

**Wie is Bart Knottnerus?**

Knottnerus deed aan de Universiteit van Amsterdam promotieonderzoek naar urineweginfecties, als arts in opleiding tot huisarts en onderzoeker. Na zijn promotie was hij 6 jaar vaste huisarts in een gezondheidscentrum in Hoorn. Daarnaast deed hij onderwijs- en onderzoekswerk in het AMC in Amsterdam. Om meer tijd aan onderzoek te kunnen besteden, en aan zijn jonge gezin, ging hij werken als waarnemend huisarts. Sinds april 2020 ligt het zwaartepunt van zijn werk bij onderzoek en werkt hij bij het Nivel. Sinds september 2022 leidt hij daar het onderzoeksprogramma Huisartsenzorg.

De uitnodiging van het Nivel

Frank van Wijck, Ariëtte Sanders

Hoewel het Nivel bij huisartsen vooral bekend zal zijn als leverancier van data over de zorg, kan het van veel grotere betekenis zijn. Het is juist de directe verbinding met de praktijk, de maatschappij en beleidsmakers die het Nivel waardevol kan maken voor huisartsen én voor het Nederlands Huisartsen Genootschap, stelt programmaleider huisartsenzorg en huisarts Bart Knottnerus. Hij maakt zich hard voor intensieve samenwerking om de relevante gezondheidsvraagstukken voor de huisartsenzorg aan te pakken.

‘De buitenwereld ziet ons vooral als dataleverancier en dat begrijp ik ook’, zegt Knottnerus, ‘die data bewijzen immers al jaren hun waarde.’ Maar het beeld verdient wel nuancering, vindt hij. Als programmaleider huisartsenzorg – de functie die hij sinds september 2022 vervult en waarin hij leidinggeeft aan de onderzoekers binnen dit onderzoeksprogramma – wil hij heel graag aan de buitenwereld die nuancering bekendmaken. ‘Natuurlijk zijn die data belangrijk’, vertelt hij, ‘maar dat belang zit toch vooral in het

De basis van het Nivel is de link met grote maatschappelijke onderwerpen, benadrukt Knottnerus. ‘Daarin spelen huisartsen een belangrijke rol’, zegt hij, ‘en die zie je ook terug in de 4 maatschappelijke uitdagingen die we hebben geselecteerd als primaire aandachtgebieden in ons onderzoek: duurzame gezondheidszorg, naar een inclusieve samenleving, de zorgprofessional van de toekomst, en gezond zijn en gezond blijven.’

Vier kapstokken

Die 4 uitdagingen vormen de kapstokken waaronder onderzoeken van het Nivel-onderzoeksprogramma huisartsenzorg kunnen worden gehangen. Bij duurzame gezondheidszorg is dit bijvoorbeeld onderzoek naar de juiste zorg op de juiste plek, naar normalisering van klachten (bijvoorbeeld het verminderen van overdiagnose van psychische aandoeningen en de rol van de POH-ggz daarin) en naar het verkleinen van de ecologische voetafdruk van de huisartsenzorg. ‘Maar er past ook onderzoek bij over het tegengaan van verspilling’, vertelt Knottnerus. ‘Bijvoorbeeld: we weten dat een deel van de urineweginfecties overgaat zonder gebruik van antibiotica. Dus doen we hier onderzoek naar, waarbij we zowel onze kwantitatieve als kwalitatieve expertise inzetten én samenwerken met andere experts uit onder andere de huisartsenpraktijk. Echt een voorbeeld dus van onderzoek waarin we onze data combineren met kennis en expertise om een vraag te beantwoorden die relevant is voor de huisartspraktijk, patiënten en de maatschappij.’

Onder inclusieve samenleving valt bijvoorbeeld samen beslissen bij mensen met multimorbiditeit en beperkte gezondheidsvaardigheden, maar ook onderzoek naar vrouwspecifieke klachten. Bij de professional van de toekomst gaat het bijvoorbeeld over organisatie en samenwerking rondom de nazorg bij kanker. Maar ook over de rol van de POH-ggz in het bieden van passende zorg voor mensen die op een wachtlijst voor de ggz staan. Voorbeelden van aandachtsgebieden binnen gezond zijn en gezond blijven zijn valpreventie, voedingsadvies en signalering van problematisch alcoholgebruik.

‘Weet ons te vinden: samen kunnen we onderwerpen behandelen die van belang zijn voor de kwaliteit van de patiëntenzorg’

feit dat ze een hulpmiddel zijn om inhoudelijke vragen te beantwoorden. Dankzij onze multidisciplinaire expertise en kennis van de data kunnen we samen met huisartsen en andere partijen die data interpreteren als basis om problemen in de zorg op te lossen. Ik zie het echt als mijn opdracht om dat grotere verhaal naar buiten te brengen. Dat is waar we nu met ons nieuwe team in het programma huisartsenzorg stappen in aan het zetten zijn.’

Data als basis

Stuk voor stuk onderwerpen met een grote maatschappelijke relevantie, stelt Knottnerus. Maar toch ook: stuk voor stuk onderwerpen waarin data – en dus de zorgregistraties waar het Nivel bekend van is – relevant zijn. Het Nivel krijgt die data van ruim 500 huisartsen die samen 1,9 miljoen patiënten in hun praktijken hebben. ‘Het zijn routinedata die we geanonimiseerd ophalen’, vertelt Knottnerus, ‘daarvoor hoeft de huisarts niets te doen. Aan de ene kant gaat het om jaarcijfers over zaken als zorggebruik, medicatie, hoe vaak ziekten voorkomen en aantallen verwijzingen. Aan de andere kant is er de wekelijkse surveillance om te monitoren wat er gebeurt in de huisartsenpraktijk. Op basis hiervan kunnen we snel een beeld krijgen van actuele gezondheidsproblemen, zoals nu de toename van het aantal kinderen en jongeren met een longontsteking. Hiernaar kan het RIVM dan snel onderzoek doen. Ook kunnen we onze data koppelen aan de CBS-data, als basis voor bredere onderzoeken naar bijvoorbeeld gezondheidsverschillen in de bevolking.’

De aangesloten huisartsen krijgen voor hun deelname spiegelinformatie terug. Wie onderzoek wil doen, kan hiervoor de relevante data opvragen bij ons. ‘Daar zit een zorgvuldige regelgeving achter om te bepalen of zo’n aanvraag relevant is’, zegt Knottnerus. ‘We kijken goed waar data voor kunnen worden gebruikt. We zijn een onafhankelijke organisatie en willen dus voorkomen dat ze bijvoorbeeld kunnen worden benut als basis voor politieke lobby.’

Peilstations

Dat is dus waar de huisartsen het Nivel van kennen. Maar het is slechts een deel van het voor hen relevante verhaal, stelt Knottnerus. ‘Veel minder bekend zijn de peilstations’, vertelt hij. ‘Dat is jammer, want die hebben heel veel potentie.’ De ongeveer 35 huisartsenpraktijken leveren aanvullende informatie aan over actuele gezondheidsproblemen in Nederland, die niet uit de verzamelde registraties van de zorgregistraties kan worden verkregen. Bij het invoeren van een diagnose waarover het Nivel hun een vragenlijst wil voorleggen, krijgen zij een pop-up in hun beeldscherm. Die kunnen ze op een zelfgekozen moment invullen. De onderwerpen – het belangrijkste is waarschijnlijk de griepsurveillance – kiest het Nivel deels zelf en soms op basis van lacunes in NHG-Standaarden. Een voorbeeld is blefaritis. Maar participerende huisartsen kunnen zelf ook meedenken over mogelijke onderwerpen. De landelijke dekking van participerende huisartsen zorgt ervoor dat ook regionale verschillen in gezondheidsproblemen in beeld kunnen worden gebracht.’

De huisartsen van de peilstations ontvangen een vergoeding voor hun deelname en krijgen er de resultaten van de onderzoeken voor terug. Ook worden ze uitgenodigd voor deelnemersbijeenkomsten en kunnen ze plaatsnemen in de adviescommissie. Die beoordeelt nieuwe onderwerpen op praktische haalbaarheid en relevantie vanuit het perspectief van huisarts en patiënt. Daarnaast kan ze input geven op de inhoud en lengte van vragenlijsten. Hiermee hebben de praktijken dus

invloed op het onderzoek dat binnen de peilstations wordt uitgezet.’ Naast de reguliere peilstations zijn er de belmonsterpraktijken, waar de respiratoire surveillance via monsterafname loopt. ‘De peilstations bestaan al sinds 1970’, vertelt Knottnerus, ‘en er zitten onderzoeken in die al heel lang lopen, bijvoorbeeld over palliatieve sedatie en levenseinde.’

Samenwerking met het NHG

Niet in de laatste plaats ziet Knottnerus meerwaarde in een actievere samenwerking met het NHG. ‘Het NHG gebruikt onze data, maar we kunnen meer voor elkaar betekenen’, zegt hij. ‘De informatie waarover wij beschikken, kunnen we samen met het NHG gebruiken als basis om standaarden te updaten. Zien we adviezen die in een standaard staan terug in onze data? Die informatie zou kunnen worden gebruikt bij een herziening van de betreffende standaard. Samen met het NHG kunnen we ook lacunes in standaarden in kaart brengen en aanpakken. We kunnen dus veel relevanter zijn dan we op dit moment zijn en we werken er nu hard aan om daaraan invulling te geven. We zijn daarvoor een goede regelgeving aan het ontwikkelen en zullen ook zelf meer dan voorheen proactief onderwerpen gaan prioriteren die belangrijk zijn om onderzoek naar te doen.’

Bekendheid vergroten

De gebrekkige bekendheid van de peilstations is voor Knottnerus een belangrijk punt. ‘Daarom denken we nu ook na over de vraag hoe we deze meer onder de aandacht kunnen brengen. Huisartsen kunnen zichzelf aanmelden, maar we benaderen ook regionale huisartsenorganisaties. Nu kijken we bijvoorbeeld of we ook individuele huisartsen kunnen benaderen, want we hebben behoefte aan participatie van alle soorten huisartsenpraktijken. Ook willen we onderzoeksgroepen huisartsenzorg van universiteiten betrekken. De plannen daarvoor zijn nog niet concreet en die universiteitsafdelingen kennen de peilstations ook nog niet allemaal.’

Ook kijken we naar de vraag of we het voor huisartsen aantrekkelijker kunnen maken om te participeren in de peilstations. We gaan een nieuwsbrief publiceren waarin we de activiteiten onder de aandacht brengen. En we proberen de administratieve last van deelname te beperken door ervoor te zorgen dat de vragenlijsten beknopt zijn. We hebben ook relatiebeheerders bij wie huisartsen aan de bel kunnen trekken als ze problemen ervaren in hun participatie. We monitoren de mate waarin participerende huisartsen de vragenlijsten daadwerkelijk invullen, om ook zelf actie te kunnen ondernemen als we zien dat dit een probleem voor ze blijkt. Wat mij betreft mogen huisartsen, onderzoekers en ook het NHG dit interview dus nadrukkelijk lezen als een uitnodiging: weet ons te vinden. In samenwerking kunnen we onderwerpen behandelen die van belang zijn voor huisartsen én voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. ■