



*Huisartsgeneeskunde:
van alledaagse romantiek
naar academische praktijk*

Oratie Niek de Wit



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Huisartsgeneeskunde: van alledaagse romantiek naar academische praktijk

Inaugurele rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de Huisartsgeneeskunde aan de faculteit geneeskunde van de Universiteit Utrecht op 11 november 2010 door dr. Niek J. de Wit

Inhoudsopgave

1. Inleiding	4
2. De historie van de huisartsgeneeskunde	7
3. De rol van de huisarts in het Nederlandse zorgbestel	10
4. Academische netwerken en de academische huisartspraktijk ..	13
5. Taakgebieden van de universitaire huisartsgeneeskunde en de rol van de academische praktijk	16
a. Wetenschappelijk onderzoek	16
b. Onderwijs in de huisartsgeneeskunde	20
c. Patiëntenzorg en zorginnovatie	22
6. Samenvatting	30
7. Dankwoord	31
8. Referenties	35

*Meneer de Rector Magnificus, leden van de raad van bestuur,
beste collega's, familie en vrienden,*

1. Inleiding

Dokter Deter maakt iedereen beter: zo heet het kinderboek van schrijver en huisarts Toon Tellegen. Dokter Deter, de hoofdpersoon, bedrijft de huisartsgeneeskunde op een magische wijze. Hij haalt oorontstekingen uit oren, stopt pijn in een doosje en schudt hersenschuddingen uit hoofden. Hij geneest zijn patiënten in een razend tempo en op onnavolgbare wijze. Zo gaat hij door het leven als een onmisbare, continu beschikbare hoeder der volksgezondheid. Wordt hij eens een keer moe en ziek, dan komen de zieken in opstand: “De dokter ziek? Dat is onmogelijk!”

De werkelijkheid is niet zo – vroeger niet en tegenwoordig zeker niet. De huisarts is geen wonderdokter met bovenaardse krachten, en het romantische beeld van de immer beschikbare geneesheer is achterhaald. De huidige ‘dokter Deter’ is een goed opgeleide eerstelijns-clinicus en maakt inderdaad vrijwel iedereen beter, maar doet dit op een wetenschappelijk verantwoorde wijze. Het vakgebied van de huisarts heeft in de afgelopen halve eeuw een grote ontwikkeling doormaakt. De huisartsgeneeskunde is tegenwoordig gestoeld op een doordacht kwaliteitsbeleid en kent een gedegen onderzoeks- en opleidingsprogramma. Nederlanders zijn tevreden over hun huisarts en ook de overheid beseft het belang van de huisarts voor de gezondheidszorg.

Dat neemt niet weg dat zij bij tijd en wijle een verschil van inzicht met de beroepsgroep heeft.

De huisartsgeneeskunde moet zich verder ontwikkelen om te kunnen blijven inspelen op maatschappelijke en demografische veranderingen zoals vergrijzing, de toenemende zorgvraag en de noodzaak van meer doelmatigheid. In die ontwikkeling spelen academische afdelingen huisartsgeneeskunde een belangrijke rol.

De positie van de huisartsgeneeskunde binnen de geneeskundefaculteit is sterk veranderd in de afgelopen jaren. Ik heb die ontwikkeling van nabij kunnen volgen. In 1974 ging ik geneeskunde studeren, hier in Utrecht, waar Van Es in 1966 als eerste hoogleraar was benoemd. In het toenmalige curriculum was de ruimte voor huisartsgeneeskunde nogal beperkt. Anno 2010 maken geneeskundestudenten in verscheidene onderwijsblokken en in een gevarieerd stageaanbod kennis met de huisartsgeneeskunde. Alleen al in Utrecht volgen ruim 200 artsen de driejarige opleiding tot huisarts. De huisartsgeneeskunde, ingebed in het Julius Centrum, kent in de Domstad een breed onderzoeksprogramma. In mijn woonplaats Rhenen ben ik zeventien jaar lang huisarts geweest, in mijn eigen 'dorp aan de rivier', waarover straks meer. Sinds begin dit jaar werk ik in de Julius Gezondheidscentra, gevestigd in de Utrechtse nieuwbouwwijk Leidsche Rijn. In deze vinexlocatie krijgt de academische eerstelijnsgezondheidszorg een steeds duidelijkere vorm, dit in nauwe samenwerking met de Utrechtse medische faculteit. Een eigen afdeling patiëntenzorg in een universitaire context completeert de academisering van de huisartsgeneeskunde en zal op veel fronten aan de ontwikkeling van ons vakgebied kunnen bijdragen.

Ik wil u in deze openbare les meenemen langs de romantiek van de dorpsdokter naar de 'academische spreekkamer van de huisartsgeneeskunde'. Daarbij laat ik u zien hoe universitaire huisartsgeneeskunde en de academische huisartspraktijk aan ontwikkelingen in de geneeskunde kunnen bijdragen. Zo weet u over veertig minuten wat ik in de komende jaren als hoogleraar ga doen.

2. De historie van de huisartsgeneeskunde

Eerst een stukje geschiedenis. De arts als generalist is van alle tijden, maar pas in de jaren zestig van de vorige eeuw ontwikkelde de huisartsgeneeskunde zich tot een afzonderlijk vakgebied. Tot die tijd kon iedere afgestudeerde arts zich zonder aanvullende opleiding vestigen als ‘praktiserende dokter in de eerste lijn’. Vooral op het platteland was het werkgebied breed en het medisch isolement groot. De huisarts werkte in en voor een dorpsgemeenschap en hoorde tot de notabelen, samen met de burgemeester en de pastoor of de dominee.

Zoëven hoorde u mij over mijn ‘dorp aan de rivier’ spreken. Velen onder u kennen wel de verhalen van de dorpsarts Tjerk van Taeke in het boek *Dorp aan de rivier* van Antoon Coolen. Deze auteur beschrijft de romantiek van een vooroorlogse plattelandspraktijk ergens aan de Maas. Dokter Van Taeke biedt medische zorg, treedt op als verloskundige, behandelt het gebit en als het moet ook nog het vee. Het boek *Beroepsjournaal* beschrijft op minder prozaïsche wijze het werk van een andere plattelandsdokter, dokter Jan Hers in Oud-Beijerland, rond het jaar 1900. Zijn werkterrein kenmerkte zich eveneens door veelzijdigheid: verloskundige zorg, difterie en tuberculose bestrijding en zelfs liesbreukoperaties aan huis.

In de jaren vijftig ontstond behoefte aan een wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van de ‘algemeen werkzame arts’. Huygen, Deen, Buma en Hoogerzeil richtten in 1956 het Nederlands Huisartsen Genootschap, oftewel het NHG, op. Zij waren ontevreden over het lage wetenschappelijke peil van het werk van de gemiddelde huisarts en

zagen een grote discrepantie tussen de vakkennis uit de ziekenhuispraktijk die de arts tijdens de opleiding opdeed en de eerstelijnspraktijk. Tijdens een conferentie in Woudschoten, zo'n tien kilometer hiervandaan, bakenden zij het huisartsgeneeskundige vakgebied af als "de verantwoordelijkheid voor de continue, integrale en persoonlijke zorg aan de patiënten die aan de huisarts zijn toevertrouwd". Anno 2010 klinkt dit incompleet, zeker in de Utrechtse context, waar huisartsgeneeskunde vooral een klinisch gezicht heeft. Toch was hiermee de moderne huisartsgeneeskunde in het leven geroepen.

Daarna kwam de professionele ontwikkeling op gang. In 1972 ging de eerste eenjarige postdoctorale opleiding van start. Veel van de medische kennis werd echter nog steeds direct uit de specialistische geneeskunde overgenomen. Een sterk accent werd gelegd op persoonlijke ontwikkeling en communicatietechnieken. In 1983 werd het 'basistakenpakket van de huisarts' geformuleerd. Het NHG nam het voortouw in het ontwikkelen van professionele behandelrichtlijnen. Deze NHG-standaarden zijn een succes gebleken: inmiddels zijn er ruim 90 ontwikkeld. Zij vormen de basis van het *evidence-based* klinisch handelen van de moderne huisarts.

De opleiding tot huisarts werd al gauw uitgebreid. Ik maakte in 1988 deel uit van de laatste lichting van de eenjarige opleiding tot huisarts. Inmiddels is er een driejarige, competentiegestuurde opleiding.

Universitaire verankering bleek belangrijk voor een verdere professionalisering van het vakgebied. In 1983 kenden slechts twee universiteiten een vakgroep voor extramurale geneeskunde. Inmiddels hebben

alle acht medische faculteiten een afdeling huisartsgeneeskunde en zijn meer dan twintig hoogleraren in het vakgebied werkzaam.

De universitaire afdelingen vormden netwerken van huisartspraktijken voor de uitvoering van hun onderzoeks- en onderwijstaken. Vooral de afdelingen in Nijmegen en Amsterdam hebben met hun epidemiologische observaties de basis gelegd voor wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk.

3. De rol van de huisarts in het Nederlandse zorgbestel

Hiermee had in vijftig jaar tijd een aanzienlijke professionalisering plaatsgegrepen. Voordat ik op de academische huisartsgeneeskunde in ga, wil ik de rol van de huisarts in het Nederlandse zorgbestel toelichten. Daarvoor ga ik terug naar dokter Deter:

Aan de andere kant van de stad woonde dokter Wom. Op zijn deur stond: DOKTER WOM WEET WAAROM. Als iemand ziek was en wilde weten waarom hij ziek was, dan ging hij naar dokter Wom. Die wist het altijd en legde het geduldig uit. Maar hij kon niemand beter maken. “Daarvoor moet u bij dokter Deter zijn,” zei hij. Op een dag was hij zelf ziek en ging hij naar dokter Deter. Hij legde uit wat hem mankeerde en hoe dat gekomen was. Het was een tamelijk gewone ziekte, die op een heel ingewikkelde manier ontstaan was. Dokter Deter kende die ziekte goed, maar hij wist niet hoe die was ontstaan. “Laat maar, Wom,” zei hij na een tijd. “Nee, nee,” zei Wom en ging verder met zijn verhaal. Pas een uur later was hij uitgepraat. “Nu jij,” zei Wom. Dokter Deter zuchtte en maakte hem beter. Daarna dronken ze thee. “Wil jij eigenlijk nooit weten waarom?” vroeg dokter Wom, die af en toe in zijn handen wreef van plezier, want hij was helemaal beter. “Jawel,” zei dokter Deter, “maar als het te ingewikkeld wordt, kan ik het niet goed onthouden. Ik kan iedereen net beter maken, maar meer ook niet.”

Over de doelmatigheid van de huisarts bestaat geen twijfel. Uit onderzoek, zoals dat van de Amerikaanse hoogleraar Barbara Starfield, blijkt dat een centrale rol van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem samenhangt met betere gezondheidsuitkomsten en een meer gelijk-

waardige verdeling van de gezondheidsvoorzieningen. Zij heeft aangetoond dat in de Verenigde Staten het aantal in de regio werkzame huisartsen direct verband houdt met gezondheidsindicatoren, zoals sterfte door kanker en hart- en vaatziekten, levensverwachting en ervaren gezondheid. Samengestelde onderzoeksresultaten laten zien dat één extra huisarts per 10.000 inwoners een sterftedaling van 5,3 procent per jaar oplevert.

De Nederlandse gezondheidszorg heeft in vergelijking met die in het buitenland een uitstekende kosten/kwaliteitsverhouding. Hierbij speelt de huisarts een belangrijke rol. Anno 2010 behandelen zo'n 9000 huisartsen negentig procent van alle gezondheidsproblemen voor slechts vijf procent van het gezondheidszorgbudget. Fijn, een vakgebied waarvan het wezenlijke bestaansrecht zo duidelijk is aangetoond. Maar wat betekent de huisarts voor de patiënt?

Huisartsgeneeskunde kenmerkt zich door een integrale, contextgerichte benadering vanuit een generalistisch perspectief, gebruikmakend van de langdurige persoonlijke relatie met de patiënt. In minder wollig Nederlands: iedereen in Nederland heeft een huisarts, die je in het algemeen goed kent en bij wie je voor alle gezondheidsklachten terecht kunt. Soms wordt dat wat al te letterlijk genomen: toen een oudere alleenstaande patiënte mij eens belde omdat ze zichzelf buiten haar huis gesloten had en ik vroeg waarom ze daarvoor de huisarts belde, zei ze: "Dokter, de burens zijn niet thuis, mijn kinderen wonen ver weg en ik kan toch moeilijk de politie gaan bellen!"

Er is natuurlijk wel het nodige veranderd in de organisatie van de huisartsenzorg. Vroeger was de huisarts een man die het gehele etmaal

beschikbaar was en alles zelf deed, terwijl zijn vrouw de telefoon aan-
nam. Tegenwoordig kennen we een huisartsenvoorziening waarin huis-
artsen, steeds vaker een vrouw, steeds meer op deeltijdbasis zorg aan-
bieden via taakdelegatie, zorgprogramma's en een dienstensysteem.
Patiënten mopperen misschien over steeds een ander gezicht in de
spreekkamer, maar zijn nog steeds heel tevreden over de huisarts, zo
blijkt uit recente enquêtes.

De huisarts heeft dus een centrale rol in de Nederlandse gezondheids-
zorg, en moet die rol in de toekomst ook goed kunnen blijven vervul-
len. Maatschappelijke en demografische ontwikkelingen, zoals de ver-
grijzing en een toenemende complexiteit van de samenleving, vragen
om aanpassing van het aanbod en de organisatie van de huisartsen-
zorg. De kwaliteit moet nog beter, en de doelmatigheid moet omhoog,
zodat medisch specialisten alleen nog die patiënten zien die hun exper-
tise werkelijk nodig hebben. We moeten ons daarom heroriënteren op
de taakstelling en op de samenwerking tussen de eerste en de tweede
lijn. De patiënt verandert van een passieve zorgvrager in een betrokken
consument. Dit dwingt huisartsen te investeren in voorlichting, zelf-
management en gedeelde besluitvorming in het behandelplan.

Forse uitdagingen staan dus voor de deur. Universitaire afdelingen
huisartsgeneeskunde moeten daarin een belangrijke ondersteunende
rol spelen, vanuit hun kerntaken van onderzoek, onderwijs en zorgin-
novatie. De academische huisartspraktijk is daarbij in mijn ogen het
eerstelijnslaboratorium van de toekomst. Ik zal u laten zien hoe wij
deze werkplaats in Utrecht aan het inrichten zijn.

4. Academische netwerken en de academische huisartspraktijk

De academische afdelingen hebben veel energie gestoken in de organisatie van een universitair netwerk huisartsgeneeskunde, een zogeheten UNH, in elk van de adherentiegebieden. In de regio Utrecht hebben we in de afgelopen jaren met meer dan 1500 huisartsen samengewerkt in onderzoek en onderwijs. Binnen ons UNH kennen we kernnetwerken van praktijken die zich contractueel aan de afdeling verbonden hebben. Zo verzamelen de 23 praktijken van het Huisartsen Netwerk Utrecht (HNU) al vijftien jaar lang routinezorgdata over hun 60.000 patiënten voor wetenschappelijk onderzoek. De Utrechtse opleiding tot huisarts put uit een bestand van 250 contractopleiders.

Daarnaast zijn in de afgelopen jaren op een aantal plaatsen academische huisartspraktijken opgericht, die dienen als academische leerwerk-omgeving in de eerste lijn. Dit initiatief is ook in Utrecht opgepakt. De Stichting Julius Gezondheidscentra beheert vier gezondheidscentra in de wijk Leidsche Rijn en biedt geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsgezondheidszorg aan meer dan 32.000 patiënten. Bij de stichting, die inhoudelijk en bestuurlijk verbonden is aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht, werken 22 huisartsen, 13 fysiotherapeuten en 7 praktijkverpleegkundigen.

Bij dit zorgaanbod is het uitgangspunt de Utrechtse visie op de huisartsgeneeskunde: de huisarts is als klinisch eerstelijnspecialist eindverantwoordelijk voor de medische zorg in de eerste lijn. Centraal staan hierbij een multidisciplinaire aanpak, taakdelegatie, functiedifferentia-

tie en intensieve samenwerking met de tweede lijn. Zorginnovatie wordt geïntegreerd met onderwijs en onderzoek, en sluit thematisch aan bij de speerpunten van het UMC Utrecht.

De academische huisartspraktijk biedt uiteraard basiszorg en aanvullende zorg, net als andere praktijken, maar daarnaast twee extra pakketten. Het bijzondere aanbod omvat ketenzorgprogramma's voor chronische aandoeningen, aanvullende diagnostiek (ecg, 24 uursbloeddrukmeting, teledermatologie), kleine chirurgische verrichtingen en een reizigersspreekuur. Het derde pakket tenslotte, omvat een innovatief zorgaanbod, in de voorhoede van medische ontwikkelingen in de eerste lijn. In de Julius Gezondheidscentra ontwikkelen we vooral zorginnovatie die gericht is op verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Denk aan betere diagnostiek en prognostiek, *aan de voordeur van dokter Deter*, en aan ontwikkeling van complexe zorg door verschuivingen in de zorgketens: *de achterdeur van de praktijk*. Hiertoe werken we nauw samen met regionale ziekenhuizen, GGZ-instellingen en academische partners. Speerpunten voor de komende jaren zijn verbetering van vroegdiagnostiek, het introduceren van preventie- en leefstijlprogramma's en het opzetten van 'anderhalfdelijns' samenwerking. De Julius Gezondheidscentra vormen een academische kliniek, net als andere afdelingen in het UMC Utrecht, maar dan buiten het ziekenhuis en zonder bedden. Misschien een wat vreemde eend in de bijt van de UMC's, maar wel een optimale omgeving om de gewenste academisering van huisartsgeneeskunde in de praktijk te brengen.

Onze beroepsvereniging onderschrijft het belang van de academische huisartspraktijken, en heeft de Landelijke Stuurgroep Universitaire

Netwerken Huisartsgeneeskunde (LSUNH) ingesteld, om het beleid rond die netwerkontwikkeling te coördineren. Tot nu toe hebben de discussies in die werkgroep zich vooral gericht op organisatie en randvoorwaarden en is een visitatieinstrument ontwikkeld. In de nabije toekomst moet ook de inrichting van academische patiëntenzorg op de agenda komen.

5. *Taakgebieden van de universitaire huisartsgeneeskunde en de rol van de academische praktijk*

Ik wil u nu mijn visie geven op de drie academische kerntaken van de huisartsgeneeskunde en daarna aangeven hoe de academische huisartspraktijk hieraan kan bijdragen.

5a. **Wetenschappelijk onderzoek**

Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde heeft in de afgelopen dertig jaar een grote ontwikkeling doorgemaakt, mede dankzij stimuleringsprogramma's en een oriëntatie op de klinische epidemiologie.

Nederland presteert uitstekend. Volgens het project Primary Care International Benchmarking, uitgevoerd in 2008 door het Britse Centre for Reviews and Dissemination, is in Nederland het jaarlijks aantal robuuste wetenschappelijke Engelstalige publicaties vanuit de huisartsgeneeskunde gestegen van 100 in 2001 naar 450 in 2006. Dat is een veelvoud van het aantal publicaties in andere westerse landen, waar overigens vaak meer geld voor onderzoek beschikbaar wordt gesteld. Research in de huisartsgeneeskunde in Nederland heeft een hoge *return on investment*, om het eens in ronkend Engels te zeggen.

De huisartsgeneeskunde is als medische discipline uniek in domein en werkwijze. De patiënt komt in een vroeger ziektestadium en dat betekent een andere voorafkans op ziekte, een andere prognostische waarde van symptomen en andere diagnostische testeigenschappen. Klinische besluitvorming in de eerste lijn is ook anders en primair gericht op het

doen verdwijnen van klachten, niet op het aantonen van ziekte. Het instrumentarium daarbij bestaat vooral uit prognostisch denken, risicoinschatting en een beperkt gebruik van diagnostische middelen. Mijn collega's Verheij en Hoes hebben eerder uitvoerig daarbij stilgestaan in hun oratie. Deze benadering is geen devaluatie van het medische proces, maar een zorgvuldig op de populatie afgestemd klinisch denken. Recente resultaten van klinisch onderzoek in de huisartsgeneeskunde, bijvoorbeeld op het gebied van longziekten, hartfalen, diabetes en het prikkelbaredarmsyndroom, hebben verstrekkende gevolgen voor de dagelijkse praktijk van de huisarts en daarmee voor de patiënt.

Onderzoek in de huisartsgeneeskunde is dus van groot belang. In Nederland richt onderzoek zich echter vooral op chronische ziekten die vanuit het perspectief van zorgorganisatie actueel zijn of waarvan nieuwe ontwikkelingen in de medicamenteuze behandeling de financiering vereenvoudigen. Onderzoeksafdelingen zouden hun researchprogramma's beter op elkaar moeten afstemmen en beter moeten laten aansluiten op klinische dilemma's in de dagelijkse praktijk: niet allemaal onderzoek doen naar chronische ziekten, maar ook kijken naar andere klinische onderwerpen, zoals dermatologie, oogheelkunde, kanker en onverklaarde klachten. Het NHG zou hierin als wetenschappelijke beroepsvereniging een coördinerende rol kunnen spelen. Daarnaast is gerichte financiële investering in onderzoek naar de ontbrekende thema's noodzakelijk.

Wat is nu de rol van de academische huisartspraktijk in dit researchprogramma? Allereerst biedt de academische praktijk de mogelijkheid

tot het inrichten van een nieuwe onderzoeksomgeving. Zo is de Utrechtse academische huisartspraktijk onderdeel van het Leidsche Rijn Gezondheidsproject. Dit project richt zich op een cohort van nieuwe bewoners van Leidsche Rijn van wie door vragenlijsten en metingen uitgangsgesondheidsgegevens zijn vastgelegd en bij wie biomateriaal is afgenomen. Deze gegevens kunnen in follow-up worden gekoppeld aan het dossier van de huisarts. Inmiddels nemen ruim 10.000 bewoners deel aan dit project en zijn van de eerste deelnemers follow-up data over een periode van tien jaar beschikbaar. Binnen het project lopen diverse grote longitudinale onderzoeken, waaronder het onderzoek 'Building Blocks', rondom psychiatrische aandoeningen en het Whistler-project, rondom luchtweginfecties bij kinderen. In die projecten wordt nauw samengewerkt met andere onderzoeksgroepen van het UMC Utrecht.

De academische huisartspraktijk is door haar taakstelling en inrichting ook bij uitstek geschikt voor het in de praktijk brengen en evalueren van nieuwe klinische strategieën. Ik wil dit toelichten aan de hand van het voorbeeld van diagnostisch onderzoek in de eerste lijn.

In de gezondheidszorg heeft de huisarts als primaire taak doeltreffend selecteren op aandoeningen die behandeld moeten worden. Die behandeling doet de huisarts meestal zelf, bijvoorbeeld het voorschrijven van antibiotica bij een longontsteking. Alleen bij een complexe klacht wordt naar de specialist verwezen. Het uitgangspunt is 'de juiste patiënt op de juiste plaats'! Het medisch proces in de huisartsgeneeskunde rust daarom zwaar op twee pijlers: diagnostiek (*vaststellen wat er 'mis is'*) en prognostiek (*voorspellen wat er gebeurt met of zonder interventie*).

Klachten en patiëntkenmerken bepalen het basisrisico, maar om de risico-inschatting af te ronden gebruikt de huisarts diagnostiek, net als elke andere clinicus. Die bestaat uit klachteninventarisatie en lichame-lijk onderzoek, testen in de praktijk en eventueel meer invasief onder-zoek. De uitkomst daarvan bepaalt de uiteindelijke kans op ziekte.

Hoe beter de huisarts kan selecteren, des te doelmatiger wordt de gezondheidszorg. Die selectie kan nog aanzienlijk worden verbeterd, bijvoorbeeld door het gebruik van sneltesten en de toepassing van pre-dictieregels. Voor die verbetering is wetenschappelijk onderzoek in de eerste lijn nodig.

Een sneltest oftewel *point-of-care* test is een eenvoudige laboratorium-test die wordt gebruikt om tijdens het spreekuur de kans op ziekte beter te kunnen inschatten. Voorbeelden zijn de *Helicobacter pylori*-test in de diagnostiek van de maagzweer en de D-dimeer-test bij trombose. De test wordt pas gebruikt bij een tevoren overeengekomen voorafkans op de desbetreffende ziekte. Binnen het Julius Centrum wordt op dit moment het gebruik van deze testen in de eerste lijn onderzocht bij onder meer patiënten met pijn op de borst, onderbuiksklachten of een verdenking op longembolie.

Een predictieregel is niets anders dan een gevalideerde combinatie van klachten en kenmerken die de kans op de aanwezigheid van ziekte tot een voor behandeling acceptabele hoogte brengt. Binnen het Julius Centrum doen wij veel onderzoek naar dit soort beslisondersteuning. Zo hebben we predictieregels ontwikkeld voor patiënten met verdenking op kuitvenetrombose, maagzweer en hartfalen. Liselotte Kok

onderzoekt momenteel in het CEDAR-project welk diagnostisch model de huisarts het beste ondersteunt bij het onderscheiden van patiënten met prikkelbaredarmklachten en patiënten met kanker of ontsteking van de darm. Met predictieregels verbeter je eerstelijnsdiagnostiek op een eenvoudige en kosteneffectieve manier.

Implementeren van innovaties in de diagnostiek is bij uitstek een onderwerp dat thuishoort in de setting van de academische huisartspraktijk. In de Julius Gezondheidscentra gaan wij het gebruik van predictieregels en sneltesten evalueren.

5b. Onderwijs in de huisartsgeneeskunde

Onderwijs is de tweede kerntaak van de academische huisartsgeneeskunde: niet alleen onderwijs aan geneeskundestudenten en nascholing aan huisartsen, maar ook de opleiding tot huisarts. Om de toekomstige huisarts nog beter op de toekomst voor te bereiden, zou meer moeten worden geïnvesteerd in een individueel opleidingsprogramma, in de integratie van *evidence-based medicine* en in onderzoek van onderwijs. Ik zal dit toelichten en aangeven welke rol de academische praktijk hierbij kan spelen.

Huisartsen in opleiding hebben uiteenlopende vooropleidingen, werkervaringen en interesses. Met het oog op kennisverdieping en functie-differentiatie moeten we meer gelegenheid bieden voor persoonlijke invulling van het curriculum. Als we opleidingsstages laten aansluiten op de door het NHG aangeboden kaderopleidingen, kan al tijdens de opleiding een aanvang met functiedifferentiatie worden gemaakt. Voor een select aantal huisartsen in opleiding zou binnen de academische

huisartspraktijken een gedifferentieerd, compacter opleidingstraject moeten worden aangeboden, analoog aan SUMMA, het verkorte traject in de medische basisopleiding.

Het opleidingsprogramma heeft zich sinds 1972 inhoudelijk sterk ontwikkeld. Vroeger lag de nadruk vooral op communicatie en leren in de praktijk, maar tegenwoordig staat competentiegericht leren aan de hand van klinische richtlijnen centraal. Het spanningsveld tussen *evidence-based* en *experienced-based* handelen, dat we in de dagelijkse praktijk zien, komt al in de opleiding voor. Om dit te veranderen, moet *evidence-based medicine* de onderwijsfilosofie worden, niet in slechts een aantal modules, maar volledig door de opleiding verweven. Dat is een complex proces waarbij ook huisartsopleiders en -docenten betrokken zijn. Huisartsen van de toekomst moeten de veranderende vakken- nis bij de juiste bron weten te vinden, op de juiste waarde kunnen schatten en in de dagelijkse praktijkvoering kunnen integreren. Dat zal hen alleen lukken als zij zich al in een vroeg stadium in deze vaardig- heden bekwamen. Academische inbedding kan hen daarin ondersteu- nen door, meer dan nu het geval is, huisarts-onderzoekers in onder- wijsprogramma's in te zetten en huisartsen in opleiding aan research- programma's te laten deelnemen. Zo ontstaat de gewenste kruisbestui- ving tussen ontwikkeling en integratie van vakkennis in de dagelijkse praktijk.

Tijdens de ontwikkeling van het curriculum is in Utrecht veel ervaring opgedaan met het samenstellen van onderwijsprogramma's en met toetsing en monitoring van competenties. Bij een *evidence-based* oplei- ding past wetenschappelijke evaluatie van het onderwijs. We evalueren

het *evidence-based medicine* onderwijs, en doen onderzoek naar selectie en uitval in de huisartsopleiding en naar samenwerking tussen huisartsen in opleiding en coassistenten in onderwijs. Dit moet op termijn leiden tot meer *evidence-based* onderwijs, passend bij de in omvang grootste postdoctorale ‘specialistenopleiding’ van het UMC Utrecht.

De academisering van de opleiding zou aanzienlijk kunnen worden gestimuleerd door een stevigere wetenschappelijke inbedding ervan binnen het UMC Utrecht. Ik heb al de noodzaak tot intensievere samenwerking tussen onderzoeksafdelingen en onderwijsafdelingen genoemd. De instelling van onderwijsleerstoelen huisartsgeneeskunde zou recht doen aan het beoogde academische karakter van de opleiding. Ook de academische huisartspraktijken spelen een belangrijke rol in deze inbedding. Op dit moment zijn in alle Julius Gezondheidscentra structureel coassistenten en huisartsen in opleiding werkzaam. Binnenkort gaat de introductieweek van het coschap huisartsgeneeskunde in de Julius Gezondheidscentra plaatsvinden. In de toekomst zal het onderwijs op de Uithof worden ondersteund met *web-based* patiëntdemonstraties vanuit Leidsche Rijn en zullen nieuwe vormen van onderwijs in de Julius Gezondheidscentra worden geëvalueerd. Op termijn moet de academische huisartspraktijk in Leidsche Rijn zo uitgroeien tot het eerstelijnsopleidingscentrum van het UMC Utrecht.

5c. Patiëntenzorg en zorginnovatie

De academische taakstelling van de afdelingen huisartsgeneeskunde op het gebied van patiëntenzorg blijft in ontwikkeling. In 2003 verscheen het rapport *Huisartsenzorg en voorziening: Concretisering toekomstvisie 2012*, opgesteld door het NHG samen met de Landelijke Huisartsen

Vereniging. Dit rapport opperde verscheidene veranderingen in het aanbod en de organisatie van de huisartsgeneeskundige zorg, zoals differentiatie in het zorgaanbod, gestructureerde taakdelegatie binnen de huisartsvoorziening en invoering van de ‘taakgedifferentieerde huisarts’. Het rapport noemde de universitaire grondslag als de basis voor het klinisch specialisme huisartsgeneeskunde, maar werkte de rol van de academische huisartsgeneeskunde in de ontwikkeling van de zorg niet uit.

Toekomstvisies gaan tot dusverre met name over de organisatie en de randvoorwaarden van ons vakgebied. Ik denk dat de volgende toekomstvisie, die voor 2020, meer aandacht moet hebben voor de wenselijke vakinhoudelijke ontwikkelingen in de klinische eerstelijnspraktijk. Vanuit die verbrede toekomstvisie kan dan samen met universitaire afdelingen een onderzoeks- en innovatieagenda worden opgesteld, waarin een essentiële rol voor academische huisartspraktijken is weggelegd. Deze praktijken zijn immers de ‘academische werkplaats’ in de eerste lijn, lopen voorop in vakinhoudelijke ontwikkeling en zijn bij uitstek uitgerust voor de evaluatie van nieuwe vormen van functie-differentiatie, taakdelegatie en samenwerking. Ik zal dit toelichten aan de hand van een aantal voorbeelden van zorginnovaties in de academische huisartsenpraktijk in Utrecht.

In de Julius Gezondheidscentra zijn huisartsen met expertise op een klinisch deelterrein ingezet voor ontwikkeling van ketenzorg en zorginnovatie. Deze zogeheten ‘interne consulenten’ hebben de kaderopleiding van het NHG gevolgd. Elk van hen werkt voor de academische verankering samen met een externe consulent, een senior stafid van

het Julius Centrum met internationale reputatie op het desbetreffende domein. Gezamenlijk voeren zij innovaties in de praktijk in en fungeren zij voor hun collega's als eerste aanspreekpunt voor zorg en onderzoek op het betreffende gebied.

In de Julius Gezondheidscentra zijn momenteel vier consulenten werkzaam en wel op het gebied van diabetes mellitus, longziekten, hart- en vaatziekten en psychische klachten. Ze blijken zeer succesvol bij het initiëren en implementeren van de beoogde veranderingen. Daarom gaan we in de komende jaren meer consulentenduo's aanstellen. Deze kruisbestuiving tussen academisch onderzoek en patiëntenzorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan bijvoorbeeld betere vroegdiagnostiek van ischemische hartziekten, behandeling van luchtweginfecties bij kinderen en vroegopsporing van psychiatrische aandoeningen.

Sommigen menen dat functiedifferentiatie op gespannen voet staat met de brede taak van de huisarts. Ik deel hun bezorgdheid niet. De inzet van huisartsen met bijzondere expertise in een samenwerkingsverband komt de kwaliteit van zorg in de eerste lijn ten goede en voorkomt onnodige externe verwijzingen. Deze 'experthuisartsen' hebben algemeen huisartsgeneeskundige taken en zijn voorts een tot twee dagdelen per week beschikbaar voor raadpleging door collega's en overleg met specialisten. 'Expert en generalist': dat hoeft elkaar niet te bijten. Het zou mooi zijn als deze intercollegiale consultatie nu eens zou worden gefinancierd.

In de academische praktijk spelen deze interne consulenten een belangrijke rol bij de invoering van ketenzorgprogramma's voor chronische

aandoeningen. Deze programma's zijn vooral geïntroduceerd uit politiek-economische overwegingen, ofschoon veel vragen over invulling, integratie en doelmatigheid ervan nog onbeantwoord zijn. In de academische praktijk gaan wij de veronderstelde meerwaarde van deze ketenzorgprogramma's daadwerkelijk onderzoeken.

Samenwerking is een belangrijk thema van innovatie. In zogeheten 'anderhalfdelijnsprojecten' ontwikkelen we in Leidsche Rijn samen met specialistische partners zorginnovatie die zich richt op meer doelmatigheid en betere service. Daarbij kan alleen sprake van meerwaarde zijn als beide partijen investeren. Neem het gezamenlijke beheer van diagnostische voorzieningen in het ziekenhuis. In 1992 hebben Mattijs Numans en ik al gepleit voor brede toegang, ofwel '*open access*', voor huisartsen tot endoscopisch onderzoek. Het bezwaar luidde toen dat de specialist in het ziekenhuis de indicatie moet stellen omdat de huisarts onvoldoende kennis van diagnostiek zou hebben. Wij hebben toen op basis van 20.000 gastroscopieën in de regio laten zien dat *open access* en specialistische scopieën niet in indicatie en resultaat verschillen. *Open-access*-gastroscopie is sindsdien niet meer van de kaart verdwenen. Deze discussie wordt echter bij andere vormen van diagnostiek telkens opnieuw gestart: coloscopie, cardiale echografie, MRI. Elke keer weer wordt de huisarts op weinig rationele gronden weggehouden van complexere diagnostiek, terwijl toegang tot die diagnostiek juist een belangrijk middel kan zijn om de zorgketen doelmatiger in te richten.

In de Julius Gezondheidscentra gaan we met tweedelijnspartners de diagnostische keten op het gebied van hart- en vaatziekten verbeteren door invoering van sneltesten, electrocardiografie, cardiale echografie

en ergometrie. We bewaken gezamenlijk de indicatie en het resultaat en verbeteren zo de kwaliteit van het gebruik. Het alternatief is uitvoering vanuit eigen diagnostische centra, zoals in Zweden en Engeland, waar huisartsen bijvoorbeeld zelf endoscopie uitvoeren. Dat is tweede keus, maar in sommige gevallen het overwegen waard.

Innovatie in de zorg betreft vaak *taakdelegatie*, een onbetwist instrument voor doelmatige praktijkvoering. Zoals bij veel veranderingen in de zorg wordt deze herschikking van zorgtaken echter vaak op opportunistische wijze ingevoerd, met onvoldoende aandacht voor de vereiste professionele achtergrond van de taakgedelegeerde, de doelmatigheidswinst en de beleving door de patiënt. Wetenschappelijk onderzoek naar taakdelegatie is van groot belang. In het project “Om U” evalueren Irene Drubbel en Nienke Bleijenberg in een trial onder oudere patiënten uit 58 Utrechtse huisartspraktijken het effect van systematische screening op kwetsbaarheid en het effect van de inzet van een praktijkverpleegkundige op de kwaliteit van de ouderenzorg.

Ook de *rol van de patiënt* verandert. De patiënt is steeds meer medebehandelaar van zijn of haar eigen probleem en wil maximaal geïnformeerd zijn. Veel wijst erop dat besluitvorming door arts en patiënt gezamenlijk een positief effect heeft op het klinisch beloop van klachten. In Leidsche Rijn zijn we inmiddels gestart met zelfmanagement in de ketenzorg diabetes. Daarnaast evalueren we samen met de GG&GD, zorgverzekeraar Agis en het kennisinstituut voor preventie en vroegdiagnostiek NIPED een wijkgericht en ‘e-based’ preventieprogramma rondom cardiovasculaire en psychische problemen. In dat programma

speelt 'Julius Fit', een door ons ontwikkeld leefstijlinterventieprogramma, een belangrijke rol.

Tot slot is de academische huisartsenpraktijk bij uitstek de omgeving om zorg voor *bijzondere patiëntgroepen* te ontwikkelen en te evalueren. Ik geef u twee voorbeelden hiervan.

Lichamelijk onverklaarde klachten, oftewel LOK, horen bij uitstek tot het domein van de huisarts. Voor veel klachten van patiënten heeft de huisarts geen pathofysiologische diagnose. Dat hoeft ook niet, als die klacht maar overgaat. Bij een deel van de patiënten in kwestie treden dit soort klachten vaak op. De LOK wordt dan 'chronisch en heet dan CLOK'. Die klacht kan in elk orgaansysteem optreden en betreft vaak pijn, maar soms moeheid of duizeligheid.

Ook in de praktijk van dokter Deter:

Dokter Deter was heel goed in pijn. "Pijn, daar draai ik mijn hand niet voor om," zei hij. Op een dag kwamen er heel veel zieken met pijn. Het waren er honderden. Ze lieten zich op de stoep van dokter Deter vallen en riepen: "Au, au!" [...] De knecht deed de deur open en zei: "Pijn eerst!" De andere zieken moesten wachten. Kermend stormden de zieken met pijn naar binnen. "Stil maar," zei dokter Deter en hij ging meteen aan het werk. Toen de zieken even later aan de achterkant van het huis naar buiten kwamen, hadden ze een klein wit doosje in hun hand. Daar zat hun pijn in, en die mochten ze meenemen als herinnering. Maar ze gooiden hun pijn snel weg, want ze wilden er nooit meer aan denken.

Bij onverklaarde klachten staat traditioneel de orgaangerichte benadering centraal: hoofdpijn valt onder de neuroloog, moeheid hoort bij de internist en buikpijn is voor de maag-darm-leverarts. Veel patiënten gaan op zoek naar een lichamelijke verklaring voor hun klachten en de specialist gaat soms mee in die jarenlange zoektocht. Zo wordt de basis gelegd voor een soms levenslange frustratie, bij de patiënt over de als zodanig ervaren onmacht van de geneeskunde en bij de arts over een ondoelmatig gebruik van voorzieningen. Beide frustraties moeten we voorkomen.

Klinisch onderzoek naar onverklaarde klachten vanuit de academische huisartsgeneeskunde levert een wezenlijke bijdrage aan een deugdelijk beleid. Binnen het Julius Centrum hebben we veel onderzoek gedaan naar onverklaarde maag-darmklachten. De beste oplossing blijkt een integrale, orgaanoverstijgende benadering, gericht op ziekte-inzicht, zelfmanagement en omgaan met klachten. Ik pleit daarom voor concentratie van de begeleiding in de eerste lijn, gezien het belang van longitudinale follow-up, de psychosociale context en het juiste ziekte-inzicht. Een 'CLOK-ketenzorgtraject', zo u wilt, met de huisarts als hoofdbehandelaar en een consultatieve functie voor de specialist. Dit effent bovendien de weg voor regionale eerstelijnsexpertisecentra voor onverklaarde klachten, bijvoorbeeld te vestigen in academische huisartspraktijken. Collega-huisartsen en ook specialisten kunnen daarheen gaan verwijzen.

Kinderen vormen een tweede bijzondere patiëntgroep voor de huisarts. Psychische problemen blijken bij hen pas in een laat stadium aan het licht te komen. Een verstoorde psychosociale ontwikkeling, achterblij-

vende schoolprestaties en frequent bezoek aan de huisarts vormen aanknopingspunten voor vroegopsporing van psychische problematiek. Een op de twee patiënten in de Julius Gezondheidscentra is jonger dan 18 jaar. De centra vormen dan ook een uitstekende omgeving voor onderzoek onder jongeren. Samen met de divisie Hersenen van het UMC Utrecht, de Utrechtse GG&GD en de scholen in deze wijk willen we deze kennis aan ‘opgroeiend Leidsche Rijn’ toetsen en zo tot een betere vroegdiagnostiek van psychische problemen bij adolescenten komen.

6. Samenvatting

Dames en heren,

Ik heb de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde geschetst en de functie van de huisarts als poortwachter in de Nederlandse gezondheidszorg aan u verduidelijkt. Om deze rol in de toekomst te kunnen blijven vervullen moet de huisartsgeneeskunde zich voorbereiden op maatschappelijke veranderingen die voor de deur staan. Vooral de vergrijzing, de veranderende rol van de patiënt en samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn vragen om aanpassing van de organisatie en de inhoud van het zorgaanbod van de huisarts.

Universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde kunnen vanuit hun onderzoeks- en onderwijsopdracht een belangrijke bijdrage aan die aanpassing leveren. Zij moeten daartoe meer de onderzoeksagenda coördineren, samen met de wetenschappelijke vereniging. Een betere academische inbedding van de opleiding tot huisarts is van belang om ook in de toekomst huisartsen op te leiden die hun belangrijke rol in de gezondheidszorg doeltreffend kunnen vervullen.

Tot slot heb ik gewezen op het belang en het potentieel van academische huisartspraktijken, zoals onder meer in Utrecht ingericht, bij het ontwikkelen en evalueren van zorginnovatie. Wij gaan hiermee in de komende jaren druk aan de slag, samen met onze regionale partners in de eerste en tweede lijn en onze collega's van andere afdelingen van het UMC Utrecht.

7. Dankwoord

Meneer de Rector, zeer gewaardeerde toehoorders,

Huisartsen werken voortdurend samen, zowel in de dagelijkse praktijk als in onderzoek en onderwijs. Zonder die samenwerking had ik hier vandaag niet gestaan. Daarom ben ik heel veel mensen dankbaar.

Leden van het College van Bestuur van de Universiteit Utrecht en van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, dank voor het in mij gestelde vertrouwen. Het getuigt van visie om ook zorgontwikkeling buiten de muren van het UMC Utrecht te gaan ondersteunen.

Hooggeleerde Hoes, Van der Graaf, Grobbee, beste Arno, Yolanda en Rick, het huwelijk tussen de huisartsgeneeskunde en de epidemiologie in Utrecht blijkt na 12 jaar zeer stabiel en heeft veel moois voortgebracht. De aanvaringen zo nu en dan zie ik als een teken van een volwassen relatie. Dat jullie ondanks de tegenslagen het academiseringsproject in Leidsche Rijn zijn blijven steunen toont jullie betrokkenheid bij ons vakgebied.

Hooggeleerde Verheij en Rutten, zeergeleerde Pieters, Sachs, Kuyvenhoven, beste Theo, Guy, Ron, Alfred en Marijke, dank voor jullie steun en bijdrage aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Utrecht. BACH gaat in de toekomst nog veel moois componeren.

Beste collega huisartsen in het Stratenum, in De Bilt en in Leidsche Rijn, ik ben me er van bewust dat dankzij jullie inzet de Utrechtse huisartsgeneeskunde zo duidelijk op de kaart staat. Onze samenwerking is de basis van het succes. Dank daarvoor.

Hooggeleerde De Melker, beste Ruut, het is een eer tot jouw schare van promovendi te mogen behoren. Je bent een inspirerende leermeester geweest. *‘Vind je het nog leuk’* jouw gevleugelde kreet naar de promovendi, is gebleven. Ik ben heel blij dat je hier vandaag aanwezig bent.

Zeergeleerde Numans, beste Mattijs, je hebt mij na terugkeer uit de tropen bij Ruut binnengepraat. We zijn daarna altijd blijven samenwerken, in een soms bijna parallel verlopende academische carrière. In de hectiek daarvan is de vriendschap nooit verdwenen. We gaan nog veel mooie projecten samen opzetten.

Geachte Almekinders, Van den Berg, beste Frank en Wouter, jullie hebben mij in mijn post tropen dip voor de huisartsgeneeskunde weten te winnen en zijn altijd een steunpilaar gebleven. Daar ben ik jullie dankbaar voor.

Geachte Oomes, beste Jan, begin dit jaar sprongen wij gezamenlijk figuurlijk in het diepe van de Leidsche Rijn. Ik heb van jou geleerd als een kruidenier op de winkel te passen. We zijn samen een heel eind gekomen en ik zie uit naar onze samenwerking in de toekomst.

Hooggeleerde Schuurmans, beste Marieke, ook de ouderenzorg was een sprong in het diepe. Het Utrechts ouderennetwerk NUZO staat nu als

een huis, dankzij de gezamenlijke inspanning van ons team. 'Praktijkondersteuner' zal ik nooit meer zeggen, maar de samenwerking tussen huisarts en verpleegkundige, die heeft de toekomst.

Beste collega's in de onderzoekslijn psychiatrische epidemiologie, beste Julius en NUZO collega's, beste promovendi, verwondering, vragen stellen en antwoorden zoeken, **dat** is de kern van de academische opdracht. Ik geniet dagelijks van jullie enthousiasme daarin.

Beste collega's uit Rhenen, de huisartspraktijk in mijn dorp aan de rivier was als een warm bed. Eruit stappen was een moeilijke beslissing. De academische huisartspraktijk is in Rhenen twintig jaar geleden al van start gegaan. Lieve Ria, de harmonie in onze samenwerking was zeldzaam, ik denk daar met veel plezier aan terug. Zeergeleerde Rutten, beste Frans, jij bent voor mij het rolmodel van de academische huisarts. Ik hoop dat onze treingesprekken blijven.

Dames en heren studenten, huisartsgeneeskunde is het mooiste vak dat u kunt kiezen. Dat weten de meesten van u al, maar ik hoop dat ik dit vandaag nog eens heb bevestigd. Ook voor de dokters van de toekomst geldt: *heel de mens*, daar draait het om.

En dan nog even persoonlijk. Allereerst mijn vrienden. Vriendschap geeft enorm veel energie en inspiratie en ik heb veel bijgetankt tijdens culinaire avonden, saunabezoek, tropenreünies, hardlooppuurtjes, FC Utrég en bij Arie op de brug. Heel veel dank allemaal!

Thea en Arnoud, ongelooflijk bedankt voor alle steun en ondersteuning in de afgelopen maanden.

De familie staat aan de basis. Mijn ouders, lieve Bep en Niek, ik ben ontzettend blij dat jullie er vandaag bij zijn. Jullie hebben met een heel warm nest en een harmonieuze jeugd de basis gelegd voor mijn universitaire loopbaan en mij altijd gestimuleerd op zoek te gaan.

Lieve Saskia, zonder jou was ik nooit op dit station aangekomen. Al vijfendertig jaar genieten we samen van het leven, en van het aller-mooiste daarin, de kinderen. Jullie zijn mijn inspiratie. Olaf, Myrte en Joeri, wat zijn jullie een geweldige mensen geworden! Blijf jezelf en word gelukkig, dat is de belangrijkste opdracht in het leven.

Ik heb gezegd.

8. Referenties

- 1 Toon Tellegen. Dokter Deter. Amsterdam Querido 1997. ISBN 90 214 8363 7.
- 2 J.C. van Es. Patient en huisarts. Oosthoek Scheltema en Holkema. Utrecht 1974.
- 3 P.G.M.G. Pernel. Het beroepsjournaal van dr. J.F.PH.Hers. Erasmus publishing Rotterdam 2000. ISBN 90 5235 149.
- 4 Antoon Coolen. Dorp aan de rivier. Nijgh en van Ditmar. Amsterdam 1997.
- 5 Landelijke Huisartsen Vereniging. Basistakenpakket van de huisarts. LHV Vademecum Utrecht 1987.
- 6 Van der Werf G, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2001; 44: 428-35.
- 7 Tj.Wiersma, F.S. Boukes, R.M.M. Geijer, A.N. Goudswaard. NHG standaarden voor de huisarts. Bohn Stafleu van Loghum. Houten 2010. ISBN 978-90-313-6328-5.
- 8 F.J.A.Huygen. Family Medicine. Van Gorcum. Assen 2006. ISBN 90-232-4283-1.
- 9 H.Lamberts. In het huis van de huisarts; verslag van het transitieproject. Meditekst. Lelystad 1991. ISBN 90 5070 013 6.
- 10 Primary Health Care, now more than ever. The world Health report 2008. World Health Organisation. Geneva 2008.
- 11 Euro health consumer index: <http://www.healthpowerhouse.com/files/2008-EHCI/EHCI-2008-report.pdf>
- 12 Center for Reviews and dissemination. Primary Care International benchmarking project. York 2008.
- 13 Interfacultair Overleg Huisartseneeskunde. Bijdragen universitaire afdelingen huisartseneeskunde aan de maatschappelijke opgaven volksgezondheid en gezondheidszorg. NFU/NHG, Utrecht 2008.
- 14 NHG/LHV Werkgroep functie- en taakomschrijving huisartsenzorg; huisartsenzorg en voorziening. Concretisering toekomstvisie 2012; Utrecht NHG 2003.
- 15 de Melker RA, Verheij ThJM, Hoes AW. Huisartseneeskunde als klinische discipline. Elsevier/Bunge Maarssen 1999. ISBN 90 352 2262 8.
- 16 Theo Verheij, Ron Pieters, Guy Rutten, Arno Hoes. Huisarts, blijf bij je klinische leest. Huisarts Wetenschap 2006; 49(2): 75-77.
- 17 Rosen R, Stevens R, Jones R. General practitioners with special clinical interests. BMJ. 2003 Aug 30;327(7413):460-2.
- 18 Jones R. Primary care research: ends and means. Fam Pract. 2000 Feb;17(1):1-4
- 19 Jones R. William Pickles Lecture 1997. A liberal education: teaching, learning and research in general practice. Br J Gen Pract. 1997 Jun;47(419):395-9.
- 20 Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? BMJ. 1999 May 8;318(7193):1276-9.
- 21 Beasley JW, Starfield B, van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global health and primary care research. J Am Board Fam Med. 2007 Nov-Dec;20(6):518-26.
- 22 Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. Int J Health Serv. 2007;37(1):111-26.
- 23 Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Wulu J, Xu J. Primary care, social inequalities, and all-cause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990. Am J Public Health. 2005 Apr;95(4):674-80.
- 24 Starfield B. William Pickles Lecture. Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity. Br J Gen Pract. 2003 Sep;53(494):723-9.

- 25 Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet*. 2004 Sep 11-17;364(9438):1004-6.
- 26 N.J. de Wit, Th.J.M. Verheij. Academische huisartsgeneeskunde in de Julius Gezondheidscentra; visiedocument en ontwikkelingsplan voor academisering huisartsgeneeskunde in Leidsche Rijn. Notitie Julius Centrum, UMC Utrecht 2007
- 27 Th.J.M. Verheij, D.E. Grobbee. Academische Huisartsen in Leidsche Rijn; een strategische notitie. Notitie Julius Centrum, UMC Utrecht. Utrecht 2004
- 28 Van den Blink I. Leidsche Rijn , nieuwe stad op oude grond. Stichting de Plantage. Utrecht 2004. ISBN 90-77030-19-0
- 29 Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra: <http://www.lrjg.nl/>
- 30 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.
- 31 Leidsche Rijn Gezondheidsproject: <http://www.lrgp.nl/>
- 32 Knottnerus JA, van Weel C, Muris JW. Evaluation of diagnostic procedures. *BMJ*. 2002 Feb 23;324(7335):477-80
- 33 Oudega R, Moons KG, Hoes AW. Ruling out deep venous thrombosis in primary care. A simple diagnostic algorithm including D-dimer testing. *Thromb Haemost*. 2005 Jul;94(1):200-5.
- 34 Kelder JC, Rutten FH, Hoes AW. Clinically relevant diagnostic research in primary care: the example of B-type natriuretic peptides in the detection of heart failure. *Fam Pract*. 2009 Feb;26(1):69-74
- 35 Weijnen CF, Numans ME, de Wit NJ, Smout AJ, Moons KG, Verheij TJ, Hoes AW. Testing for *Helicobacter pylori* in dyspeptic patients suspected of peptic ulcer disease in primary care: cross sectional study. *BMJ*. 2001 Jul 14;323(7304):71-5.
- 36 Otten CM, Kok L, Witteman BJ, Baumgarten R, Kampman E, Moons KG, de Wit NJ. Diagnostic performance of rapid tests for detection of fecal calprotectin and lactoferrin and their ability to discriminate inflammatory from irritable bowel syndrome. *Clin Chem Lab Med*. 2008 Dec;46(12):1798

Colofon

Uitgave

© Universitair Medisch Centrum Utrecht/Universiteit Utrecht,
december 2010

Foto cover

Chris Timmers, Multimedia, Facilitair Bedrijf, UMC Utrecht

Opmaak

Multimedia, Facilitair Bedrijf, UMC Utrecht

Druk

ZuidamUithof Drukkerijen, Houten

Oplage

1000

UMC Utrecht

Bezoekadres:

Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht

Postadres:

Postbus 85500
3508 GA Utrecht

www.umcutrecht.nl

Prof.dr. Niek J de Wit is per 1.12.2009 benoemd tot hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Hij studeerde geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Aansluitend volgde hij de tropenopleiding in het Zeister Ziekenhuis en het Barbara Ziekenhuis in Geleen. Van 1984 tot 1988 was hij als district medical officer werkzaam in het Mwanza district hospital in Malawi, Afrika. Na terugkeer volgde hij de eenjarige opleiding tot huisarts, en promoveerde in 1992 op het proefschrift *gastroscopie op verzoek van de huisarts; gevolgen voor diagnostisch en therapeutisch beleid*. In 1993 vestigde hij zich als zelfstandig huisarts in het gezondheidscentrum in Rhenen. Deze functie combineerde hij met een universitaire aanstelling bij de vakgroep huisartsgeneeskunde in Utrecht. Zijn werkterrein omvatte een breed scala aan activiteiten: hij was als docent werkzaam bij de opleiding tot huisarts, droeg als coördinator preklinisch onderwijs huisartsgeneeskunde bij aan de ontwikkeling van CRU 99, en was nauw betrokken bij de start en de inrichting van de Julius Gezondheidscentra in de Utrechtse wijk Leidsche Rijn. In 2000 werd hij benoemd tot Universitair hoofddocent. Zijn onderzoeksinteresse ligt bij de diagnostiek en behandeling van lichamelijk onverklaarde klachten, met name in de tractus digestivus, en bij onderzoek naar innovaties in de klinische eerstelijns zorg. Vanaf 2010 is hij werkzaam in de Julius Gezondheidscentra in Leidsche Rijn, waar hij de ontwikkeling van de academische huisartsgeneeskunde coördineert en tevens praktiseert als huisarts. In de geïntegreerde eerstelijns omgeving van de gezondheidscentra worden zorginnovaties ontwikkeld, en wordt onderzoek en onderwijs geïmplementeerd.

