



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Intra- en extramurale werkplaats voor zorg, onderwijs en onderzoek

Reijneveld, S.A.; Gunning-Schepers, L.J.; Schade, E.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Reijneveld, S. A., Gunning-Schepers, L. J., & Schade, E. (1997). Intra- en extramurale werkplaats voor zorg, onderwijs en onderzoek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(10), 484-487.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

ABSTRACT

Borrelia lymphocytoma. – Two cases of *Borrelia lymphocytoma* are reported. The skin lesions were located on the ear margin or lobe. They were swollen, red and painful on touching. Serum titres of antibodies to *Borrelia burgdorferi* were elevated in both cases. Spirochaetal cultures from skin biopsies taken from the lesions were unsuccessful. Both patients responded very well to antibiotic treatment.

LITERATUUR

- 1 Kuiper H. Erythema migrans in Nederland; klinisch en epidemiologisch onderzoek bij 77 patiënten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139:1537-41.
- 2 Strandberg J. Regarding an unusual form of migratory erythema caused by tick bites. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1920;1:422-7.
- 3 Jordan P, Holtschmidt J. Traumatisches Zeckenbisslymphocytom und Erythema chronicum migrans. *Hautarzt* 1995;2:397-401.
- 4 Blaauw AAM. Lyme Borreliosis. *Ned Tijdschr Derm & Venereol* 1992;2:336-9.
- 5 De Koning J, Hoogkamp-Korstanje JAA. Diagnosis of Lyme disease by demonstration of spirochetes in tissue biopsies. *Zentralbl Bakteriol Mikrobiol Hyg (A)* 1986;263:179-88.

- 6 Berglund J, Eitrem R, Ornstein K, Lindberg A, Ringner A, Elmrud H, et al. An epidemiologic study of Lyme disease in Southern Sweden. *N Engl J Med* 1995;333:1319-27.
- 7 Hovmark A, Asbrink E, Weber K, Kaudewitz P. Borrelial lymphocytoma. In: Weber K, Burgdorfer W, Schierz G, editors. *Aspects of Lyme Borreliosis*, Ch 9. New York: Springer Verlag, 1993.
- 8 Strle F, Pleterski-Rigler D, Stanek G, Pejovnik-Pustinec A, Ruzic E, Cimperman J. Solitary borrelial lymphocytoma: report of 36 cases. *Infection* 1992;20:201-6.
- 9 De Koning J, Bosma RB, Hoogkamp-Korstanje JAA. Demonstration of spirochaetes in patients with Lyme disease with a modified silver stain. *J Med Microbiol* 1987;23:261-7.
- 10 Asbrink E. Cutaneous manifestations of Lyme borreliosis. Clinical definitions and differential diagnoses. *Scand J Infect Dis* 1991; Suppl 77:44-50.
- 11 Asbrink E, Hovmark A. Cutaneous manifestations of Ixodes-borne *Borrelia spirochetosis*. *Int J Dermatol* 1987;26:215-23.
- 12 Huppertz HI, Schmidt H, Karch H. Detection of *Borrelia burgdorferi* by nested polymerase chain reaction in cerebrospinal fluid and urine of children with neuroborreliosis. *Eur J Pediatr* 1993;152: 414-7.

Aanvaard op 4 juni 1996

Medische opleiding

Intra- en extramurale werkplaats voor zorg, onderwijs en onderzoek

S.A.REIJNEVELD, L.J.GUNNING-SCHEPERS EN E.SCHADÉ

Meer dan 325 jaar geleden vroeg Blasius toestemming om medisch studenten in Amsterdam aan het ziekbed van patiënten onderwijs te geven.¹ Nu is de verstrengeling van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg in de academische geneeskunde niet meer weg te denken. Het academisch ziekenhuis is daarmee de werkplaats van de medische faculteiten geworden. In deze werkplaats zijn patiënten 'beschikbaar' (vanzelfsprekend met ethische en juridische restricties) voor onderwijs en onderzoek in de intramurale medische specialismen; zij vormen de academische ziekenhuispopulatie. Universitaire stafleden kunnen met deze populatie hun klinische vaardigheden op peil houden. De geboden zorg dient mede als voorbeeld en ter oplossing van complexe zorgproblemen (de topreferentiefunctie en de functie van topklinische zorg). Verder biedt de patiëntenzorg een goede basis voor onderwijs aan medisch studenten, voor de vervolopleidingen en voor wetenschappelijk onderzoek.

De geneeskunde kent echter ook niet-ziekenhuisgebonden specialismen. Voor de extramurale kerndiscipli-

SAMENVATTING

Medische zorg, zorgontwikkeling, onderwijs, opleiding en wetenschappelijk onderzoek zijn in academische medische centra onlosmakelijk verbonden. Ziekenhuisgebonden disciplines beschikken in het academisch ziekenhuis traditioneel over een 'werkplaats' voor deze combinatie van activiteiten. In Nederland ontbreekt echter tot op heden een structureel gefinancierde werkplaats voor de niet-ziekenhuisgebonden medische disciplines, zoals huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde. In het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een geïntegreerde intra- en extramurale academische werkplaats voor alle medische disciplines, ook de sociaal-geneeskundige (denk aan preventieve zorg) en de huisartsgeneeskunde, in hun onderlinge samenhang.

nes binnen de opleiding van geneeskundigen,² de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde, zijn gelden voor academische werkplaatsen niet structureel beschikbaar.³ Het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur financierde vanaf het midden van de jaren tachtig in beperkte mate huisartsgeneeskundige werkplaatsen. Op basis van deze financiering begon een geformaliseerde samenwerking tussen universiteit en huisartspraktijken.^{4 5} In 1994 is deze financiering eenmalig voor 3 jaar overgenomen door de Ziekenfondsraad. Een structurele academische werkplaats voor de

Academisch Medisch Centrum, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.
Afd. Sociale Geneeskunde: dr.S.A.Reijneveld (tevens: Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, afd. EDG, Amsterdam) en mw.prof.dr.L.J.Gunning-Schepers, sociaal-geneeskundigen.
Afd. Huisartsgeneeskunde: prof.dr.E.Schadé, huisarts.
Correspondentie-adres: mw.prof.dr.L.J.Gunning-Schepers.

sociale geneeskunde is nooit beschikbaar geweest. Universitaire samenwerking voor onderwijs- of onderzoekdoeleinden met bijvoorbeeld Gemeentelijke Geneeskundige Diensten (GGD's) wat betreft jeugdgezondheidszorg en Arbo-diensten wat betreft bedrijfsgezondheidszorg, berustte steeds op loyaliteit van de betrokkenen. Voor het snelgroeiende specialisme verpleeghuisgeneeskunde is tot op heden eveneens geen structureel gefinancierde werkplaats beschikbaar.

GROEIEND BELANG VAN EEN BREDERE WERKPLAATS
Verschillende ontwikkelingen in de zorg leiden ertoe dat een bredere werkplaats dan alleen het academisch ziekenhuis steeds belangrijker wordt. Ten eerste zal waarschijnlijk in de komende jaren de ingezette overheveling van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn en naar het verpleeghuis verdergaan.⁶ De toename van het aantal chronisch zieken vormt hiervoor een belangrijke reden. Volgens schattingen zal bijvoorbeeld het aantal patiënten in Nederland met (ernstig) hartfalen in 25 jaar met 120% stijgen, alleen al door de verbetering van de behandeling van het acuut hartinfarct.⁷ Daarnaast speelt de vergrijzing van de bevolking hierbij een rol, in het gegeven voorbeeld leidend tot nog eens 60% toename.⁷ Ook de ontwikkeling van de medische technologie vormt een belangrijke reden voor deze overheveling van zorg. Patiënten verblijven daardoor korter in het ziekenhuis en ontvangen complexe nazorg thuis,⁶ of in het verpleeghuis. Een patiënt met een hersenbloeding wordt nu bijvoorbeeld veel sneller dan in het verleden overgeplaatst naar het verpleeghuis of ontvangt intensieve nazorg thuis. De wens van de patiënt, de kwaliteit van de zorg en financiële overwegingen spelen alle bij deze verschuiving een rol.⁸ Het verblijf in het ziekenhuis wordt steeds meer slechts een onderdeel van het totale zorgtraject voor de patiënt.

Daarnaast worden opnamen in academische ziekenhuizen vanwege hun topklinische zorg en hun topreferentiefunctie veelal gekenmerkt door zeer intensieve, hoogtechnologische ingrepen. Als gevolg hiervan wijkt de morbiditeit in de academische ziekenhuispopulatie, nog sterker dan in het verleden,⁹ af van die in de totale bevolking, hetgeen zijn repercussies heeft voor de artsopleiding:^{10 11} het wordt steeds moeilijker om het hele scala van patiëntenzorg als grondslag voor onderwijs aan toekomstige artsen en voor onderzoek te garanderen.

Door deze verschuivingen in zorg zijn ook nieuwe vormen van samenwerking nodig tussen geneeskundigen in de extramurale zorg en in het ziekenhuis, veelal samengevat onder de noemer 'transmurale zorg'. Deze vormen van zorgvernieuwing behoeven een goede inbedding in het academisch wetenschappelijk onderzoek. Ontwikkeling en evaluatie vereisen daarbij 'academisering', in de zin van gestructureerde samenwerking tussen universiteit en praktijkveld,⁴ van beide kanten in het zorgproces, dus bijvoorbeeld ook van huisarts- en verpleeghuisgeneeskunde. In het onderwijs zal transmurale zorg een belangrijker plaats moeten krijgen. Studenten kunnen daarmee inzicht krijgen in de consequenties van de betreffende ontwikkelingen voor de patiënt. Daartoe

zijn er bijvoorbeeld plannen om meer Amsterdamse medisch studenten tijdens hun studie in de vorm van een longitudinaal junior-co-assistentenschap een chronisch zieke patiënt te laten volgen. Op deze wijze kunnen zij inzicht krijgen in de gevolgen van een chronische ziekte voor het leven van patiënten en hun verwanten, en in de hulpverlening die wordt aangeboden.

De geschetste ontwikkelingen in de zorg hebben gevolgen voor alle extramurale geneeskundige disciplines en maken een verdere academisering daarvan noodzakelijk. Ontwikkelingen binnen afzonderlijke disciplines dragen verder bij aan deze noodzaak. De huisarts krijgt een belangrijker functie bij de beslissing om patiënten in het ziekenhuis op te nemen.¹² Een structurele academische werkplaats is onmisbaar voor de uitbouw van een kwaliteitsbeleid op dit raakvlak tussen intra- en extramurale zorg.¹³ In de geestelijke gezondheidszorg hebben de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) een belangrijke rol in de toegang tot het (psychiatrisch) ziekenhuis. Een vergelijkbaar patroon bestaat in de verloskunde, waarbij zowel verloskundige als huisarts de rol van poortwachter vervult.

Ongeveer eenderde deel van alle medisch studenten zal werk vinden op het gebied van de sociale geneeskunde. Zij zullen daar bijvoorbeeld betrokken zijn bij de ontwikkeling van nieuwe effectieve preventieve interventies, evaluatie van bestaande zorg, advisering over gezondheidsproblemen in relatie tot arbeid, en beleidsontwikkeling in de algemene gezondheidszorg. Het belang van deze discipline voor (onderwijs aan) alle artsen is nog eens onderstreept in het Raamplan 1994 Artsopleiding.² Voor onderwijs en onderzoek op dit terrein is een relatie nodig tussen theorie en praktijk, dus ook een passende academische populatie. In dit geval zal deze populatie niet alleen patiënten omvatten. Preventieve zorg wordt veelal aangeboden aan gezonde individuen, gevraagd of ongevraagd. De universitaire belangstelling in Nederland voor de vervolgopleiding van de op de openbare gezondheidszorg gerichte medische disciplines is tot op heden beperkt geweest. Mede daardoor ontwikkelde onderzoek zich vaak onafhankelijk van de dagelijkse praktijk en werden onderwijs en opleiding veelal verzorgd buiten de academische centra.¹⁴

Tot slot kan de samenwerking tussen extramuraal werkende medische disciplines expliciet onderwerp zijn van zorgontwikkeling, onderwijs en onderzoek, bij voorkeur uitgaande van een gezamenlijke patiëntenpopulatie. Goede zorg rond de zwangerschap vereist bijvoorbeeld een adequaat preconceptioneel advies van de huisarts, voorlichting over het gebruik van foliumzuur voorafgaand aan de conceptie en goede samenwerking tussen huisarts, verloskundige en eventueel gynaecoloog. Complicaties tijdens de zwangerschap kunnen vervolgens leiden tot ziekenhuisopname of thuiszorg en tot ziekteverzuim.

Geconcludeerd kan worden dat een academische populatie die breder is dan de huidige patiëntenpopulatie van academische ziekenhuizen essentieel zal zijn voor de ontwikkeling van medische zorg in brede zin, en

oor onderwijs, opleiding en onderzoek. De huidige populatie kan niet de enige bron van patiënten voor het academische ziekenhuis zijn. De topklinische zorg en de opreferentiefunctie vragen een veel grotere populatie. Evenzo zullen ook nog altijd studenten en geneeskundigen in opleiding buiten de academische instellingen werkzaam zijn, simpelweg omdat de capaciteit van de academische werkplaats niet voldoende is. Dit geldt ook voor de niet-ziekenhuisgebonden specialismen.

DE ACADEMISCHE POPULATIE VAN HET ACADEMISCH MEDISCH CENTRUM: EEN VOORBEELD
Binnen het Academisch Medisch Centrum (AMC) van de Universiteit van Amsterdam is de afgelopen jaren aan een verbreding van de academische werkplaats gewerkt. Centraal daarbij staat dat medische zorg en zorgontwikkeling in een academische werkplaats de grondslag moeten vormen voor het onderwijs, de opleiding en het wetenschappelijk onderzoek. Afstemming van de overige werkplaatsen op die van het academische ziekenhuis is dan essentieel, gezien de te verwachten verdere ontwikkeling van de transmurale zorg. Daarom is het niet-ziekenhuisdeel van de academische populatie gebaseerd op de regio voor de 'normale' tweedelijnsziekenhuiszorg van het AMC, de regio waaruit een aanzienlijk deel van de populatie zo nodig naar het AMC wordt verwezen. Het AMC stelde dit basiszorggebied in 1991 vast in overleg met de huisartsen in dat gebied en de betrokken specialisten. Het omvat het zuidoostelijke deel van de gemeente Amsterdam, Diemen, de westrand van het Gooi en het noordwestelijk deel van de provincie Utrecht.^{15 16} Het basiszorggebied van het AMC is gebaseerd op de grenzen van postcodegebieden. Deze zijn voor de academische populatie iets uitgebreid, zodat ze overeenstemmen met gemeente- of stadsdeelgrenzen. Veel zorgverleners baseren zich namelijk op deze grenzen, evenals leveranciers van basisgegevens over deze populatie.

De academisering van deze populatie moet leiden tot een vorm van academisering van zorgverleners en instellingen die deze populatie zorg aanbieden. Voor de niet-ziekenhuisgebonden werkplaatsen betekent het soms dat de academische populatie slechts een deel van het werkgebied omvat. De patiënten van huisartsen en verloskundigen zijn meestal afkomstig uit relatief kleine werkgebieden. Andere te academiseren instellingen, zoals verpleeghuizen, RIAGG's, GGD's en Arbo-diensten, bestrijken echter een veel grotere populatie (en dus een groter gebied). Hetzelfde geldt overigens ook voor veel activiteiten van de betrokken vakgroepen: voor medisch onderwijs, vervolgoopleidingen en onderzoek buiten het ziekenhuis hebben die al grotere netwerken. Deze netwerken zijn essentieel voor het functioneren van de betrokken vakgroepen, maar omvatten niet de integratie van academische taken, zorg en zorgontwikkeling.

Voor het benutten van deze populatie voor zorgontwikkeling, onderwijs en onderzoek is een goede informatievoorziening belangrijk. Deze moet enerzijds de samenstelling van de populatie betreffen en anderzijds ge-

zondheid en zorggebruik. Informatie over zorggebruik moet meer omvatten dan alleen de gestelde diagnose bij een patiënt, dus ook redenen voor contact, ziekte-episodes, et cetera. Vooral in huisartsgeneeskundige registratiesystemen is deze informatie systematisch beschikbaar.^{4 5} Registraties binnen bijvoorbeeld verpleeghuis en ziekenhuis moeten wat dit betreft nog worden uitgebouwd, waarbij de steun van medisch informatici en klinisch epidemiologen onmisbaar is. Hetzelfde geldt voor informatie over zorgketens die verschillende velden omvatten. Geaggregeerde informatie is ruim beschikbaar, bijvoorbeeld over de samenstelling van de populatie en over ziekenhuisopnamen.

Als illustratie van de beschikbare geaggregeerde informatie wordt in de tabel een aantal gegevens gepresenteerd over buurten in de academische populatie van het AMC en in heel Nederland. De tabel laat zien dat de academische populatie een dichterbevolkt gebied betreft dan heel Nederland en dat de sociaal-economische positie van de bewoners gemiddeld lager is. Ruim een vijfde van hen woont in een gebied dat kan worden gekenmerkt als achterstandsgebied.¹⁷ Overigens wordt bij onderwijs en onderzoek over problemen van de grote stad een groter deel van de Amsterdamse bevolking betrokken,^{15 16} bijna eenderde.

De keuze voor een dergelijke academische populatie uit één regio voor alle extramurale disciplines heeft het voordeel dat structurele vormen van samenwerking ook tussen extramurale zorgverleners onderling kunnen

Demografische kenmerken, sociaal-economische kenmerken en zorgkenmerken van de academische populatie van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam en van heel Nederland; uitersten tussen Centraal Bureau voor de Statistiek-buurten

kenmerken	academische populatie	heel Nederland
aantal inwoners (× 1000)	218	15 236
aantal inwoners per km ² (× 1000) (uitersten)	5,1 (0-22,8)	5,1 (0-43,8)
aantal adressen per km ² (× 1000) (uitersten)	2,0 (0,0-4,7)	1,6 (0-11,3)
percentage 15-plussers dat ouder is dan 65 jaar (uitersten)	15 (5-65)	16 (2-96)
gemiddeld besteedbaar inkomen per uitkeringstrekker (× f 1000)*	25 (19-33)	24 (12-55)
percentage personen in leeftijdsgroep 15-64 jaar met inkomen uit uitkering*	26 (7-46)	23 (5-95)
percentage inwoners in achterstandsgebied*†	22	6
ratio tussen feitelijk en verwacht aantal ziekenhuisopnamen‡ (uitersten)	0,98 (0,83-1,10)	1
aantal GGD's§	4	59
aantal verpleeghuizen§	3	330
aantal huisartsen§	101	5 738
aantal buurten	96	10 277
gemiddeld aantal inwoners per buurt (× 1000) (uitersten)	11,2 (0-28,1)	4,6 (0-30,1)

GGD = Gemeentelijke Geneeskundige Dienst.

*Gebaseerd op gegevens van de belastingdienst over 1989.

†Gebieden waarvoor huisartsen een toeslag per ziekenfondspatiënt ontvangen.¹⁷

‡Per gemeente of stadsdeel, in 1993.¹⁵

§In 1994.

worden ontwikkeld en niet alleen tussen extramurale zorgverleners en het ziekenhuis. Zorgketens die veel verschillende velden bestrijken, kunnen zo worden betrokken bij onderzoek en onderwijs dat is gericht op (de ontwikkeling van) zorg. Bij veel bestaande niet-ziekenhuisgebonden werkplaatsen is dit onmogelijk, omdat deze maar één discipline omvatten (meestal huisartsgeneeskunde).

De opzet van deze academische populatie gaat zowel de medische faculteit als het academisch ziekenhuis aan. De integratie van beide in 1995 in het AMC heeft de keuze voor een dergelijke populatie, als prioriteit voor de divisie Public Health, sterk vereenvoudigd. Voor de verdere implementatie in verschillende werkplaatsen is aanvullende financiering nodig.

Een brede academische populatie, waarbij veel disciplines betrokken zijn, biedt potentieel veel mogelijkheden, maar is ook complexer in opzet dan een werkplaats die uitgaat van één of enkele disciplines (zoals de huisartsnetwerken van verschillende universiteiten).^{4, 5} Het vereist een beheer waarin alle partijen zijn vertegenwoordigd en waarbij afspraken bestaan over de vorm van samenwerking met niet-academische zorgverleners. Het beheer zal echter grotendeels worden georganiseerd per werkveld. Zo kent het academisch registratienetwerk voor huisartsgeneeskunde van het AMC een afzonderlijke beheers- en overlegstructuur.

CONCLUSIES

De keuze voor een brede academische populatie biedt grote kansen voor zorgvernieuwing en medisch onderwijs en onderzoek. Een consequentie van deze keuze is dat een scala aan zorgverleners en instanties buiten het academisch ziekenhuis betrokken is bij een dergelijke academische populatie. Tegenover de van hen gevraagde inzet moeten ook voordelen voor hen staan. Deze kunnen bestaan uit een financiële vergoeding, maar ook uit nauwere betrokkenheid bij ziekenhuisgebonden zorg, diagnostiek en opname van patiënten, of uit een breder aanbod van postacademisch onderwijs.

Een andere consequentie betreft het AMC zelf. Een hechtere band met zorgverleners uit de academische populatie kan niet zonder een sterke verankering in het academisch ziekenhuis. Dit gaat immers een structureel nauwere samenwerking met deze zorgverleners aan, met consequenties voor het verwijzingsbeleid en voor transmurale zorg. De keuze voor het basiszorggebied van het AMC, dat de kern vormt voor zijn academische populatie, is daarom indertijd expliciet voorgelegd aan zowel de betreffende huisartsen als de hoofden van klinische afdelingen. Een keuze hiervoor vormt daarmee een onderdeel van het beleid van het hele AMC.

De keuze voor een academische populatie biedt mogelijkheden voor een werkplaatsfunctie voor alle medische disciplines in onderlinge samenhang. Voor de ontwikkeling van nieuwe vormen van zorg biedt dit een stimulerend kader. Onderwijs en onderzoek van een medische faculteit komen zo weer volop in het centrum van de totale medische beroepsuitoefening. Dat stond

Blasius ongetwijfeld voor ogen toen hij koos voor klinisch-wetenschappelijk onderwijs.

ABSTRACT

Intra- and extramural workshop for care, teaching and research.

– Medical care and its development, education, training and research are closely linked in academic medical centres. Traditionally, hospital-based disciplines can make use of the university hospital as a 'workshop' for the combination of these activities. In the Netherlands, however, there is no structurally financed workshop for the non-hospital based medical disciplines, such as family medicine, public health medicine, and nursing home medicine. In the Academic Medical Centre, University of Amsterdam, an integrated hospital and primary health care oriented academic workshop is being developed, for all medical disciplines, including social medicine (e.g. preventive care) and general practice.

LITERATUUR

- 1 Dohmen J. Gunstelyck toegang tot eenighe bedsteden. AMC Magazine 1994;18-23 (special 325 jaar Academische Geneeskunde in Amsterdam).
- 2 Metz JCM, Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 artsopleiding: eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1994.
- 3 Kramer MF, Schadé E. Behoeftte aan 'werkplaatsen' buiten de academische en geaffilieerde ziekenhuizen in de artsopleiding, en de financiering daarvan. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:35-9.
- 4 Kocken RJJ. Samenwerking en academisering huisartsgeneeskunde; van pragmatisme tot modelvorming [proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.
- 5 Schadé E. Van een academische werkplaats naar een academische populatie. Huisarts Wet 1996;39:375-8.
- 6 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV). Versterking van de zorg aan huis. Zoetermeer: NRV, 1995.
- 7 Bonneux L, Barendregt JJ, Meeter K, Bonsel GJ, Maas PJ van der. Estimating clinical morbidity due to ischemic heart disease and congestive heart failure: the future rise of heart failure. Am J Public Health 1994;84:20-8.
- 8 Schadé E, Dokter HACH. Thuiszorg: tussen idee en werkelijkheid. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:2444-8.
- 9 White KL. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92.
- 10 White KL, Connelly JE, editors. The medical school's mission and the population's health. New York: Springer, 1992.
- 11 Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Walters BC, Turnbull JM, Spasoff RA, et al. Demand-side medical education: educating future physicians for Ontario. Can Med Assoc J 1993;148:1471-7.
- 12 Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH). Poortwachter in praktijk: rapportage van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) over de plaats en financiering van de huisartsenzorg in ons land. Rijswijk: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.
- 13 Thomas S, Geijer RMM, Laan JR van der, Wiersma T, redacteurs. NHG-standaarden voor de huisarts. Utrecht: Bunge/NHG, 1996.
- 14 Es LA van, Hofman A. The Netherlands. The dichotomy of medicine. Lancet 1996;347:1233-4.
- 15 Gunning-Schepers LJ, Jambroes M. Academische populatie bij het AMC. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Instituut voor Sociale Geneeskunde, 1995.
- 16 Reijneveld SA, Gunning-Schepers LJ. De academische populatie: werkplek voor het AMC. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Divisie Public Health, 1996.
- 17 Van der Velden J, Rasch PC, Reijneveld SA. Identificatie van achterstandsgebieden: een systematiek voor de verdeling van middelen aan huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1997 (ter perse).

Aanvaard op 23 december 1996