

**Prof dr Mattijs E Numans, huisarts**

- **Bijzonder Hoogleraar**  
**“Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde”**  
**vanwege Univé, afdeling Huisartsgeneeskunde/EMGO+ Amsterdam VUmc**
- **Coördinator Julius Huisartsen Netwerk**  
**Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde UMC**  
**Utrecht**

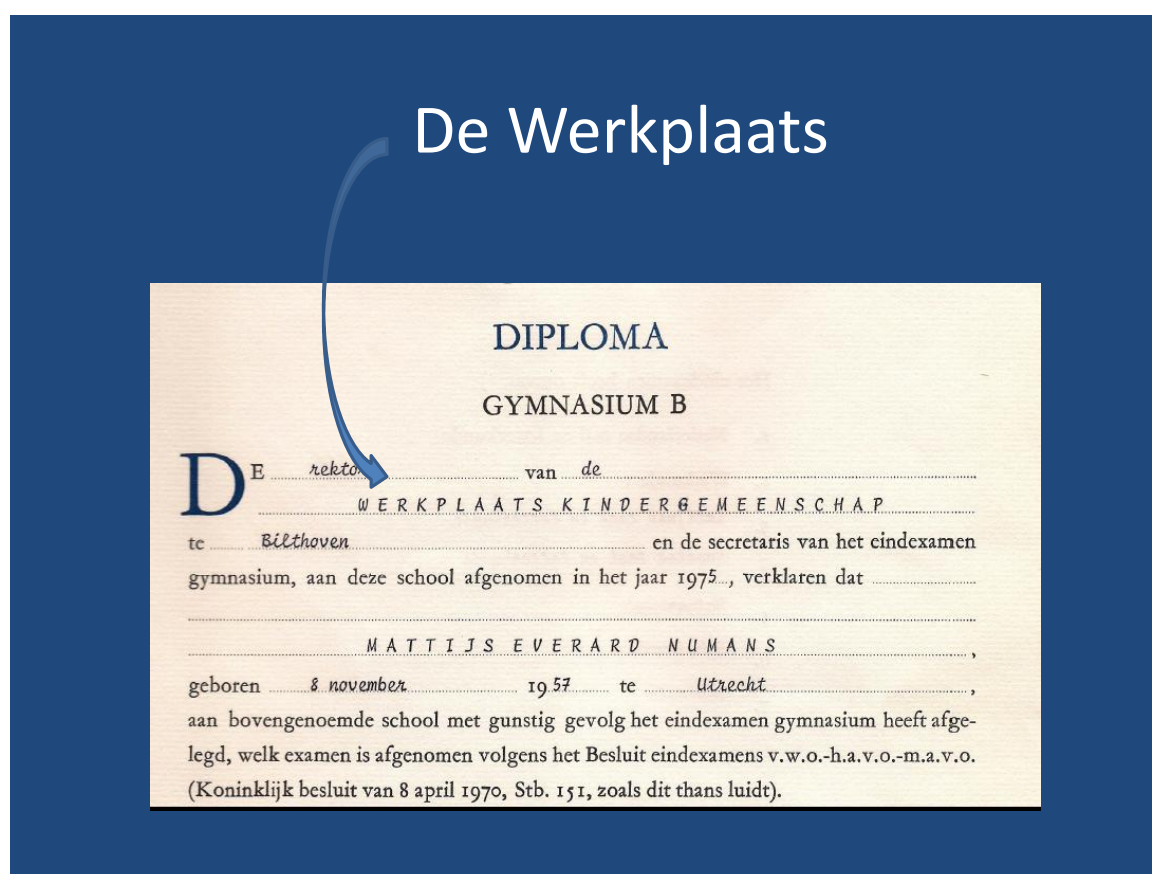
**Oratie 28 juni 2011 in de aula van de Vrije Universiteit Amsterdam**

## De Academische Werkplaats: inspiratie voor vernieuwing in de Huisartsgeneeskunde

Mijnheer de Rector, College van bestuur van de Vrije Universiteit, geachte dames en heren, collega's, vrienden en familie. Hartelijk welkom. Sinds 1 januari jl. werk ik een dag in de week bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het VU Medisch Centrum. Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde is de titel van de bijzondere leerstoel die ik hier vandaag officieel aanvaard. Deze leerstoel is ingesteld in het kader van een project dat de afdeling Huisartsgeneeskunde van het VUmc met zorgverzekeraar UNIVE enkele jaren geleden aanging.

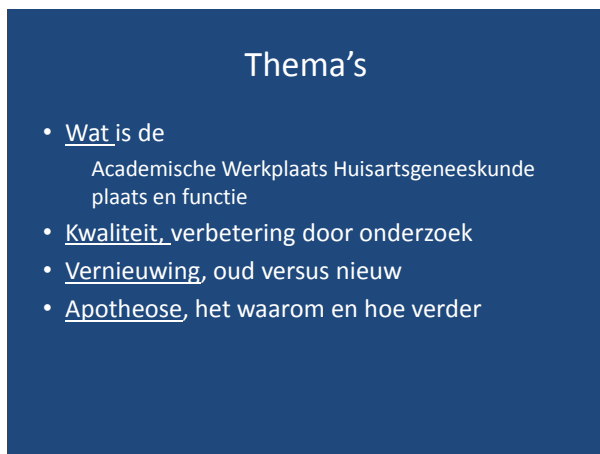
Het project heeft de bedoeling de academisering van de Huisartsgeneeskunde in het gezamenlijke werkgebied van VUmc en Univé te ondersteunen ter stimulering van de kwaliteit van zorg.

Het gaat vanmiddag dus over de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde.



Zelf was ik vroeger “Werker” aan de “Werkplaats Kindergemeenschap”, voor velen bekend als de Kees Boekeschool in Bilthoven. Een Werkplaats die staat voor begrippen als samenwerking, creativiteit, betrokkenheid, vrijheid en consensus. Dat is de Werkplaats die ik met een gymnasiumdiploma op zak in 1975 als 17 jarige verliet om de wijde wereld in te

trekken. Het is voor mij een blij weerzien om juist in een leeropdracht met deze titel, met de eigen praktijk als basis en bron van inspiratie, aan de slag te kunnen.



Thema's

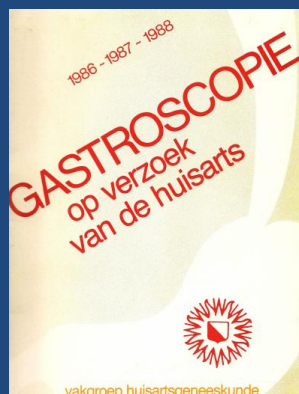
- Wat is de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde plaats en functie
- Kwaliteit, verbetering door onderzoek
- Vernieuwing, oud versus nieuw
- Apotheose, het waarom en hoe verder

De komende veertig minuten schets ik u in vier thema's mijn visie op de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde. Eerst wat is de Academische Werkplaats? Zicht op positie en functie. Dan het thema kwaliteit, ofwel kwaliteitsverbetering door onderzoek in de werkplaats. Vervolgens het thema vernieuwing, innovatie van - en in de werkplaats: "old school" versus "new school" En tenslotte de apotheose, want waarom zou bijvoorbeeld een zorgverzekeraar dit belangrijk vinden? Ik maak gebruik van –soms historische- gebeurtenissen uit mijn eigen en andere praktijken om de academische samenwerking en inspiratie voor vernieuwing, de ondertitel van deze voordracht, te illustreren. De ontwikkeling van het onderzoek in de Academische Werkplaats staat vanmiddag op de voorgrond, want dat is de kern van mijn leeropdracht.

### **1<sup>e</sup> Intermezzo**

Het is 1987, ik ben dat jaar als huisarts begonnen in Utrecht. Het jaar 1987 is ook het eerste volledige jaar van het "gastroscoopieproject". Dat project, mijn promotieonderzoek, was erop gericht huisartsen in de regio Utrecht vrije toegang te geven tot gastroscoopie zonder de patiënt te moeten verwijzen.

## 1<sup>e</sup> Intermezzo (1987)



Gastroscopie, waarbij met een flexibele slang via de mond in de maag wordt gekeken, gaat de tot dan toe veel gebruikte “maagfoto” vervangen. Specialisten waren bezorgd dat huisartsen van het aanvragen van gastroscopie een potje zouden maken, maar wilden eraan meewerken als de invoering wetenschappelijk werd begeleid. Vernieuwing in de huisartsgeneeskunde dus. Voor de onderzoekers onder u: het was een prognostisch onderzoek, een quasi-experiment. De aanvraagmogelijkheid werd ingesteld en het effect van invoering ervan op alternatieve mogelijkheden (verwijzingen en maagfoto’s) werd onderzocht door voor- en nametingen en door vergelijking met gegevens van huisartsenpraktijken die er geen gebruik van gingen maken. De kwaliteit van de aanvragen door huisartsen werd vastgesteld door 1. onderzoek naar patiëntkenmerken bij bepaalde uitslagen, 2. vergelijking van uitslagen van gastroscopieën door huisartsen met die door specialisten en 3. door het beleid, zoals recepten of verder onderzoek, na de gastroscopie te bekijken.

### Patiënt komt bij de dokter

- Het is 1987
- Hr V heeft maagklachten en gebruikt al jaren Roter tabletten, nooit een objectieve diagnose gesteld.
- Er is een project “Gastroscopie op verzoek van de huisarts”

De heer V., op dat moment 68 jaar, bezoekt mijn spreekuur. Hij heeft al jaren wisselend maagklachten waarvoor hij regelmatig Rotertabletten gebruikt, in die tijd een vrij verkrijgbare maagtablet. Er is nog nooit een echte diagnose gesteld. Zijn vader had ook maagklachten en werd zelfs geopereerd aan zijn maag. De klachten zijn nu toegenomen, hij is bezorgd. Ik besluit bij hem een gastroscopie aan te vragen in het nabij gelegen ziekenhuis Oudenrijn. Dat kan nu dus, in het kader van het project, zonder hem te hoeven verwijzen. Gelukkig valt de uitslag mee. Meneer V. heeft wel littekens en ontsteking, maar geen ernstige aandoening. Zijn gegevens konden niet gebruikt worden voor het wetenschappelijk onderzoek. Een van de onderdelen van het project was namelijk een telefonisch vraaggesprek van de onderzoeker, ik dus, met de aanvragend huisarts, in zijn geval was ik dat ook. Maar zijn probleem kon, naar de normen van toen, goed worden opgelost door langdurige behandeling met een maagzuurremmer. We zien de heer V. nog terug later vanmiddag...

## Wat is De Academische Werkplaats

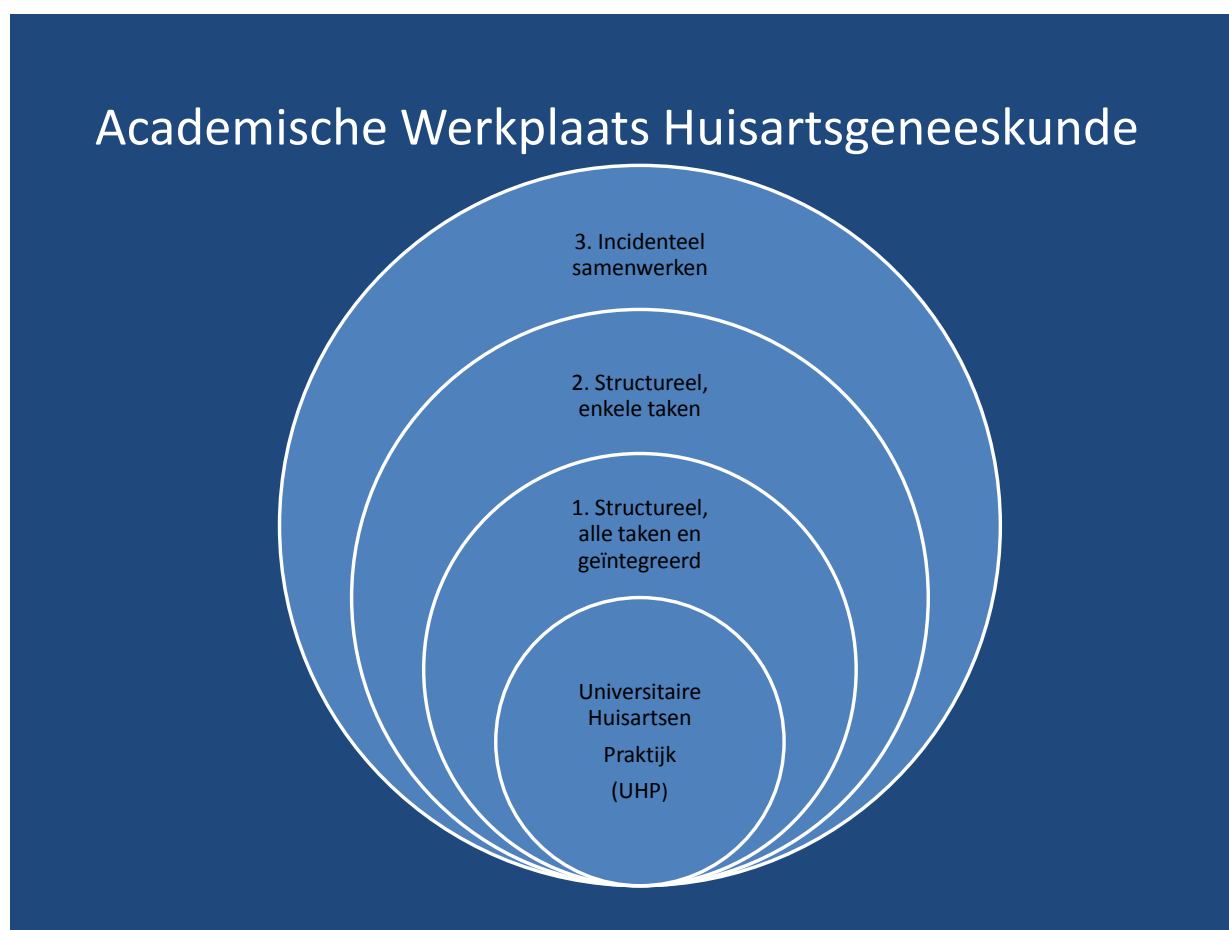


- Het gaat om academisering van de praktijkinstellingen en vermaatschappelijking van de onderzoeksinstituten.

Dan nu de vraag, wat is een Academische Werkplaats? De definitie volgens onze landelijke onderzoeksorganisatie ZonMW is kort en bondig: een Academische Werkplaats is een kennis-infrastructuur waarin praktijk, onderzoek, beleid en opleidingen samenwerken. Academisch staat dan voor creatief, nieuwsgierig en vernieuwend, doordacht en transparant. Een Academische Werkplaats heeft een dubbel doel, namelijk enerzijds verdere professionalisering en academisering van de zorgprofessionals in de praktijk en anderzijds verbetering van de praktijkgerichtheid van de onderzoekers.

Het schema dat u hierna ziet is de vertaling van de Academische Werkplaats naar de huisartsgeneeskunde. Dit wordt het “Schillenmodel” genoemd. Hierover gaat het eigenlijk vandaag, het is een schematische weergave van de samenwerking tussen de academische huisartsgeneeskunde en huisartspraktijken. Tussen deze schillen en de academische huisartsgeneeskunde wordt gecommuniceerd op basis van wederkerigheid. Er wordt over en weer informatie gegeven en verwerkt.

De kern van de schillen, dus de kern van die samenwerking, is de “Universitaire Huisartspraktijk”. Dat is de KLINIEK van de Universitaire afdeling Huisartsgeneeskunde. In de schillen daaromheen zitten praktijken waarmee in meer of mindere mate structureel wordt samengewerkt. In de binnenste schil de academische huisartspraktijken die “alles” doen, in de buitenste de “los-vaste” contacten.



De Landelijke Stuurgroep Universitaire Netwerken Huisartsgeneeskunde LSUNH heeft dit schillenmodel een aantal jaren geleden gepresenteerd om de organisatie van de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde in beeld te brengen. Daarmee is het een referentiemodel geworden. Het model is bij bijna alle Universitaire Medische Centra in gebruik, al wordt het niet overal op precies dezelfde manier uitgevoerd.

Laten we eerst even kijken hoe het met de kern is, de universitaire praktijk. Het lijkt zo logisch te kunnen laten zien wat je doceert en uit de eigen dagelijkse praktijk de inspiratie te halen voor wetenschappelijke ontwikkeling. Een eigen, bij de afdeling behorende, academische huisartspraktijk ligt dan voor de hand. Dat is in de huisartsgeneeskunde echter niet helemaal vanzelf gegaan. Veel eerste vestigingen van academische praktijken zijn door gelegenheidsrelaties en individuele ambities tot stand gekomen en na verloop van tijd ook weer door incidentele, of personele, ontwikkelingen in ontbinding geraakt. Het waren praktijken waar hoogleraren in de huisartsgeneeskunde werkten, wilden werken of gingen werken. Zoals de praktijk van Huygen in Lent bij Nijmegen, de Mathenesserlaan en Ommoord in Rotterdam, De A-wegpraktijken van de VU in Amsterdam, Stevensweert in Leiden en Overvecht en Maarssebroek in Utrecht. Die praktijken bloeiden op tot bijna academisch niveau en vielen dan weer een tijdlang terug in de bijna-vergetelheid door personele veranderingen.

## De Universitaire Praktijk



universitaire  
huisartsenpraktijk VUmc



UMC Groningen



Julius Gezondheidscentra, Leidsche Rijn Utrecht



Er zijn gelukkig inmiddels op verschillende plaatsen meer kansrijke Universitaire Huisartspraktijken tot stand gekomen, opgenomen in de structuur van de UMC's, zoals hier de Universitaire Huisartspraktijk in het VUmc, de praktijk op het terrein van het UMC in Groningen, en de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra gelinkt aan het UMC Utrecht. Maar ook die nieuwe initiatieven moeten zich nog bewijzen.

### quote

- Te beschikken over een Universitaire Huisartspraktijk alleen is niet genoeg voor de academische ontwikkeling van zowel huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek, - onderwijs als zorg.

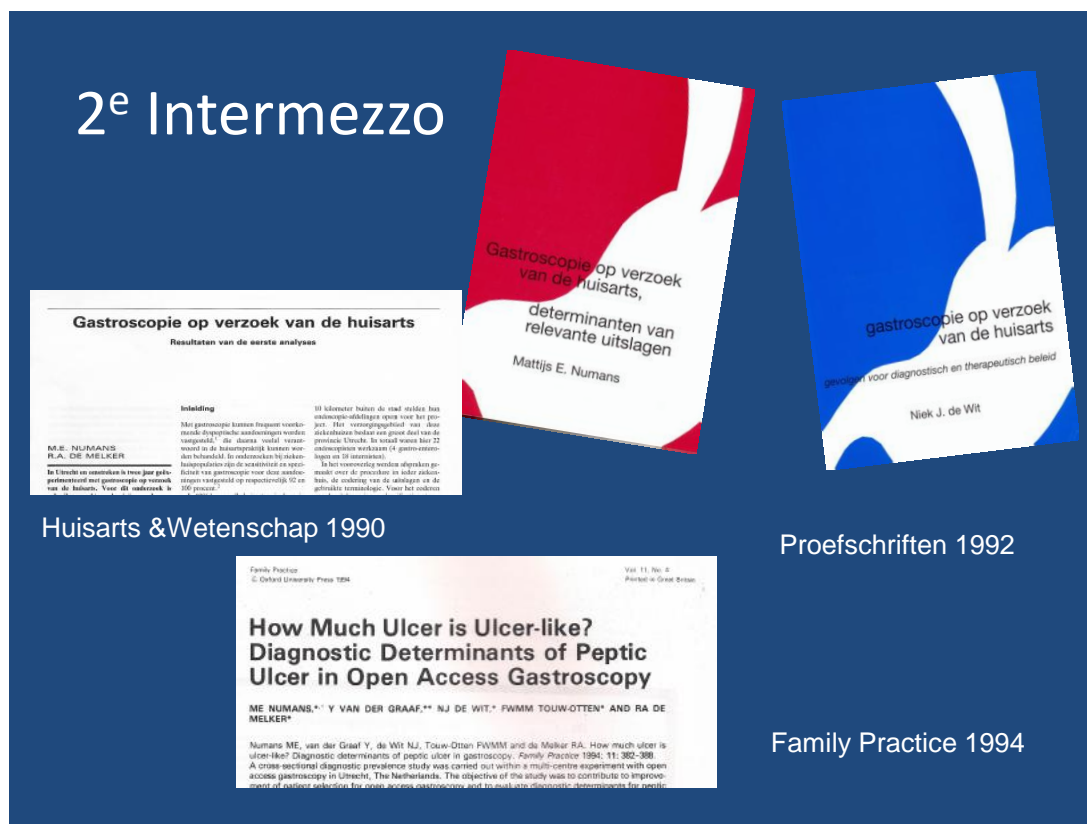
lets anders werd wel al snel duidelijk. Een, of twee, of vier, praktijken per Universitair centrum, het is niet voldoende om de behoefte aan een Academische Werkplaats van iedere medische faculteit te kunnen dekken. Er zijn ieder jaar weer duizenden studenten die een coschap lopen, honderden semi-artsen en huisartsen in opleiding die een werkplek nodig hebben, tientallen onderzoeksprojecten die in de eerste lijn, bij de huisarts, moeten worden ondergebracht. En dan heb ik het nog niet gehad over al die zorgprogramma's en innovaties die ons worden aangereikt of opgedrongen, waarvan het nut en het effect ergens in het eerstelijns werkveld zou moeten worden vastgesteld.

### quote

- Structurering van de samenwerkingsrelatie met veel meer huisartspraktijken maakt de Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde concreet en toetsbaar



Voor dekking van de volledige Academische Werkplaatsfunctie is dus het aangaan van gestructureerde samenwerking met veel meer praktijken noodzakelijk. Het gaat dan om tientallen praktijken die zorgen voor tienduizenden patiënten. Het concept van de Academische Werkplaats maakt aldus voor de huisartsgeneeskunde het gemis of het tekort aan eigen klinische afdelingen goed en kan de academische ontwikkeling opstuwten. Eind jaren tachtig kregen de medische faculteiten van Maastricht en de VU extra geld om meer focus op de eerste lijn te leggen. Sinds die tijd, is structurele samenwerking met een groot aantal huisartspraktijken in hun omgeving, in de vorm van academische netwerken van huisartspraktijken, verder ontwikkeld, ook bij de andere faculteiten. In die samenwerking gaat het niet alleen om registratie en onderzoek, maar ook om onderwijs en zorginnovatie. De LSUNH, de landelijke stuurgroep van het "Schillenmodel" dat ik eerder noemde, stelt zich o.m. ten doel de kwaliteit van werken in academische praktijken te bevorderen en verbeteren. Criteria en meetmethoden voor kwaliteit van die praktijken zijn de laatste jaren, dankzij de inspanningen van Joan Bleeker in het project Certain van de afdeling huisartsgeneeskunde VUmc en Babette Doorn, de netwerkcoördinator van Maastricht, beschikbaar gekomen.

2<sup>e</sup> Intermezzo 1997

We zijn tien jaar verder, het is 1997. Niek de Wit en ik zijn allebei gepromoveerd op het onderzoek Gastroscopie op verzoek van de huisarts, de “NHG Standaard maagklachten” is verschenen en de wetenschap heeft niet stilgestaan. Inmiddels is duidelijk dat maagzweren bijna altijd door *Helicobacter pylori* worden veroorzaakt. Daarmee is een bacterie de oorzaak van veel maagklachten en voor die bacterie bestaat ook een behandeling. Onder de mensen die langdurig zuurremmende middelen gebruiken zijn vele ex-maagzweer patiënten, die dus besmet zijn met *Helicobacter*. We zoeken in onze eigen praktijken uit hoe zinvol het is die mensen op te roepen en te behandelen. Dat was toen ook een vorm van zorginnovatie in de huisartsgeneeskunde.

## Patiënt wordt opgeroepen

- Het is 1997
- We doen een project in de praktijk
- Zoeken naar *Helicobacter Pylori* onder langdurige gebruikers van maagzuurremmende middelen
- Hr V is een van de “veelgebruikers”

### **Patiënt wordt opgeroepen**

Een van de mensen in mijn praktijk die langdurig zuurremmers gebruiken, met waarschijnlijk een maagzweer in het verleden, kent u. Ik vind onder die mensen namelijk ook de heer V., u weet wel, van de gastroscopie van tien jaar geleden in het gastroscopieproject. Hij wordt opgeroepen, getest op *Helicobacter pylori* en behandeld. Hij is heel blij, want hij is vrijwel direct na de behandeling van het grootste deel van zijn klachten af. Zijn gegevens kunnen nu wel worden gebruikt voor het onderzoek, want alleen de gegevens van de patiënt worden daarvoor gebruikt, niet die van de huisarts.

### NOVA op bezoek (1998)



### **De Heinekenprijs 1998**

Een jaar later krijgt de ontdekker van de *Helicobacter pylori* Barry Marshall de Heinekenprijs en besteedt NOVA aandacht aan dit onderwerp. Nova, op zoek naar genezen patiënten, wist onze praktijk te vinden. Dus ontmoet u in dat programma niet alleen Barry Marshall maar ook heel even de heer V. en zijn huisarts.

# *Helicobacter pylori* bij de huisarts

*Helicobacter pylori* treatment instead of maintenance therapy for peptic ulcer disease: the effectiveness of case-finding in general practice

N. J. DE WIT, A. O. PUARTERO QUARTERO & M. E. NUMANS  
Department of General Practice, University Medical Centre, Utrecht, The Netherlands

Accepted for publication 27 May 1999

## De publicatie

Weer een jaar later staan we samen met Otto Quartero in een tijdschrift met het verslag van dit onderzoek. Een vijfde van de chronisch gebruikers die wij opzochten, had in het verleden een maagzweer gehad. Vier vijfde van die mensen staakte het gebruik van maagzuurremmers na behandeling van de *Helicobacter pylori* infectie.

## Kwaliteit, huisartsgeneeskunde in ontwikkeling

### Huisartsgeneeskunde in Ontwikkeling



- Marktwerving tegen wil en dank
- Multidisciplinaire Samenwerking
- Praktijkondersteuning > taakdelegatie
- Ketenzorgprojecten > transitie
- Coöperatievorming / bundeling van krachten
- Kwaliteitsbeleid (standaarden, accreditering)
- Transparantie en ICT

We komen aan het tweede thema, kwaliteit en verbetering daarvan door onderzoek. De Huisartsgeneeskunde zelf is sterk aan ontwikkeling en verandering onderhevig. De

huisartspraktijk met alle hulptroepen die daar tegenwoordig bij horen, is maatschappelijk alom erkend als een professionele multidisciplinaire eerstelijns voorziening in de gezondheidszorg. Die voorziening moet voor iedereen gemakkelijk beschikbaar en bereikbaar zijn. Veel veranderingen zijn al jaren geleden op gang gekomen en versneld naar aanleiding van de zorgstelselwijziging in 2006. Bijvoorbeeld de brede invoering van praktijkondersteuning ten behoeve van de zorg bij chronische aandoeningen zoals Diabetes en COPD, is al in de 90-er jaren opgestart. De ontwikkeling van zorggroepen met tientallen huisartsen om diezelfde zorg gestructureerd en concurrerend te kunnen aanbieden is daar de laatste jaren bijgekomen. Die laatste veranderingen hebben onder meer geleid tot veel meer onderlinge samenwerking dan vroeger. Belangrijk is dat de veranderingen ook hebben geleid tot het vooraf vaststellen van verwachte resultaten van zorg, om achteraf te kunnen rapporteren of die doelen in de zorg zijn gehaald. Meer planbare zorg dus. De ontwikkeling van zorggroepen en het kwaliteitsbeleid daarbinnen heeft zich vaak onafhankelijk van de academische netwerken voltrokken. Daarmee zijn waarschijnlijk kansen gemist. Kansen om dit soort zorginnovatie ook met goede data en goede methoden te evalueren, zodat juiste conclusies over de effectiviteit ervan kunnen worden getrokken. Daar is een onderzoeksinfrastructuur voor nodig.

Quote

**De Academische Werkplaats**  
**Huisartsgeneeskunde**

is HET platform voor

- Innovatie
- Onderzoek
- > gecontroleerde zorg"experimenten"

in de (multidisciplinaire) eerste lijn

De Academische Werkplaats is bij uitstek de infrastructuur waarbinnen kan worden ontwikkeld aan en geëxperimenteerd met transitie en innovatie van zorg. Dit is DE plaats om de effecten van interventies, nieuwe diagnostische testen, prognostische algoritmen en screeningsprogramma's op een wetenschappelijk valide manier vast te stellen.

# Balans tussen academie en praktijk

Onderzoek  
Onderwijs  
Zorginnovatie



Registratie in dossier  
Tijd  
Personeel  
Ruimte  
Administratie  
Privacy  
Gedragsverandering

Het is dus belangrijk huisartspraktijken met ambitie te verleiden tot deelname aan de Academische Werkplaats. Dat zijn dan praktijken die het niet willen laten bij mee-innoveren met wat van buitenaf wordt aangeboden. Die praktijken willen daar in samenwerking met de huisartsen, onderzoekers en docenten van de afdeling huisartsgeneeskunde dan ook een academische dimensie aan toevoegen. En omgekeerd, de onderzoekers hebben de ambitie aan de innovatie in de zorg bij te dragen. Wederkerigheid dus!

Nog even terug naar Kees Boeke: we noemen het een Werkplaats omdat er door iedereen samen, gewerkt moet worden, met hoofd, hart en handen.

Het gaat in de Werkplaats niet goed als de balans tussen de “vragende” partij (de academie) en het veld, de “faciliterende” partij (de praktijken) verstoord is. Er moet voor alle betrokken partijen veel te halen EN te brengen zijn in die samenwerking. De academische werkplaats wordt voor alle betrokkenen een succes als alle partijen een evenwicht ervaren tussen wat gevraagd wordt en wat geboden wordt. Er zijn twee partijen die in wederkerigheid hetzelfde doel nastreven, namelijk de eerstelijns zorg op een hoger plan te tillen. Op die manier samenwerken is een hele uitdaging.

## Het derde intermezzo

**3<sup>e</sup> Intermezzo**  
**Patiënten worden uitgenodigd**

- Het is 2005, we doen mee aan een “Stoptrial” met maagzuurremmers
- Hr Stoffels verhuist in 2006 naar Houten en gebruikt bijna geen maagzuurremmers meer
- Alike van der Velden laat zien dat 2/3 van de gebruikers aanzienlijk kan minderen

We zijn weer jaren verder, het is 2005. De interesse voor *Helicobacter pylori* is wat verflauwd, maar er zijn nog steeds grote aantallen mensen die langdurig zuurremming gebruiken voor hun maagklachten. Niet altijd is duidelijk waarom mensen dat blijven doen en of dat wel nodig is. We beginnen aan een “stoptrial”, Alike van der Velden gaat het onderzoek doen. Het is een gecontroleerd onderzoek waarin we mensen die al jaren zuurremmers gebruiken er vanaf proberen te krijgen door ze er “dubbel blind, verum gecontroleerd” mee te laten stoppen. Iedereen stopt. Een groep krijgt placebo en het echte middel om bij te slikken ingeval van klachten. De andere groep krijgt toch het echte middel en placebo om bij te slikken. Patiënten worden voor dit project uitgenodigd. Nu maken we gebruik van gegevens uit de apothek om patiënten te selecteren. Heer V. is inmiddels hoogbejaard en onlangs verhuisd naar een verzorgingshuis in Houten. In onze praktijkgegevens zien we dat hij nog maar zeer incidenteel maagzuurremmers gebruikt en hij doet dus niet mee met dit onderzoek. Tien andere patiënten uit onze praktijk en enkele honderden andere uit andere praktijken, wel.



Rond de promotie haalt dit onderzoek het nieuws. Ik word onderweg van praktijk naar het Julius Centrum via de telefoon, de promovendus was even niet te vinden, in

volle vaart en dus volledig buiten adem ondervraagd door het radioprogramma “in de praktijk” op een dinsdagmiddag....

## Stoppen met zuurremmers

**Digestion**

**Original Paper**

Digestion 2010;81:43–52  
DOI: [10.1159/000236025](https://doi.org/10.1159/000236025)

Received: June 11, 2009  
Accepted: August 26, 2009  
Published online: December 22, 2009

### **Pharmacological Dependency in Chronic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease: A Randomized Controlled Clinical Trial**

A.W. van der Velden N.J. de Wit A.O. Quartero D.E. Grobbee M.E. Numans  
Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

In dit onderzoek blijkt dat tweederde van de chronisch gebruikers, ook zonder dat er in hun maag *Helicobacter pylori* aanwezig is, hun dagelijkse dosis zuurremmers flink kunnen minderen. De helft van de verminderders gebruikt na een jaar minder dan 1 tablet per week. De resultaten van dit onderzoek verschenen vorig jaar in een tijdschrift. Er wordt nu aan gewerkt ze op te nemen in de aankomende, inmiddels vierde, herziening van de NHG Standaard Maagklachten.



## Vernieuwing. De database met routinezorggegevens

### Routinezorggegevens

- Kopiëren van het elektronisch dossier zonder identificerende persoonsgegevens
- Registratie van diagnoses is niet altijd nauwkeurig
- Ondersteuning daarbij door het systeem in de praktijk is gebrekkig

Bij het derde thema vandaag, dat over vernieuwing van en in de Werkplaats, ga ik verder met een ander aspect van het onderzoek. Namelijk het gebruik van routine zorggegevens daarvoor. Routine zorggegevens zijn de gegevens die zorgverleners, dus huisartsen, verpleegkundigen, apothekers, fysiotherapeuten, zelf vastleggen in de computer in – en ten behoeve van de dagelijkse praktijk. Eigenlijk waren de voorbeelden tot nu toe, over gastroscopie, *Helicobacter* en zuurremmers, hoewel wetenschappelijk nog steeds actueel, wat ik dan maar zal noemen “old school”. Er moest daarvoor veel ad hoc worden gezocht in papieren patiëntgegevens, er moest veel worden nagevraagd bij huisartsen en patiënten en er moest een berg formulieren voor worden ingevuld. Dat soort onderzoek is belastend voor huisartsen en hun patiënten en vraagt veel administratie en zoek, niet prettig dus. In het laatste intermezzo zag u al een beetje hoe het kan gaan als je gebruik maakt van routinezorg gegevens. De apotheek gegevens vormden daar de basis voor het uitnodigen van patiënten voor het onderzoek.

Huisartsen waren voorlopers met de invoering van een elektronisch dossier, het Huisartsen Informatie Systeem (kortom HIS). Daardoor ontstonden vanaf ca 1990 nieuwe mogelijkheden, ook in het onderzoek. De extractie van routinezorg gegevens uit die HISsen voor wetenschappelijk onderzoek heeft sindsdien een grote vlucht genomen. Sommige van die extractienetwerken, zoals IPCI in Rotterdam en LINH/Nivel bevatten inmiddels anonieme gezondheidsgegevens van honderdduizenden Nederlanders over tientallen jaren.

De bijdrage van dit soort netwerken aan de academische huisartsgeneeskunde, zeker in het perspectief van de huisartsen die de gegevens aanleveren, is tot nu toe te beperkt gebleven. De registratienetwerken van het eerste uur zijn ook een beetje losgeraakt van de “Academische Werkplaatsen” van de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde. Ze zijn een eigen leven gaan leiden en daardoor vaak niet meer optimaal ingebed in de onderzoeks- en onderwijs infrastructuur van de universitaire huisartsgeneeskunde. Er zijn daarnaast ook tekortkomingen in de registratie. Lang niet alle huisartsen zijn in staat om tijdens de routine

praktijkvoering op een soepele manier betrouwbare diagnoses te coderen. Maar vooral hun systemen ondersteunen dat proces zeer gebrekkig. Goed registreren kost huisartsen in de huidige systemen dus vooral tijd en ergernis en dat leidt tot onnauwkeurigheid. Het gevolg is verlies aan motivatie bij de huisartsen en ook een beperking van de mogelijkheden de gegevens voor onderzoek en rapportages te gebruiken.

## Terugkoppeling



Hoeveel overgewicht in uw praktijk?



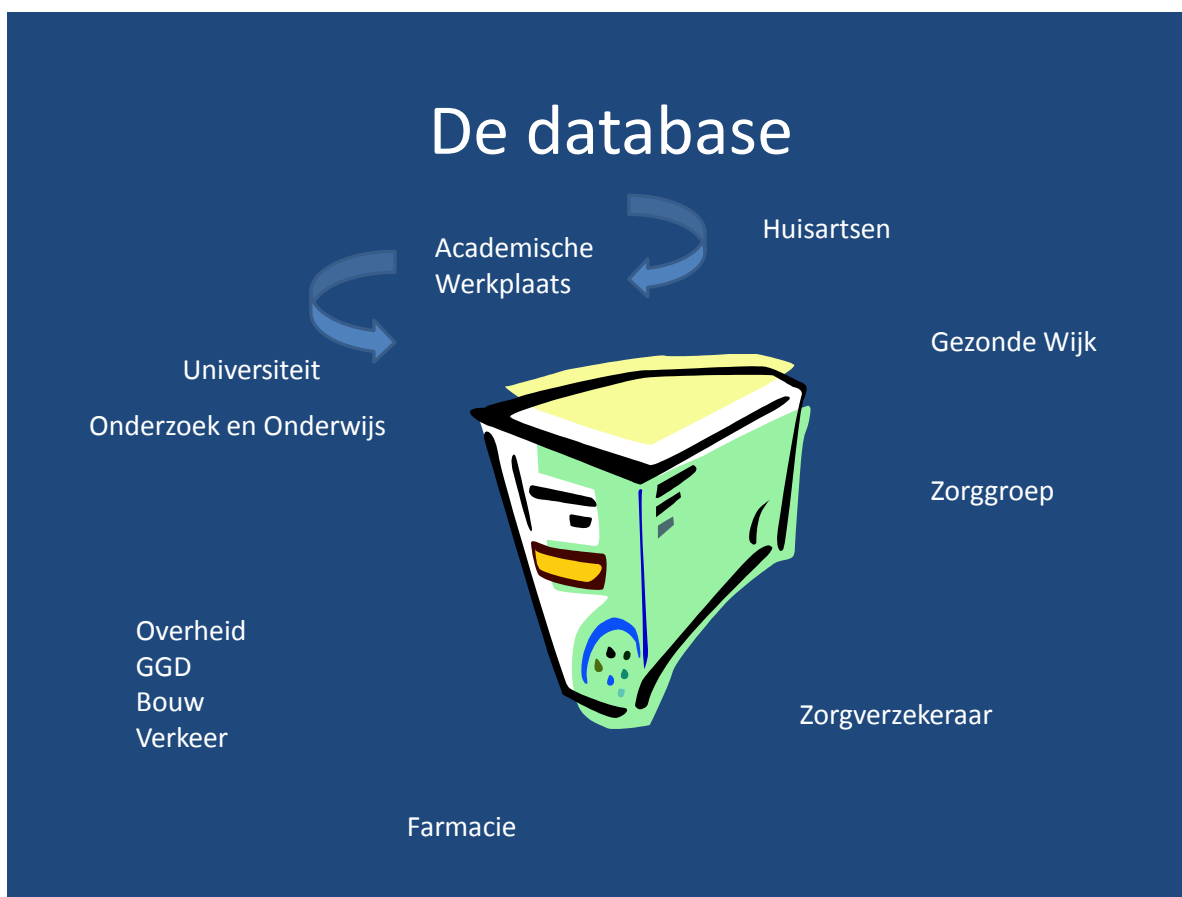
En hoeveel hoge bloeddruk?

Een gevolg van die tekortkomingen is ook dat de mogelijkheden voor terugkoppeling worden gefrustreerd. Het is fijn, als je data levert, dat na bewerking ervan, kan worden gespiegeld hoe je praktijkpopulatie eruit ziet, en hoe bijvoorbeeld jouw kwaliteit van zorg is. Vandaar de naam spiegelinformatie. Huisartsen zelf hebben vooral baat bij het zien van hun eigen data in deze “spiegelende registratiedatabase”, om zodoende te kunnen werken aan verbetering van registratie en aan verbetering van de kwaliteit van de zorg die aan de registratie ten grondslag ligt. Echter, dit soort spiegelinformatie is niet altijd vlot beschikbaar, en sluit niet altijd aan bij wensen uit de praktijk. De beloning voor huisartsen om zich aan te sluiten bij zo’n registratienetwerk en te zorgen voor goede registratie is op dit moment dus gering. Te gering!

## Quote

- De beschikbaarheid van een multifunctionele database met routinezorggegevens uit het netwerk is een noodzakelijke randvoorwaarde voor ontwikkeling van de academische werkplaats

En toch is de beschikbaarheid van een multifunctionele database met (anonieme) routine zorggegevens uit het netwerk een noodzakelijke randvoorwaarde voor ontwikkeling van de academische werkplaats. Hoe gaan we dat dan doen.



Die noodzakelijke database moet verder worden ontwikkeld om alle functies die aan de Academische Werkplaats worden toegekend effectief te ondersteunen. Dat is een flinke investering voor alle betrokken partijen. De gegevens moeten in de praktijken optimaal

geregistreerd en ingevoerd zijn, dat is misschien wel het belangrijkste startpunt. Maar dat sluit inmiddels goed aan bij de trajecten Adequate Dossiervoering EPD die op vele plaatsen zijn opgestart. En ik wil met Mondriaan en in een deelonderzoek met huisarts-onderzoeker i.o. Annet Sollie zien tot een gemakkelijker coderingstraject te komen. De database met te bewerken dossiergegevens moet op veel plaatsen goed ingebed zijn. Uiteraard gekoppeld aan de Academische Werkplaats, dus aan de praktijken die daarin samenwerken met de academie. En hij moet niet alleen worden gebruikt voor onderzoek, maar ook voor de zorg, voor het onderwijs en voor andere partijen in het veld. Het gebruik van de gegevens en daarmee ook de overlevingskansen van zo'n database worden optimaal als de database ook gekoppeld is aan de zorggroep waarin de huisartsen in het academisch netwerk werken. Dan is de kans dat innovatiewensen van buitenaf ook onderdeel van het activiteitenpakket van de Academische Werkplaats kunnen worden groter. U ziet op dit plaatje een keur aan potentiële gebruikers van de gegevens. Omdat zo velen gebruik gaan maken van die gegevens moet in de database de privacybescherming optimaal geregeld zijn. Maar het moet vooral de huisartsen in het netwerk zelf niet te moeilijk worden gemaakt hun gegevens naar personen te herleiden. Dan kan ook kwaliteitsbeleid in zorgprogramma's goed worden teruggekoppeld. Alweer een uitdaging.

### Vernieuwing in het onderzoek

#### Bijdrage aan kwaliteit dooronderzoek

- Inventariseren van knelpunten
- Zoeken naar oplossingen
- Interventies ontwikkelen en toetsen

De eerste lijn staat onder druk. De vraag uit de bevolking neemt toe, het aanbod van vooral korte contacten is daar niet altijd tegen opgewassen. De zorg in de eerste lijn moet laagdrempelig, betaalbaar en dichtbij blijven. Uit het oogpunt van kwaliteit moeten we iets doen om het evenwicht tussen laagdrempeligheid en dreigende overbelasting van de "voorziening" en van de huisarts zelf onder controle te krijgen. Inventarisatie van knelpunten, ontwikkelen van oplossingen, toetsen van interventies, het is dit soort

onderzoek dat bijdraagt aan die kwaliteit. Overigens is het niet alleen in Nederland een probleem waar oplossingen voor worden gezocht.

## Panelmanagement, van reactief naar proactief

### Transforming Practice

Thomas Bodenheimer, M.D.

Overstressed by large patient panels, many primary care practices are performing below par. In one study, patients explaining their problem to a

duce the panel size to allow more time per patient — the concierge model — which would aggravate the impending shortage of primary care physicians. Or reorganize primary care into a team-based endeavor, off-loading many functions from the 15-minute visit — a solution requiring fundamental payment reform

NEJM 2008

### Understanding Panel Management: A Comparative Study of an Emerging Approach to Population Care

By Esther (Estee) B Neuwirth, PhD  
Julie A Schmittlief, PhD  
Karen Tallman, PhD  
Jim Bellows, PhD

#### Abstract

**Context:** Panel management is an innovative approach for population care that is tightly linked with primary care. This approach, which is spreading rapidly across Kaiser Permanente, represents an important shift in population-care structure and emphasis, but its potential and implications have not been previously studied.

The Permanente Journal 2007

Met name bij de chronische aandoeningen en bij frequente praktijkbezoekers is het zinvol koers te zetten van reactieve zorg naar meer proactieve zorg en preventie. Dus, van zorg, waarbij de huisarts aanpakt wat zich aanbiedt en handelt naar bevinden, naar een beter planbare zorg. Huisartsenzorg krijgt dan meer kenmerken van populatiemanagement. Dat wordt in de VS panelmanagement genoemd, een woord dat ik vaker zal noemen. Het woord “panel” staat voor een bepaalde deelgroep uit de praktijkpopulatie. Bijvoorbeeld ouderen, mensen met chronische aandoeningen, kinderen met bepaalde gezondheidsrisico’s. Bij effectief panelmanagement blijft het feitelijk contact met - en de regie door de huisarts in stand. Maar handelingen die door anderen gedaan kunnen worden, worden protocollair overgedragen. Er ontstaat op die manier meer ruimte voor vormen van preventie, risicomanagement en planbare zorg bij chronische aandoeningen in de praktijk. En de agenda van de huisarts laat dan kortere wachttijden zien. Het idee daarnaar te streven is niet nieuw. Het sluit bijvoorbeeld goed aan bij de aanbevelingen in het vorig jaar verschenen NIVEL rapport “Op een lijn”. De manier om het proces te structureren, met hulp van ICT zoeken in het dossier, is wel nieuw. Breng risicogroepen in beeld en handel, voordat er op

onverwachte momenten iets misloopt. Dat principe is breed toepasbaar, moet verder worden ontwikkeld en getoetst en er is een geavanceerde ondersteuning in de ICT voor nodig. Het NIVEL meldt dat er voor het nut van de inzet van ICT geen wetenschappelijke evidentie bestaat. Daar moeten we beslissen wat aan doen en dat is precies waar de Academische Werkplaats met ondersteuning van de routine zorgdatabase haar meerwaarde kan laten zien. Laten we ons behoeden voor weer een golf aan vernieuwing die niet goed wordt geëvalueerd.

### De onderzoekscyclus in het netwerk

## De onderzoekscyclus

- Knelpunten
  - Analyse van (routine zorg) gegevens
  - Relevantie wegen
- Oplossingen
  - Bespreken met zorgverleners
  - Ontwikkelen van oplossingen
- Interventies/innovaties
  - Implementeren en toetsen

In de Academische werkplaats zijn we zo'n geavanceerde database aan het ontwikkelen en gaan die maximaal inzetten voor het onderzoek en voor de zorg. Kwaliteitsverbetering en vernieuwing begint met goede ideeën en onderzoek naar het effect van invoering van die nieuwe ideeën. Een goed idee komt meestal ook niet vanzelf; het ontstaat bij nieuwsgierigheid en kritisch beschouwen van wat er in de praktijk gebeurt. Het ontstaat bij een academische grondhouding dus. Dat proces, van het in beeld brengen van potentiële doelgroepen tot een zinvolle interventie, is te structureren. En met name de Academische Werkplaats is de plek waar dit soort methodieken kunnen worden ontwikkeld. Ik ga ter illustratie nog een paar voorbeelden geven. Voorbeelden van onderzoek dat al loopt, maar nog niet af is en waarin vooral veel gebruik wordt gemaakt van routine zorggegevens en bewerkingen daarvan in een database, ik noem ze daarom voorbeelden van "new school". De patiënten en huisartsen merken vooral de toegevoegde waarde van de gegevensverzameling en worden zo min mogelijk belast met extra vragenlijsten en praktijkbezoek. Het traject begint met analyse en discussie over gegevens, vervolgens het wegen van de relevantie ervan met de zorgverleners. Dan komt het ontwikkelen van oplossingen. Gevolgd door het toetsen van die oplossingen in de praktijk. Je ziet in de voorbeelden verschillende soorten onderzoek, verschillende manieren om in de Werkplaats

samen te werken, verschillende implementatievarianten, waarbij in alle gevallen van ICT gebruik wordt gemaakt. Dit is de systematiek waarop ik verder wil bouwen.

Het eerste onderwerp “new school” is obesitas, overgewicht.

## Obesitas bij kinderen in het ANH

**Zorgstandaard Obesitas** moet  
kwaliteit van zorg  
**verbeteren**



**Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn  
'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij  
volwassenen en kinderen'**

In het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde (ANH) van de VU is overgewicht bij kinderen onderwerp van onderzoek. Het onderwerp is gekozen op een netwerkbijeenkomst door de huisartsen, boven twee alternatieve onderzoeken, omdat het aansloot bij de actualiteit en voorzag in een behoefte. Als de huisartsen dit onderwerp zelf kiezen, zijn ze het meest gemotiveerd om aan onderzoek mee te doen en met de resultaten hun praktijkvoering te veranderen. Het idee is door Giel Nijpels, Sandra Bot en de huisarts-onderzoeker Annemarie Schalkwijk verder uitgewerkt en nadert nu de implementatie. Dit zo gewenste project heeft wel een lastige start want het routinematig noteren van lengte en gewicht is zeker niet standaard in de huisartspraktijk. Wij vonden in Utrecht dit soort basisgegevens bij 10% van de mensen terug in het dossier, in Amsterdam is dat niet anders. Op voorhand is het de huisarts dus niet duidelijk welke kinderen wel of geen overgewicht hebben. Niet meten is vergeten.

## Quote

- Het vastleggen van een aantal standaard metingen is niet alleen voor onderzoek maar ook voor de praktijk van belang om populaties in beeld te krijgen, “panelmanagement”

Het vastleggen van een aantal standaardmetingen is niet alleen voor onderzoek, maar ook voor de praktijk van belang voor het in beeld krijgen van populaties, “panelmanagement” Die gegevens komen voor dit project nu op twee manieren alsnog bij de huisarts. De eerste manier is koppeling met het dossier van consultatiebureaus en de Jeugd Gezondheidszorg. Want daar worden lengte en gewicht van alle kinderen periodiek gemeten en vastgelegd. De tweede manier is door het instellen van een nieuwe meetroutine, zodat dit soort gegevens wel in het dossier terechtkomen. Vervolgens kan op basis van de uitgebreidere routinezorggegevens het onderzoek naar het implementeren van de nieuwe multidisciplinaire richtlijn obesitas bij kinderen, in de eerste lijn worden uitgevoerd. Maar het is voor de netwerkpraktijken vooral belangrijk dat hierdoor de huisartsen zelf inzicht krijgen in hun “panel” van kinderen met overgewicht. Dat helpt om het probleem in beeld te krijgen, er greep op te houden en een plan van aanpak te maken.

## Obesitas in Leidsche Rijn

Gezondheidsproject Leidsche Rijn

**Bewoners laten zich  
massaal screenen**

Utrechts Nieuwsblad, oktober 2000



In Leidsche Rijn deden we ook een onderzoek over dit onderwerp, bij volwassenen. Daar konden we wèl gebruik maken van intakegegevens van nieuwe patiënten, waaronder ook lengte en gewicht. De huisartsen daar weten veel van hun patiënten en want dat soort metingen zijn daar bij de intake gestandaardiseerd, dus goed, gedaan door onderzoeksverpleegkundigen.

## Associaties met overgewicht

[Print deze samenvatting](#)



Citeer dit artikel als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2008;152:2457-63

Onderzoek

[Aanzienlijke comorbiditeit bij volwassenen met overgewicht: resultaten uit het 'Leidsche Rijn Gezondheidsproject'](#)

E.A. Molenaar, M.E. Numans, E.J.C. van Ameijdenen D.E. Grobbee

### DOEL.

Het bestuderen van het verband tussen overgewicht, somatische en psychische aandoeningen en gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in een algemene huisartsenpraktijk bij binnenkomst van patiënten in een nieuwe huisartsenpraktijk.

Eerst hebben we beschreven hoe vaak overgewicht voorkwam. Overgewicht bleek in Leidsche Rijn een groot probleem, meer nog dan elders. We vonden vervolgens dat het overgewicht samenhangt met een scala aan andere aandoeningen en klachten. We bepleitten om die reden in een artikel in het Ntvg het routinematig meten van lengte en gewicht bij de intake van nieuwe patiënten in een huisartsenpraktijk. Gewicht, of BMI, heeft praktisch bruikbare diagnostische en wellicht ook prognostische betekenis. Meten is weten.

## Het gewichtsprogramma

de nieuwe  
praktijk



### Gewichtsprogramma Leidsche Rijn (GPLR)



**In de Utrechtse wijk Leidsche Rijn bleken relatief veel mensen met overgewicht te wonen. Verschillende eerstelijnszorgverleners in Leidsche Rijn zochten de samenwerking. Met succes.**

Het doel van het Gewichtsprogramma Leidsche Rijn (GPLR) is gewichtsreductie en verkleining van het cardiovasculair risico bij personen met overgewicht.

Het is een multidisciplinair project van huisartsen, fysiotherapeuten en diëtisten van gezondheidscentra in de Leidsche Rijn (LRJG) en het Julius Centrum van het UMC Utrecht. Het effect en het proces van het gewichtsprogramma worden in het LRGP geëvalueerd ([www.lrgp.nl](http://www.lrgp.nl)).

Aansluitend ontwikkelden we met deze praktijken voor de doelgroep als interventie het multidisciplinair “Gewichtsprogramma Leidsche Rijn”. Esther Molenaar kon in het gewichtsprogramma aannemelijk maken dat een multidisciplinaire aanpak leidde tot vermindering van het gewicht, maar ook tot afname van de tailleomtrek. De tailleomtrek is de maat die is samenhangt met de werkelijke risico’s van overgewicht.

Met name de multidisciplinaire aanpak leek ervoor te zorgen dat mensen in staat waren hun gewicht ook na langere tijd zelf onder controle te houden. Dit zorginnovatie onderzoek was bedoeld om de academische gezondheidscentra tot meer van dit soort projecten te inspireren. Hoewel het gewichtsprogramma in Leidsche Rijn nog niet is voortgezet, leent het zich voor implementatie op grotere schaal.

# Interventie ook evalueren

## Effect of nutritional counselling and nutritional plus exercise counselling in overweight adults: a randomized trial in multidisciplinary primary care practice

Esther A Molenaar<sup>a,b</sup>, Erik JC van Ameijden<sup>a,b,c</sup>, Yvonne Vergouwe<sup>a</sup>, Diederick E Grobbee<sup>a</sup> and Mattijs E Numans<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, 3508 GA Utrecht, The Netherlands, <sup>b</sup>Municipal Health Service, Jaarbeursplein 17, 3521 AN Utrecht, The Netherlands and <sup>c</sup>Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester, Oxford Road, Manchester M13 9PL, UK.  
Correspondence to Esther A Molenaar, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, Stratenum 6.131, PO Box 85500, 3508 GA Utrecht, The Netherlands; E-mail: e.a.molenaar@umcutrecht.nl  
Received 15 December 2008; Revised 25 October 2009; Accepted 30 November 2009.

### Een half jaar dieetadvies helpt tegen overgewicht



Datum:  
vrijdag 26 september 2008

Categorie:

Trefwoorden:

Mensen met ernstig overgewicht kunnen afvallen door dieetadvies op maat. Begeleiding gedurende een half jaar leidt tot een blijvend gewichtsverlies van twee kilo en een vermindering van de tailleomvang met twee centimeter. Epidemioloog Esther Molenaar van het UMC Utrecht concludeert dit in haar promotieonderzoek.

Dit voorbeeld maakt duidelijk wat er in een goed ingerichte academische werkplaats van beperkte omvang kan. In de academische werkplaats kan het hele traject van signaleren via interventie tot evaluatie van die interventie met inzet van de database met routine zorggegevens worden doorlopen en voltooid en ook op langere termijn worden vervolgd.

### Quote

- In de Academische Werkplaats kan het gehele traject van inventarisatie via interventie tot evaluatie van die interventie worden doorlopen

Nu volgt het tweede voorbeeld “new school”, met optimaal gebruik van routine zorggegevens. We maken daarvoor met het vierde intermezzo een sprong naar een ander onderwerp, de ouderenzorg.

#### 4<sup>e</sup> Intermezzo, Ouderenzorg

### Ouderenzorg in Utrecht

- Het is 2009
- De ouderenzorg-praktijkverpleegkundige wordt “uitgevonden”
- We ontwikkelen een project
- Mevrouw M wordt thuis opgezocht

Het is 2009. In Utrecht is de Stadsmaatschap opgericht en bijna alle Utrechtse huisartsen werken met elkaar in één zorggroep verenigd, samen aan verbetering van de eerstelijns zorg in de stad. Het is geen Academische Werkplaats, maar wie weet wat er nog van komt. Ouderenzorg, met name het aanstellen van praktijkverpleegkundigen Ouderenzorg in de huisartspraktijk, wordt een speerpunt. Er is een landelijk project Ouderenzorg en ook het Nederlands Huisartsen Genootschap mengt zich in de discussie. In Utrecht beginnen we in samenwerking met het Julius Centrum aan het Ouderenzorgproject Midden Utrecht, of wel Om-U. Het is het Utrechtse aandeel in het Nationaal Programma Ouderenzorg, gericht op transitie, d.w.z. verandering van de zorg. Ik kom er zo op terug. Het televisieprogramma Netwerk besteedt n.a.v. het NHG congres aandacht aan dit onderwerp en voert onze stadspraktijk op als voorbeeld.

### Netwerk op visite bij Mevrouw M



Ondertussen.

Mevrouw M, 85 jaar oud, valt de laatste tijd veel. Zij wordt thuis bezocht door mijn collega om de problemen daardoor in haar zelfstandige woonsituatie in beeld te krijgen. Straks kan zij dankzij het project Om-U gebruik maken van onze praktijkverpleegkundige die haar kan helpen niet alleen de medische, maar ook de sociale problemen die zij dagelijks ondervindt aan te pakken.

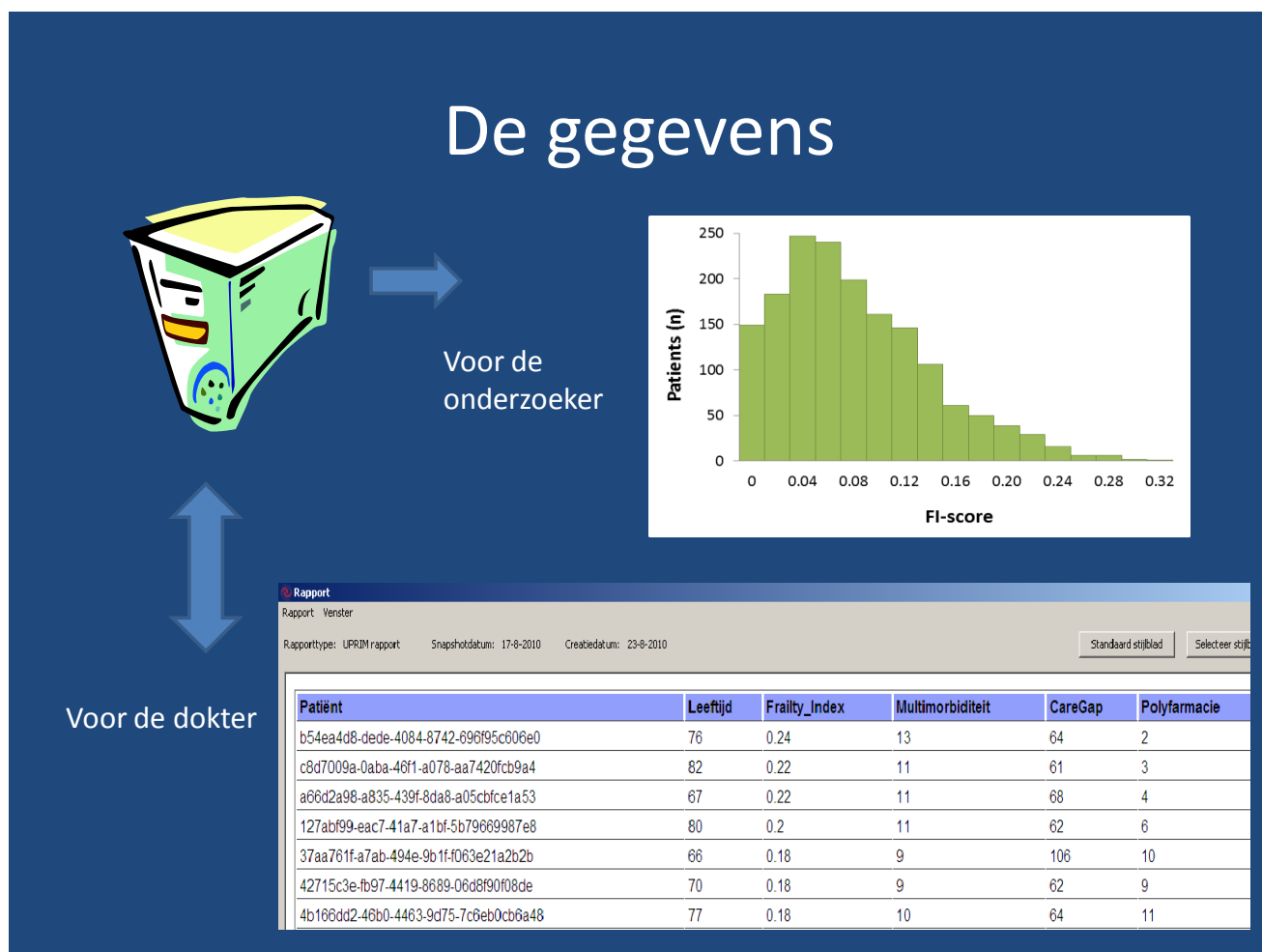
### Panelmanagement bij Ouderen in Om-U

Het project Om-U is opgezet en uitgevoerd in nauwe samenwerking met een groot aantal huisartspraktijken in Utrecht, de Bilt en Maarssebroek die al op zoek waren naar manieren voor verbetering van de zorg voor hun ouderen. Het sluit dus aan bij behoeften in het veld. In dit project gebeurt meer, maar het begint met panelmanagement.

## Panelmanagement Ouderen in Om-U



In het Om-U project worden de dossiergegevens van de huisartsen gebruikt voor het signaleren van mogelijk kwetsbare ouderen in hun praktijk. Het op deze manier “in beeld krijgen” van ouderen moet ertoe leiden dat de huisarts of de praktijkverpleegkundige in actie kan komen op basis van een risico-inschatting voordat de patiënt thuis in problemen komt. De anonieme dossiergegevens uit de praktijk worden naar twee kanten toe gebruikt. Aan de voorkant, zichtbaar, krijgen de huisartsen periodiek rapportages over potentieel kwetsbare ouderen. De basis voor Panelmanagement Ouderen dus.



De rapportages en selecties worden met anonieme gegevens gemaakt, maar kunnen in de praktijken dankzij een technische voorziening weer op naam terug worden gelezen. De inhoud van die rapportages is in overleg met de huisartsen zelf tot stand gekomen: u ziet op een rijtje het aantal medicamenten, aantal aandoeningen, de tijd tot het laatste consult en een zogenaamde frailty index, een maat voor kwetsbaarheid. Op basis van die gegevens kan in de praktijken aan de zorg voor bepaalde ouderen prioriteit worden gegeven. De patiënte die mijn collega zojuist bezocht, hadden we misschien valpartijen kunnen besparen door eerder hulp in te zetten. We weten niet of het rapporteren van een frailty index aan huisartsen helpt. Dat is het probleem met de meeste vernieuwingen. In dit geval kunnen we

aan de achterkant van de database als onderzoekers wel nagaan hoe hoog de frailty index van de populatie is (aanwijzen) en of de zorg door het gestructureerd terugkoppelen van die informatie naar de praktijken leidt tot minder ongewenste of minder onverwachte gebeurtenissen bij die ouderen. Of dat ouderen gaat helpen prettiger te leven, gaan de onderzoekers Irene Drubbel en Nienke Bleijenberg proberen aan te tonen.

Ook in dit Om-U project zijn de belangrijkste onderdelen van de cyclus die we in de Academische Werkplaats willen kunnen doorlopen zichtbaar. Het gaat over een relevant knelpunt, er is gekeken naar de omvang van het probleem en met zorgverleners gezocht naar manieren om de zorg te verbeteren, de oplossingen worden getoetst, de gegevens uit de praktijken worden gebruikt door zowel de huisartsen als de onderzoekers en het effect van de interventie als geheel wordt op een robuuste manier (in dit geval gerandomiseerd) vastgesteld.

## Quote

- Meedoen aan onderzoek en zien dat gegevens gebruikt worden, helpt om de registratie te verbeteren.

Er zijn uit de projecten die ik noemde en uit de ervaringen met databases met zorggegevens van de laatste jaren enkele belangrijke leerpunten te melden. Als je gegevens uit HIS sen van huisartsen gaat gebruiken om terug te koppelen t.b.v. de kwaliteit van zorg, heeft dat invloed op de kwaliteit van de registratie. Na verloop van tijd worden de rapportages bruikbaar omdat er beter wordt geregistreerd. Meedoen aan onderzoek en zien dat de gegevens gebruikt worden helpt dus de registratie te verbeteren. Dat hadden we al gezien toen zorgverzekeraars gingen vragen om indicatoren voor de diabeteszorg en COPD, we zien het hier in de ouderenzorg weer en nu gaat het over een veel breder gebied. Het doelgericht terugkoppelen t.b.v. “panel” management werkt beter dan simpelweg terugrapporteren wat je hebt ingevoerd. Want de logische vervolgstap is dat iedereen in de praktijk de gaten in de registratie gaat opvullen en daardoor ook wordt geattendeerd op eventueel ontbrekende zorg, waar die gaten voor staan. De “beloning voor goed registreren” die voor huisartsen al

jaren veel te laag is geweest, gaat hierdoor omhoog en dat helpt. Het is een wederkerige investering in de kwaliteit van de academische samenwerking die nieuwe mogelijkheden biedt.

### De Academische Werkplaats in de toekomst

## De Academische Werkplaats apothecose



- Samenwerking in balans
- Investeren in ICT en infrastructuur
- Koppeling van ICT aan zorg, maatschappij EN aan academische doelen
- Onderzoekscyclus in de infrastructuur: inventarisatie, oplossing en toetsen
- Multidisciplinaire aanpak
- Huisartsgeneeskunde neemt het voortouw

De apothecose. Ik heb het afgelopen half uur verteld over de Academische Werkplaats, wat erin gebeurt met huisartsen en hun patiënten en wat de mogelijkheden zijn voor onderzoek. Ik heb voorbeelden van nieuwe mogelijkheden genoemd over twee belangrijke onderwerpen, obesitas en ouderenzorg. Verbetering van de zorg met en door onderzoek. Dat is de weg die ik in wil. Samenwerking tussen Academische Werkplaatsen en koppeling van gegevens zullen het mogelijk maken ook ingewikkelder problemen aan te pakken, zoals problemen die te maken hebben met diversiteit en met lichamelijk onverklaarde klachten en problemen in de oncologie. Het ligt vanuit mijn positie in twee universitaire centra wel voor de hand dat de huisartsgeneeskunde van VUmc en die van het Julius Centrum UMC Utrecht op een of meer van die onderwerpen gaan samenwerken. Het ligt, dichterbij, ook voor de hand voor dat doel het ANH rond VUmc met de noodzakelijke voorzieningen verder te versterken en waar mogelijk ook op die manier samen te werken met zorggroepen in Haarlem en in West Friesland.



Belangrijke constatering was dat er in de Werkplaats interactief moet worden samengewerkt, door onderzoekers en huisartsen en andere eerstelijns werkers. Dat levert voor alle partijen zowel zinvol onderzoek op als verbetering en innovatie van de zorg. Adequate ICT, de database en expert-ondersteuning bij registratie en administratie, is essentieel voor het welslagen van de Academische Werkplaats. En de relatie tussen die ICT voorzieningen en het veld moet worden bestendigd en verbeterd door het gebruik van de gegevens voor veel meer doelen, niet alleen voor het onderzoek. Belangrijk is dat de hele onderzoekscyclus in deze infrastructuur kan worden doorlopen: signaleren van een probleem, bepalen van de relevantie, ontwikkelen van een innovatieve oplossing, implementatie van die interventie en evaluatie van het effect. Daarvoor zijn allerlei vormen van multidisciplinair werk in de zorg en multidisciplinair onderzoek in de academie nodig. De deskundigheid nodig voor multidisciplinair werken en het ontwikkelen van toetsbaar beleid is in het veld aanwezig, de benodigde deskundigheid voor multidisciplinair onderzoek is beschikbaar in de academie. De kwaliteit van zorg is erbij gebaat die twee kanten te koppelen in de Academische Werkplaats. De huisartsgeneeskunde neemt hier graag het voortouw en betreft anderen erbij. Wat mij betreft is er geen plaats voor domeindiscussies. In weerwil van de politieke context kan er in dat opzicht door de huisartsgeneeskunde een voorbeeld worden gesteld, dat toegankelijk is voor alle anderen die in de eerste lijn werkzaam zijn of willen zijn. Het is aan onszelf en aan de overheid, de verzekeraars en de UMC's om de kansen van de Academische Werkplaats te zien en de ontwikkeling verder te ondersteunen.

### **Maar ja, hoe gaan we dit allemaal betalen?**

## Hoe betalen we dat?

- Investeren in ICT
  - ICT aandeel in tarieven vergroten tot 10%
  - Weg met de versnippering
  - Streef in ICT naar samenwerking 1<sup>e</sup> 2<sup>e</sup> lijn
- Module academisering eerste lijn
  - Kwaliteitscriteria zijn er
  - Harmoniseren met de UMC's

Er moet effectief geïnvesteerd worden in de ICT. In de eerste lijn is maar een paar procent van de omzet geormerkt voor ICT voorzieningen. In het bedrijfsleven geldt 10% van de omzet voor ICT als de norm voor een gezonde ontwikkeling in de 21<sup>ste</sup> eeuw. Wellicht kan zo'n investering voor de eerste lijn in goede samenwerking met de ziekenhuizen regionaal worden geregeld. In ieder geval frustrereert de enorme versnippering die nu plaatsvindt de samenwerking in dit opzicht op alle fronten. Versnippering verhindert ook transparantie en vertraagt innovatie. Een paar procent van de vele miljoenen die zijn besteed aan het nu stilgelegde project voor het landelijk EPD hadden al een oplossing betekend voor verbetering van de direct beschikbare ICT in iedere huisartspraktijk!

Hoe kunnen we huisartsen motiveren in hun keus te participeren in een Academische Werkplaats? Tot nu toe is deelname aan onderzoek door huisartsen te vaak liefdewerk oudpapier. We doen het voor collega's die we kennen, niet altijd professioneel ondersteund. Het helpt als verzekeraars, precies zoals dat bij academische ziekenhuizen gebeurt, aan academisch geaccrediteerde praktijken een academische toelage toekennen. Dat kan bijvoorbeeld heel praktisch door het mogelijk te maken een "academiseringsmodule" te declareren bij de inschrijfgelden. Zo'n al dan niet centraal geregelde declaratie compenseert de extra geïnvesteerde tijd, ruimte en aandacht. Er zijn dankzij het project Certain landelijk geaccepteerde academische accrediteringsnormen beschikbaar, dus het is een kwestie van goede afspraken maken met de verzekeraars.

De Academische Werkplaats Huisartsgeneeskunde vraagt materiële en immateriële investeringen van alle betrokken partijen. De Werkplaats kan daarbij een bron van inspiratie en vernieuwing zijn en blijven voor iedereen die de zorg aan het hart gaat en die plezier heeft in samenwerking op niveau...

### **Ik kom toe aan mijn dankwoord.**

Allereerst een paar woorden voor de studenten Geneeskunde. Ikzelf ben zoals ik me dat ooit had bedacht, huisarts geworden met een eigen praktijk en naast die praktijk een academische taak in de huisartsgeneeskunde. Het is een druk bestaan, maar het is langdurig inspirerend gebleken. Ik heb daar ook vandaag weer wat van geprobeerd te laten zien. Ik hoop dat velen ook na de opleiding geneeskunde zullen blijven kiezen voor werken in een academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Dat is van belang voor de toekomst van de huisarts en voor de toekomst van de gezondheidszorg in Nederland.

Een belangrijk woord van dank richt ik aan het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van bestuur van het VU Medisch Centrum voor het in mij gestelde vertrouwen, door mij te benoemen in deze leeropdracht. Ik hoop dat vertrouwen waard te zijn. Mijn dank gaat ook uitdrukkelijk naar de Raad van Bestuur van zorgverzekeraar Unive, voor het meewerken aan en investeren in het academiseringsproject waarvan deze leerstoel deel

uitmaakt, ondanks fusieperikelen. Het is zeer te prijzen dat zorgverzekeraar Univé zich hiermee heeft willen profileren en aldus de mogelijkheden van de academische werkplaats erkent en ondersteunt.

Velen hebben op een of andere manier een bijdrage geleverd aan mijn pad door de huisartsgeneeskunde dat nu naar deze leerstoel heeft geleid. Ik ga een aantal namen noemen en neem daarmee het risico mensen ten onrechte over te slaan.

De hooggeleerden de Melker en Touw-Otten, Ruut en Fransje, waren degenen die mij destijds bij de "Vakgroep" in Utrecht hebben weten te houden toen ik klaar was om huisarts te worden. Het was een bijzondere tijd, ik bewaar er goede herinneringen aan en ben blij dat Ruut hier vandaag zelf bij kan zijn. Verder over het samenwerken in het onderzoek en het onderwijs bij het Julius Centrum, met de hooggeleerden van der Graaf, Grobbee, Hoes, Verheij, Peeters, Bots en vele anderen. Beste Yolanda, Rick, Arno, Theo, Petra, Michiel, het is al jarenlang leuk en enerverend, vaak spannend en altijd leerzaam. Ik hoop dat dat samenwerken nog lang door kan gaan en ben daarom blij dat dat met een dubbele aanstelling formeel ook kan. De samenwerking met inmiddels ook hooggeleerde de Wit noem ik apart. Beste Niek, het was jarenlang intensief, heel vaak gezellig en heeft ons beiden veel opgeleverd. Ik schreef twintig jaar geleden al op dat ik uitkeek naar nog vele snode plannen die we zouden kunnen maken en uitvoeren. Met onze nieuwe posities is daar ook nu weer aanleiding voor.

## Huisartsen Oog in Al



**huisartsen oog in al**  
gezondheidscentrum

Händelstraat 55a  
3533 GH Utrecht  
tel 030 298 85 55  
fax 030 298 85 59  
[www.huisartsen-ooginal.nl](http://www.huisartsen-ooginal.nl)

Dan Huisartsen Oog in Al, al bijna 25 jaar mijn vaste basis als huisarts. Mijn collega's Mieke van Dillen, Wiebe Dommers, Wietze Eizenga, Doortje Graafmans, Bart van Pinxeren en nu ook Monique Prinssen dank ik voor de samenwerking. Laten we daarmee vooral doorgaan. In het verlengde daarvan dank ik mijn collega bestuursleden van de Stadsmaatschap voor de inspiratie de afgelopen vijf jaar. Niek de Grunt, Cees Bouter (stond ook al aan de wortels van het Gastroscoopieproject), nu ook Carin de Kock en last but not least Angeliën Borgdorff. We hebben veel tot stand gebracht. Die stadsbrede aanspreekbare organisatie voor de eerste lijn in Utrecht staat er natuurlijk gewoon al.

Mijn komst naar Amsterdam heeft nog een bijzondere kant. Hooggeleerde van der Horst, beste Henriette. Je was tien jaar onze collega op de donderdag in Oog in Al. Ik ben nu jouw afdelingscollega op de dinsdag geworden. Ik verheug me erop dat we onze samenwerking op deze geheel andere manier kunnen voortzetten. Ik voel mij op de afdeling en in wat het "ANH team" heet zeer welkom, Ruud Stam, Petra Elders, Joan Bleeker, Wim Willems, Hanna Joosten, Valentina Blom. Dank daarvoor, ik ga ervan uit dat goede samenwerking in de Academische Werkplaats, ook met de andere collega's bij EMGO+ en huisartsgeneeskunde VUmc, ons de komende jaren veel gaat brengen.

Nu thuis. Sommigen hier vandaag zullen, net als ikzelf, af en toe hebben gedacht aan mijn ouders. Zij zijn er al tientallen jaren niet meer bij helaas. Ze zouden met vandaag vast blij en ingenomen zijn geweest. Vele ouderloze major life events verder, ben ik nog steeds dankbaar voor de onvoorwaardelijk liefdevolle en creatieve basis die ik dankzij hen heb meegekregen.

Echt thuis, mijn eigen basis, dat zijn natuurlijk Yvonne, Siger, Reier en Hidser. In dit hectische leven zijn jullie het allerbelangrijkst voor mij, dat lijdt geen enkele twijfel. En dat rijk gevulde leven samen is prachtig. Bedankt voor alles en ach, als het een keer te druk of teveel wordt trekken we ons even terug en hebben wij samen zomaar een Zee van Tijd.

Ik heb gezegd.

# Zee van Tijd



## Referenties

- Baerwald K et al., red. De School als Werkplaats van de Samenleving. Wolters Noordhoff Groningen, 1977
- Numans ME, de Melker RA, Bogaard JW, Jacobs HM, Touw-Otten FWMM. Gastroscopie op verzoek van de huisarts, een effectieve substitutie? *Med Cont* 1988;43:1601-4
- Numans ME, de Melker RA. Gastroscopie op verzoek van de huisarts, resultaten van de eerste analyses. *Huisarts Wet* 1990;33(5):174-8
- Keizer M, Nijboer MJ, Numans ME, Kuyvenhoven MM, de Melker RA. Gastroscopie op verzoek van de huisarts in een klein algemeen ziekenhuis, een tussenbericht. *Med Cont* 1990;45(12):381-2.
- Numans ME. Beeldvormende technieken in het maag-darmkanaal: gastroscopie versus maagfoto bij de diagnostiek van afwijkingen in slokdarm, maag en duodenum. *Bijblijven* 1994(10);6:9-15
- Numans ME, Van der Graaf Y, de Wit NJ, Touw-Otten F, de Melker RA. How much ulcer is ulcer-like? Diagnostic determinants of peptic ulcer in open access gastroscopy. *Fam Pract.* 1994 Dec;11(4):382-8.
- Numans ME, van der Graaf Y, de Wit NJ, de Melker RA. How useful is selection based on alarm symptoms in requesting gastroscopy? An evaluation of diagnostic determinants for gastro-oesophageal malignancy. *Scand J Gastroenterol.* 2001 Apr;36(4):437-43.
- Numans ME, de Wit NJ, Dirven JAM, Hurenkamp GJB, Meijer QCM, Muris JWM, van der Laan JR, van Balen JAM. NHG-standaard Maagklachten (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2003;46(12):690-700
- Numans ME. Open-access upper GI endoscopy in the 21st century. *Digestion.* 2007;75(4):225-6.
- De Wit NJ, Quartero AO, Numans ME. Helicobacter pylori treatment instead of maintenance therapy for peptic ulcer disease: the effectiveness of case-finding in general practice. *Aliment Pharmacol Ther.* 1999 Oct;13(10):1317-21
- Krol N, Wensing M, Haaijer-Ruskamp R, Muris JW, Numans ME, Schattenberg G, van Balen JA, Grol R Patient-directed strategy to reduce prescribing for patients with dyspepsia in general practice: a randomized trial. *Alim Pharm Ther* 2004(19);8:917
- van der Velden AW, de Wit NJ, Quartero AO, Grobbee DE, Numans ME. Pharmacological Dependency in Chronic Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Digestion.* 2010;81(1):43-52.
- Molenaar EA, Van Ameijden EJ, Grobbee DE, Numans ME. Comparison of routine care self-reported and biometrical data on hypertension and diabetes: results of the Utrecht Health Project. *Eur J Public Health.* 2007 Apr;17(2):199-205.
- Grobbee DE, Hoes AW, Verheij TJ, Schrijvers AJ, van Ameijden EJ, Numans ME. The Utrecht Health Project: optimization of routine healthcare data for research. *Eur J Epidemiol.* 2005;20(3):285-7.
- Molenaar EA, Numans ME, van Ameijden EJ, Grobbee DE. Aanzienlijke comorbiditeit bij overgewicht. Gegevens uit het Leidsche Rijn Gezondheidsproject. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2008; 152(45): 2457-63
- Molenaar EA, van Ameijden EJ, Vergouwe Y, Grobbee DE, Numans ME. Effect of nutritional counseling and nutritional plus exercise counseling in overweight adults: a randomized trial in multidisciplinary primary care. *Fam Pract.* 2010 Apr;27(2):143-50.
- Neuwirth E, Schmittiel JA, Tallman K, Bellows J. Understanding Panel Management. A comparative study of an emerging approach to population care. *The Permanente Journal* 2007(11);3:12-20

Mitnitski AB, Mogilner AJ, Rockwood K: Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. *The Scientific World Journal* 2001; 1, 323-336.

Rockwood K, Song X, McKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski AB. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005; AUG 30: 173 (5)

Bodenheimer T. Transforming Primary Care. *N Engl J Med.* 2008 Nov 13;359(20):2086, 2089

Wiegers T, Hopman P, Kringos D, de Bakker DH. *Nivel Overzichtsstudies de eerste lijn.* Utrecht, 2011.

de Bakker DH, Polder JJ, Sluijs EM, Treurniet HF, Hoeymans N, Hingstman L, Poos MJJC, Gijsen R, Griffioen RJ, van der Velden LFJ. *Op één lijn, toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020.* RIVM/Nivel, Bilthoven 2005.

Drubbel I, Bleijenberg N, ten Dam HH, Eijkemans RJC, Schuurmans MJ, de Wit NJ, Numans ME. Identification of potentially frail elderly in Primary Care from routine healthcare data. Submitted.