de lange baan worden geschoven.

5.2.5 KANSEN VOOR WERKPLAATSEN

Tegenover de knelpunten staat een aantal positieve waarnemingen, die duiden op kansen voor de academisering van werkplaatsen. Zo investeren faculteit en academisch ziekenhuis in Groningen in de fusie van Beatrixoord met het academisch ziekenhuis, om een voor het revalidatiegeneeskundig onderzoek noodzakelijke “kritische massa” te realiseren. Ook het ondersteunen van de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis, zoals heeft plaatsgevonden in het AMC (volgens het concept van de Academische populatie), lijkt succesvol. Een mogelijkheid voor het ontwikkelen van een dergelijke strategie doet zich onder andere voor in Nijmegen (Waalsprong) en Utrecht (Leidsche Rijn), waar bijv. het netwerk huisartspraktijken versterkt zou kunnen worden in grootschalige nieuwbouwlocaties.

In dit verband wijst de RGO op de huidige ontwikkelingen in de *transmurale zorg*, zorgverlening buiten het ziekenhuis dóór het ziekenhuis. Strikt genomen valt dit niet onder de gehanteerde definitie van werkplaats buiten het academisch ziekenhuis. Toch is te verwachten dat de ontwikkeling van transmurale zorg gevolgen zal hebben voor de eerste lijn, de verpleeghuiszorg en mogelijk andere velden, en daarmee voor het onderzoek en het onderwijs. Door deze ontwikkeling zou op den duur een deel van de huidige werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis weer door het academisch ziekenhuis zelf vervuld kunnen gaan worden.

Naast het eigen beleid van faculteiten en academische ziekenhuizen biedt ook stimulering door de overheid kansen voor bepaalde disciplines. Zo heeft recentelijk het revalidatie-onderzoek een impuls gekregen, op geleide van het RGO-advies Revalidatieonderzoek. In de nabije toekomst is een impuls te verwachten naar aanleiding van het RGO-advies Onderzoek Geestelijke gezondheidszorg en volksgezondheid, waarin een aantal knelpunten staan die ook in het kader van de werkplaatsfunctie extramuraal psychiatrie genoemd werden: lage prioriteit van het onderzoek, gebrek aan begeleiding voor AIO's, weinig onderzoekstraditie in perifere instellingen. Tijdelijke stimulering zal echter niet voorzien in de structurele financiering die voor de ontwikkeling van een aantal werkplaatsen nodig is.

5.2.6 HEDEN EN TOEKOMST

Er is in de afgelopen jaren ondanks het ontbreken van structurele financiering heel veel bereikt. Over het algemeen is dat in goede samenwerking tussen faculteit en academisch ziekenhuis gegaan. Desalniettemin constateert de RGO dat dit in de toekomst onvoldoende basis biedt voor academisering. Tot nu toe is de ontwikkeling van werkplaatsen sterk disciplinegebonden geweest. De Raad denkt dat in de toekomst

winst behaald kan worden in de academische werkplaatsen waarin samenwerking tussen disciplines vorm wordt gegeven. Daarmee moet rekening worden gehouden bij het opzetten, uitwerken en financieren van academische werkplaatsen.

Bij het verzamelen van de gegevens voor dit advies bleken faculteiten slechts in zeer beperkte mate te kunnen aangeven hoe hoog de kosten zijn voor de instandhouding van de bestaande werkplaatsen. Hoe dan ook, gebrek aan financiële ondersteuning leidt er op diverse plaatsen toe dat werkplaatsen niet tot ontwikkeling komen en dat de bereidheid van een aantal instellingen een werkplaatsfunctie te vervullen, afneemt. De RGO vreest dat dit in de nabije toekomst consequenties zal hebben voor het onderzoek, voor de huidige vernieuwingen in het basiscurriculum (meer stages, meer (keuze)co-assistentenschappen) en voor de zorg.

Aan de financiering van de werkplaatsfunctie is een bijlage gewijd (bijlage 6). Uit deze bijlage blijkt welke bedragen ongeveer nodig zijn om de continuïteit en kwaliteit in de huidige werkplaatsen te handhaven. Een precieze onderbouwing (in maat en getal) van de bedragen die nodig zijn om academische werkplaatsen in stand te houden, is overigens alleen bij benadering te geven. De bedragen in de bijlage zijn gebaseerd op de huidige praktijk en gaan uit van een aantal minimale voorzieningen per werkplaats:

- een coördinator voor onderwijs en onderzoek,
- een onderzoeker dan wel AGIKO (werkzaam in de werkplaats),
- secretariële ondersteuning,
- een computer t.b.v. gegevensverzameling en -bewerking
- huisvesting van de medewerkers (met inbegrip van bibliotheek),
- reiskosten.

Op grond van de ramingen in bijlage 6 komt de RGO tot de conclusie dat de financiering van de werkplaatsfunctie in Nederland nu al tekort schiet met een bedrag van ongeveer Mf 9 (M€ 4,08) per jaar. Door verdere ontwikkelingen zal dit tekort nog kunnen oplopen.

De RGO achtte het van doorslaggevend belang dat de huidige krappe financiële kaders voor de werkplaatsfunctie verruimd worden.

De RGO heeft zich gebogen over de vraag hoe deze relatief minimale voorzieningen gefinancierd kunnen worden. De bekostiging van werkplaatsen buiten het academisch ziekenhuis is nooit grondslag geweest voor de berekening van de hoogte van de Rijksbijdrage aan academische ziekenhuizen. Inmiddels hebben deze werkplaatsen wel een vaste en onmisbare plaats gekregen in het basiscurriculum en het facultaire onderzoek. Tegelijkertijd is het zorgpatroon veranderd en verschoven naar buiten de ziekenhuizen, zonder dat de onderwijs- en onderzoeksinspanning gerelateerd aan de zorg binnen het ziekenhuis is verminderd. Die wezenlijke inhoudelijke toevoeging aan het totaalpakket van academische werkplaatsen (binnen en buiten het academisch ziekenhuis) verdient vertaling in de bekostiging van Rijkswege. De RGO merkt echter op dat de flexibiliteit van inzet van de huidige Rijksbijdrage aan academische

ziekenhuizen uiterst gering is. Die Rijksbijdrage wordt over de verschillende universiteiten verdeeld volgens een verdeelmodel, dat in bijlage 6 is opgenomen (Beschrijving van het rijksbijdrage-model academische ziekenhuizen). Er is geen wettelijke verplichting de Rijksbijdrage t.b.v. het academisch ziekenhuis te besteden aan de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Om deze redenen wordt erkenning bepleit van de gerealiseerde en in de nabije toekomst te verwachten uitbreiding van de werkplaatsfunctie door toevoeging van een adequate parameter waarmee de Rijksbijdrage wordt uitgebreid. Een dergelijke parameter zou gevonden kunnen worden in de kostenposten die voor een academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis minimaal noodzakelijk zijn.

Aan de financiering van werkplaatsen kunnen voorwaarden gesteld worden, bijv. ten aanzien van de inrichting van een werkplaats, de organisatie van een netwerk en de participatie in wetenschappelijk onderzoek. Nieuwe werkplaatsen kunnen ingericht worden als bijv. de faculteit of het universitair medisch centrum bereid is een structurele financiële bijdrage te leveren aan de instandhouding daarvan. In dat geval is het aan te bevelen dat OCenW en VWS gemeenschappelijk de aanloopkosten financieren. Dan dient wel vooraf vast te staan wanneer de aanloopfase eindigt, en welk deel van de aanvankelijke financiering overgaat in een structurele financiering (bijv. te bekostigen uit de bepleite uitbreiding van de Rijksbijdrage).

5.3 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De conclusies en aanbevelingen van de RGO voor een optimale invulling van de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis zijn in de voorgaande paragrafen aan de orde gekomen. Voor de duidelijkheid volgt hieronder een opsomming daarvan, waarin het ontbreken van een structurele financiering voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis als voornaamste knelpunt naar voren komt :

- Voor de huisartsgeneeskunde wordt voorzien in de behoefte aan werkplaatsfunctie: elke faculteit beschikt tegenwoordig over een netwerk van academische huisartspraktijken.
- De werkplaatsfunctie t.b.v. de sociale geneeskunde schiet ernstig tekort. Het budget van de faculteiten der geneeskunde lijkt onvoldoende te zijn om de academisering van de werkplaatsen t.b.v. sociale geneeskunde te financieren. De RGO beveelt nadrukkelijk aan de academisering van de werkplaatsen voor sociale geneeskunde te stimuleren.
- De RGO heeft de indruk dat op dit moment is voorzien in de behoefte aan academische werkplaatsen t.b.v. verpleeghuisgeneeskunde in Nederland, maar dat de continuering in gevaar komt door gebrek aan financiering. De

- behoefte aan werkplaatsfunctie kan nog stijgen, samenhangend met de ontwikkeling van dit vakgebied.
- De ontwikkeling van kernen voor revalidatieonderzoek is in volle gang. De inrichting van de werkplaatsen revalidatiegeneeskunde wordt daar op afgestemd, maar is nog niet ten einde.
 - De ontwikkeling van grootschalige nieuwbouwgebieden (VINEX-lokaties) biedt in enkele steden (Utrecht, Nijmegen, wellicht Leiden) mogelijkheden voor het ontwikkelen van werkplaatsfuncties in een “academische populatie” (d.w.z. binnen het basiszorggebied van het academisch ziekenhuis), naar het voorbeeld van het AMC.
 - Tot nu toe is de ontwikkeling van werkplaatsen sterk disciplinegebonden geweest. In de toekomst kan winst behaald kan worden met academische werkplaatsen waarin samenwerking tussen disciplines vorm wordt gegeven. Daarmee dient rekening te worden gehouden bij het opzetten, uitwerken en financieren van academische werkplaatsen.
 - Aan de kwaliteit en het wetenschappelijk niveau van de werkplaats moeten eisen gesteld worden. Voor het stellen van eisen bestaan binnen de huidige financiële en juridische kaders geen of weinig mogelijkheden.
 - De bereidheid tot medewerking in het veld is van groot belang voor de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. De mogelijkheden voor praktijken/instellingen inbreng te hebben in de vervulling van de werkplaatsfunctie, dienen waar mogelijk verruimd te worden.
 - De optimale situatie voor een academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis wordt bereikt als er een langdurig, structureel samenwerkingsverband is tussen werkplaats en medische faculteit. Samenwerkingsovereenkomsten dienen waar mogelijk regelingen te bevatten die de continuïteit van de werkplaatsen verzekeren.
 - De continuïteit in de financiering van de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis is tot op heden niet gewaarborgd.
 - Op grond van ramingen waarin rekening is gehouden met een aantal minimale voorzieningen per werkplaats, komt de RGO tot de conclusie dat de financiering van de werkplaatsfunctie in Nederland momenteel tekort schiet met een bedrag van ongeveer Mf 9 (M€ 4,08) per jaar.
 - Het is zeer moeilijk, zo niet onmogelijk, tegemoet te komen aan de groeiende behoefte aan werkplaatsen binnen de bestaande financiële kaders. Nieuwe werkplaatsen kunnen ingericht worden als er een structurele financiële bijdrage beschikbaar komt voor de instandhouding daarvan. In dat geval is het aan te bevelen dat OCenW en VWS gemeenschappelijk de aanloopkosten financieren.

- De RGO bepleit erkenning van de gerealiseerde en in de nabije toekomst te verwachten uitbreiding van de werkplaatsfunctie door toevoeging van een adequate parameter waarmee de Rijksbijdrage academische ziekenhuizen wordt uitgebreid. Een dergelijke parameter zou gevonden kunnen worden in de kostenposten die voor een academische werkplaats buiten het academisch ziekenhuis minimaal noodzakelijk zijn. Aan de financiering van werkplaatsen dienen voorwaarden gesteld te worden.

BIJLAGE 1

OCenW

Ministerie van Onderwijs,
Cultuur en Wetenschappen

Europaweg 4
Postbus 25000
2700 LZ Zoetermeer
Telefoon (079) 323 23 23
Telefax (079) 323 23 20

Raad voor Gezondheidsonderzoek
T.a.v. prof. dr A. Struyvenberg, voorzitter
Postbus 16052
2500 BB Den Haag

Uw brief van

Ons kenmerk

Contactpersoon

Zoetermeer

WO/BS/98/50389

Rokx

3 december 1998

Onderwerp

Doorkiesnummer

Werkplaatsfunctie buiten het
academisch ziekenhuis

3899

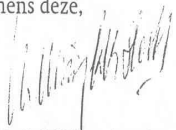
Geachte heer Struyvenberg,

In aanleiding op het daarover gevoerde overleg op 3 september en 3 november jl. zend ik u bijgaand de adviesaanvraag inzake de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis.

Ik zie de uitkomst van uw werkzaamheden met belangstelling tegemoet.

Hoogachtend,

De minister van Onderwijs, Cultuur en
Wetenschappen,
namens deze,


Ir R.J. de Wijkerslooth
(Directeur Generaal Wetenschappen)

Adviesaanvraag "Werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis"
(bijlage bij brief met kenmerk WO/BS/98/50389)

Ten behoeve van kwalitatief hoogwaardig geneeskundig onderwijs en onderzoek hebben de medische faculteiten toegang nodig tot de verschillende onderdelen van het zorgsysteem in ons land. Net als de verantwoordelijkheid voor inhoud en vorm van het onderwijs en het onderzoek, ligt ook de verantwoordelijkheid voor de vorm en inhoud van de samenwerkingsrelaties van de medische faculteiten met het zorgsysteem primair bij de faculteiten zelf. Het gehele zorgsysteem is in beginsel het werkveld voor de medische faculteit. In die zin ook vervult het gehele zorgsysteem in beginsel de functie van werkplaats ten behoeve van geneeskundig onderwijs en onderzoek.

Deze ondersteunende functie vanuit het zorgsysteem voor geneeskundig onderwijs en onderzoek vindt voor wat betreft de klinische zorg sinds jaar en dag zijn basis in de academische ziekenhuizen. Vanwege redenen van continuïteit, complexiteit, omvang, efficiency en kostbaarheid kent deze werkplaatsfunctie een wettelijk geformaliseerd arrangement van bestuurlijke en financiële banden tussen overheid, universiteit en academisch ziekenhuis. Dankzij deze constructie is in de afgelopen periode de samenwerking tussen medische faculteit en academisch ziekenhuis zeer geïntensiveerd, inhoudelijk en bestuurlijk, zodat gesproken kan worden van centra voor academische geneeskunde en gezondheidszorg. Bij alle medische clusters wordt gezocht naar de optimale bestuurlijke vormgeving voor de samenwerking. Op de meeste locaties is er inmiddels sprake van een vergaande gezamenlijke aansturing vanuit de faculteit en het academisch ziekenhuis.

In dit proces van naar elkaar toe groeien van medische faculteit en academisch ziekenhuis speelt planning en verantwoording van de werkplaatsfunctie een belangrijke rol. Het beleid van de universiteit/medische faculteit en het academisch ziekenhuis betreffende het medisch onderwijs en wetenschappelijk onderzoek leidt tot concrete afspraken omtrent inzet van personeel, ruimte en middelen. Deze afspraken worden neergelegd in het plandocument van het medisch cluster.

De bestuurlijke hantering van deze plandocumenten heeft met name in de laatste twee jaren een belangrijke impuls gekregen, onder meer op geleide van de door VAZ en VSNU gezamenlijk ontwikkelde gedragscode.

Bij de medische clusters is de betekenis van de trans- en extramurale zorg voor onderwijs en onderzoek in toenemende mate een aandachtspunt gaan vormen. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de werkplaatsfunctie niet uitsluitend door de academische ziekenhuizen geleverd wordt. Naast de reeds bestaande uitbreiding van de klinische capaciteit, via affiliatiecontracten van de medische faculteit met andere ziekenhuizen, bestaat bij de medische faculteiten een toenemende tendens van "extramuralisering". Ook de academische ziekenhuizen gaan steeds meer samenwerkingsrelaties aan met andere zorgaanbieders.

Teneinde de werkplaatsfunctie voor geneeskunde in breed perspectief te kunnen zien, zullen de universiteiten en academische ziekenhuizen informatie over deze ontwikkelingen betrekken bij het opstellen van het plandocument. Daarmee krijgen de affiliatiecontracten en andere in ontwikkeling zijnde samenwerkingsvormen een positie in het strategisch beleid van de medische clusters.

Ondanks de genoemde ontwikkelingen worden er over het werkveld van de medische faculteiten met name buiten de sfeer van het academisch ziekenhuis regelmatig zorgen geuit van diverse aard. Geopperd wordt bijvoorbeeld dat

vakgebieden als verpleeghuisgeneeskunde, huisartsgeneeskunde, geestelijke gezondheidszorg, sociale geneeskunde en het gezondheidszorgonderzoek worden onderbelicht en meer zouden kunnen bijdragen aan een groot aantal volksgezondheidsproblemen dan thans het geval is. Ook wordt gewezen op het onvoldoende aansluiten van onderwijs en onderzoek op ontwikkelingen in de trans- en extramurale zorg. Meer in het algemeen blijkt er slechts een verbrokkeld, en geenszins uniform beeld te bestaan over de mogelijkheden en belemmeringen met betrekking tot het werkveld buiten het academisch ziekenhuis.

Dat roept de vraag op hoe de medische clusters het beste kunnen omgaan met de eisen die vanuit het oogpunt van onderwijs en onderzoek aan de diversiteit van de werkplaatsfunctie worden gesteld.

In de kabinetsreactie op het RGO-advies Brede Analyse Gezondheidsonderzoek (BAGO) deel 3 (december 1995) is het thema "Werkplaats buiten het academisch ziekenhuis" geagendeerd als een onderwerp waarover nadere advisering opportuun zou kunnen zijn. Daarmee werd reeds aangegeven dat een nadere verkenning van de adviesopdracht noodzakelijk zou zijn. Deze nadere verkenning, in samenspraak tussen de RGO en de ministeries van VWS en OCenW, heeft geleid tot de volgende inkadering van een verzoek aan de RGO om advies uit te brengen over de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis.

Aan de RGO wordt gevraagd te adviseren over de werkplaatsfunctie buiten het academisch ziekenhuis. Het advies heeft tot doel om, aan de hand van een inventarisatie van de huidige functie, omvang en kwaliteit van de werkplaatsfunctie buiten de sfeer van de academische ziekenhuizen, aanbevelingen te formuleren ten behoeve van de verantwoordelijke bestuurders van de medische clusters voor een optimale invulling van deze werkplaatsbehoefte. De bestaande bestuurlijke en financiële arrangementen worden daarbij uitdrukkelijk als uitgangspunt genomen.

Hiermee kan een instrumentarium worden aangereikt aan de hand waarvan door de verantwoordelijke bestuurders prioriteiten en posterioriteiten gesteld kunnen worden zonder afbreuk te doen aan de ontwikkelingen die reeds aan de gang zijn.

De inventarisatie strekt zich uit tot het in kaart brengen van de variëteit aan bestuurlijke arrangementen die zijn of worden ontwikkeld als antwoord op de dynamiek van onderwijs, onderzoek en zorg in relatie tot het werkveld buiten het academisch ziekenhuis.

