

# Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelontwikkeling : theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking tussen huisartsen en universiteiten

## Citation for published version (APA):

Kocken, R. J. J. (1995). *Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelontwikkeling : theoretische en praktische bijdragen aan het proces van samenwerking tussen huisartsen en universiteiten*. Rijksuniversiteit Limburg. <https://doi.org/10.26481/dis.19950615rk>

## Document status and date:

Published: 01/01/1995

## DOI:

[10.26481/dis.19950615rk](https://doi.org/10.26481/dis.19950615rk)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 21 May. 2022

## SAMENVATTING

Elke klinische, universitaire vakgroep staat voor de taak een verbinding te realiseren tussen de vakgroep en het veld van praktiserende huisartsen, zowel voor de taken op het gebied van onderwijs, huisartsopleiding en wetenschappelijk onderzoek als voor de innovatie en de kwaliteitsbewaking van de patiëntenzorg. Dat geldt uiteraard ook voor de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Het tot stand brengen van een samenwerking tussen deze vakgroep en de huisartsen in de universitaire regio heeft veel inspanning gekost, niet alleen vanuit de universiteit, maar vooral van de praktiserende huisartsen. Om deze samenwerking te ontwikkelen moesten diverse barrières overwonnen worden. Financieringsproblematiek, onvoldoende afstemming en coördinatie en de overbrugging van een geografische kloof zijn hiervan slechts voorbeelden.

De samenwerking vindt plaats op twee manieren, te weten academisering en affiliatie. '**Academisering**' betekent dan de gestructureerde/geinstitutionaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken, waarbinnen onderling samenhangende en vooraf overeengekomen activiteiten plaatsvinden ten behoeve van (de integratie van) wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en patiëntenzorg.

De voor deze samenwerking noodzakelijke infrastructuur wordt vervolgens het 'academiseringsnetwerk' genoemd.

'**Affiliatie**' wijkt inhoudelijk niet erg af van academisering, aangezien ook bij affiliatie de inhoudelijke nadruk ligt op de integratie van onderwijs of onderzoek met de patiëntenzorg. Toch is er een duidelijk verschil in omvang, intensiteit en continuïteit van de samenwerking tussen de universiteit en de geaffilieerde huisarts(praktijk).

De gemaakte afspraken gelden doorgaans voor één specifiek onderwijs- of onderzoeksproject en gelden slechts voor de duur van dat project (variërend van 1 tot 3 jaar).

Dit proefschrift beschrijft het proces van de samenwerking en de academisering op het gebied van de huisartsgeneeskunde, zoals zich dat aan de Rijksuniversiteit Limburg heeft voltrokken. Startpunt is de oprichting van de Rijksuniversiteit Limburg, meer in het bijzonder de Faculteit der Geneeskunde en de dissertatie eindigt met de beschrijving van het academiseringsnetwerk huisartsgeneeskunde anno 1994.

Het proefschrift is als volgt opgebouwd.

Na de **inleiding** (hoofdstuk 1), wordt in hoofdstuk 2 uitvoerig stilgestaan bij de nationale en internationale **literatuur** op het gebied van samenwerking in en academisering van de huisartsgeneeskunde. Ook wordt **aandacht** besteed aan de voor de Rijksuniversiteit Limburg specifieke literatuur op dit terrein. Er blijkt relatief weinig literatuur beschikbaar te zijn over samenwerkings- en academiseringsconcepten op het gebied van onderwijs en onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Nationaal wordt in een aantal inauguraties aandacht besteed aan de noodzaak tot participatie van individuele huisartsen aan universitaire onderwijs- en onderzoeksprojecten. Het symposium "Faculteit en Eerste Lijn" in 1980 geeft een belangrijke conceptuele en praktische aanzet tot de constructie van academische werkplaatsen. Het concept van de AWEG (Academische Werkplaats Eerstelijns Gezondheidszorg) wordt vervolgens in de jaren 80-85 verder uitgewerkt. Pas in 1987 wordt het academiseringsproces ook vanuit de

bedrijfskundige invalshoek bestudeerd en beschreven. Hierna volgt een periode waarin, gefaciliteerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de (projectgroep van de) Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijnsgezondheidszorg (BAEG) belangrijke bijdragen levert aan de verdere ontwikkeling van de idee-vorming over academisering in de huisartsgeneeskunde.

In de internationale literatuur worden hoofdzakelijk suggesties gedaan op het gebied van de affiliatie-samenwerking, met name voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Slechts in zeer beperkte mate worden initiatieven beschreven, vergelijkbaar met wat in Nederland 'academisering' of 'academische werkplaatsen' genoemd kan worden.

Hoofdstuk 3 gaat dieper in op de **beschrijving van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht (HAM)**, zoals dat aan de Rijksuniversiteit Limburg is ontwikkeld. In de vorm van een case-study wordt de werving en contractering van huisartspraktijken geanalyseerd, alsmede de inhoud en de financiering van het totale netwerk.

Het ontwikkelen van academisering in de huisartsgeneeskunde volgens de netwerkconcepten wordt reeds langere tijd gezien als het meest in aanmerking komende model. Dit blijkt onder andere uit de diverse rapportages van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg.

De hoofdstukken 4 en 5 geven **modelbeschrijvingen** van respectievelijk **de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken en de academisering van de huisartsgeneeskunde**.

De modelbeschrijvingen zijn tot stand gekomen op basis van de literatuur-studie en de opgedane ervaringen. Retrospectieve beschouwing van het Maastrichtse academiseringsmodel aan de hand van de bedrijfseconomische en bedrijfsorganisatorische literatuur levert een vijftal relevante theorieën op. Deze theorieën geven elk op hun eigen wijze inzicht in het proces van de academisering van de huisartsgeneeskunde en worden dan ook besproken. Ook de relatie tussen de besproken literatuur en de bedrijfseconomische theorieën enerzijds en het HAM anderzijds wordt aangegeven.

In de modelbeschrijving voor de benadering van en de samenwerking met affiliatie-praktijken worden vijf fasen onderscheiden, te weten voorbereiding, acceptatie, werving, uitvoering en nazorg.

De projectgroep Evaluatie van de Begeleidingscommissie Academisering Eerstelijns Gezondheidszorg (BAEG) voerde een nationale studie uit naar de **ontwikkeling van huisartsgeneeskundige academiseringsnetwerken in Nederland**. Deze studie wordt in hoofdstuk 6 weergegeven, waarbij het doel, de definitie en de kwalitatieve en kwantitatieve omschrijving van een academiseringsnetwerk centraal staat.

Hoofdstuk 7 gaat dieper in op de **ontwikkeling van het academiseringsnetwerk van de Rijksuniversiteit Limburg** en kijkt naar zowel de inhoud als het proces en de uitkomst.

Een evaluatie-studie middels een schriftelijke enquête onder 29 vaste stafleden van de vakgroep huisartsgeneeskunde en 55 geacademiseerde huisartsen wordt beschreven. Onderzocht werden aspecten van academisering, zoals doelstelling en definitie, optimale omvang van het netwerk en contract-technische relatie tussen de beide partijen,

selectie van praktijken, kwaliteitstoetsing, de mogelijke aanpassing van het praktijkmanagement en de invloed van deelname aan het academiseringsnetwerk op de uitoefening van de patiëntenzorg. De resultaten wijzen erop dat academisering niet alleen van belang is om huisartsen op structurele basis te betrekken bij het universitaire onderwijs en onderzoek, maar ook voordelen voor de huisartsen zelf oplevert. De geacademiseerde huisarts is van oordeel zijn vak beter te kunnen uitoefenen en door de deelname aan het academiseringsnetwerk met nieuwe elementen in aanraking te komen. Deelname aan academisering vergt aanpassingen, maar de voordelen voor de huisarts lijken op te wegen tegen de (geringe) nadelige effecten, zoals de noodzaak tot aanpassing van het praktijkmanagement.

Hoofdstuk 8 beschrijft de **algemene aspecten van de samenwerking** tussen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg en de praktiserende huisartsen in de universitaire regio. Welke variabelen zijn voor de deelnemende en niet-deelnemende huisartsen belangrijk in hun afweging om wel of niet aan wetenschappelijk onderzoek van de universiteit deel te nemen? Door middel van een enquête onder twee representatieve steekproeven van huisartsen die regelmatig of incidenteel deelnemen aan onderzoek vanuit de Rijksuniversiteit Limburg, en huisartsen die daaraan niet deelnemen, werd nagegaan welke criteria daarbij worden gehanteerd, welke problemen worden ondervonden, welke informatie door de huisarts vooraf en na afronding van het onderzoek wordt gewenst, en in hoeverre het dagelijks handelen van de huisarts door participatie aan wetenschappelijk onderzoek wordt beïnvloed. De bereidheid tot deelname aan onderzoek is in het algemeen groot. De belangstelling voor het gekozen onderwerp en de belasting voor patiënt en huisarts zijn de belangrijkste factoren bij de afweging om wel of niet deel te nemen. Een goede terugrapportage wordt op prijs gesteld en een niet onaanzienlijk deel van de huisartsen acht het van belang op enigerlei wijze genoemd te worden als deelnemer. Ongeveer de helft van de responderende huisartsen vindt het redelijk een vergoeding voor extra bestede tijd te ontvangen.

**Adequate planning en afstemming** is bij elke samenwerkingsvorm van evident belang. Dat is ook het geval bij de samenwerking tussen de universiteit en de huisarts. Maar laten de huisartsen zich "plannen"? Hoofdstuk 9 probeert een antwoord te geven op deze vraag. Onderzocht werd in hoeverre huisartsen bij participatie aan universitaire projecten de eigen voorkeursgebieden volgen. De resultaten geven aan, dat er een verband bestaat tussen door huisartsen uitgesproken voorkeuren en de uiteindelijke participatie aan universitaire projecten. Zelfs zonder directe sturing in de vorm van een gestratificeerde benaderingsstrategie is het verband tussen de voor- en de name-ting in het algemeen duidelijk. Dat het verband bij de onderwijsprojecten groter is dan bij de onderzoeksprojecten was te verwachten.

Het verband is over de hele linie echter zodanig dat aangenomen mag worden dat huisartsen vooral op basis van inhoudelijke voorkeuren aan specifieke projecten gaan deelnemen. Het wordt aanbevolen de toekomstige benaderingsstrategie meer af te stemmen op de door de huisartsen uitgesproken voorkeuren. Het gericht benaderen en werven van huisartsen voor universitaire projecten kan voordelen hebben voor zowel de universiteit als de huisarts. Voor de universiteit werkt een dergelijke benadering waarschijnlijk kosten-effectiever, aangezien momenteel (zelfs voor kleinere projecten) vaak de gehele regio benaderd wordt. Voor de huisarts is het een voordeel dat

er geen benaderingspoging wordt ondernomen indien vooraf is aangegeven dat voor het specifieke onderwerp geen belangstelling bestaat. Het aantal onnodige benaderingen van de praktijk neemt daardoor aanzienlijk af.

Hoofdstuk 10 geeft inzicht in een aantal **management-aspecten** van de vakgroep. Een goed management van de vakgroep is een voorwaarde te komen tot een optimale samenwerking met de huisartsen in de regio. De medewerkers van de vakgroep huisartsgeneeskunde werken graag bij deze organisatie en zijn goed te spreken over hun werk. Er bestaat een sterke behoefte om goede resultaten te behalen en men meent in de regel een maximale inspanning te leveren om de beoogde resultaten te behalen. Ook het flexibele beleid inzake de werktijden wordt als zeer belangrijk en positief ervaren. De functie-eisen zijn voldoende duidelijk en de medewerkers hebben voldoende bevoegdheden om hun werk goed te doen. De individuele medewerker voelt en krijgt voldoende verantwoordelijkheid binnen het eigen taakgebied. Begeleiding en controle worden redelijk positief ervaren. Punt van zorg is het onderwerp "besluitvormingsprocessen" en "overlegstructuren". Het nemen van besluiten vraagt naar het oordeel van de respondenten veel tijd, terwijl tegelijkertijd geconstateerd wordt dat de kwaliteit van die besluiten niet beter is.

Naarmate medewerkers langer bij de vakgroep werken stellen zij hogere eisen aan de aspecten planning, informatievoorziening, begeleiding en motivatie en inspiratie op de werkplek. Naarmate men een hogere werktijdfactor heeft ( $> 0,5$  Fte aanstelling bij de vakgroep) wordt negatiever gedacht over de onderwerpen besluitvaardigheid en informatievoorziening. Er blijken verschillen te zijn in perceptie en beleving van het management tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel. Met name het niet-wetenschappelijk personeel is van mening dat middelmatigheid redelijk geaccepteerd is en dat er in het algemeen te veel tijd wordt besteed aan vergaderingen en overleg. Voorts blijkt dat deze personeelscategorie in mindere mate verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld voor de eigen werkzaamheden en minder wordt gestimuleerd om risico's te nemen. Er wordt door beide categorieën in lichte mate een statusverschil ervaren tussen het wetenschappelijk en het ondersteunend personeel.

Hoofdstuk 11 tenslotte geeft een **algemene beschouwing**. De samenwerking tussen universiteiten en praktizerende huisartsen wordt hier beschouwend besproken. Naast een uitwerking van de begrippen 'academisering' en 'affiliatie' worden de resultaten van de empirische studies afgezet tegen de realiteit van het Huisartsgeneeskundig Academiseringsnetwerk Maastricht. Voorts worden er aanbevelingen gedaan, zowel voor universitaire centra als voor de praktizerende huisartsen. Ook worden er suggesties voor vervolgonderzoek gedaan en wordt stilgestaan bij de methodologische beperkingen van het beschreven onderzoek.

## SUMMARY

Every clinical university department of general practice is faced with the task of creating a link between itself and GPs in the field, both as regards its duties in the area of teaching, training GPs and scientific research and where innovation and quality control in patient care are concerned. This naturally also applies to the Department of General Practice at the University of Limburg. Ensuring collaboration between this department and the GPs in the area covered by the University has taken a lot of effort, not only on the part of the University but above all on that of the GPs themselves. In order to bring about this collaboration it was necessary to surmount a variety of obstacles. Problems associated with financing, lack of rapport and coordination and the task of bridging the geographical gap are just a few examples.

Collaboration takes two forms, namely academization and affiliation. "**Academization**" refers to structured/institutionalized collaboration between the university and general practices, with coordinated activities (agreed on in advance) taking place in order to facilitate integration between scientific teaching and research on the one hand and patient care on the other.

The necessary infrastructure for such collaboration is referred to as the "academization network".

"**Affiliation**" does not differ significantly from academization as far as actual content is concerned, given that its emphasis is also on integrating teaching or research with patient care. There is nevertheless a clear difference in the extent, intensity and continuity of the collaboration between the university and the affiliated GP or practice.

The agreements made generally apply to a single specific teaching or research project and are valid only for the duration of that project (ranging from 1 to 3 years).

This dissertation describes the process of collaboration and academization in the area of general practice as it has been implemented at the University of Limburg. It starts with the foundation of the University, specifically the Faculty of Medicine, and concludes with a description of the academization network for general practice as it existed in 1994.

The structure of the dissertation is as follows:

After the **introduction** (chapter 1), chapter 2 deals in detail with the national and international **literature** on the topic of collaboration and academization in the area of general practice. It also considers the literature dealing specifically with the University of Limburg. Relatively few publications turn out to be available on the concepts of collaboration and academization in teaching and research in general practice. Where the Netherlands is concerned, a number of inaugural lectures deal with the need for individual GPs to participate in university teaching and research projects. The 1980 sym-

posium "Faculty and Primary Care" gave an important conceptual and practical impetus to the construction of academic "workplaces". The concept of the "Academic Workplace in Primary Care" (AWEG) was then developed during the period 1980-1985. It was only in 1987 that the process of academization was also studied and described from the perspective of management theory. A period followed during which, with assistance from the Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs (WVC), the project group set up by the Supervisory Committee on Academization in Primary Care (BAEG) made important contributions to further developing ideas on academization in the area of general practice.

The relevant international literature makes suggestions primarily in the area of affiliation collaboration, specifically for carrying out scientific research in general practice. Only to a very limited extent does it describe initiatives which are comparable with what in the Netherlands can be called "academization" or "academic workplaces".

Chapter 3 examines in more detail the **Maastricht General Practice Academization Network (HAM)** as developed at the University of Limburg. An analysis, in the form of a case study, is given of the recruitment and contracting of general practices, as well as the content and financing of the total network.

Developing academization in general practice according to network concepts has long been considered to be the most appropriate model. This is shown by, amongst other factors, the various reports of the Supervisory Committee on Academization in Primary Care.

Chapters 4 and 5 **describe models** for, respectively, **approaching and collaborating with affiliated practices** and **academization** of general practice. The model descriptions are based on a review of the literature and on actual experience. Retrospective consideration of the Maastricht academization model in the light of literature on business economics and business planning shows that there are five relevant theories. Each of these, in its own way, provides an explanation of the process of academization of general practice and each is therefore discussed. In addition, the relationship is indicated between the literature discussed and theories of business economics on the one hand and HAM on the other.

Five phases are distinguished within the model description of the approach to and collaboration with affiliated practices, namely preparation, acceptance, recruitment, implementation and follow-up.

The evaluation project group set up by the Supervisory Committee on Academization in Primary Care (BAEG) carried out a national study on the **development of general practice academization networks in the Netherlands**. This study is presented in chapter 6, with the focus being on the aim, definition and the qualitative and quantitative description of the academization network.

Chapter 7 deals in more detail with the **development of the academization network centred on the University of Limburg** and examines not only the content but also the process and the results. A description is given of an evaluation study carried out by means of a questionnaire surveying 29 permanent members of the staff of

the Department of General Practice and 55 "academized" GPs. Various aspects of academization were studied, such as aims and definition, optimum size of the network, the contractual relationship between the two parties, the selection of practices, quality control, possible changes in the way practices are managed and the influence of participation in the academization network on the way patient care is carried out. The results indicate not only that academization is important as a means of involving GPs in university teaching and research on a structural basis, but also that it has advantages for the GPs themselves. The "academized" GP considers that he is better able to practise his profession and that participation in the academization network brings him into contact with new elements.

Participation in academization requires adjustments, but the advantages for the GP would appear to outweigh the (slight) disadvantages, such as the need to make changes in the way the practice is managed.

Chapter 8 describes the **general aspects of collaboration** between the Department of General Practice at the University of Limburg and the GPs in the area covered by the University. What variables do the participating and non-participating GPs consider important in deciding whether or not to participate in scientific research carried out by the University? A survey of two representative sample groups --one of GPs who participate, either regularly or occasionally, in research conducted by the University of Limburg and one of GPs who do not-- makes it possible to examine what criteria are applied, what problems are experienced, what information the GP considers necessary before and after the research project, and the extent to which the GP's day-to-day activities are influenced by participation in scientific research. In general, there is a high level of readiness to participate in research. The most important factors in deciding whether or not to actually do so are interest in the topic and the strain or extra workload the project involves for the patient and the GP. Good feedback procedures are valued and a not inconsiderable number of GPs find it important that they are mentioned in some way or other as having participated. Approximately half the GPs in the survey find it reasonable that they should be remunerated for the extra time involved.

**Adequate planning and coordination** is clearly important in any type of collaboration. That is also the case in collaboration between the University and the GP. Do the GPs allow themselves to be "planned"? Chapter 9 attempts to provide an answer to this question. It considers the extent to which GPs who are participating in university research projects follow their own preferences with respect to the fields involved. The results indicate that there is a link between the preferences stated by GPs and their actual participation in university projects. Even if there is no direct control in the form of a stratified approach strategy, the link between the figures before and after the project is generally clear. That this link is greater in the case of teaching projects than in that of research projects was to be expected.

The link is however such --right across the board-- that one may conclude that GPs decide to participate in a specific project primarily on the basis of their preferences with regard to its actual content. The suggestion is made that in future the approach strategy should be more closely keyed to the preferences indicated by the GPs. A more closely-targeted procedure for approaching and recruiting GPs for university projects may have advantages for both the University and the GPs. For the University, such an approach is probably more cost-effective, in view of the fact that at the



moment (even for smaller projects) an approach is often made to all GPs in the region. For the GP, it is an advantage that he is not approached if he has indicated in advance that he has no interest in the specific topic involved. The number of times the practice is approached unnecessarily is therefore reduced considerably.

Chapter 10 deals with a number of **management aspects** of the Department of General Practice. Effective management of the Department is a prerequisite if there is to be optimum collaboration with the local GPs. The staff of the Department enjoy working within this organization and are positive about their work. There is a strongly-felt need to produce good results and in general staff members consider that they make the maximum effort to achieve the results targeted. The flexible policy on working hours is also considered extremely important and is evaluated positively. The qualifications for posts within the Department are sufficiently clear and the staff have enough powers to be able to carry out their work effectively. The individual worker feels, and is given, enough responsibility within his own area of activity. Staff members' opinions on supervision and monitoring are reasonably positive. One point of concern is the topic of "decision-making processes" and "consultative structures". The respondents consider that it takes a great deal of time for decisions to be reached, although the quality of the decisions taken is none the better for that.

The longer staff have worked within the department, the higher the demands they make with respect to the aspects of planning, provision of information, supervision and motivation and inspiration within the workplace. The higher the number of hours for which they are contracted (contract for > 0.5 full-time post within the department), the more negative their opinion of the aspects of decisiveness and the provision of information.

There are differences between the scientific staff and the support staff as regards the way they perceive and experience the management of the department. The non-scientific staff, in particular, consider that mediocrity is to a considerable extent accepted, and in general that too much time is devoted to meetings and discussions. In addition, staff members in this category are given less responsibility for their own work and less encouragement to take risks. Both categories feel to some extent that there is a difference in status between the scientific staff and the support staff.

In conclusion, chapter 11 is a **general discussion**. The collaboration between universities and GPs is discussed in broad terms. Suggestions for further research are made and the methodological shortcomings of the research described are considered.