

Prof.dr. M.E. Numans

# Laten we beginnen bij de huisarts



Universiteit  
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

# Laten we beginnen bij de huisarts

Oratie uitgesproken door

**Prof.dr. M.E. Numans**

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de

Huisartsgeneeskunde

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 17 oktober 2014



**Universiteit  
Leiden**



*Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,*

Laten we beginnen bij de huisarts. De titel van de openbare rede waarmee ik mijn benoeming als hoogleraar huisartsgeneeskunde in Leiden vandaag officieel aanvaard, is bedoeld als uitnodiging. De titel roept ook vragen op, anticipeert op antwoorden en is voor sommigen misschien zelfs een tikje controversieel. Zo'n invalshoek past bij mij en past in de Leidse context. Ik neem u de komende drie kwartier graag mee op reis naar de academische huisartsgeneeskunde anno 2014 in Leiden. Ik zal daarbij ook af en toe mijn eigen Utrechtse en Amsterdamse geschiedenis ter illustratie opvoeren. Mijn boodschap vandaag gaat een stap verder dan de rede die ik ruim drie jaar geleden bij de Vrije Universiteit in Amsterdam uitsprak. En ik neem graag wat meer tijd voor het 'hier en nu' en de toekomst. Want pas toen ik naar Leiden ging, vroeg u mij ineens: 'Wat doet een hoogleraar huisartsgeneeskunde eigenlijk?'. Kan dat werk ooit wel even belangrijk zijn als goede patiëntenzorg leveren? Welnu, ik hoop dat u zich daarvan na de komende drie kwartier een betere voorstelling kunt maken.

Ik ga het hebben over het werk van de huisarts en de actuele ontwikkelingen en samenwerkingsrelaties daarin. En over hoe we onze academische taken, hier in Leiden invullen en verder gaan invullen. Op onze afdeling werken huisartsen, ouderengeneeskundigen, sociaal geneeskundigen en medische antropologen samen. Een belangrijk deel van mijn eigen inspiratie vind ik in die samenwerking en het is de belangrijkste reden dat ik naar Leiden ben gekomen. Ik ben het hoofd geworden van, landelijk gezien, een vrij bijzondere afdeling met een vrij bijzondere geschiedenis, aan een bijzondere universiteit. We trekken als huisartsen samen op met onze zojuist genoemde afdelingsgenoten en met andere disciplines in het Leids Universitair Medisch Centrum. Samen ondersteunen en evalueren we vernieuwing in de zorg, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en vervolgopleidingen. We zitten in het hart van de Randstad en maken deel uit

van de 'Medical Delta' waarin Rotterdam, Delft en Leiden samenwerken. De regio Den Haag, ook wel Haaglanden, is onderdeel van ons werkgebied en ligt vlakbij. Dat alles maakt veel mogelijk.

Maar - laten we beginnen bij de huisarts.

Het grootste deel van onze afdelingsactiviteiten gaat immers over de huisartsgeneeskunde. Bovendien ben ik zelf al vele jaren met hart en ziel huisarts. Ik werk ook als huisarts in de gezondheidszorg buiten de muren van het ziekenhuis en dat blijft zo.

Ik zal eerst het controversiële in de titel van mijn oratie bespreken. Huisartsen kennen we al eeuwen. Wat is er dan controversieel aan 'beginnen bij de huisarts'? Dat doen we toch allemaal? Aan universiteiten en in academische ziekenhuizen ligt dat iets anders. Universitaire leerstoelen huisartsgeneeskunde - die ook zo mochten worden genoemd - zijn er pas sinds de jaren '70 van de vorige eeuw. De Leidse universitaire leerstoel op het gebied van huisartsgeneeskunde was in 1969 de vierde in het land. Het was het eerste 'gewone' hoogleraarschap op dit gebied, dus niet buitengewoon of bijzonder. U ziet, als we het doen in Leiden, in navolging van Boerhaave, dan doen we het in ieder geval met overtuiging. Maar toch kreeg de leerstoel pas in 1983, bij de benoeming van een van mijn voorgangers Mulder, ook werkelijk de naam huisartsgeneeskunde mee. De leerstoel die hoogleraar Dijkhuis in Leiden in 1969 innam, had de uit het Engels vertaalde titel 'algemeen geneeskundige praktijk'.<sup>1</sup>

Mulder begon in 1983 bij de huisarts en werkte zelf als huisarts ook enthousiast samen met specialisten. Als je het gebruik van het aldus ingerichte werk als bron voor onderwijs aan studenten en als basis voor wetenschappelijk onderzoek, 'academisering' zou willen noemen, dan academiseerde hij de huisartsgeneeskunde in Leiden vanuit zijn praktijk in Noordwijk met groot enthousiasme. Hij deed dat voor zijn benoeming al en ging daar na zijn emeritaat van harte mee

door. We kunnen het ons bijna niet meer voorstellen, maar juist Mulder en zijn opvolger Springer kregen in de jaren '90 te maken met politieke tegenwind uit het bestuur van de Leidse Medische Faculteit. Het bestuur vond op dat moment dat de huisartsopleiding niet meer in de Leidse academische gemeenschap paste. Ondanks het feit dat Leiden ook toen al essentiële bijdragen leverde aan een zich in rap tempo professionaliserende huisartsgeneeskunde. Via onderzoek, met richtlijnen op het gebied van de zogenoemde 'kleine kwalen' en bij het Nederlands Huisartsen Genootschap. We zijn nu ruim 15 jaar verder en er is gelukkig veel veranderd. In de negen jaar dat mijn voorganger de hooggeleerde Assendelft zich daarvoor inzette, is de afdeling gemoderniseerd, gereorganiseerd en uitgebreid met andere disciplines. Er wordt op onze afdeling veel onderzoek gedaan binnen de LUMC profileringsgebieden en er wordt volop gepromoveerd. De huisartsgeneeskunde en de andere disciplines van onze afdeling hebben bovendien een grote en steeds belangrijker taak in het onderwijs aan studenten. Onze vervolgopleidingen voor huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde zijn flink gegroeid. Ook hier en in de docentenstaf vinden steeds vaker promoties plaats. Bovendien heeft de Raad van Bestuur van het LUMC de extramurale gezondheidszorg in het vizier. Men is er gelukkig van overtuigd geraakt dat het LUMC via onze afdeling belangrijke bijdragen kan leveren op alle academische taakgebieden. Dus hebben we de politieke wind nu, niet alleen in het land, maar ook in Leiden, mee. Dat zou voor onze collega's in het regionale veld steeds beter merkbaar moeten worden. Beginnen bij de huisarts is, met de wind in de rug, niet controversieel meer.

Dan de uitnodiging. Ik wil beginnen bij de huisarts in het veld om onze afdeling heen, in Leiden, Den Haag en omstreken. De huisarts in de frontlinie... met 40 patiëntcontacten per dag, 200 per week, 10.000 per jaar. De huisarts die te maken heeft met een aanhoudende stroom van verwachtingen, veranderingen en vernieuwingen. Wat wil en verwacht zo'n huisarts nu eigenlijk van de academische huisartsgeneeskunde?

Elke huisartspraktijk moet meewerken aan wetenschappelijk onderwijs, wetenschappelijk onderzoek of innovatie<sup>2</sup>, dat staat althans al jaren in ons basistakenpakket en nu ook weer in de NHG/LHV toekomstvisie Huisartsgeneeskunde 2022. Ook dat nog, denkt u misschien, naast die almaar toenemende praktijkdruk. Dat dit expliciet en bij herhaling in ons takenpakket wordt genoemd en blijkbaar niet helemaal vanzelf spreekt, heeft met twee dingen te maken. Eén van de krachten van de huisartsgeneeskunde ligt in het individuele en continue patiëntcontact. Studenten en huisartsen in opleiding leren van het individuele contact en van de follow-up door telkens dezelfde dokter. Maar qualitate qua wordt de continuïteit en het individuele contact tussen patiënt en de eigen dokter door hun tijdelijke aanwezigheid doorbroken. Daarom moet de huisarts en misschien ook wel de patiënt, iets overwinnen om mee te werken aan onderwijs. Voor deelname aan onderzoek geldt iets dergelijks. Patiënten werven voor onderzoek, doorbreekt het individuele contact, zet de huisarts pardoes in een andere rol en vraagt een ander soort aandacht. Niet iedere huisarts kan dat vanzelf, niet iedere huisarts wil het. Hoe gaan we daarmee om?

Voor het overschrijden van die drempels moeten we oplossingen vinden en toepassen. Niet alleen omdat we dat zelf belangrijk vinden en telkens weer in ons basistakenpakket en onze toekomstvisies opschrijven. Maar ook om een belangrijke tweede reden. Het allergrootste deel van de gezondheidszorg speelt zich af in de eerste lijn, vaak bij de huisarts zelf. Die organisatievorm, het beschikken over een vertrouwde en deskundige medische consultatiemogelijkheid dicht bij huis, wordt door de meeste inwoners van Nederland hogelijk gewaardeerd. Als de huisarts en zijn medewerkers in de eerste lijn hun werk goed doen, geeft dat een relatief hoge, niet te dure en democratisch netjes verdeelde kwaliteit van zorg, in vergelijking met andere Westerse landen. Om dat hoge niveau te handhaven, is het wèl nodig dat het werk van de huisarts met onderwijs en onderzoek wordt gestut. Het kan dus niet anders dan dat we veel huisartsen betrekken bij het vernieuwen

en verbeteren van het vak door onderzoek, en bij het opleiden van volgende generaties. Het uitnodigende in de titel van deze rede gaat daarover. En het antwoord op de vraag die ik stelde - wat mag je als huisarts in het veld van de academische huisartsgeneeskunde verwachten? Dat is dan in ieder geval dat we dat deel van ons takenpakket - dat iedere huisarts in de regio meewerkt aan onderwijs en onderzoek of innovatie - in het eigen belang van de huisarts zo regelen dat die bijdrage gemakkelijk geleverd kan worden. In deze regio mag u die oplossingen dus van onze afdeling verwachten. Want wij zijn voor al het onderzoek en onderwijs in ons vak afhankelijk van de huisartsen om ons heen, meer dan andere specialismen in het LUMC dat zijn.

Wat zijn dan die oplossingen? Ik hintte er al naar. Het zojuist besproken deel van het basistakenpakket is nog niet helemaal vanzelfsprekend. De participatie van huisartsen in onderzoek en onderwijs kan aan de borreltafel worden weggezet als lastig en matig betaald meerwerk, of als een vreemde eend in de bijt. Bij de huisarts zijn de afspraken voor onderzoek en onderwijs, begrijpelijkerwijs, de eerste die afvallen in tijden van drukte en afwezigheid, want de zorg gaat voor. Dat was en is bij alle afdelingen huisartsgeneeskunde in het land in meer of mindere mate een probleem en het probleem neemt toe, want de drukte in de eerste lijn neemt al jaren toe. Voor ons is het een uitdaging om de vanzelfsprekendheid van de bijdrage van de huisarts te bevorderen en te werken aan een betere balans tussen wat gevraagd wordt en wat wij de huisarts bieden. De afspraken daarover wil ik in een integraal plan met de huisartsen in ons werkgebied verweven. Laten we beginnen bij de huisarts! Misschien kunnen we 'het vragen' van onze kant een beetje ombuigen naar een aanbod.

Ook om de verbinding met mijn eigen loopbaan als academische huisarts te maken, heb ik het vandaag opnieuw over het concept van de academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Ik heb daar drie jaar geleden uitgebreid bij stilgestaan in mijn Amsterdamse oratie.<sup>3</sup> Het concept

van een academische werkplaats bestaat al vele jaren, maar de actuele ontwikkelingen in het eerstelijns veld geven nieuwe mogelijkheden. In een academische werkplaats wordt structureel samengewerkt tussen de academische afdelingen huisartsgeneeskunde en het huisartsenveld om die afdelingen heen. De samenwerking wordt georganiseerd in een 'schillenmodel'. In de kern van dat schillenmodel worden over alle onderzoek, onderwijs en zorginnovatieprojecten afspraken gemaakt met een aantal praktijken waarin huisartsen werken die ook staflid zijn in het onderwijs of onderzoek van de afdeling. In de buitenste schillen werken we op één of twee onderdelen van de academische taken meer 'ad hoc' samen met huisartspraktijken. Er is variatie mogelijk, praktijken kunnen bijvoorbeeld kiezen voor meer of minder intensieve samenwerking in de loop van de tijd. Het doel is dat zowel op de academische afdelingen als in de praktijken garen wordt gesponnen bij de samenwerking. Dan komen we in de buurt van een oplossing, zodat het meer vanzelfsprekend is om bij te dragen aan onderwijs en onderzoek. Huisartspraktijken kunnen hun vernieuwingstrajecten, hun ketenzorg en hun kwaliteitsbeleid voeden met academische inbreng en wetenschappelijke evidentie. **Dat komt de kwaliteit van de zorg ten goede. Dat verzekert patiënten van up-to-date zorg. Dat houdt de dokter bij de les en dat verstevt de positie van de eerste lijn naar de zorgverzekeraar.** De universitaire afdelingen komen dichterbij de dagelijkse klinische praktijk. Dat verbetert de relevantie en herkenbaarheid van promotietrajecten, publicaties en onderwijsprogramma's en verbetert de inbreng bij richtlijnen.

Een academisch huisartsennetwerk, een academische werkplaats huisartsgeneeskunde nieuwe stijl, moet gebruik kunnen maken van geavanceerde ICT-voorzieningen. In het huisartsennetwerk worden niet alleen routinezorggegevens verzameld als epidemiologische referentie en/of om patiënten te werven voor onderzoek. De verzamelde gegevens bieden de basis om interactief aan te haken bij en in te spelen op de vernieuwingsprocessen die toch al plaatsvinden in de eerste

lijn, zoals multidisciplinaire samenwerking, wijkgerichte zorg, ketenzorg en taakdelegatie. Daar zit de kracht van het academisch huisartsennetwerk. Om zo'n netwerk nieuwe stijl van de grond te krijgen, zoekt onze afdeling aansluiting bij de nieuwe zogenoemde 'aanspreekbare rechtspersonen' in het extramurale, eerstelijns veld. Dat wil zeggen bij de zorggroepen, stichtingen en coöperaties die zich, gemandateerd en gedelegeerd, bezighouden met de organisatie van de eerstelijnszorg en waarmee praktijken een meer dan vrijblijvende relatie hebben. Het zou mooi zijn als de partijen in het veld ons vinden vanuit een primaire ambitie in het kwaliteitsbeleid of om zich in het concurrentieveld in de zorg te kunnen onderscheiden. Op zo'n manier academisch samenwerken werkt, al is het soms met vallen en opstaan. Daar zijn voorbeelden van in het land. Als er wederzijds bereidheid is om te investeren en om gegevens te delen zodat de kwaliteit daarvan kan worden verbeterd, dan ontstaat een infrastructureel platform waarbinnen onderzoek, onderwijs en zorginnovatie interactief en waar nodig op academisch niveau kunnen worden ondersteund. Dat is een lange weg misschien, maar volgens mij is het de oplossing.

Hoe staat het met de academische werkplaats huisartsgeneeskunde in Leiden? De Leidse afdeling huisartsgeneeskunde had één van de eerste zogenaamde registratienetwerken, waarbinnen van enkele gezondheidscentra gegevens werden verzameld en beschikte ook als een van de eerste afdelingen over enkele praktijkcentra waarmee structureel werd samengewerkt. Ik noemde net al Noordwijk, de alma mater van mijn voorganger Mulder. En ook met Gezondheidscentrum Stevenshof in Leiden zijn pogingen gedaan om tot zinvolle academische praktijkvoering te komen. We werken nog steeds met beide centra samen. In de Stevenshof ontwikkelde zich de zorggroep Rijncoepel en van daaruit later het Knooppunt Ketenzorg. Daarmee maakt onze afdeling nu structurele samenwerkingsafspraken, ook namens het LUMC. We hebben als afdeling met het Leids Eerstelijns Onderzoeks Netwerk (LEON) ook een van de

grootste goed functionerende netwerken waarbinnen patiënten voor onderzoek in de eerste lijn kunnen worden geworven. Dat netwerk heeft de afgelopen jaren meerdere goede promotieonderzoeken mogelijk gemaakt.

Ik heb het nu alleen over huisartsgeneeskunde. Maar samenwerking met de eerste lijn is ook voor de andere disciplines van onze afdeling van levensbelang. We werken samen met een groot academisch netwerk van verpleeghuizen in de regio. Daarmee is dit jaar bijvoorbeeld heel succesvol gepubliceerd over het nut van cranberrycapsules ter preventie van urineweginfecties bij kwetsbare ouderen.<sup>4</sup> We participeren in de academische werkplaats jeugd, met de afdeling kinderpsychiatrie Curium en TNO, in de academische werkplaats publieke zorg met de GGD Den Haag en TNO en in de academische werkplaats Ouderen Zuid Holland Noord als uitvloeisel van het Nationaal Programma Ouderen met vele organisaties voor ouderen in de regio. In al die netwerken en netwerken in oprichting of ontwikkeling hebben wij een herkenbare en stimulerende rol.

Sinds deze zomer hebben wij op onze afdeling alle genoemde extramurale samenwerkingsrelaties ondergebracht in een nieuwe kerntaakgroep waarbinnen de netwerkfunctie en het kwaliteitsbeleid met het veld verder worden uitgewerkt. Daarbij zijn via onze afdeling ook andere partijen uit het LUMC, de Leidse Universiteit en de Haagse campus betrokken. We geven ons netwerk nieuwe stijl een nieuwe naam, waar vast iedereen zich in kan herkennen: ELAN, het Extramuraal Leids Academisch Netwerk. Met nieuw ELAN dus! Dit wordt de infrastructurele basis, het gebouw, van onze afdeling. Er verandert veel in de maatschappij en in de zorg en daar zijn we, op die manier verankerd in het extramurale veld, graag dichtbij. Ook in dat netwerk beginnen we met de huisarts, door de banden met de zorggroepen aan te halen. De opbouw van een samenwerkingsinfrastructuur waarin ook het universitaire profileringsgebied Health, Prevention and the Human Life Cycle, met de faculteit sociale wetenschappen,

een belangrijke rol speelt, maakt de komende jaren veel maatschappelijk relevante en creatieve ontwikkelingen mogelijk.

Ik geef u een voorbeeld om het concreet te maken. Het verantwoord gezamenlijk gebruik van routinezorggegevens is een van de grondvesten van academische samenwerking met het veld, of het nou gaat over huisartsen, de GGD, verpleeghuizen, over spoedzorg, ketenzorg of preventieprogramma's. Routinezorggegevens zijn gegevens die zorgverleners bij het contact met patiënten invoeren in het lokale elektronisch medisch dossier. Huisartsen doen dat in hun HIS, het huisartsen-informatiesysteem. Andere disciplines in eerste en tweede lijn en in de welzijnssector hebben daar hun eigen voorzieningen voor. Ondubbelzinnigheid in de registratie zelf en overdraagbaarheid van gegevens zijn al jaren een probleem. Helaas zijn elektronische dossiers nogal eens niet veel meer dan stukken tekst die in plaats van op papier, in journaalvelden van databases terecht komen. De geschiktheid voor 'hergebruik' van dat soort gegevens, voor onderzoek, onderwijs of kwaliteitsbeleid, als managementinformatie of als referentie bij declaraties, is beperkt - net als de koppelbaarheid naar andere disciplines. Toch wil ik dat soort gegevens meer gaan gebruiken. Want we registreren wat af in de zorg en het is jammer om voor ieder verwant doel een nieuwe parallelle registratie op te zetten. Privacy is bij het hergebruik van gegevens een cruciaal punt, daar kom ik zo op terug. Eerst dat voorbeeld: het SIZU-project.

SIZU is een afkorting voor Stuurinformatie Integrale Zorg Utrecht.<sup>5</sup> Het project, waarbij ik zelf betrokken ben, begeeft zich op het raakvlak tussen public health en huisartsgeneeskunde. Het sluit ook goed aan bij het onderzoek dat ik, onder andere met promovendus huisarts Madelon den Boeft, in Amsterdam uitvoer naar 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten'.<sup>6</sup> In het SIZU-project wordt kenmerkend zorggebruik opgespoord in de routine-registratiesystemen. We kennen als huisartsen allemaal de

mensen die veel bij ons komen. Niet zelden komen zij ook veel bij andere hulpverleners, in de zorg en in het welzijn. Geroutineerde huisartsen herkennen het wel: het gaat om de '20 procent van de praktijk die je 80 procent van je tijd bezig houdt'. Contact met deze groep is tijdrovend, soms ook een bron van frustratie en hoe dan ook één van de grote uitdagingen in het huisartsenvak. Ook patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten maken vaak deel uit van deze groep 'frequent consulters'. Ik werd bij het SIZU-project post hoc onder meer geïnspireerd door een Amerikaans project dat gaat over 'hot spotters'.<sup>7</sup> Dat zijn mensen die deel uitmaken van risicopopulaties en die door een stapeling van problematiek in verschillende domeinen erg veel gebruik maken van de gezondheidszorg. Daar, in de Verenigde Staten, was het Jeff Brenner die erover begon, een huisarts in Camden, New Jersey, een stad met ongeveer 80.000 inwoners dichtbij Philadelphia. Hij is geïnteresseerd in de achtergrond van al die frequent gepresenteerde problematiek en koppelde de gegevens van de ambulancedienst, de brandweer, de politie, alle eerste hulpdiensten, de apotheken, de laboratoria en ziekenhuizen om te kijken of dat hem verder hielp. Hij ontdekte dat de geboden medische zorg vooral bestond uit dweilen met de kraan open. Aan de oorzaken van problemen, vaak sociaal geworteld, werd niets gedaan. Zorg werd op allerlei verschillende plaatsen geboden aan patiënten die, zo bleek na koppeling van de gegevens, geconcentreerd in bepaalde blokken woonden. Het lukte Jeff Brenner tot grote tevredenheid van de verzekeraars waarmee hij werkte, om de zorgconsumptie van deze groepen mensen fors te reduceren en ook hun gezondheid te verbeteren. Hij deed dat met een gestructureerd integraal zorgaanbod, met verpleegkundigen, welzijnsverleners en andere hulpverleners. De eerste lijn in Camden beschikt nu over een geïntegreerde ICT-voorziening waarin zorgverleners het zorggebruik van alle inwoners op alle plaatsen waar hulp wordt geboden, voor eigen gebruik kunnen opzoeken. Deze aanpak vindt in de VS veel weerklank, die de krachtige concurrentieproblematiek in de gezondheidszorg overstijgt. Het is de vraag of we al die koppelingen in Nederland willen.



Maar de huidige ontwikkelingen in de wijkgerichte zorg gaan wel die kant op, zonder dat nog is nagedacht over de vraag waar de koppelingen precies voor moeten dienen.

In het SIZU-project hebben we gekeken of we informatie uit verschillende echelons en verschillende bronnen op individueel maar toch geanonimiseerd niveau zinvol kunnen koppelen. Die koppeling moet een ondersteuning zijn van de ontwikkeling van een geïntegreerde eerstelijns zorg, waarbij ook de GGD betrokken is. Met die koppeling identificeren we risicogroepen op basis van frequent gebruik van zorg bij meerdere hulpverleners. Daarmee zoeken we aanknopingspunten voor een integrale proactieve aanpak in de wijk. Het doel: het oplossen van de stapeling van problematiek in verschillende domeinen en het beperken van ongerichte medische consumptie. We begonnen bij de dokter, maar kwamen bij allerlei andere disciplines terecht. We zijn in het SIZU-project ook tegen heel veel problemen aangelopen. Deels waren dat herkenbare organisatorische en heel begrijpelijke geheimhoudingsproblemen. Wij troffen instanties die niet bereid waren hun gegevens te delen en technische problemen die koppeling onmogelijk maakte. Het is heel begrijpelijk dat niet iedereen zich er goed bij voelt als gegevens uit veel bronnen bij elkaar worden gebracht en door velen kunnen worden ingezien en gebruikt. Maar het lijkt erop of er wat minder weerstand is als de dokter zelf, die immers gewend is om te gaan met geheimhouding, een centrale rol speelt in de governance rond die gegevens. Anonimiteit moet gegarandeerd zijn voor buitenstaanders en niet-professionals, maar voor de dokter kan het belangrijk zijn meer te weten om een goed plan te maken. Dat plan kan eventueel zonder de details bekend te maken door anderen worden uitgevoerd. Vindt u dat dat 'meer weten' van de dokter op die manier kwaad kan? Identificatie om een integrale aanpak mogelijk te maken, is precies de bedoeling. Maar het 'big brother is watching you'-effect ligt wel op de loer. In het SIZU-project vonden we al vrij snel heel bruikbare gegevens voor de eerste lijn, die we via de dokter in het wijkteam terug konden koppelen: bijvoorbeeld

een kleine groep patiënten, dicht bij elkaar wonend, die bij veel instanties bekend waren. Net als in het Amerikaanse voorbeeld. En een samenhang tussen woonomgeving (weinig groen, veel verkeer, veel vervuiling) en een hoger, niet altijd gericht, medicatiegebruik. Met dit soort gegevens kun je als geïntegreerde zorggroep een gericht multidisciplinair actieplan ontwikkelen, niet speciaal medisch maar vooral preventief. Dokters worden vaak blij van zo'n plan, omdat het gevoel te dweilen met de kraan open daarmee kan worden weggehaald. Ik wil graag investeren in dit soort wijkgerichte projecten die gestoeld zijn op het delen van basisinformatie. Zo kunnen we ondersteund met wetenschap, uitzoeken welke risico's we langs die weg kunnen signaleren en welke proactieve integrale aanpak werkt. Uiteraard krijgen dit soort projecten wat mij betreft **met nieuw ELAN** in Leiden een vervolg, vooral waar het de methodologie betreft. Want waar anders dan waar public health en huisartsgeneeskunde op één afdeling samenwerken, kun je onderzoeken en beslissen welke integrale aanpak zinvol is? We maken in Leiden nu een experimenteel begin, aansluitend bij de transitie in de jeugdzorg die komend jaar plaatsvindt. We onderzoeken dankzij een SBOH/ZonMW-subsidie de toegevoegde waarde van het koppelen van gegevens van JGZ (jeugdgezondheidszorg) en huisartsen voor de kwaliteit van de jeugdzorg. Ook hier speelt de bescherming van de privacy van in principe gezonde kinderen in normale gezinnen een rol. Maar het tijdig signaleren van problematisch gedrag en het opzoeken van de oorzaak ervan, gevolgd door tijdige integrale interventie, kan veel leed voorkomen. Dat is voor huisartsen herkenbaar. Het is problematisch om te merken dat in Leiden en Den Haag nu wijkteams worden gevormd waarin de medische as, de huisarts, nog niet optimaal is vertegenwoordigd. En waar domeinbescherming tussen JGZ en eerste lijn een rol lijkt te spelen. We bemoeien ons er graag mee. Waarom niet gewoon beginnen bij de huisarts?

Het principe van geïndiceerde preventie, dat wil zeggen risicoschatting gevolgd door gestructureerd risicomanagement, is breed en op veel meer terreinen in de zorg toepasbaar. Het

dient als basis voor populatiezorg en dus ook, zoals zojuist uitgelegd, voor een goed wijkgericht zorgaanbod. Het heet panelmanagement. Daarbij staat het woord 'panel' voor de deelpopulatie waarnaar wordt gekeken, die wordt gekenmerkt door gedeelde risico's. Het koppelen van verschillende bronnen met routinezorggegevens helpt om dit soort risicogroepen te vinden. Gestructureerde interventie die interactief en in overleg met de patiënt tot stand komt, het achterhalen van de 'care gaps' (oftewel achterstallige zorg) en het invullen daarvan, is een dankbare manier om de zorg in de eerste lijn beter beheersbaar en planbaar te maken. In het project waar ik net over vertelde worden verschillende gegevensbestanden uit welzijn en zorg gekoppeld. In Leiden proberen we dit principe nu ook toe te passen in de oncologie. Dan gaat het over de verbinding van gegevens uit de eerste en de tweede lijn en het sluit aan bij de grotere rol van de eerste lijn in de oncologie. Dit ondersteunt aan de ene kant de diagnostiek en aan de andere kant de follow-up van het toenemend aantal mensen dat kanker overleeft. Bij dit project komen mijn eerdere ervaringen in diagnostiek en in eerstelijns gastroenterologie, maag- darm- en leverziekten, samen. Wat betreft diagnostiek kijken we nu naar mogelijkheden om patiënten wat betreft hun risico op coloncarcinoom beter voor te sorteren op basis van analyse van hun dossiergegevens. Als we dat goed doen, kunnen we het huidige bevolkingsonderzoek naar coloncarcinoom vanuit de eerste lijn ondersteunen en de potentieel gemiste risicopatiënten wellicht alsnog vinden.<sup>8</sup> Wij zoeken voor die risicoschatting in routinezorggegevens naar bruikbare, eventueel andere, risicofactoren en maken gebruik van geavanceerde technieken zoals 'datamining'. Zo'n andere risicofactor is bijvoorbeeld het metabool syndroom. Dat wil zeggen een combinatie van overgewicht, een stoornis van de vet- en suikerstofwisseling en een verhoogde bloeddruk. Achter deze risicofactor zitten huisartsen tegenwoordig flink aan. Niet vanwege het coloncarcinoom, maar vanwege het risico op hart vaatziekte worden de meetwaarden die bij dit syndroom horen steeds beter vastgelegd. En zowaar. Wij zien dat de diagnose hoge bloeddruk, geregistreerd in

het huisartsendossier, in een prognostische analyse als een van de weinige dossierfactoren bijdraagt aan het risico dat coloncarcinoom of voorstadia daarvan worden aangetroffen bij de coloscopie.<sup>9</sup> We zijn nog lang niet zover dat we denken dat we daarmee de waarheid in pacht hebben. Er moet nog veel preciezer worden gekeken. Maar deze bevinding biedt perspectief op het gebruik van dossiergegevens voor dit soort doeleinden. We werken samen met de afdeling artificial intelligence van de VU om te zien of we de risicoschattingen kunnen verbeteren. Zonder daarmee oncologie tot hoofdaandachtsgebied van onze afdeling te maken, leren we hiermee in samenwerking met anderen veel over de mogelijkheden van hergebruik van dossiergegevens voor risicoschatting.

Hetzelfde idee is bruikbaar voor de follow-up van kanker: met hulp van dossiergegevens leggen we vast welke verwachte en onverwachte risico's spelen bij een bepaalde patiënt met een bepaalde behandeling en bepalen we wat de meest effectieve gestructureerde interventie is. Het geavanceerd gebruik van dossiergegevens kan ook de overdracht van patiënten van en naar de tweede lijn met veel betere informatie ondersteunen en de intake voor vervolgbehandeling optimaliseren. Daarmee willen we in een gezamenlijk project het beleid rond coloncarcinoom in den Haag ondersteunen.

We gaan terug naar de huisarts. Onze afdeling heeft twee programma's in het onderzoek, die beide stevig zijn geankerd in het LUMC en die allebei zeer relevant zijn voor de gezondheidszorg buiten de muren van het ziekenhuis. De vorige voorbeelden kwamen allebei uit de lijn die zich bezighoudt met preventie, risicogestuurde populatiezorg en disease-management. We noemen dat programma voortaan PrePOD. Het programma is ingebed in het LUMC profileringsgebied IHQC, dat gaat over 'Geneeskunde op Maat'. Het andere onderzoeksprogramma van onze afdeling, de eerstelijns ouderengeneeskunde, is ingebed in het profileringsgebied Aging van het LUMC. Mijn collegae

hooggeleerden bij onze afdeling Achterberg en Gussekloo hebben daarin de afgelopen jaren een aantal onderzoeken geleid, die ook voor de zorg relevante consequenties hebben. Ook in het onderzoeksprogramma Eerstelijns Ouderengeneeskunde slaan we bruggen naar het veld en naar veel klinische afdelingen van het LUMC. Voor de huisartsen in de regio zijn die bruggen echter nog niet altijd zichtbaar. We streven daarom naar een herkenbaar expertisecentrum eerstelijns ouderengeneeskunde in Leiden. Wat denkt u van ELAN-Aging? Een heel logische en passende ontwikkeling in de Leidse context. Ik hoop dat we in de nieuwe netwerkstructuur en dankzij dit expertisecentrum in staat zijn de combinatie van geavanceerde risicoschatting op basis van de dossiergegevens van de huisarts<sup>10</sup>, te combineren met de gestructureerde zorgaanpak zoals die in Leiden in het iScope-project zo stevig is neergezet. Afgeleid daarvan kan een nieuwe impuls worden gegeven aan de Leiden 85+ studie, zo mogelijk weer in een nieuw cohort. Daar wordt iedereen blij van. We zijn nu bezig met een grote krachtsinspanning om de ICT in de regio vorm te geven, die nodig is om deze ambitie waar te maken. U hoort nog van ons!

Ik heb u veel verteld over de mogelijkheden van onze afdeling public health en eerstelijns geneeskunde, in de onderzoeksprogramma's en in ons nieuwe netwerk. En vooral over onze plannen voor zorginnovatie en onderzoek. Ik heb het nog maar heel even gehad over onze belangrijke inbreng in het studentenonderwijs.

Waar Leiden van oudsher een sterk op de fundamentele wetenschap gericht medisch onderwijscurriculum had, is na herhaalde visitatie de inbreng vanuit de huisartsgeneeskunde, public health, ouderengeneeskunde en medische antropologie, enorm vergroot. Studenten enthousiasmeren voor klinisch werk in de gezondheidszorg buiten het ziekenhuis, dichterbij mensen in hun eigen woon- en leefomgeving, begint al vroeg in de studie geneeskunde. Daarbij speelt ons hoofd Studentenunderwijs, collega-huisarts Marleen Ottenhof,

docent in hart en ziel, een cruciale rol. Het is nog niet zover dat eerstejaars geneeskunde in Leiden al heel snel kunnen rondkijken in de praktijk van de gezondheidszorg, laat staan in de praktijk van de huisarts. In het eerste jaar blijft het bij twee weken 'zorgstage' in verpleeg- en ziekenhuizen. Maar onze inbreng in het tweede en derde studiejaar van de bachelorfase is groot en heeft betrekking op zowel de huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde, als dankzij de hooggeleerde afdelingsgenoten Middelkoop en Reis op public health en medische antropologie. Dat zet zich voort in de vernieuwde coschappen. We krijgen nu de kans de laatste vijf maanden van de co-schappen vorm te geven in een cluster met onze eigen disciplines én de psychiatrie. De student gaat in dat cluster van klinische psychiatrie, naar ambulante psychiatrie, via ouderengeneeskunde en public health naar uiteindelijk zes weken huisartspraktijk. In die hele periode volgt de student ook werkgroeponderwijs in verschillende combinaties, om uiteindelijk een integrale klinische aanpak in de huisartspraktijk te laten zien. Wij gaan ervan uit dat we studenten, onze aanstaande collega's, met deze vijf maanden in deze combinatie een beter gevoel kunnen bijbrengen voor de samenhang in kliniek en psychosomatiek dichtbij mensen in hun eigen woonomgeving.

De integrale aanpak, de kruisbestuiving tussen de disciplines van onze afdeling, begint ook in de vervolgopleidingen vorm te krijgen. Laten we hier voorál beginnen bij de huisarts. De huisartsopleiding is de grootste vervolgopleiding van het LUMC! Daar wordt niet alleen de basiszorg, het edele handwerk, het echte huisartsenvak in de praktijk geleerd, maar ook het samenwerken met andere disciplines. Het contact met de opleiding ouderengeneeskunde moet gaan leiden tot gecombineerde wetenschapstrajecten in de opleidingen, maar ook tot stages in elkaars domein en gemeenschappelijke trajecten in de begeleiding waar dat kan. In mijn praktijk in Utrecht bijvoorbeeld, hebben wij op dit moment niet alleen een Leidse semi-arts die huisarts wil worden, maar ook een Amsterdamse specialist ouderengeneeskunde in opleiding.

Er is in de vervolgopleidingen ook input van public health: de onderwijsmodule preventie geven we met de sociaal geneeskundigen vorm. En er is belangrijke inbreng vanuit de medische antropologie als het gaat over diversiteit en de invloed van culturele verschillen op de praktijk van de zorg. Onze afdeling combineert de disciplines waar we het in de organisatie van de zorg in de eerste lijn van moeten hebben in de komende jaren. Dat werpt z'n vruchten af voor alles wat wij aan opleiding en onderzoek doen.

Hoe verhoudt zich dat nu tot alle intramurale specialismen waar Leiden, het LUMC, beroemd mee is geworden en wil blijven? Er ligt wel een uitdaging om de wereldberoemde basale wetenschap met de extramurale geneeskunde te verbinden. Er wordt op veel plaatsen goed samengewerkt en er ontstaan nieuwe initiatieven - het besef dat in het LUMC de ontwikkeling van transmurale zorg in samenwerking met de eerste lijn kan beginnen, dringt langzamerhand door. In het onderwijs zien we elkaar steeds meer en in onderzoek zijn er nieuwe kansen. Laat ik het in dat verband nog heel even hebben over e-Health: de mogelijkheden die moderne computertechnologie biedt om de zorg te verbeteren. Het eerder besproken gebruik van routinezorggegevens om risicogroepen te signaleren en proactief beleid te volgen, panelmanagement, is een vorm van e-Health. Maar er zijn veel meer mogelijkheden. De Raad van Bestuur heeft besloten daar het komende jaar veel aandacht aan te besteden. Een aantal initiatieven zijn gestart in het ziekenhuis en de ambitie is om daarmee in het veld, ook in de eerste lijn, aan de slag te gaan. Het gaat dan bijvoorbeeld om de ondersteuning van het beleid en zelfmanagement bij patiënten met een chronische aandoening als COPD. Zelfmanagement is in de eerste lijn een hot issue, maar er is nog erg weinig bewijs voor de effectiviteit ervan.<sup>11</sup> De collegae Chavannes, Sont en de hooggeleerde Taube werken aan nieuwe mogelijkheden, wij dus samen met de afdelingen medische beslistkunde en longziekten van het LUMC. Ook op het terrein van gedeelde besluitvorming - shared decision making - zoeken we samenwerking.

Transmurale initiatieven daarin zijn bijvoorbeeld van belang in de ouderengeneeskunde en in de oncologie, waar niet alleen de diagnose maar ook de behandeling consequenties heeft die gewogen besluitvorming met de eerste lijn, tweede lijn en de patiënt zelf zinvol en misschien wel noodzakelijk maken. Ook hier is nog weinig bewijs voor de effectiviteit. We verwachten daarin stappen te kunnen zetten en we zijn blij dat we met de hooggeleerde Stiggelbout en haar staf daarvoor stevige partners vinden in het LUMC.

Na drie kwartier met sprongen tussen praktijk en academie, onderwijs, onderzoek en zorg, tussen concrete projecten en wishful thinking, kom ik tot een afronding van mijn boodschap. Wat neemt u mee naar huis en waar gaan wij mee verder?

Als u huisarts bent in deze regio, hoop ik dat u hebt begrepen dat wij graag en veel met u willen samenwerken. Meer dan we deden. En dat we in die samenwerking willen aansluiten bij de ontwikkelingen in uw praktijk zodat u veel baat hebt bij die samenwerking. We hebben u heel erg nodig voor ons onderwijs en onderzoek! We willen er ook graag aan bijdragen dat de eerste lijn goed en multidisciplinair georganiseerd blijft. Projecten die leiden tot vernieuwing en kwaliteitsverbetering in de zorg helpen daarbij. In onze vernieuwde kaderopleiding 'beleid en beheer' bieden we daar vaardigheden voor aan. Als u 'patiënt' bent, dat wil zeggen ingeschreven bij een huisarts, en wie is dat eigenlijk niet, hoop ik dat u meer zicht heeft gekregen op de taak van de academische huisartsgeneeskunde. Misschien kunt u nu gemakkelijker accepteren dat het nodig is dat goede huisartsen, misschien uw eigen huisarts, praktijktijd 'offeren' voor een taak als docent, onderzoeker, of hoofd van een opleiding of een afdeling. Zoals ik.

Als u specialist bent in een ander medisch vak, hoop ik dat u doorgangen en raakvlakken heeft herkend die gaan leiden tot samenwerking in de zorg, in de vernieuwing van de zorg, in het onderzoek of in het onderwijs.

Als u onderzoeker bent, medisch of niet medisch,

promovendus of post-doc, dan hebt u de afgelopen drie kwartier ongetwijfeld af en toe nagedacht over alle vragen die u nog meer met gegevens, patiënten of zorgverleners uit de eerste lijn zou kunnen beantwoorden. En als u docent bent, laten we ons dan gezamenlijk inzetten voor de volgende generaties artsen in de collegebanken en de vervolgopleiding, want er zijn er heel veel nodig die niet in het ziekenhuis zullen werken. Bent u student? Dan is de toekomst van de geneeskunde aan u. Ik hoop dat u in mijn verhaal inspiratie vindt om juist in onze vakken de kliniek met de maatschappij te verbinden, zodat we onze collectieve verantwoordelijkheid kunnen nemen.

Dan heb ik nog een beetje tijd over voor het uitspreken van dank aan wie eraan heeft bijgedragen dat ik met overtuiging mijn bijdrage lever aan dit werk en aan dat ik hier vanmiddag sta, in deze historische ruimte. Allereerst dank aan het College van Bestuur van de Leidse universiteit, aan de Raad van Bestuur van het LUMC en aan het bestuur van Divisie 3 voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik heb mij het afgelopen jaar bij herhaling stevig en collegiaal gesteund geweten en dat is belangrijk als je als relatieve buitenstaander binnenkomt. Dank ook aan de hooggeleerden Klasen en Bolk, die de afdeling bijna een jaar heel goed door een bijzondere tussenfase hebben geleid om die vervolgens aan mij over te dragen. Dan dank aan mijn collega's, sommigen al jaren werkzaam bij de afdeling, in ons management team en in de kerntaakgroepen, veel zijn al genoemd. Fijn dat jullie mij nu ook fysiek in jullie midden hebben willen opnemen. Ik hoop en verwacht dat wij gezamenlijk het gereedschap vinden en bedienen, om onze afdeling, alle kerntaakgroepen, met nieuw ELAN integraal te laten bijdragen aan de snelle ontwikkelingen in de extramurale zorg in al onze disciplines.

Hoe komt een Utrechtse huisarts eigenlijk in Leiden terecht? Ik had dat zelf niet bedacht, maar is het wel toeval? Mijn huisartsopleider in Olst, Rens den Hollander, ook hier in de zaal, is opgeleid in Leiden. Van hem leerde ik het vak, inclusief bevallingen, apotheek en eerste hulp. Mijn Utrechtse promotor,

de hooggeleerde Ruut de Melker, hij kon er vandaag helaas niet bij zijn, is ook in Leiden opgeleid. Hij wees mij de weg in de academische huisartsgeneeskunde. Zijn opvolger in Utrecht, de hooggeleerde Theo Verheij, vandaag in het cortège, is ook in Leiden opgeleid. Langs die weg is Leiden weer een beetje terug in Leiden. Dan mijn praktijk, huisartsen Oog in Al. We hebben als onverwoestbare nestor collega Wiebe Dommers onder ons, waar anders dan in Leiden opgeleid. Onze jaarlijkse visiedag hadden we dankzij collega Mieke van Dillen al een paar jaar geleden in Leiden. Haar man Peter Klinkhamer, zit als Leids hoogleraar evolutionaire biologie in het cortège. Ik hoop nog lang in jullie midden te mogen bijdragen aan de praktijk, al is dat nu nog maar een dag in de week. Dan mijn jarenlange academische bemoeienis vanuit het Julius Centrum met de wijk Leidsche Rijn in Utrecht. De Leidsche Rijn stroomt natuurlijk naar Leiden. Dank aan alle voormalige Julius collega's, velen ook nu weer in de zaal en in het cortège, jullie zijn mijn niet te onderschatten academische bagage. De trein van Utrecht naar Leiden langs Schiphol, stopt onderweg in Amsterdam Zuid. Dank aan de Amsterdamse collega's in het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc voor de goede samenwerking. We zullen VGZ, dat mijn bijzondere leerstoel bij jullie vestigde, ook daar laten zien wat de academische werkplaats huisartsgeneeskunde op kan leveren.

Dan het thuisfront. Drie oraties in vijf jaar, de laatste twee van mijzelf. Het is veel. Meer dan één oratie zit wel een beetje in de familie. Mijn vader had er, als dierenarts, op zijn veertigste al twee achter de rug. De eerste keer in 1951 in Bogor<sup>12</sup>, in de republiek Indonesië, de tweede keer in 1953 in Utrecht.<sup>13</sup> Dat was beide keren ver voor mijn tijd, maar ik ben, op zaterdagen tussen koeien, paarden, olifanten en lama's in de stallen aan de Biltstraat en in de Uithof, daarna wel opgegroeid met het enthousiasme voor de academische invulling van een vak waarin dat niet helemaal vanzelf sprak. Mijn ouders zijn allebei al vele jaren geen getuige meer van de levenswandel van hun enige zoon, laat staan van hun kleinkinderen. Maar zij gaven mij een veilige en creatieve start. Mijn schoonouders, wat ben

ik blij dat jullie er vandaag allebei bij zijn.

Al vele jaren samen met Yvonne, is het gelukt zelf een veilig en creatief thuisfront te maken. Zonder dat had ik hier niet gestaan. De kip of het ei, het is de titel van jouw oratie, dat was wel de eerste van de drie.<sup>14</sup> Dan ons drietal, Siger, Reier en Hidser, jullie zijn ineens jongemannen en geen jongens meer, uitgevlogen of (bijna) bezig uit te vliegen. Jullie hebben de toekomst, ga die met vertrouwen tegemoet, wij dragen er graag aan bij. We hebben het goed. Ik heb gezegd.

## Referenties

- 1 Bremer GJ, de term huisartsgeneeskunde, Huisarts Wetensch 2009: 338-9.
- 2 Modernisering naar menselijke maat. LHV/NHG/IOH toekomstvisie huisartsenzorg 2022.
- 3 Numans ME. De Academische Werkplaats, inspiratie voor vernieuwing in de huisartsgeneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar 'Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde'. Amsterdam, 28 juni 2011. Uitgave VU/VUmc-EMGO, Amsterdam, 2011.
- 4 Caljouw MA, Van den Hout WB, Putter H, Achterberg WP, Cools HJ, Gussekloo J. Effectiveness of cranberry capsules to prevent urinary tract infections in vulnerable older persons: a double-blind randomized placebo-controlled trial in long-term care facilities. *J Am Geriatr Soc.* 2014 Jan; 62(1): 103-10.
- 5 Büchner FL, Van Ameijden EJ, Numans ME, Scheurs H, De Buck W, Fiolet D, De Grunt NG, Yusuf AM, Van der Vorst E. Eindrapportage SIZU Pilot stuurinformatie integrale zorg en preventie op wijk, buurt en geïntegreerde eerstelijnszorg niveau in de wijk Noordwest in Utrecht. Uitgave GG&GD Utrecht, 2014.
- 6 Den Boeft M, Van der Wouden JC, Rydell-Lexmond TR, De Wit NJ, Van der Horst HE, Numans ME. Identifying patients with medically unexplained physical symptoms in electronic medical records in primary care: a validation study. *BMC Fam Pract.* 2014 Jun 5; 15: 109.
- 7 Gawande A. The Hot Spotters; can we lower medical costs by giving the neediest patients better care. *The New Yorker* 2011, Jan 24, 41-51
- 8 Elferink MA, Van der Vlugt M, Meijer GA, Lemmens VE, Dekker E. Colorectaal carcinoom in Nederland, situatie voor en na invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014; 158(33): 1434-9.
- 9 Koning NR, Moons LMG, Büchner FL, Helsper CW, Ten Teije A, Numans ME. Identification of patients at risk for colorectal cancer in primary care, an explorative study with routine health care data. Submitted.
- 10 Drubbel I, De Wit NJ, Bleijenberg N, Eijkemans RJ, Schuurmans MJ, Numans ME. Prediction of Adverse Health Outcomes in Older People Using a Frailty Index Based on Routine Primary Care Data. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013 Mar; 68(3): 301-8.
- 11 Kruis AL, Van Schayck OC, In 't Veen JC, Van der Molen T, Chavannes NH. Successful patient self-management of COPD requires hands-on guidance. *Lancet Respir Med.* 2013 Nov; 1(9): 670-2.
- 12 Numans SR. Het probleem der Klinische Opleiding van de Dierenarts in Indonesië in verband met zijn taak in de Maatschappij. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar in de Heel- en Verloskunde aan de Faculteit Diergeneeskunde van de Universiteit van Indonesië te Bogor, 10 februari 1951, Bogor, Indonesië. Uitgave J.B. Wolters, Groningen, Jakarta, 1951.
- 13 Numans SR. De Maagdarmchirurgie bij Paard en Rund. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar in de Veterinaire Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht, 23 maart 1953, Utrecht. Uitgave Schotanus & Jens, Utrecht, 1953.
- 14 Van der Schouw YT. Menopauze & Hart- en Vaatziekten: Kip of Ei? Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt hoogleraar in de Epidemiologie van Chronische Ziekten aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Utrecht, 2 november 2009. Uitgave UMC Utrecht / Universiteit Utrecht, 2009.







## PROF.DR. M.E. NUMANS (8 NOVEMBER 1957)



- 2013- Hoogleraar Huisartsgeneeskunde Universiteit Leiden Hoofd afdeling Public Health Eerstelijns Geneeskunde LUMC
- 2011- Bijzonder Hoogleraar Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde, VUmc Amsterdam.
- 1987- Huisarts in Utrecht (Huisartsen Oog in Al) 0,6 fte (v.a. 1-10-2013 0,2 fte)
- 2006-2013 Vice-voorzitter/Secretaris Stadsmaatschap Utrecht
- 1986-2013 Staf lid, UD, UHD Julius Centrum UMC Utrecht, Coördinator Leidsche Rijn Gezondheidsproject, Julius Huisartsen Netwerk
- 2003-2008 Scientific committee United European Gastroenterology Federation UEGF
- 2006- Bestuur College Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB)
- 2001-2002 Visiting researcher New England Cochrane Center Boston MA, USA
- 1995 Core committee European Society Primary Care Gastroenterology
- 19 nov 1992 Promotie "Gastroscopie op verzoek van de huisarts", Utrecht
- 1985-1986 Huisartsopleiding (via Utrecht in Olst, Overijssel)
- 1983-1985 Arts Assistent Interne niet in opleiding (Zeist)
- 1976-1983 Studie Geneeskunde (Universiteit Utrecht)
- 1975-1976 N-Propaedeuse Landbouw Hogeschool Wageningen
- 1969-1975 Gymnasium β, Werkplaats Kindergemeenschap Bilthoven

Dr. Mattijs Numans is sinds 1 oktober 2013 Hoogleraar Huisartsgeneeskunde en hoofd van de afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde (PHEG) van het LUMC. Drie jaar eerder werd hij bijzonder hoogleraar 'Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde' bij de afdeling Huisarts- en Ouderengeneeskunde van VUmc, Amsterdam. Hij was 25 jaar verbonden aan het Julius Centrum van het UMC Utrecht, onder meer als coördinator van het Julius Huisartsen Netwerk en was 7 jaar bestuurslid/mede-oprichter van de Coöperatie Stadsmaatschap Utrecht. Sinds 1987 is hij huisarts in Utrecht, Huisartsen Oog in Al en daar ook nu nog één dag per week in de praktijk werkzaam.

Hij promoveerde in 1992 in Utrecht op een proefschrift over "Gastroscopie op verzoek van de huisarts, determinanten van relevante uitslagen". Sindsdien is hij onder meer (ook internationaal) actief betrokken in wetenschappelijk onderzoek en richtlijnen op het gebied van maagdarmlaatsen in de huisartspraktijk. Hij begeleidde meerdere promovendi en is auteur van ca. 150 wetenschappelijke artikelen (H-index 27). Hij was jarenlang docent in Bachelor en Master onderwijs aan geneeskundestudenten en in nascholing. Hij was in 2001/2002 verbonden aan het New England Cochrane Center in Boston MA, USA en van 2003-2008 lid van het Scientific Committee van de UEGF. Zijn expertisegebied is de ontwikkeling en uitvoering van diagnostisch en prognostisch onderzoek en risicoschatting met - en in routine zorggegevens uit huisartsennetwerken t.b.v. vernieuwing en verbetering van de (multidisciplinaire) eerstelijns zorg.



Universiteit  
Leiden