

De basis verbindt

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. WILLEM J.J. ASSENDELFT

Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE

PROF. DR. W.W.J. ASSENDELFT



De gezondheidszorg verandert snel. Het is de vraag of de huisarts zijn positie hierin kan handhaven. Assendelft legt hiervoor de analogie met de succesfactoren van Apple. **1.** Luister naar de consument. Er zijn diverse mogelijkheden voor patiëntenparticipatie en behoeftebepaling.

2. Hou het simpel. Door initiatieven te verbinden en meer aandacht voor de overeenkomsten ontstaat een generiek model voor samenwerken rond de cliënt/patiënt in de wijk, in de regio en transmuraal. **3.** Zorg dat alle onderdelen eenvoudig communiceren. Dit kan door regionale werkafspraken, afstemming in ICT, beloning van samenwerking tussen onderzoekers en het wegnemen van financiële barrières. **4.** Stel de persoon centraal. De regio Nijmegen vervult een voorlopersrol en heeft alle ingrediënten om model te staan voor een innovatieve, patiëntgerichte, doelmatige gezondheidszorg van de toekomst. Preventie, samenwerking, oriëntatie op de directe leefomgeving (wijkgerichtheid) en proactieve zorg spelen daarin een belangrijke rol.

Prof. dr. W.J.J. (Pim) Assendelft (Hillegom, 1961) is hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan de Radboud Universiteit en hoofd van de afdeling Eerstelijns-geneeskunde van het Radboudumc. Daarvoor was hij vanaf 2004 hoogleraar en afdelingshoofd in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Pim Assendelft studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht, werd in 1994 huisarts en promoveerde in 1996 aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Eerder combineerde hij zijn baan als huisarts met die van universitair hoofddocent huisartsgeneeskunde in het AMC Amsterdam en hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschapsbeleid bij het Nederlands Huisartsen Genootschap.

DE BASIS VERBINDT

De basis verbindt

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het Radboudumc/de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 4 april 2014

door prof. dr. Willem J.J. Assendelft

Vormgeving en opmaak: gloedcommunicatie, Nijmegen
Fotografie omslag: Bert Beelen
Drukwerk: Van Eck & Oosterink

© Prof. dr. Willem J.J. Assendelft, Nijmegen, 2014

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Dames en heren,

Gezondheid is voor mensen een van de belangrijkste dingen in hun leven. We hebben er daarom veel voor over om gezond te blijven. In Nederland speelt de huisarts hierin in een belangrijke rol.

Ik wil beginnen met een paar vragen.

- Wanneer was u voor het laatst bij de huisarts?
- Waar was dat voor?
- Wat was het advies?

En een paar algemene vragen.

- Herinnert u zich nog wie uw huisarts was toen u een kind was?
- Wat is er sindsdien veranderd?
- Wat vindt u belangrijk aan een huisarts?

Ieder van u zal bij deze vragen direct antwoorden en ook bijpassende beelden hebben. Deze zullen, onder andere afhankelijk van uw leeftijd en leefsituatie, allemaal verschillend zijn. Ik denk dat ik in uw hoofden kan kijken en ga dus een paar conclusies trekken:

- de huisarts is belangrijk in het leven van mensen;
- huisartsenzorg is steeds aan verandering onderhevig;
- huisartsenzorg is mensenwerk: veel hangt af van de persoon en inzet van de huisarts en de andere professionals in de praktijk.

Als dit inderdaad klopt kan ik verder gaan.

ONTWIKKELINGEN IN DE HUISARTSGENEESKUNDE: WELKE RICHTING?

De zorg, en dus ook huisartsenzorg, verandert constant. De afgelopen jaren zijn er diverse rapporten verschenen die ons een blik in de toekomst geven¹. De vraag is welke van deze gewichtige rapporten over tien jaar de juiste voorspelling hebben gegeven. En hoe zal de verandering gaan: langzaam of snel? Geleidelijk of met sprongen?

De evolutie van de auto, bijvoorbeeld, is heel geleidelijk gegaan. Na meer dan een eeuw is er nog steeds hetzelfde basispatroon: vier wielen, een stuur en een motor. De auto's worden mooier en handiger, maar het onderliggende patroon verandert langzaam en weinig fundamenteel.

De ontwikkeling van de computer gaat volgens een heel ander patroon. De eerste computer leek nog op een typemachine, maar daarna ging het snel: de laptop maakte de computer draagbaar, internet maakte dat computers over de hele wereld met elkaar konden gaan communiceren en *Apple* zorgde voor een gebruikersvriendelijk besturingsprogramma. Door de snelle ontwikkeling konden steeds kleinere apparaten hetzelfde doen als de computerversies daarvoor. Momenteel zijn voor een paar honderd Euro *tablets* te koop, die veel meer kunnen dan vijf maal duurdere computers tien jaar geleden.

Uit de ontwikkeling van computers kan de gezondheidszorg verschillende dingen leren: luister goed naar de klant, denk vanuit de klant en hou het simpel. *Apple* heeft dat als geen ander begrepen². Van andere spelers in de ICT (bijvoorbeeld *Blackberry* en *Nokia*) kunnen we daarentegen leren dat het snel bergafwaarts gaat wanneer je niet goed luistert naar je doelgroep, de verkeerde keuzes maakt en je niet aanpast aan je omgeving³.

Hoe zullen de ontwikkelingen in de eerstelijnszorg gaan: langzaam en langs de gangbare lijn (zoals bij de auto), of snel en met revoluties (zoals bij de computer)? En zal de huisarts in deze ontwikkelingen 'marktleider' blijven? Ik wil met u bekijken wat de te verwachten ontwikkelingen zijn en welke keuzes gemaakt zullen moeten worden. Ik zal daarbij natuurlijk aandacht besteden aan de relatie met de academische taken van de afdeling Eerstelijns geneeskunde.

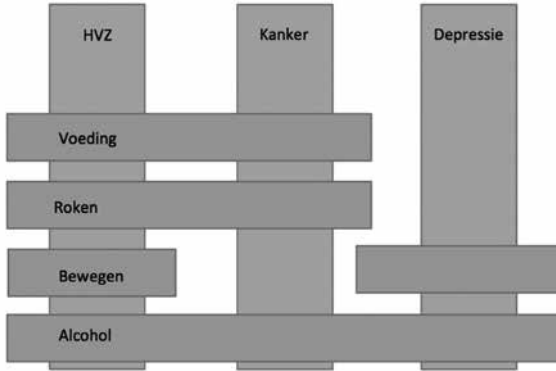
VERSCHILLEN IN TOEGANG TOT GEZONDHEID: LEEFSTIJL

Sinds enige jaren publiceert het CBS cijfers over de gezondheid van Nederlanders naar opleidingsniveau: de zogenoemde sociaaleconomische gezondheidsverschillen⁴.

Verskil ten opzichte HBO/WO-opgeleiden			
	basis -onderwijs	VMBO	Havo / vwo / mbo
<i>Mannen</i>			
Levensverwachting	7,3	4,2	2,4
LV in als goed ervaren gezondheid	19,4	11,4	7,2
LV zonder chronische ziekte	9,9	6,2	2,3
<i>Vrouwen</i>			
Levensverwachting	6,3	2,4	1,1
LV in als goed ervaren gezondheid	19,6	11,6	5
LV zonder chronische ziekte	10,1	7,6	6,2

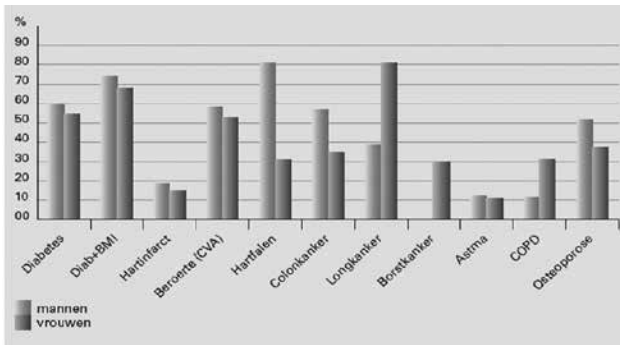
Bron: RVZ. Preventie van welvaartsziekten⁵

In Nederland is het verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau zeven jaar. Het verschil is nog groter voor het aantal jaren dat mensen hun gezondheid 'als goed ervaren' en voor de jaren 'zonder chronische ziekte'. Op basis van deze cijfers is nog geen direct verband te leggen met de onderliggende oorzaken. Het verband met ongezonde leefstijl ligt echter zeer voor de hand, omdat ongezonde leefgewoonten aanmerkelijk vaker voorkomen bij mensen met een lage opleiding.



Bron: cvz. Van preventie verzekerd⁶

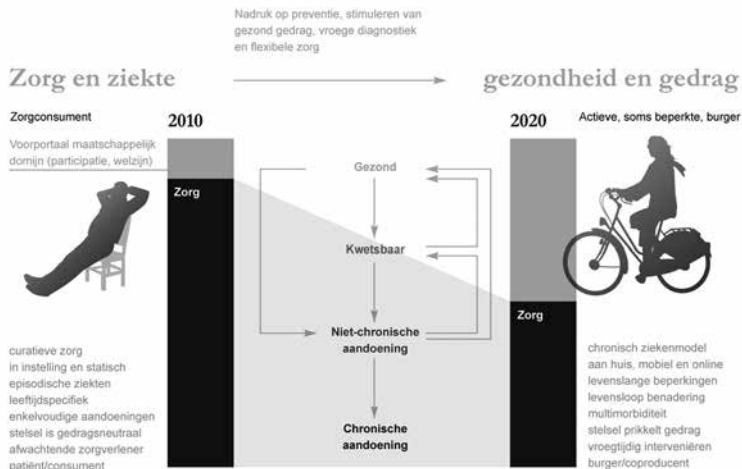
Vrijwel alle chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekte, kanker en depressie, hebben een verband met leefstijlfactoren. In Nederland zijn de belangrijkste daarvan overgewicht, roken, bewegingsarmoede en alcoholmisbruik⁷. We zullen iets aan die leefstijl moeten doen, want het vóórkomen van chronische ziekten zal de komende jaren snel stijgen⁸.



Figuur: Stijging (in%) van belangrijkste chronische aandoeningen 2005-2025

Bron: RIVM, Vergrijzing en toekomstige ziektelast, juli 2007

Dit plaatje van het RIVM gebruik ik vaak in het onderwijs. Hier ziet u het percentage stijging van de verschillende chronische aandoeningen in twintig jaar. De linker kolommen betreffen de getallen voor mannen en de rechter voor vrouwen. Volgens de eerste kolom bijvoorbeeld zal diabetes bij mannen in twintig jaar met ongeveer 60 procent toenemen. Voor veel van de andere vaak voorkomende, ernstige aandoeningen is er een ook flinke stijging te verwachten. Aandacht voor leefstijl en leefstijlverandering is dus van groot belang voor een houdbare gezondheidszorg.



Bron: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (rvz) stelt in zijn advies uit 2010 met als titel *Perspectief op gezondheid*⁹ dat we de omslag moeten maken van denken in 'ziekte en zorg' (zz) naar denken in 'gezondheid en gedrag' (gg). De patiënt, eigenlijk de burger, is aan zet en zal uit zijn luie stoel moeten komen. Dus niet wachten tot je ziek wordt en dan om pillen vragen, maar zelf zorgen dat je niet ziek wordt. En de arts zal veel meer gezond leven moeten stimuleren. Ik kom hier later op terug.

LEEFSTIJL EN DE ROL VAN DE (HUIS)ARTS

Op uw laatste huisartsbezoek, waar ik net naar vroeg, zullen slechts weinigen een leefstijladvies hebben gekregen. Ook uit Nederlands onderzoek in huisartspraktijken blijkt dat leefstijl maar in een minderheid van de consulten wordt besproken¹⁰ Is dat niet vreemd? Wat kan de oorzaak zijn van deze tegenstrijdigheid? Veel van de huisartsenzorg speelt zich nog af in de spreekkamer, in een consult met een klassiek patroon: hulpvraag – anamnese – lichamenlijk onderzoek – uitleg – therapie. De patiënt heeft een klacht, maakt een afspraak en verwacht geruststelling of een recept. Leefstijladvies en preventie passen niet goed in dat model. Het is daarom niet verwonderlijk dat een focusgroeponderzoek onder huisartsen-in-opleiding van het AMC¹¹ liet zien dat deze huisartsen in spe het helemaal geen taak voor henzelf vonden om mensen met obesitas te begeleiden, terwijl we weten dat obesitas samenhangt met diverse aandoeningen die veel voorkomen, zoals artrose en diabetes¹².

Toen ik hier in Nijmegen co-assistenten voorafgaand aan het eerstelijns coschap in het zesde jaar vroeg wie al eens een patiënt bij een leefstijlverandering had begeleid, gingen bij een groep van dertig studenten slechts één of twee vingers omhoog. In ver-

warring vroeg ik ook maar snel wie al recepten had uitgeschreven. Toen gingen wel alle vingers omhoog. Dat is raar: we leren studenten wel pillen voorschrijven, maar niet hoe ze leefstijl moeten veranderen. Er is in het curriculum wel wat aandacht voor gezondheidsbevordering, maar studenten gaan vaak voor de bekende drie B's (bloed, baby's en botten), en kiezen voor de studie geneeskunde op basis van interesse voor het menselijk lichaam en vanwege de directe omgang met mensen.

Blijkbaar is leefstijlbeïnvloeding niet iets wat hun aandacht heeft. Het is daarom goed dat bij de decentrale selectie in Nijmegen nog nadrukkelijker zal worden gevraagd wat voor soort dokter de toekomstige student geneeskunde eigenlijk wil worden.

De geringe aandacht voor leefstijl heeft volgens mij dus twee belangrijke redenen: rolopvatting bij de doelgroep en het klassieke, reactieve consultmodel. Mijn ervaring bij colleges, werkgroepen en voordrachten is dat huisartsen, huisartsen-in-opleiding en studenten deze weerstand bij leefstijladvisering onder andere voelen vanwege de omvang van de problematiek, en dat is volgens mij terecht: overgewicht, bewegingsarmoede, alcoholmisbruik en roken zijn omvangrijke maatschappelijke problemen, die niet door artsen alleen zijn op te lossen. Nu komt het goede nieuws: de rol van de huisarts kan relatief beperkt blijven, maar is wel belangrijk! Hij of zij zal mensen vooral moeten motiveren. De directe leefstijlbegeleiding kan vervolgens worden overgenomen door anderen, zoals de praktijkondersteuner, de diëtiste, een oefentherapeut of een beweegcoach.

Uit nog ongepubliceerd onderzoek op mijn vorige werkplek Leiden weten we, dat kwetsbare en voor preventie moeilijk bereikbare groepen zoals ouderen, allochtonen en mensen met een laag opleidingsniveau, veel waarde hechten aan de huisarts als gezaghebbend adviseur in gezondheidszaken, juist ook bij preventie en leefstijl. Een uitnodiging voor een preventieconsult door de huisarts is de meest effectieve aansporing tot preventie. Eigenlijk wisten we dat al: om deze reden zijn het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker en de grieprijke ook al langer bij de huisarts belegd¹³.

Toch zijn de huidige artsen in spe (onze studenten) en huisartsen nog onvoldoende opgeleid in methoden voor de aanpak van preventie, zoals motiverende gespreksvoering en manier van organiseren. Maar daar gaat gelukkig snel verandering in komen. Ik kan u daar drie voorbeelden van geven:

- In de recent uitgebrachte *Toekomstvisie Huisartsgeneeskunde 2022* van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft preventie als een van de zeven hoofdthema's een duidelijke plaats gekregen.¹⁴
- Ook in de huisartsopleiding is er nu meer aandacht voor preventie. Huisartsopleiding Nederland heeft bij de huidige revisie van eindtermen van de opleiding 'preventie' als een van de acht hoofdthema's gekozen. De werkgroep voor dit thema, waar ik deel van uit mocht maken, heeft concrete voorstellen gedaan voor invulling van de rol van de huisarts. Tijdens hun opleiding zullen huisartsen

in spe met gerichte opdrachten op persoons-, praktijk- en wijkniveau hun portfolio vullen.

- Ook binnen het Radboudumc wordt de rol van de arts als gezondheidsbevorderaar in de herziening van het bachelorsprogramma meegenomen, zodat we over een paar jaar bij zesdejaars alle vingers omhoog zien gaan als gevraagd wordt wie een patiënt bij leefstijlverandering kan begeleiden en dat ook al heeft gedaan.

Goede initiatieven, maar het zal echt niet vanzelf gaan. Preventie zal de komende jaren de volle aandacht van de huisartsgeneeskunde nodig hebben om de gewenste verandering van ZZ naar GG daadwerkelijk te laten plaatsvinden.

Intermezzo: weet u nog waar ZZ en GG ook alweer voor stonden?

TOEGANG TOT GEZONDHEIDSZORG: KWETSBARE GROEPEN

Ik vertelde u over de grote gezondheidsverschillen in Nederland. Sommige groepen mensen hebben een slechte uitgangspositie in de zorg. Voorbeelden hiervan zijn mensen met een verstandelijke beperking, verslaafden, dikke kinderen, chronisch zieken, ouderen, mensen met een lage opleiding, allochtonen of sommige groepen vrouwen. De afdeling Eerstelijngeneeskunde heeft zich van oudsher gericht op deze kwetsbare groepen. Het is bij deze groepen belangrijk om vroegtijdig problemen te signaleren, omdat ontregeling van de gezondheid bij hen vaak snel tot ernstige problemen leidt, zoals spoedopname in het ziekenhuis. De problemen per doelgroep en de gewenste onderzoeksmethoden lijken voor deze groepen nogal verschillend, maar de overeenkomsten beginnen steeds duidelijker te worden.

Ik geef u een voorbeeld. Voor ouderen in de regio Nijmegen is het *Easycare* tos-model geïntroduceerd¹⁵. *Easycare* tos is een meetinstrument waarmee de gezondheidssituatie van kwetsbare ouderen op een gestandaardiseerde wijze in kaart wordt gebracht. Het instrument inventariseert problemen op het gebied van gezondheid, wonen en welzijn. Op basis van de analyse wordt een plan opgesteld. Met het zwip¹⁶ (Zorg en Welzijn Informatie Portaal) kunnen de hulpverleners vervolgens via een beveiligd ICT-platform onderling communiceren.

Zorg voor kwetsbare groepen

- pro-actief
- programmatisch
- screening
- systematische inventarisatie problemen
- zorgplan
- uitvoering door meerdere disciplines
- vaak centrale, coördinerende rol huisarts
- inbreng gespecialiseerde eerstelijns of consultatie tweedelijns

Wanneer we naar de diverse projecten op de afdeling Eerstelijns geneeskunde kijken wordt steeds duidelijker welke de generieke onderdelen van de gewenste aanpak zijn. Steeds vaker wordt niet gewacht tot het probleem is ontstaan (er wordt 'pro-actief' gewerkt). In veel modellen wordt actief en programmatisch screening aangeboden, met een op de doelgroep toegespitste methode. Meestal leidt de systematische inventarisatie tot een zorgplan, dat door meerdere disciplines (meestal in de eerstelijns, maar ook in het welzijnswerk) wordt uitgevoerd. Vaak speelt de huisarts een belangrijke centrale, coördinerende rol. Soms wordt voor de inventarisatie of de uitvoering van het zorgplan gespecialiseerde eerstelijnszorg of consultatie uit de tweedelijns ingeschakeld. Ik denk dat de verschillende onderzoeksgroepen binnen de afdeling en het Radboudumc zich de komende jaren meer op de overeenkomsten tussen de verschillende doelgroepen en programma's moeten gaan richten, om zo tot een generiek concept van zorg voor kwetsbare groepen in de basiszorg te komen.

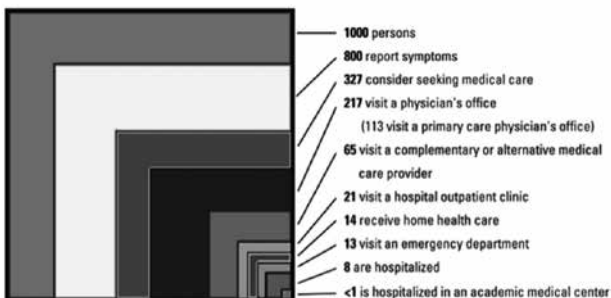
Intermezzo: UGC Heyendaal

Op de universiteitscampus ligt het Universitaire Gezondheidscentrum Heyendaal. Door de nabijheid van het ziekenhuis kunnen hier laagdrempelig transmurale concepten worden ontwikkeld. Verder verleent het centrum speciale zorg aan diverse kwetsbare groepen die elders niet terecht kunnen, zoals slachtoffers van familiaal en seksueel geweld, mensen met een verstandelijke beperking en dak- en thuislozen.

DE PATIËNT ECHT CENTRAAL (DE HUISARTS EN PERSONALISED HEALTHCARE)

Het Radboudumc heeft gekozen voor *personalised healthcare* als een van de centrale thema's. Als huisarts kun je het daar alleen maar volmondig mee eens zijn. De afdeling Eerstelijns geneeskunde kent een aantal onderzoekslijnen en kernwaarden die aanvullend zijn op de soms wel erg biomedische en ziekenhuisgerichte invulling van dit thema.

Mijn voorganger Chris van Weel liet vaak deze figuur zien. Velen in de zaal zullen het dus herkennen. Het laat zien dat patiënten in een academisch ziekenhuis een bijzondere selectie uit de regio zijn en soms van ver daarbuiten.



Figuur: A typical month of health care in the U.S.

Bron: New England Journal of Medicine 2001; 344:2021-25

Nu heb ik twee vragen.

De eerste vraag: hebben patiënten buiten het academisch ziekenhuis ook recht op academische kennis? Ik reken er op dat u deze vraag met 'ja' zult beantwoorden. Is onze umc infrastructuur daar al op toegerust? Deels wel.

Met ParkinsonNet¹⁷ heeft het Radboudumc een indrukwekkend model neergezet, waarin de patiënt met de ziekte van Parkinson overal in Nederland de beste zorg kan vinden. ParkinsonNet identificeert en certificeert onder andere gespecialiseerde fysiotherapeuten, oefentherapeuten en neurologen. Een mooie operationalisering dus van het beschikbaar maken van academische kennis in de breedte van het systeem.

Recent zijn daar de netwerken AlzheimerNet en COPD-net bijgekomen. En daar wordt het ineens veel ingewikkelder dan bij de ziekte van Parkinson: het volume patiënten is veel groter en er is bij deze patiëntencategorieën vaker sprake van meerdere chronische aandoeningen tegelijk. Een aanzienlijk deel van de patiënten zal de huisarts of een niet-specifiek gekwalificeerde specialist als hoofdbehandelaar hebben. En toch wil je graag dat deze patiënten toegang hebben tot gespecialiseerde academische kennis, zonder dat zij naar een academisch ziekenhuis hoeven te gaan.

Op het gebied van nierziekten hebben we een mooi voorbeeld van hoe het kan. De afdelingen Nierziekten en Eerstelijngeneeskunde zijn een aantal jaren geleden voor patiënten met verminderde nierfunctie een ICT-ondersteund consultatieproject gestart¹⁸. Met behulp van een ICT-module kan de huisarts patiëntengegevens en zijn of haar vraag aan de nierspecialist voorleggen. Deze geeft dan een direct advies, waarbij bezoek aan het ziekenhuis vaak niet nodig is. Dit model is op effectiviteit en doelmatigheid geëvalueerd en vindt momenteel in diverse Nederlandse ziekenhuizen en de omgevende regio's navolging. Het is zeker vermeldenswaard dat het Radboudumc recent besloot voor veel meer disciplines een consultfunctie tussen huisarts en specialist te gaan aanbieden.

Een ander voorbeeld. Op het congres 'Samen tegen kanker: de volgende stap' van het Radboudumc, februari dit jaar, gaven deelnemende kankerpatiënten aan dat zij grote moeite hadden met de overgang van de actieve, in het ziekenhuis begeleide, behandelfase naar de chronische fase daarna¹⁹. In de chronische fase wordt de begeleiding door de gespecialiseerde oncologisch verpleegkundige afgebouwd. In een workshop ontstond het idee van een 'warme overdracht': de gespecialiseerd verpleegkundige doet samen met de patiënt bij de huisarts de overdracht. Daar kunnen dan eventueel ook de praktijkondersteuner van de huisarts, de wijkverpleegkundige of andere paramedici (zoals diëtiste of fysiotherapeut) bij aansluiten. Volgens mij is dit een andere goede mogelijkheid voor academische, patiëntgerichte kennisoverdracht.

Ik had nog een tweede vraag: welk percentage patiënten gaat na een ziekenhuis-bezoek dezelfde dag gewoon weer naar huis? Dit percentage is natuurlijk gewoon erg hoog. Denk nog even aan het plaatje van Chris van Weel. De patiënt die het ziekenhuis

bezoekt heeft vaak nog andere aandoeningen waarvoor hij of zij de huisarts als hoofdbehandelaar heeft. De huisarts heeft vaak goed overzicht over de geschiedenis en alle aandoeningen van de patiënt. En toch communiceren huisarts en specialist slecht met elkaar²⁰. Idealiter zouden alle zorgaanbieders de zorg voor chronisch zieken moeten opvatten als gezamenlijke zorg, in het Engels *shared care*. De praktijk is anders: onze elektronische patiëntdossiers, bijvoorbeeld, communiceren nog niet. De huisartsen hebben al jaren hun huisartsinformatiesystemen, ziekenhuizen gaan over op digitaal (zoals het Radboudumc op EPIC) en ook de patiënt gaat zijn eigen dossier aanleggen, zoals *HerelsMyData*²¹ (dat door het Radboudumc wordt ondersteund). Wij moeten niet alleen doorgaan ons eigen deelsystemen te maken, maar daarnaast echt ons best gaan doen om deze systemen met elkaar te laten communiceren. Met 'wij' bedoel ik met name de huisartsen en ziekenhuizen. Onze academische netwerkpraktijken kunnen hierin een belangrijke voorttrekkersrol spelen. Voor de regio is een beveiligd netwerk voor onderlinge medische communicatie een eerste vereiste.

Er is nog een ander aspect aan persoonsgerichtheid en dat is de manier waarop de patiënt als partner betrokken wordt in het consult. Persoonsgerichte consultvoering door de arts is al jarenlang een aandachtspunt van de afdeling Eerstelijns geneeskunde²². Een recent door het KWF gesubsidieerd project gaat nog een stapje verder, namelijk door de patiënt te helpen bij zijn of haar rol in het consult. In dit project krijgen patiënten met lymfeklierkanker training hoe ze een consult kunnen voorbereiden en hoe ze tijdens het consult de tijd kunnen nemen om hun vragen te stellen²³.

Communicatie is dus ook een onderdeel van *personalized healthcare*. De onderzoekers en docenten van de afdeling hebben jarenlange ervaring met persoonsgerichte communicatie in het studentenonderwijs en de vervolgopleidingen. Ze willen deze kennis de komende jaren graag verder delen en waar mogelijk nog meer interdisciplinair maken.

VAN AANBIEDERSGERICHT NAAR VRAAGGERICHT

Tot nu toe gaat mijn verhaal erg uit van de aanbieders van zorg. Vragen wij in de eerste lijn wel voldoende wat de patiënt echt wil? Is er zicht op de behoeften, bijvoorbeeld op wijkniveau?

Het Radboudumc heeft als ziekenhuis een patiëntenadviesraad, die bij veel van de beleidsontwikkeling betrokken wordt. Dat werkt inspirerend en soms corrigerend op het medisch bedrijf. In de eerste lijn zie je dat veel minder. Toch zijn er in de regio Nijmegen goede voorbeelden van hoe patiëntenbetrokkenheid vorm gegeven kan worden. Het regionale netwerk voor ouderenzorg, met de naam '100', heeft een patiënten-/ cliëntenpanel dat vetorecht heeft op onderzoeksideeën die binnen het netwerk worden uitgevoerd²⁴.

Een ander voorbeeld: binnen het consortium voor mensen met een verstandelijke beperking 'Sterker op eigen benen' loopt momenteel een apart project over onderzoeksprioritering. Bij de start van dit project ontdekten we iets opmerkelijks. In de inter-

ationale literatuur noemen wetenschappelijke experts als de drie belangrijkste onderzoeksdomeinen als eerste ‘genetische en omgevingsfactoren’, daarna als tweede ‘psychosociale factoren’ en als derde ‘gedragsinterventies’²⁵. Een recente studie van het VU medisch centrum onder de doelgroep zelf gaf echter een heel ander beeld: daarin werd ‘onderzoek naar discriminatie’ het belangrijkste gevonden. Daarna ‘onderzoek naar vriendschap’ en als derde ‘onderzoek naar coaching en ondersteuning’²⁶. Dat is toch wel een heel ander rijtje dan wat de deskundigen als onderzoeksprioriteiten kozen, en geeft direct aan dat het betrekken van de doelgroep bij onderzoek essentieel is.

Naast het raadplegen van bewoners en patiënten kan ook uit geaggregeerde kentallen worden afgeleid wat de behoeften van burgers/patiënten zijn. Dit gebeurt voor de eerstelijns vooral op het niveau van de wijk, middels wijkscans. Op basis van dergelijke wijkscans, in combinatie met praktijkgegevens, kunnen zorgaanbieders en gemeente kijken welk aanbod voor welke doelgroep gestimuleerd moet worden²⁷. Dit werk is nog lang niet klaar, en onze sectie MIMS (Methodologie, Informatie Management en Statistiek) en de academische werkplaats AMPHI spelen hierin een voortrekkersrol.

Terug naar de alledaagse praktijk: hoe zit dat met de inbreng van patiënten in het beleid van praktijken en gezondheidscentra? De afdeling Eerstelijns geneeskunde wil aandacht geven aan deze inbreng. Dat gebeurt bijvoorbeeld door een ZonMw-gesubsidieerd onderzoek, waarin ouderen gevraagd wordt welke mogelijkheden ze zien voor betere multidisciplinaire eerstelijnszorg. Daarnaast gaan we nadenken over de manier waarop patiënten meer betrokken kunnen worden bij strategische beslissingen van de afdeling Eerstelijns geneeskunde.

Intermezzo: de verbinding

Ik heb u tot nu toe een aantal ontwikkelingen geschetst die de zorg de komende jaren snel en ingrijpend zullen veranderen: de beweging van ZZ naar GG, de toenemende rol van preventie in de zorg, zorg voor kwetsbare groepen en de samenwerking tussen eerste- en tweedelijns. Deze initiatieven zijn allemaal verbindend. Maar vanuit welke basis kunnen deze initiatieven onderling worden verbonden?

WIJKGERICHT WERKEN

Al een paar keer is ‘de wijk’ genoemd als plaats van waaruit de basiszorg van de meeste patiënten kan worden georganiseerd. Wijkgericht werken heeft namelijk verschillende voordelen. Mensen kunnen makkelijk bereikt worden. Vaak liggen zowel de oorzaak als de oplossing van gezondheidsproblemen in de directe leefomgeving. Ook kunnen de samenwerkingspartners elkaar op deze schaal makkelijk vinden. Er kan zo kleinschalig, maar tegelijkertijd toch ook intersectoraal worden gewerkt. Ook weten we dat gezondheidsbevorderende activiteiten toegankelijker zijn, en dus beter gebruikt worden, als ze dicht bij huis plaatsvinden. Ten slotte kan zorg meer op maat worden aangeboden door aan te sluiten bij de specifieke lokale situatie, zoals door eerder genoemde wijkscans of cliëntenpanels.

Het wijkgericht werken krijgt de afgelopen tijd een prominente plaats in zowel de lokale als nationale politiek, en ook in beleidsstukken van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de Landelijke Huisartsen Vereniging²⁷. De wetenschappelijke basis voor het wijkgerichte werken is echter maar dun²⁸, terwijl er belangrijke vragen zijn als: welke factoren bepalen succes? Is het doelmatig? Hoe worden kunnen doelgroepen het best worden geïdentificeerd? Dit soort vragen naar bewijsvoering voor geïntegreerde zorg en welzijn zijn belangrijk. In de regio Nijmegen kunnen dit soort vragen worden ingebracht in het Consortium voor Wijkkennis, waarin een brede waaier aan zorgaanbieders en kennisinstellingen samenwerken.

Wat zijn de drie belangrijkste keuzes die samenhangen met wijkgericht werken? Huisartsen zullen meer buiten hun praktijk moeten gaan kijken en leiderschap moeten nemen, academische afdelingen zullen hun vaak ziektegerichte onderwijs en onderzoek deels moeten ombuigen naar dit thema en de nulde- en eerstelijnsprofessies zullen nog veel meer moeten gaan samenwerken.

Intermezzo: Thermion

Graag wil ik u meenemen naar de Nijmeegse wijk Lent, aan de andere kant van de Waal. Voorheen een dorp met veel kassentuinbouw. Nu vooral een snelgroeïende nieuwbouwwijk. Het Radboudumc en de afdeling Eerstelijns geneeskunde hebben de afgelopen jaren de oude Philips lampenfabriek in Lent, een industrieel erfgoed, omgebouwd tot een model-gezondheidscentrum: Thermion. Het is een verzameling van groot aantal nulde- en eerstelijns professionals. Ook de GGD heeft er een eigen ruimte. De Hogeschool Arnhem-Nijmegen (HAN) heeft Thermion als leer-werkplaats gekozen, wat inhoudt dat masterstudenten van de HAN zowel praktijkstages lopen als eigen wetenschappelijk onderzoek doen²⁹. De afdeling heeft Thermion ook als opleidingsplaats, voor studenten en huisartsen-in-opleiding, zodat we daar met echt intersectoraal opleiden kunnen experimenteren.

In Thermion kunnen zo dus nieuwe wijkgerichte en transmurale zorgconcepten worden uitgetoetst, onderwezen en onderzocht.

DE BASIS VERBINDT:

BETEKENIS VOOR DE AFDELING EERSTELIJNSGENEESKUNDE

Wat betekenen deze ontwikkelingen verder nog voor de afdeling Eerstelijns geneeskunde? De afdeling herbergt als enige in Nederland alle medische disciplines buiten de muren van het ziekenhuis: specialisme ouderengeneeskunde, sociale geneeskunde – met diverse deelgebieden –, verslavingsgeneeskunde, geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking en huisartsgeneeskunde. Hieraan zijn een belangrijk aantal netwerken verbonden die onderzoek, onderwijs en praktijk verbinden.

Amphi	3 GGD-en (geïntegreerd gezondheidsbeleid) 7 GGD-en (infectieziektebestrijding)
Academische werkplaats Opvang x Oggz	20 organisaties voor maatschappelijke en vrouwenopvang
UKON	13 zorgorganisaties; 10.000 bewoners in ruim 60 verpleeghuizen en meer dan 100 woonzorgcentra
Netwerk '100'	20 organisaties ouderenzorg
NISPA	6 verslavingszorginstellingen door heel Nederland
Sterker op eigen benen	3 instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen: Siza, Dichterbij en Pluryl
Zorggroepen	diverse in regio, o.a. PoZoB, DOH, OCE, Cohesie, Synchroon
Continue Morbiditeits Registratie (CMR)	4 huisartsenpraktijken met totale praktijkpopulatie ongeveer 13.500 personen, registratie sinds 1971
Nijmeegse Monitoring Praktijken (NMP)	11 huisartspraktijken, 9 locaties 46 huisartsen 58 praktijkassistentes ruim 62.000 patiënten registratie sinds 1982
Nijmeegse Universitaire Huisartsenpraktijken (NUHP)	75 praktijken

Voor de sociale geneeskunde is dat AMPHI, waarin wordt samengewerkt met de regionale GGD'en. Daarnaast is er nog de academische werkplaats Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, waarin wordt samengewerkt met organisaties op het gebied van dakloosheid en huiselijk geweld. In de zorg voor ouderen werkt het Radboudumc in het Universitair Kennisnetwerk Ouderenzorg Nijmegen (UKON) en het ouderennetwerk '100' samen met een groot aantal zorgaanbieders. In het onderzoeksconsortium NISPA werkt de universiteit samen met momenteel zes verslavingszorginstellingen uit heel Nederland. In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking wordt met drie regionale instellingen samengewerkt in het consortium 'Sterker op eigen benen'. De samenwerking met huisartsen in de regio is veelvormig. De samenwerking met zorggroepen van huisartsen wordt daarin steeds belangrijker. Daarnaast herbergt de afdeling van oudsher een drietal onderzoeksnetwerken: de Continue Morbiditeits Registratie (CMR; het oudste huisartsregistratienetwerk van Nederland), de Nijmeegse Monitoring Praktijken en de Nijmeegse Universitaire Huisartsen Praktijken.

Alles bij elkaar een enorme rijkdom aan samenwerkingsverbanden met veel disciplines en doelgroepen, en sommige met een rijke historie. Al deze samenwerkingsverbanden zijn springlevend en hebben gedreven professionals en bestuurders.

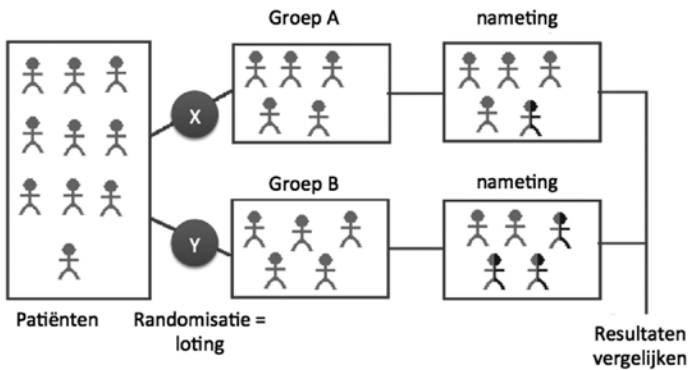
De netwerken zijn onderling echter nauwelijks verbonden, terwijl juist in die verbinding nog veel gewonnen kan worden. De doelgroepen en professionals verschillen namelijk wel, maar er is veel overlap in methodes en doelstellingen. Ook hierin zal de basis zich meer gaan verbinden. Het beste kan dit door de patiënt en de wijk als uitgangspunten te nemen.

EEN PAAR HOBBELS TE NEMEN

Bij de hiervoor genoemde veranderingen – meer samenhang – is het goed om de realiteit niet uit het oog te verliezen en een paar hobbels op de weg nader te bestuderen.

De eerste hobbel is ons financieringsstelsel voor de gezondheidszorg. Preventie, curatie (het beter maken) en care (het verzorgen) hebben van oudsher verschillende financieringsstromen. Zo zal een ziektekostenverzekeraar niet makkelijk de portemonnee trekken voor preventie. Maar ook hebben we binnen de curatie een andere manier van financiering voor de eerstelijns en de tweedelijns. En dat maakt het ingewikkeld: als zorg van de tweedelijns (het ziekenhuis) naar de eerstelijns (de huisarts) wordt verplaatst zal een deel van de financiering deze zorg moeten volgen. Dat is momenteel vaak nog niet zo.

Gelukkig verandert er al heel wat in de financiering, maar dit gebeurt waarschijnlijk niet snel genoeg om alle goede plannen hier in de regio mogelijk te maken. Ik vraag de verschillende partijen (zorgaanbieders, ziektekostenverzekeraars en toezichthouders) om creatief om te gaan met de financiering van innovaties, bijvoorbeeld via speciale innovatiegelden of populatiefinanciering.



De tweede belemmering zit in ons ideale model voor effectiviteitsonderzoek in de gezondheidszorg. Het klassieke model voor evaluatieonderzoek is de gerandomiseerde gecontroleerde trial, waarin middels loting indexgroep A de indexinterventie x krijgt, en controlegroep B de controle-interventie y. Naast de interventie mag volgens dit model niets verschillend zijn in de omstandigheden van groepen A en B. Alles moet verder dus onder controle worden gehouden. Ook mogen de personen in de groepen eigenlijk niet weten of ze interventie x of y gekregen hebben. Evenmin mogen degenen die de name-ting doen weten of personen die ze onderzoeken in groep x of y hebben gezeten. Dat laatste noemen we 'blinderen'.

Organisatie van zorg (bijvoorbeeld preventie, of programma's voor kwetsbare groepen) is op deze manier moeilijk op effectiviteit te onderzoeken. Omdat in deze domeinen de interventies vaak uit meerdere onderdelen samengesteld zijn, de omstandigheden niet onder controle te houden zijn en dus constant veranderen, het vaak lang duurt voordat de effecten aantoonbaar zijn en blinding vaak niet mogelijk is. We moeten daarom werken aan methoden van evaluatieonderzoek die variatie wel toelaten, maar tegelijkertijd goed meten en statistisch corrigeren³⁰. Het is aan de subsidiegevers, wetenschappelijke beoordelaars en de beleidsmatige beoordelaars om mee te bewegen met de maatschappelijke noodzaak complexe interventies op een andere manier op effectiviteit te onderzoeken dan met gecontroleerde trials. Binnen het Radboudumc is er een schone taak voor het recent gestarte onderzoeksthema *Healthcare Improvement Science*, waarvan ik voorzitter ben, om deze alternatieve methodologie verder te ontwikkelen en uit te testen.

Een derde belemmering zit in de wetenschappelijke beloning van individuele onderzoekers en groepen. Zowel nationaal als lokaal wordt sterk gestuurd op individuele prestaties, met daarbij behorende kwalificaties als 'excellent', 'top' en 'principal'. Er is daarbij echter onvoldoende aandacht voor de ongewenste neveneffecten van deze sterke sturing op individuele excellentie: het staat namelijk vaak een soepele samenwerking in de weg. Ook ontmoedigen diverse parameters in het systeem, zoals de sturing op Impactfactoren, het soort onderzoek dat ik met u besproken heb en dat maatschappelijk gezien noodzakelijk is.

WAT DE HUISARTS VAN APPLE KAN LEREN

De gezondheidszorg verandert snel. Dit betekent dat de huisarts zal moeten kiezen voor leiderschap. Ik heb de ingrediënten aangereikt die ervoor kunnen zorgen dat de huisarts in de toekomst een centrale rol in de gezondheidszorg kan blijven spelen. Met de metafoor van de computers loop ik de punten nog even na:

- Luister naar de consument. Diverse mogelijkheden voor patiëntenparticipatie en behoeftebepaling hebben de revue gepasseerd.
- Hou het simpel. Door initiatieven te verbinden en meer aandacht voor de overeenkomsten ontstaat een generiek model voor samenwerken rond de cliënt/patiënt in de wijk, in de regio en transmuraal.
- Zorg dat alle onderdelen eenvoudig communiceren. Dit kan door regionale werkafspraken, afstemming in ICT, beloning van samenwerking tussen onderzoekers en het wegnemen van financiële barrières in het zorgstelsel.
- Stel de persoon centraal. Het systeem faciliteert, maar het zijn de mensen in het systeem die het met elkaar moeten doen. De patiënt is daarin een belangrijke partner.

Apple heeft ervoor gezorgd dat driejarigen en tachtigplussers computers en internet kunnen gebruiken. Ik nodig huisartsen, andere nulde- en eerstelijns professionals, specia-

listen en bestuurders uit om ervoor te zorgen dat de patiënten in deze regio zich met hetzelfde gemak in de zorg kunnen bewegen.

Persoonsgerichte zorg heeft een context. Dat doen gezondheidswerkers samen, met en voor de patiënt: 'de basis verbindt'. Wat mij betreft houdt de huisarts hierin een belangrijke rol.

DANKWOORD

Beste hoogwaardigheidsbekleders, collega's, studenten, familie en vrienden Aan het eind van mijn rede enige dankwoorden.

Het college van bestuur dank ik voor het jarenlange vertrouwen in de afdeling Eerstelijngeneeskunde als belangrijke academische pijler binnen de Radboud Universiteit.

Leden van de raad van bestuur. De ontvangst in Nijmegen was warm en oprecht. Bij Cathy van Beek en Paul Smits kan ik makkelijk terecht met al mijn vragen en ik waardeer jullie geduld met mij. Ik heb veel vertrouwen in de koers van het Radboudumc, maar zal ook na deze rede doorgaan met uitleggen dat een umc meer is dan een academisch ziekenhuis alleen.

Collega's van de afdeling. Ik heb me vanaf het begin bij jullie thuis gevoeld. De afdeling barst van het initiatief en talent, jong en oud en op alle terreinen: opleiden, onderzoek, studentenonderwijs, zorginnovatie en nascholing. We zijn samen een nieuwe weg ingeslagen en er is nog veel werk te doen. 'In Nijmegen gebeurt het,' zeg ik buiten de deur vaak, en dat komt vooral door jullie. Ik sprak deze rede uit als hoogleraar Huisartsgeneeskunde, maar ik ben er als afdelingshoofd natuurlijk voor alle disciplines.

Mijn voorganger Chris van Weel. Je hebt in 27 jaar een prachtige afdeling van internationale allure opgebouwd. Dank voor je vertrouwen, maar met name ook voor de manier waarop je heel bewust ruimte hebt gemaakt om mij als nieuw afdelingshoofd te laten starten. Gelukkig blijf je mij met ideeën voeden en werken we als collega's nog op allerlei projecten samen.

Het is inspirerend om buiten de afdeling in je directe omgeving mensen te hebben die je uitdagen, inspireren en steunen. Het bleek achteraf geen toeval te zijn dat ik met Gert Westert (afdelingshoofd IQ healthcare) en Roland Laan (opleidingsdirecteur) mijn eerste oriënterende gesprekken heb gevoerd. We hebben nu nog steeds veelvuldig overleg over gezamenlijke plannen en activiteiten.

Met mijn intervisiecollega's Didi Braat, Kees Noordam en Jan Smit kan ik in vertrouwen de lusten en lasten van het afdelingshoofdschap delen. Bart Kiemeney, onderzoeksdirecteur, stond mij in het begin en staat mij nu nog steeds met raad en daad bij.

Collega's uit de regio: opleiders, onderzoekspraktijken, kennisinstellingen, bestuurders. Zonder jullie als samenwerkingspartners kan een afdeling als Eerstelijns geneeskunde helemaal niets. Ik sta telkens weer verbaasd van het enthousiasme bij jullie om gezamenlijk dingen op te pakken.

Van mijn eerste promotor, Lex Bouter, heb ik veel geleerd. Lex, je was het perfecte rolmodel. Binnenkort ook voor jou een oratie met een nieuwe leeropdracht 'Methodologie en integriteit'. Je weet me te vinden als je samenwerkingspartners zoekt. Door mijn tweede promotor, Paul Knipschild, ben ik als student-assistent in het onderzoek beland. Ik heb in die vroege jaren mijn fascinatie voor de klinische epidemiologie opgelopen.

Als huisarts ben ik gevormd in de praktijk de Achtse Barrier van Piet van Rijn en Maarten Klomp. Twee heel verschillende mensen, die beiden voor de allerhoogste kwaliteit gingen.

Ik heb op diverse plekken in Nederland met veel plezier de ervaring kunnen opdoen waar ik nu gebruik van maak: Maastricht, het EMGO-Instituut, het AMC en het NHG. Ik zie gelukkig verschillende collega's uit die begintijd nog in de zaal. Bedankt voor jullie komst!

De acht jaar voor mijn benoeming in Nijmegen was ik hoogleraar in Leiden. Het was met name decaan Eduard Klasen die steeds zijn persoonlijke volle steun aan de afdeling gaf. Mede dankzij hem heeft Leiden op het gebied van public health en eerstelijns geneeskunde weer een stevige afdeling. Mijn collega's van het LUMC en de Universiteit Leiden, en vooral van de afdeling Public health en Eerstelijns geneeskunde: bedankt voor jullie samenwerking en vertrouwen. Ik blijf altijd verbonden via deze Leidse toga, nu opgepimpt met een Nijmeegs rood biesje.

Mijn broer Nick, zus Annette, het Hageveld-clubje, de oude Spartaanvrienden en alle andere collega's en vrienden hier aanwezig: als het nodig is zijn jullie er. Dat heb ik de afgelopen jaren gemerkt, nodig gehad en zeer gewaardeerd.

Mijn ouders, Pim en Toet. Jullie hebben mij altijd ruimte gegeven, maar ook steeds met heel veel belangstelling gevolgd. Ik ben weliswaar geen huisarts in de Zilk geworden, maar volgens mij vinden jullie Nijmegen nu ook meer dan goed.

Tomás en Matias, mijn stoere zoons. Hopelijk begrijpen jullie nu iets meer van wat ik op 'het Radboud' doe. Jullie betekenen heel veel voor mij, en houden mij als vader gelukkig goed bij de les.

Tenslotte, Lille. Toen we elkaar ontmoetten hadden we geen idee dat we op deze manier nog eens samen in Nijmegen zouden landen. Je hebt met de vele veranderingen veel moeten opvangen, maar was er steeds. De komende tijd is er meer ruimte voor genieten. Laten we dat vooral samen gaan doen!

Ik heb gezegd.

NOTEN

- 1 Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 NHG. Utrecht, 2012.
Idenburg PJ, Schaik M van. Diagnose 2025. Over de toekomst van de Nederlandse gezondheidszorg. Schiedam: Scriptum, 2010.
Westerbeek A, Andriessen P. FWG trendrapport 2011. Zicht op zorg en functies. Utrecht: FWG, 2011.
Werkgroep Zorg 2025 (De Jonge Orde, VAAVG, VAZA, LOVAH, VJA, Juniorkamer VSG, VASON, LOSGIO). Coach, Cure & Care 2025.
- 2 Bajarin T. 6 reasons Apple is so successful. <http://techland.time.com/2012/05/07/six-reasons-why-apple-is-successful>
- 3 Surowiecki J. Where Nokia went wrong. <http://www.newyorker.com/online/blogs/currency/2013/09/where-nokia-went-wrong.html>
Gustin S. The Fatal Mistake That Doomed BlackBerry. <http://business.time.com/2013/09/24/the-fatal-mistake-that-doomed-blackberry>
- 4 Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezonde levensverwachting; opleidingsniveau. <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=71885NED&D1=a&D2=a&D3=o&D4=a&D5=a&D6=a&HD=120111-1629&HDR=T>
- 5 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van welvaartsziekten. Effectief en efficiënt georganiseerd. RVZ: Den Haag, 2011.
- 6 Assendelft WJJ. Het preventieve aanbod in de eerstelijns. In: Anonymous. Essaybundel: van preventie verzekerd. Acht invalshoeken op preventie in de verzekerde zorg. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2007: 53-61.
- 7 Drenthen AJM, Assendelft WJJ, Velden J van der. Preventie in de huisartsenpraktijk: kom in beweging! Huisarts Wetensch 2008;51:38-41.
- 8 Blokstra A, W.M.M. Verschuren WMM (red.). Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005-2025. Bilthoven: RIVM rapport 260401004/2007.
- 9 Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Perspectief op gezondheid 20/20. RVZ: Den Haag, 2010.
- 10 Noordman J, Verhaak P, van Dulmen S. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. BMC Fam Pract. 2010 Nov 9;11:87.
- 11 Jochemsen-van der Leeuw HG, van Dijk N, Wieringa-de Waard M. Attitudes towards obesity treatment in GP training practices: a focus group study. Fam Pract 2011;28:422-9.
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-obesitas>
- 13 Preventie in de huisartsenpraktijk. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> versie 4.14, 12 december 2013.
- 14 Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 NHG. Utrecht, 2012.

- 15 Melis RJ, Eijken MI van, Teerenstra S, Achterberg T van, Parker SG, Borm GF, Lisdonk EH van de, Wensing M, OldeRikkert MG. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2008;63:283-90.
- 16 www.zwip.nl
- 17 <http://www.parkinsonnet.nl>
- Bloem BR, Munneke M. Revolutionising management of chronic disease: the ParkinsonNet approach. *BMJ* 2014;348:g1838.
- 18 Scherpbier-de Haan ND, Gelder VA van, Weel C van, Vervoort GM, Wetzels JF, Grauw WJ de. Initial implementation of a web-based consultation process for patients with chronic kidney disease. *Ann Fam Med* 2013;11:151-6.
- Scherpbier-de Haan ND, Vervoort GM, Weel C van, Braspenning JC, Mulder J, Wetzels JF, Grauw WJ de. Effect of shared care on blood pressure in patients with chronic kidney disease: a cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2013;63:e798-806.
- 19 <http://www.skopr.nl/actueel/id17357-verpleegkundige-verbetert-overdracht-kankerpatint.html>
- 20 Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res*. 2009 Aug 8;9:143.
- 21 <http://www.hereismydata.com>
- 22 Zie onder andere: Essers G, van Dulmen S, van Es J, van Weel C, van der Vleuten C, Kramer A. Context factors in consultations of general practitioner trainees and their impact on communication assessment in the authentic setting. *Patient Educ Couns* 2013;93:567-72.
- 23 Bruinessen IR van, Weel-Baumgarten EM van, Gouw H, Zijlstra JM, Albada A, Dulmen S van. Barriers and facilitators to effective communication experienced by patients with malignant lymphoma at all stages after diagnosis. *Psychooncology* 2013;22:2807-14.
- 24 Ouderenparticipatie in het Nationaal Programma Ouderenzorg. http://www.site-supply.nl/cso/download/krachtig-clientenperspectief/factsheet_ouderenparticipatie_npo.pdf
- 25 Simonoff, E, Bolton P, et al. Mental Retardation: Genetic Findings, Clinical Implications and Research Agenda. *J Child Psychol Psych* 1996;37:259-80.
- 26 Nierse CJ, Abma TA. Developing voice and empowerment: the first step towards a broad consultation in research agenda setting. *J Intellect Disabil Res* 2011;55: 411-21.
- 27 Nederlands Huisartsen Genootschap / Landelijke Huisartsen Vereniging. Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 NHG. Utrecht, 2012.
- Landelijke Huisartsen Vereniging / Vereniging Nederlandse Gemeenten. Huisarts & gemeente. Samen werken in de wijk. Utrecht: LHV, 2013.

- 28 Maeseneer J de, Weel C van, Daeren L, Leyns C, Decat P, Boeckxstaens P, Avonts D, Willems S. From “patient” to “person” to “people”: the need for integrated, people-centered healthcare. *Internat J Person Centered Med* 2012;2:601-614.
- 29 www.han.nl/gebied/gezondheid/nieuws/nieuws/leerwerkplaats-thermion/
- 30 West SG, Duan N, Pequegnat W, Gaist P, Des Jarlais DC, Holtgrave D et al. Alternatives to the Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health* 2008; 98:1359-66.
- Moore L, Moore GF. Public Health Evaluation: which designs work, for whom and under what circumstances? *J Epidem Community Health* 2011;65:596-7.
- Bonell CP, Hargreaves J, Cousens S, Ross D, Hayes R, Petticrew M, Kirkwood BR. Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: design challenges and solutions. *J Epidem Community Health* 2011;65:582-7.
- Cousens S, Hargreaves J, Bonell C, Armstrong B, Thomas J, Kirkwood BR, Hayes R. Alternatives to randomisation in the evaluation of public-health interventions: statistical analysis and causal inference. *J Epidem Community Health* 2011;65:576-81.