



Universiteit  
Leiden

The Netherlands

## Verder met de huisarts

Numans, M.E.

### Citation

Numans, M. E. (2024). Verder met de huisarts. In . Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4172000>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4172000>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Mattijs E. Numans

## Verder met de Huisarts



Universiteit  
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

# Verder met de Huisarts

Rede uitgesproken door

**Prof.dr. Mattijs E. Numans**

ter gelegenheid van zijn afscheid

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 8 november 2024



**Universiteit  
Leiden**



College van Bestuur, Raad van Bestuur, zeer gewaardeerde toehoorders, collega's, vrienden en familie, hartelijk welkom. Ik ben blij dat u op deze vrijdagmiddag mijn verjaardag hebt verkozen boven concurrerend aanbod. Toen ik bedacht dat deze 67<sup>ste</sup> verjaardag ook best de dag van mijn afscheid kon zijn, leek het mij wel een leuke en bijzondere verjaarsbesteding. Niet wetende welke geheel andere major life events nog meer zouden kunnen samenvallen met vandaag. De geboorte van onze eerste kleinzoon, Felix, vorige week, geeft inmiddels een extra feestelijke urgentie aan deze dag...

“Laten we beginnen bij de huisarts”. Dat was de titel van de openbare rede waarmee ik mijn benoeming als hoogleraar huisartsgeneeskunde in Leiden ruim tien jaar geleden in deze ruimte aanvaardde (1). Nadat ik me, naast de huisartspraktijk, na ruim 27 jaar UMC Utrecht en drie jaar Amsterdam VUmc, een jaar had ondergedompeld in de Leidse academische wereld. Dat hebben we gedaan, beginnen bij de huisarts .. en we hebben ook heel veel gedaan van wat ik toen heb staan vertellen in deze zaal. Vanmiddag krijgt die openbare rede een vervolg. De tijd is omgevlogen. Nu, tien jaar later, staat er “Verder met de huisarts” in de uitnodiging en begin ik met mijn emeritaat. Of dat betekent “Je komt verder met de huisarts”, of toch gewoon “We gaan verder met de huisarts” kunt u hopelijk over een ruim half uur zelf beslissen. Mijn verhaal vandaag, is onderdeel van de rite de passage naar een volgende levensfase voor mijzelf, maar ook die naar een volgende fase voor de afdeling Public Health Eerstelijns Geneeskunde en de Health Campus Den Haag. En we hadden eerder vanmiddag al een inspirerend symposium als opmaat onder de titel “de Populatie dokter”, wat kan ik daar nog aan toevoegen zou je zeggen. Het worden anekdotes, terug en vooruitkijken.

Daar gaan we. Ik ben bijna 50 jaar geleden, na een tussenjaar in Wageningen (milieuhygiëne, voeding) alsnog geneeskunde gaan studeren omdat ik mij bezig wilde houden met de gezondheid van mensen in brede zin, in de maatschappij.

Langs die route ben ik bijna 40 jaar geleden huisarts geworden en heb daarnaast altijd met veel plezier academische “bijbanen” gehad. Niet omdat ik te weinig te doen had, maar omdat ik het leuk vond. Ooit raakte ik geïnspireerd door Piet Stoffels, destijds huisarts in Groenekan, die ons als derdejaars geneeskunde studenten een middag in de week kwam voorbereiden op onze stage bij een huisartspraktijk in de regio. Dát wil ik later ook..., dacht ik toen. Huisarts zijn en me dan een dag in de week bezighouden met “studenten”, zoals ik dat zelf toen ook was. En dat ik huisarts wilde worden, stond na die stageweek, bij Kees van der Smagt en Raf Hirsch in het “Huisartsenteam de Bilt”, wel vast.

Overigens, het model, dat je als clinicus ook iets met onderwijs en wetenschap kunt doen, kende ik van huis uit eigenlijk wel. Mijn vader was dierenarts in hart en nieren, van de generatie en de werkopvatting van James Herriot, maar ook in mijn kinderjaren was hij al hoogleraar in dat vak (2). Hij opereerde niet alleen graag - het was z'n lust en z'n leven - maar was daarnaast altijd druk met studenten en medewerkers en universiteitspolitiek. En ook hij hield zich al bezig met de maatschappelijke kanten van zijn vak. Sommigen herinneren zich nog het optreden van de olifant van Circus Toni Boltini in de collegezaal aan de Biltstraat, uit dankbaarheid voor de operatie die de olifant nog jaren optreden mogelijk maakte. Het zijn andere tijden, we hebben het over meer dan zestig jaar geleden, maar in mijn herinnering waren niet alleen de circuseigenaar en het publiek, maar ook de circusolifant zelf, in opperste stemming die middag.

Toch, toen ik derdejaars geneeskunde was, was mijn vader ongeveer net zo oud als ik nu ben, dus bijna met pensioen en die olifant had ik niet meer in mijn parate herinnering. Wat ik maar wil zeggen: het is belangrijk, dat geneeskundestudenten al vroeg in de opleiding artsen van dichtbij aan het werk zien. Het begint met een enthousiasmerend rolmodel!

En zo meldde ik mij een paar jaar later, tijdens mijn eerste baan als assistent-arts Interne in het Zeister Ziekenhuis, toch maar een keer bij Ruut de Melker in Utrecht aan de Mariahoek. Hij was de Utrechtse hoogleraar huisartsgeneeskunde en werd later mijn promotor. Ik had het idee dat ik méér wilde in de huisartsgeneeskunde. Bijna was ik na een paar gesprekken gestrikt, om op eigen kosten te gaan werken aan een projectverzoek dat bij de huisartsgeneeskunde in de la lag, om hoge bloeddruk in de huisartspraktijk te gaan behandelen met Magnesiumoxide. Aangevraagd door de toenmalige hoogleraar toegepaste farmacologie G.A. Charbon. We kregen daarvoor geen subsidie. Er zijn vandaag mensen in de zaal die weten hoe dat kwam.

Het werd zonder verder omhaal, de huisartsopleiding en wel in Olst, in Overijssel. Met bevellingen en apotheek en ZONDER computer in de praktijk, maar MET een Commodore 64 op m'n bureau thuis om BASIC te leren. We hebben het inmiddels over 1985. Ik leerde in Olst heel veel, ook hoe je prettig kunt leven met de praktijk te midden van je praktijkpopulatie. Met een nachtelijke slippartij op weg naar een spoedvisite, omdat ik maar 2 winterbanden had i.p.v. 4. Met bevellingen in boerderijen die je alleen kon vinden als de bewoners in het donker op tijd de buitenverlichting aanzetten. Met een grootschalige rampoefening in het dorp waarbij ik moest kijken of de dankzij LOTUS (de Landelijke Organisatie tot Uitbeelding van Slachtoffers) natuurgetroouw nageleefde slachtoffers medisch goed benaderd werden door toegesnelde EHBO en ambulancepersoneel. Mijn opleider Rens den Hollander zit vandaag in de zaal. Olst toen, was bij nader inzien “the place to be”. Bij een andere huisarts aldaar was tegelijkertijd Patrick Bindels in opleiding, hij is nu net als ik, nog maar net emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde. Wij deelden in Olst part-time een appartement boven de “Mannenzaak van Salland” (een herenmodezaak) en namen voor elkaar de telefoon op als we dienst hadden.

Na die opleiding was er in Utrecht wél subsidie. Voor iets heel anders, namelijk voor wat het “Gastroscoopieproject” zou gaan heten. Bij de invoering van gastroscoopie op verzoek van de huisarts in Utrecht, een voorziening die overigens in Deventer, vlakbij Olst, dankzij een voortvarende MDL arts (Dr. Kor te Velde, internist) al een hele tijd beschikbaar was, was bedacht dat dat alleen maar kon als het goed gevolgd en geëvalueerd werd. En dat mocht ik doen. In een team met aanvankelijk Hans Bogaard, Jos Nadorp en Max Jacobs.

Tijdens dat project rolde ik de praktijk van Jan Jongerius en Guus van Eijk in de wijk Oog in Al, in Utrecht in. Jan zit vandaag ook in de zaal. Dr Jan A.C. Jongerius werkte net als ik bij de vakgroep huisartsgeneeskunde aan de Bijlhouwerstraat en zocht een waarnemer voor zijn uitgevallen collega in de praktijk. Ik zat eigenlijk nog maar net in deze praktijk, toen Jan zelf zijn vertrek aankondigde om directeur te worden van het Zeister Ziekenhuis, waar ik het net ook al over had. Jan vertrok als huisarts, maar heeft daarna veel bijgedragen aan de kwaliteit van dat ziekenhuis, later ook aan die van het Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg en woont nu weer in de wijk. Dat vertrek in 1987, betekende dat Mieke van Dillen, Wietze Eizenga en ik uiteindelijk met z'n drieën de oorspronkelijke duopraktijk in Oog in Al konden overnemen. Ik zit er bijna 38 jaar later nog steeds, met veel plezier, meegegroeid met de praktijk en gehecht aan de wijk en de mensen, we zijn nu met z'n negenen.

Met die academische bijbanen liep het wel wat anders dan ik in mijn studententijd had bedacht. In het gastroscoopieproject kon na een paar jaar ook Niek de Wit, de volgende nog maar net emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde in dit verhaal vandaag, mee gaan werken aan onze gezamenlijke promotie eind 1992 (3). Daarna volgde voor mij een periode waarin ik me vooral bezighield met het studentenonderwijs. Met name met die stage waardoor ik tien jaar eerder zelf zo enthousiast was geworden voor het huisartsenvak. In de hausse van de nieuwe ontwikkelingen in de maag-darm-leverziekten (MDL) volgden na de gastroscoopie de protonpompremmers en

*Helicobacter pylori*. Niek en ik begeleidden een aantal “maag-“onderzoeken, soms apart en soms samen. In die tijd maakten wij deel uit van een groep huisartsen in het land die bezig waren met maagdarmonderzoek en - richtlijnen in Nederland. En we richtten met huisartsen in andere Europese landen, onder leiding van Roger Jones uit de UK, de “European Society of Primary Care Gastroenterology” ([www.espcg.eu](http://www.espcg.eu)) op. Die bestaat nog steeds. Dat was in Nederlands perspectief bij nader inzien ook een soort “place to be”, want niet veel later hadden vijf van de acht hoofden huisartsgeneeskunde hier, een verleden in de Nederlandse groep huisartsen met MDL expertise.

In de negentiger jaren groeide het Julius Centrum hard, met de komst van Rick Grobbee, Arno Hoes en Theo Verheij, de epidemiologie en de huisartsgeneeskunde gingen samen. We startten het Leidsche Rijn Gezondheidsproject (4). Dat was en is ook nu nog een academische infrastructuur in een nieuw deel van Utrecht waar tienduizenden mensen zijn gaan wonen. Voor mijzelf was dat de eerste aanzet van het experimenteren met grootschalig data-hergebruik uit de registratiesystemen van huisartsen voor onderzoek en populatiegerichte zorg. Dat, in combinatie met bouwen aan een academische werkplaats huisartsgeneeskunde, was een grote en leuke klus, die later werd ingebed in de Leidsche Rijn Julius Gezondheidscentra.

Voor mij, te beginnen met “9/11” in 2001, volgde een sabbatical in Boston, met het gezin. We hadden op die mogelijkheid in ons maatschapscontract in de praktijk geanticipeerd en ik bleef niet de enige die er gebruik van maakte. Wij deden als ouders ieder een inspirerend onderzoeksproject, de jongens gingen er naar school en kregen nergens anders later, beter onderwijs dan daar. We laafden ons aan een compleet andere wereld, werkten aan publicaties waar ook anderen veel plezier van hadden (5, 6) en konden zelf ook eens rustig nadenken hoe het verder moest. Een aanrader, zo’n sabbatical, regel met elkaar dat dat kan, ook als huisarts.

Intussen waren we er in Oog in Al, na jaren gesteggel met de gemeente, in geslaagd een prachtig gezondheidscentrum te doen verrijzen. Dat centrum openden we in 2003 ([www.gzcooginal.nl](http://www.gzcooginal.nl)). Toen ongeveer tegelijkertijd duidelijk werd dat de aansluiting van de huisartsenwereld in Leidsche Rijn, bij die in de stad Utrecht, niet echt lekker uitwerkte, was dat voor mij een reden wat anders naar het concept bijbanen te gaan kijken. Het werd in 2006 de Stadsmaatschap Huisartsen Utrecht, waarbij zich niet, zoals Niek de Grunt, Cees Bouter en ik toen verwachtten 30, maar direct al 60 en binnen een paar jaar 90 huisartsen aansloten (7). Stelt u zich eens voor, 90 huisartsen, die zich voegden in een tamelijk innovatief kwaliteitssysteem, alle praktijken gingen zich laten accrediteren bij het NHG en alle 90 huisartsen genereerden 10-15% van hun inkomsten uit die maatschap.... We slaagden erin de ketenzorg en de ouderenzorg beter te organiseren en het delen van data in de stad voor zorgvernieuwing en kwaliteitsbeleid van de grond te krijgen. De zorgverzekeraar vond dat toch te bedreigend, verdeel en heers leidde ertoe dat het een paar jaar later toch een coöperatie moest worden: “Huisartsen Utrecht Stad”, HUS. Ikzelf kon in 2010 een bijzondere leerstoel over de academische werkplaats huisartsgeneeskunde, academische samenwerking in het veld, bij de VU in Amsterdam gaan invullen (8). Dat, naast nog steeds drie dagen praktijk en één dag Julius Centrum. Toen was het wel weer heel erg veel en druk...

Mijn laatste bijbaan, dit hoogleraarschap en afdelingshoofd in Leiden en Den Haag, sinds 2013, is natuurlijk veel meer dan een bijbaan geworden. Het was voor mij, toen de keus zich aandienende, ook wel de vlucht naar voren. Eén grote academische taak die drie andere bijbanen zou kunnen vervangen. Met als grootste adering het reduceren van mijn tijd in de praktijk van drie dagen naar één dag in de week. Dit was toch DE eervolle kans om uiteindelijk, naast het opleiden en inspireren van studenten, een aantal dingen die ik wilde met de huisartsgeneeskunde in gang te zetten.

U merkt, het wordt vanmiddag een reis, eigenlijk mijn reis, door de huisartsgeneeskunde, en ook door de academische huisartsgeneeskunde. Die ging dus uiteindelijk naar Leiden en den Haag en daar ben ik nu aangekomen, met mijn verhaal.

Ik ga door over de antwoorden op een aantal vragen die me al 11 jaar gesteld worden. Ik heb het er in mijn oratie in 2014 (1) ook al over gehad. Het idee is u mede aan de hand daarvan een overzicht te geven van wat we hier met elkaar hebben gedaan, hoe zich dat verhoudt tot de huisartsenwereld anno 2024 en hoe zich dat naar de toekomst kan vertalen. De disclaimer: ik ben zelf nog steeds huisarts en blijf dat ook na vandaag. Dat is dan ook het perspectief van waaruit ik vertel, mijn perspectief.

We gaan verder met de huisarts....

De vragen, het zijn er inmiddels vier....

1. 'Wat doet een hoogleraar huisartsgeneeskunde eigenlijk?'
2. 'Waarom zit je als Utrechtse huisarts in Leiden?'
3. 'Wat doet Leiden eigenlijk in Den Haag?'. En
4. 'Wat is er eigenlijk huisartsgeneeskunde aan wat jullie in Den Haag doen?'

Met aanvankelijk de ondertoon of dat allemaal ooit wel even belangrijk en leuk zou kunnen zijn als goede patiëntenzorg leveren in de praktijk, met wat onderzoek en onderwijs erbij. Maar de laatste jaren ook wel waarderend "toch wel heel goed dat je door praktijk te blijven doen dicht bij je vak blijft". Voor mij was de combinatie met de praktijk een *conditio sine qua non*.

De antwoorden op deze vier vragen geven wel een aardige basis voor de blik vooruit, hoe het verder zou kunnen. En passant gaat het over onderwijs, opleiden, onderzoek en strategie, de academische kerntaken.

De eerste vraag dan maar. Wat doet een hoogleraar huisartsgeneeskunde... Er zijn er van "mijn soort" hoogleraar huisartsgeneeskunde, de afdelings-, of "discipline"- hoofden, in Nederland zeven. Op veel plaatsen zijn er daarnaast ook huisartsen hoogleraar met speciale opdrachten, zoals opleiden, onderwijs, of zoals bij ons, het onderzoek in algemene zin en eHealth. Elders bijvoorbeeld infectieziekten, hart vaatziekten, toegankelijkheid van zorg. Wat een hoogleraar huisartsgeneeskunde doet en of dat wel leuk is - de vraag die mij werd gesteld - hangt nogal af van de positie van die hoogleraar in het UMC, in de afdeling, in de regio. Globaal doe je als hoogleraar huisartsgeneeskunde in mijn visie, vier belangrijke dingen, die het tot een leuke grote uitdaging maken.

1. Zorgen dat je inspirerend onderwijs organiseert en zelf ook geeft, om studenten vroeg te laten zien wat artsen buiten het ziekenhuis doen en om artsen goede, breed opgeleide huisartsen te laten worden. U hoorde me net al even over het belang daarvan. Door een rolmodel te zijn, de praktijk dicht bij het onderwijs te brengen. En bij alle klinische thema's in het onderwijs levendige voorbeelden aan te brengen om te laten zien hoe zich dat probleem voordoet, vóórdat je in het ziekenhuis belandt, wat je eraan kunt doen om dat te voorkomen en hoe het na de in principe korte periode in de tweede of derde lijn thuis verder gaat.
2. Zorgen dat de kwaliteit van het huisartsenvak met in de praktijk goed werkbare resultaten van breed gedragen onderzoek en onderwijs wordt gestut. Bijvoorbeeld hoe je op de goede manier gastroscopie kunt aanvragen, bij wie wel en bij wie niet (9). Of te zorgen dat er betere richtlijnen moeten komen voor antibioticagebruik (10). Of dat je weet bij wie je met welke behandeling op welk moment het beste terecht kunt en bij wie je beter kunt stoppen (11). En hoe je je als huisarts in de wijk, in je praktijkpopulatie, nuttig

kunt opstellen als het gaat om spoedzorg (12), zorg voor ouderen (13), of leefstijladvies (14), om te zorgen dat “jouw” populatie gezonder wordt. Maar ook hoe je je vak kunt organiseren zodat er niet telkens weer zo’n zucht klinkt “moet dat er in de eerste lijn ook nog bij”.

3. Zorgen dat het vak huisartsgeneeskunde en in ons geval de afdeling met ook de andere vakken, gezien wordt en positie houdt in de medische faculteit, in de medische opleiding in het UMC, waar de klinische vakken buiten het ziekenhuis nergens vanzelfsprekend bij iedereen in beeld zijn. En waar de studenten, niet in de laatste plaats in Leiden, gevoed door televisieseries en media-aandacht, binnenkomen met het idee dat ze allemaal wel even specialist in een ziekenhuis zullen worden. Quod non, we hebben de beste in de eerste lijn, buiten het ziekenhuis nodig.
4. En, last but not least, zorgen dat je partners in de regio, in instellingen, huisartspraktijken, de niet-universitaire ziekenhuizen, bij de andere faculteiten en hogescholen, graag strategisch en wetenschappelijk met je samenwerken voor de bovengenoemde doelen in onderzoek-, onderwijs- en opleiding. Dat gaat veel verder dan huisartsgeneeskunde in engere zin.

Vooraf dat wat ik zojuist “last but not least” noemde, ondersteunt mijn mening, dat de huisartsgeneeskunde misschien wel het meest in de maatschappij verankerde klinisch geneeskundige vak is en ook hoort te zijn. We hebben dus, als vak, als discipline, ook artsen nodig die niet alleen spreekuur doen maar ook reflecteren, soms ‘boven’ hun dagelijks werk durven te hangen en verder kijken dan hun neus lang is. Wij zijn de kanarie in de kolenmijn en merken het het eerst als het wel of niet goed gaat met “de mensen”. En we zijn soms het afvoerputje in de zorg: als alles misloopt ga dan maar naar je huisarts.

Je komt verder met de huisarts, als je je dat als maatschappij en als huisarts realiseert en er ook wat mee doet. Buiten het ziekenhuis, met direct patiëntencontact, maar met ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid: voor het gezond maken of houden van de praktijkpopulatie, de wijk, de stad, het dorp. We realiseren het ons niet altijd, maar slimme en oplettende huisartsen hebben een “exceptional potential” in de maatschappelijke gezondheid (15). Je moet zo’n rol natuurlijk wel willen zien en willen hebben. Dat niet iedere huisarts zijn of haar vak zo “maatschappelijk” zal willen invullen is evident, maar als beroepsgroep en als academisch netwerk moeten we daar wel ruimte voor weten te vinden en/of maken. Gelukkig ben ik niet de enige die dat belangrijk vindt en doen we dat ook. Na ruim 60 jaar voegden we in 2019 aan de bestaande huisartsgeneeskundige kernwaarden integraal, continu en persoonlijk, de vierde kernwaarde gezamenlijk toe, om uiting te geven aan het belang van context en samenwerking voor goede huisartsgeneeskundige zorg (16).

Ook in de wereld van de academische ziekenhuizen, in het geneeskunde onderwijs en in het wetenschappelijk onderzoek moet het vak huisartsgeneeskunde de brede ontwikkeling die daarbij hoort kunnen hebben en bieden. Het begint met goede dokters en daar zijn we als UMC’s natuurlijk gezamenlijk en als geheel verantwoordelijk voor. Maar uiteindelijk komt 2/3 van de opgeleide artsen niet in het ziekenhuis terecht en van die 2/3 treedt ongeveer de helft via onze afdelingen in het land, in de huisartsopleiding aan. Je kunt als huisarts niet alles zelf doen. Dat doe ik ook niet. Maar over je eigen grenzen heen kijken, problemen herkennen en daar consequenties aan verbinden, of zorgen dat anderen dat doen, het is de basis van het moderne wijkgerichte, of populatiegerichte werken. Niet alleen maar wachten op problemen die worden gepresenteerd, maar ook proactief en wellicht preventief in actie komen, of laten komen, om de wijkgezondheid en/of de individuele gezondheid van mensen met risico’s te bevorderen. Ik noem weleens als voorbeeld hoe wij, al een jaar of 25 geleden, als praktijk in Utrecht met de gezondheidsgegevens van onze

populatie konden bijdragen aan het doen verdwijnen van de sojafabriek in onze wijk ([www.cereolfabriek.nl](http://www.cereolfabriek.nl)). En hoe we in Leidsche Rijn met huisartsgegevens konden laten zien dat een met veel ambitie aangekondigd aanbod van “allergeenarme huizen”, heel mooi bedacht maar niet erg doeltreffend was (17). En hoe we hier, in Den Haag, laten zien waar de pijn zit als we het hebben over het inschatten van bijvoorbeeld hart-vaatziekerisico’s: niet de patiënten doen iets verkeerd, maar de dokters moeten over andere instrumenten, benaderingen en richtlijnen kunnen beschikken om de gezondheid van hun populatie te bevorderen en op te houden met te dweilen met de kraan open (18). Over je eigen grenzen, niet alles zelf doen maar samenwerken. Het is, ik zei het al, de vierde van onze kernwaarden, in 2019 toegevoegd (16). En ook internationaal wordt die kracht van de huisartsgeneeskunde benadrukt. Het boek “the exceptional potential of General Practice”, de exceptionele kracht van de huisartsgeneeskunde, ik heb het nog maar net ontdekt en stipte er net al aan, verscheen in de UK ook in 2019 en is van begin tot eind een pleidooi voor een integrale, interdisciplinaire aanpak van gezondheidsproblemen vanuit de eerste lijn (15). Als je dat herkent en onderschrijft, betekent het dat je als hoogleraar huisartsgeneeskunde ook verder kijkt dan je eigen vak, dat andere disciplines deel uitmaken van het team waarmee je werkt en dat er anderen dan huisartsen bij je promoveren. Zoals de gedragswetenschapper, die kijkt naar het beste moment om tot leefstijlverbetering te komen (19), of de apotheker die kijkt naar de beste samenwerkingsvorm als het van populatiegerichte zorg moet komen (20). Tot zover wat antwoorden op de vraag wat een hoogleraar huisartsgeneeskunde doet... Meteen een pleidooi om deel te blijven uitmaken van “de praktijk” in brede zin, want je holt maar zo te ver weg van de herkenbaarheid en relevantie voor het huisartsenwerk van alledag. En je holt dan ook weg van de zichtbare noodzaak om interdisciplinair samen te werken.

Hier in Leiden is de hoogleraar huisartsgeneeskunde niet alleen het hoofd van de Huisartsgeneeskunde, maar van de afdeling

Public Health en Eerstelijns Geneeskunde en van de daaruit ontsproten Health Campus in Den Haag. Van oudsher maken ook de Ouderengeneeskundigen, Sociaal Geneeskundigen en de Medische Antropologie deel uit van ons vakkenportfolio. Verder is onze afdeling de afgelopen jaren, gericht op de toekomst, ook de motor van het eHealth Living Lab, NeLL, geworden, met een groeiend team op poten gezet door Niels Chavannes. Onze Haagse hoogleraar Sociale Geneeskunde Barend Middelkoop werd opgevolgd door Jessica Kieft als hoogleraar Population Health en kan, inmiddels ook formeel, steeds effectiever verschillende gezondheidsbevorderende ambities in het onderzoek en opleiding in Den Haag kwijt. En dankzij onze groei op de Campus Den Haag en de structurele samenwerking met andere faculteiten vooral daar, hebben we in de afdeling inmiddels ook de faculteiten sociale wetenschappen, bestuurskunde en datascience aan boord. Jet Bussemaker, Marieke Adriaanse, Marco Spruit. Om, vanuit ons gezamenlijk perspectief, het maatschappelijk speerpunt “population health” van het LUMC en de universiteit, inhoudelijk vorm te kunnen geven. Dat laat zich zien in verschillende wat meer maatschappelijk georiënteerde projecten zoals groepsconsulten in achterstandswijken in het kader van “Gezond en Gelukkig Den Haag” (21), bekostigingsmodellen voor de nieuwe integrale geboortezorg (22) en de inbreng die we hebben in de verschillende Integrale Zorgakkoorden in de regio. Het in elkaars keukens kijken met andere disciplines en samenwerken in promotietrajecten werkt inspirerend. We hadden mooie voorbeelden van projecten over “aanhoudende lichamelijke klachten”, dat heette ook wel SOLK (23) en de vroege herkenning van sociale angst (24) en andere psychische problemen bij kinderen (25). En dankzij de medische antropologie met Ria Reis maar ook Matty Crone en nu ook Jessica Kieft, gingen we aan de gang met mixed methods en de syndemics (het fenomeen dat het tegelijk voorkomen van problemen op meerdere gebieden leidt tot versterking van ieder probleem). Dat leverde nieuwe aanknopingspunten voor interventies op (26). En de samenwerking met het sociaal domein wordt er veel noodzakelijker door.

Dat is het begin van de antwoorden op de vragen twee en drie, waarom zit je eigenlijk in Leiden en wat doen jullie in Den Haag. Ik heb het altijd een heel belangrijk voordeel van Leiden gevonden, een “unique selling point”, dat de andere disciplines van “artsen buiten het ziekenhuis” deel uitmaken van hetzelfde team in de afdeling en niet door een lastige opdeling bij andere klinische specialismen terechtkomen. En ik heb er van harte aan getrokken om het team, het aantal disciplines, groter te maken. Samen zijn wij, als afdeling, in samenwerking met anderen, verantwoordelijk voor de innovatie, het onderzoek, de ontwikkeling en het opleiden van artsen in posities van waaruit 90% van de gezondheidsproblemen van mensen in de maatschappij worden opgelost tegen 5-10% van de kosten die in de gezondheidszorg worden gemaakt. Voor een goed begrip, de andere 90% van het BUDGET gaat vooral naar de ziekenhuizen. En daar kom je in Nederland meestal pas terecht als je huisarts je verwijst. De aanwezigheid van die disciplines in één afdeling, was voor mij een van de redenen om, als ik dan afdelingshoofd zou worden, voor deze om te beginnen al “interdisciplinaire” context voor Leiden te kiezen. Hoe ingewikkeld dat soms ook was en is. Voor mijzelf omdat mijn praktijk niet in deze regio is, maar ook voor het “management” van de afdeling. Want die andere disciplines willen ook hun eigen ambities zichtbaar uit kunnen leven en aan de knoppen draaien. Zoals destijds de voorzitter van de benoemingsadviescommissie het samenvatte “dus u hebt de ambitie zich bij ons in te zetten voor de multidisciplinaire eerste lijn – en hoe ziet dat er over vijf jaar dan uit?...” We zijn elf jaar verder, het beeld wordt hoop ik duidelijker.

Huisartsen bemoeien zich graag met van alles en zijn de spil in de gezondheidszorg. Bestuurlijk, in het land maar ook regionaal en plaatselijk, is het nogal eens een uitdaging dat in ons voordeel te laten werken. Maar het brengt mij, nu de vraag “waarom Leiden” is beantwoord, naar de derde vraag, “wat doet Leiden in Den Haag”. Het was, in mijn leven overigens niet ongebruikelijk, “le temps, le lieu”, de tijd de plaats, een samenloop van kansen. Die er kwamen dankzij

toenmalig decaan Pancras Hogendoorn en toenmalig decaan van de Campus Den Haag Jouke de Vries. Als je in Leiden binnenloopt is het heel snel duidelijk, hoe trots, tevreden en gezellig ook, dat is niet echt een grote stad. Dat heeft grote voordelen, maar ook wel nadelen, als je artsen breed en ook maatschappelijk georiënteerd wilt opleiden. Het tweestedenbeleid van Universiteit Leiden opende de weg in die leemte te voorzien (27). In Den Haag, in de context van de meest diverse stad van Nederland, grepen we als afdeling de kans de populatiegerichte zorg, in het Engels “community oriented primary care”, vorm te geven. In essentie gaat het om proactief risicogroepenbeleid en interdisciplinaire samenwerking, gebaseerd op goed wetenschappelijk onderzoek en met name toepasbaar in de praktijk, veel “actieonderzoek”. We hebben dat met een groeiend team wetenschappelijk, in onderwijs en in de opleiding verder uitgebouwd en zijn daarmee ook echt iets gaan betekenen voor de gezondheid en de gezondheidszorg in de regio Haaglanden, met o.m. Jet Bussemaker als motor van “Gezond en Gelukkig Den Haag” [www.gezondengelukkigindenhaag.nl](http://www.gezondengelukkigindenhaag.nl) maar ook met uitstraling naar de regio Leiden. En we zijn ook meer gaan betekenen voor de opleiding van huisartsen en specialisten en voor de zorgonderzoekers bij ons en andere faculteiten. We doen dat vanuit het prachtige Wijnhavengebouw van de Campus Den Haag van Universiteit Leiden. We noemen het, een paar subsidies verder, de Health Campus Den Haag [www.healthcampusdenhaag.nl](http://www.healthcampusdenhaag.nl). Waar dat vandaan komt en zoal toe leidt heeft u, als u vanmiddag bij het symposium ‘de Populatie dokter’ aanwezig was, ook al een beetje kunnen horen. Een “eigen” masterprogramma Population Health Management, met dank aan Marc Bruijnzeels, vormt de basis voor veel van de daar ontwikkelde en uitgevoerde wetenschap en onderwijs [www.universiteitleiden.nl/en/campaign/master/programme/population-health-management](http://www.universiteitleiden.nl/en/campaign/master/programme/population-health-management). Vakken uit die master, of het volledige programma, kunnen we inzetten in de opleiding van promovendi, huisartsen, ouderengeneeskundigen, klinisch specialisten en andere professionals in het zorglandschap. Dat draagt bij aan de

versteving van de toekomst van de zorg en niet in de laatste plaats aan die van de huisartsgeneeskunde. We hebben inmiddels een prachtig portfolio van interdisciplinair onderzoek, waar promovendi uit alle hoeken van de universiteit zich graag in bewegen. Daarbij steeds ook “onze” AIOtho's, de huisartsen in opleiding die naast hun opleiding in een promotietraject zitten en van wie er nu een aantal achter elkaar aan het promoveren zijn. En specialisten in opleiding in het LUMC en de Haagse ziekenhuizen. Het onderzoek waar ik nu op doel gaat over hart-vaatziekten, de richtlijnen daarvoor (18), over oncologische screening (baarmoederhals, borst en dikkedarmkanker) (28) beide in een multiculturele grootstedelijke omgeving. Het gaat, meermalen met sociale wetenschappen en psychiatrie, over gedrag, over angst, over slapen, maar het gaat ook over leefstijl en voeding, of het periodiek onthouden van voeding, bij diabetes (29), bij hartvaatziekten en de laatste tijd ook weer bij refluxziekte (30). Oude liefdes komen terug, want naast refluxziekte deden we ook onderzoek naar de gevolgen van antibioticaresistentie bij *Helicobacter Pylori* (32). Veel van dit onderzoek doen we in Den Haag, soms vanuit den Haag, maar ook in Leiden en het loopt als een trein. Ook bij de ouderengeneeskunde werken Wilco Achterberg en Jacobijn Gussekloo aan een groeiend portfolio, dat zich langzamerhand richting “Population Health” uitbreidt in Den Haag. Tot zover ‘waarom Leiden’ en ‘wat doet Leiden in Den Haag.’

Dan nog de laatste vraag, wat is er huisartsgeneeskunde aan wat jullie in Den Haag doen. Deze vraag is me ook regelmatig voor de voeten geworpen. Eigenlijk hoef ik die vraag niet meer te beantwoorden na het voorafgaande. Maar toch: populatie-, of wijkgerichte zorg is voor de huisartsgeneeskunde core business en voor velen herkenbaar als je eenmaal door het jargon en de woordenbrij heen bent. Het lijkt in tegenspraak met de “persoonsgerichte zorg”, die de huisartsgeneeskunde voorstaat. Dat is het niet, integendeel, want goede populatiegerichte zorg organiseren, maakt het mogelijk om goede persoonsgerichte

zorg te blijven geven. Het wetenschappelijk - en met onderwijs stutten van de populatie- en wijkgerichte zorg doe je zoals ik al zei uiteraard samen met andere disciplines. En iedereen wil daarin gezien en erkend worden. Maar dat maakt populatiegerichte zorg niet minder huisartsgeneeskundig relevant. We zijn als huisartsen voortdurend aan het schuiven. Tussen de kernwaarden, eerder genoemd, individueel persoonlijk patiëntencontact, zorgen voor zieke en gezonde mensen, communiceren, een heel goede ook zelf behandelende dokter zijn en blijven, maar ook “family medicine” bieden, specifieke problemen in je praktijkpopulatie herkennen, wijkgerichte zorg organiseren, prioriteren en soms impact hebben op gezondheidsbeleid in de stad of het dorp, of de wijk. Je hoeft het niet allemaal zelf te doen, maar patiënten en collega's moeten worden verleid en overtuigd en het moet ook worden georganiseerd en betaald en je moet je daar vanuit het vak zelf ook mee kunnen bemoeien. Dat kan, als je hebt geleerd hoe het werkt. Nog steeds hebben de meeste huisartsen zelf, veel plezier in de ondernemende kant van het vak. De drukte en hectiek van het werken in de eerste lijn iedere dag is niet uitputtend als je instrumenten hebt om regie te houden, zelf kunt beslissen over hoe je zorg wil aanbieden, hoe je die zorg kunt prioriteren en als je vervolgens ook het gezondheidsgedrag in je praktijkpopulatie ziet verbeteren. Hoe organiseer ik dat allemaal, met wie werk ik daarvoor samen, wie gaat wat betalen en kan ik er aan het eind van de rit ook zelf nog goed van leven. En zien ze me dan thuis ook nog genoeg. Ik vind een belangrijk deel van mijn eigen inspiratie in dat complexe, soms hectische samenspel. Dat zit ook in het academisch werk, het vernieuwen en verbeteren van het vak door onderzoek, onderwijs en opleiden en het is de reden voor bijna veertig jaar veel plezier in het werk dat ik doe. Ik hoorde het in september nog geciteerd worden door collega huisarts hoogleraar Marco Blanker tijdens zijn oratie in Groningen “Primary care is about having fun” en ik heb het citaat daarna vaker teruggehoord (32). Bij alle zorgen over de toekomst van dit vak, je hoeft maar even te googlen en leest het overal vandaan, vergeten we hoe dynamisch en inspirerend het werken als huisarts in de moderne en brede

eerste lijn kan zijn. The exceptional potential of General Practice, daar is ie weer (15).

Het lijkt geen twijfel dat veel in de zorg buiten het ziekenhuis, dus ook in onze academische werkplaats huisartsgeneeskunde, ELAN nieuwe stijl, in de huidige tijd pas echt goed gaat lopen als het stevig is gebaseerd op data. Met dank aan Jeroen Struijs en Dennis Mook, Margot de Waal, Frank Ardesch en Marcel Haas, hebben we niet alleen data uit huisartspraktijken maar ook die uit ziekenhuizen, GGZ en CBS gekoppeld en zijn tientallen promovendi op een of andere manier bezig met delen van hun onderzoek en terugkoppelingen naar het veld, in die data infrastructuur te doen (33, 34). We zoeken in die data naar risicogroepen, maar ook met geografische gegevens naar “hot spots” waar een mismatch bestaat tussen zorgvraag en zorgaanbod en waar dus onnodig tijd en geld wordt besteed in de zorg. Met het sectorplan medische wetenschappen hebben we er ook wetenschappelijk meer inhoud aan kunnen geven, voor de dokters en voor de datascientists, voor de organisatiedeskundigen en de gedragswetenschappers. Aan de wederkerigheid daarvan, het terugbrengen van resultaten van datagedreven onderzoek in de regio naar de dokters en andere professionals, kunnen we nu dankzij de VWS subsidies voor de academische werkplaatsen huisartsgeneeskunde, met meer mensen aan gaan werken en ik verwacht met velen, dat het dan na een jaar of 30 ups en downs, met die academische werkplaatsen huisartsgeneeskunde alsnog in orde gaat komen (35, 8). Het interdisciplinaire belang is in de Health Campus meer dan duidelijk. Waar nog verder aan gewerkt moet worden is de verbinding op dataniveau. Met de chronische zorg en de verpleeghuizen, als representant van de ouderengeneeskunde buiten het ziekenhuis ([www.unc-zh.nl](http://www.unc-zh.nl)). En aan de verbinding op dataniveau met de academische werkplaats publieke gezondheid, die nu in deze regio Lumens ([www.awpplumens.nl](http://www.awpplumens.nl)) heet en inmiddels ook twee GGD's omvat. Veel van de plannen waarover ik in 2014 vertelde zijn goed op gang gekomen, we zijn er nog niet, maar toch, de oogst is inmiddels zichtbaar.

Laat ik het nog hebben over de opleidingen en het onderwijs in het geneeskundecurriculum van het LUMC. Waar Leiden van oudsher een sterk op de fundamentele wetenschap gericht medisch onderwijscurriculum had, is na herhaalde visitatie de inbreng vanuit de huisartsgeneeskunde, public health, ouderengeneeskunde en onze andere vakken dit jaar alsnog of opnieuw enorm vergroot. We gingen van 2 naar 9 coördinatoren in de bachelor, onze coschappen namen in tijd en omvang toe en het moest allemaal met stoom en kokend water worden georganiseerd. We zijn aardig op dreef, de onderwijsstaf is enorm gegroeid en houdt stand in de verandering, dankzij de niet aflatende inzet van Marleen Ottenhoff. We krijgen ook steeds meer zogenaamd “Haagse” programma-onderdelen in het geneeskundecurriculum. Best nieuw is dat de inzet op de professionele ontwikkeling van onze docenten, door ze te ondersteunen met onderwijskundig onderzoek, ook vruchten begint af te werpen. Pieter Barnhoorn promoveerde op professionele identiteitsontwikkeling van huisartsen in opleiding (36), Marleen Ottenhoff promoveerde zelf op de deskundigheidsontwikkeling van arts-docenten (37) en er zijn nog een aantal promotietrajecten op dit gebied op gang gekomen. Het was dankzij Anneke Kramer als hoogleraar onderzoek van opleiden, dat we konden beginnen aan de inspiratie van – en cultuurverandering onder onze docenten die nodig was om op die manier tot vernieuwing en verbetering van onze curricula te komen. Irene Slootweg heeft bij het FLITZ symposium ter gelegenheid van haar afscheid eerder dit jaar laten zien hoe je “onderzoek van onderwijs” kunt inzetten om je strategische doelen in “population health” en proactief beleid in de zorg buiten het ziekenhuis vorm kunt geven (38). Dan past alles weer bij elkaar.

Na een ruim half uur met sprongen tussen praktijk en academie, onderwijs, onderzoek en zorg, tussen concrete projecten die af zijn en heel veel wat goed op stoom maar nog niet klaar is, kom ik tot een afronding van dit college.....

Komen we verder, of gaan we verder met de huisarts. Ik wilde het antwoord aan u overlaten maar het ligt te zeer voor de hand. Het is allebei. Want in ieder geval hier in het LUMC gaan verder met de huisarts, mijn opvolger Hedwig Vos is ook huisarts en ik heb er alle vertrouwen in dat zij dat wat we met elkaar in Leiden en Den Haag hebben ontwikkeld, op haar manier in goede banen verder zal kunnen leiden. Met de populatiegezondheid als thema in de Health Campus Den Haag extra versterkt door Jessica Kieft als wetenschappelijk directeur Population Health. Maar we komen ook verder met de huisarts, als we ons “the exceptional potential of general practice” waar ik het eerder over had blijven realiseren (15): de huisartspraktijk, in brede zin, is de plek waar locoregionale gezondheidssystemen samen komen, waar mensen vertrouwen in hebben en van waaruit van alles kan worden georganiseerd dat helpt gezondheid en gezond gedrag te bevorderen, ongelijkheid in gezondheid tegen te gaan en mensen te leren leven met al dan niet eindige vormen van verminderde gezondheid, zoals ziekte en ouderdom. We zijn in de academische huisartsgeneeskunde bezig bouwsteentjes daarvoor aan te dragen en te ontwikkelen en wij hebben hier in Leiden en Den Haag met het oog op de toekomst gekozen die populatiegerichte aanpak tot leidraad te maken. Daarmee hebben we niet de waarheid in pacht, maar wel de mogelijkheid om een aantal problemen in de zorg, die duidelijk ook in de huisartsgeneeskunde spelen, positief te beïnvloeden. En ook de kwaliteit van zorg in de “grote ketens” (hartvaatziekten, infectie, oncologie, ggz, ik noemde ze al) vanuit die invalshoek op te stuwen. Ik heb geprobeerd daar in mijn loopbaan als huisarts, onderzoeker en docent een positieve bijdrage aan te leveren. Dat is in een aantal opzichten aardig gelukt en ik heb er heel veel plezier aan beleefd. Ook al was het een grote uitdaging, waren er af en toe keuzes nodig die niet iedereen meteen goed bevielen en waren er dus ook moeilijke momenten. Dit alles was al die tijd niet gelukt zonder loyale steun en medewerking van veel mensen rond, met, boven en onder mij. In en buiten de staf hier, in en buiten de praktijk in Utrecht, in en buiten het LUMC, in en buiten ons

landelijk Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde. Ik heb een aantal mensen genoemd, anderen kunnen zich hopelijk herkennen in de projecten en gebeurtenissen die in dit verhaal zijn gepasseerd. Wie niet persoonlijk genoemd is was misschien nog wel belangrijker.... Dank aan allen.

In de praktijk doe ik eigenlijk altijd fluitend m'n werk en de ontmoetingen met mensen en al hun zorgen, het werken aan oplossingen en het opdoen en uitleven van creatieve ideeën geven mij energie. De woensdag, mijn praktijkdag in Utrecht, was en bleef de afgelopen jaren voor mij het wekelijks opladen en reflectiemoment, hoe druk ook. Het bij elkaar houden van een groeiende interdisciplinaire afdeling op twee plaatsen, in Leiden en Den Haag, door de Coronajaren heen en in een bestuurlijk gezien, laten we zeggen nogal stormachtig LUMC, is niet altijd makkelijk geweest, ik zei het al. Maar ook hier gaf het geïnspireerd samen aan iets werken en zien dat het effect heeft me veel energie. Dat mensen het oppakken, dat mensen erbij willen zijn, eraan mee willen werken, dat het wordt gezien, dat voelt goed. Maar ja, na elf jaar komt toch nog het moment van afscheid en zit het Leidse avontuur er voor mijzelf nu op.... Ik ga ervan uit dat het mijn opvolging lukt verder te bouwen. En zelf blijf ik natuurlijk, naast die ene dag praktijk, nog beschikbaar voor de promovendi die de eindstreep best hadden willen halen voordat bij mij de klok 67 sloeg.

Boven alles staat een stabiel en inspirerend thuisfront. Het schuift op. Er is na het wegvallen van de eerste generatie, dat bij mij al ruim een halve eeuw geleden begon, nu een nieuwe derde generatie en Yvonne en ik zijn zelf de eerste generatie geworden. Langzamerhand komen wij zo, met z'n allen, met ons hele gezin, met ups en downs, in andere rollen, in een andere levensfase. Zo gaat dat, het stimuleert en vervult mij met dankbaarheid en het was en is de reden door te gaan.

Ik heb gezegd.

## Noten

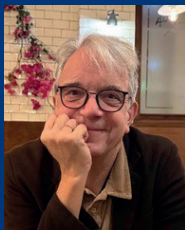
1. Numans ME. Laten we beginnen bij de huisarts. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt hoogleraar Huisartsgeneeskunde, 17 oktober 2014. Uitgave Universiteit Leiden.
2. Numans SR. De Maagdarmchirurgie bij Paard en Rund. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar Veterinaire Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Utrecht, 23 maart 1953. Uitgave Schotanus & Jens, Utrecht, 1953.
3. Gastroscopie op verzoek van de huisarts -de Wit NJ. Gevolgen voor diagnostisch en therapeutisch beleid  
-Numans ME. Determinanten van relevante uitslagen. 19 november 1992. Proefschriften Rijksuniversiteit Utrecht. Uitgave Universiteit Utrecht.
4. Grobbee DE, Hoes AW, Verheij TJ, Schijvers AJ, van Ameijden EJ, Numans ME. The Utrecht Health Project (LRGP): optimization or routine healthcare data for research. *Eur J Epidemiol*, 2005, vol 20(3):285-7
5. Numans ME, Lau J, de Wit NJ, Bonis PA. Short-term treatment with proton-pump inhibitors as a test for gastroesophageal reflux disease: a meta-analysis of diagnostic test characteristics. *Ann Intern Med* 2004 vol 140(7): 518-27
6. van der Schouw YT, Samson L, Willett WC, Rimm EB. The usual intake of lignans but not that of isoflavones may be related to cardiovascular risk factors in US men. *J Nutr* 2005 vol 135(2):260-6
7. Stadsmaatschap Utrechtse Huisartsen. *Medisch Contact* 28 maart 2006
8. Numans ME. De Academische Werkplaats, inspiratie voor vernieuwing in de huisartsgeneeskunde. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar "Innovatie en Kwaliteit van de Academische Werkplaatsfunctie Huisartsgeneeskunde". Amsterdam, 28 juni 2011. Uitgave Vu/VUmc-EMGO, Amsterdam 2011
9. Numans ME, de Melker RA. Gastroscopie op verzoek van de huisarts, resultaten van de eerste analyses. *Huisarts Wet* 1990;33(5):174-8
10. Sijbom M, Buchner FL, Saadah NH, Numans ME, de Boer MG. Determinants of inappropriate antibiotic prescription in primary care in developed countries with general practitioners as gatekeepers: a systematic review and construction of a framework. *BMJ Open* 2023 vol 13(5) e065006
11. Luymes CH, Poortvliet RKE, van Geloven N, de Waal MW, Drewes YM, Blom JW, Smidt N, Assendelft WJ, van den Hout WB, de Ruijter W, Numans ME. Deprescribing preventive cardiovascular medication in patients with predicted low cardiovascular disease risk in general practice, a cluster randomized non-inferiority trial. *BMC Med* 2018 vol 16(1):5 1-14
12. Minderhout RN, van Ede AF, Voragen L, Verheijen C, Vos HM, Numans ME, Stein KV, Bruijnzeels MA. Reforming Healthcare in the Netherlands: practical population health management and the Plot model: a questionnaire survey and focus group study to assess the willingness and readiness of six regions in the Netherlands. *SAGE Oen ed* 2023 vol 11 p 20503121231160830
13. Bleijenberg N, Drubbel I, Neslo RE, Schuurmans MJ, ten Dam VH, Numans ME, de Wit GA, de Wit NJ. Cost-Effectiveness of a Proactive Primary Care Program for Frail Older People: a Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Am Med Dir Assoc* 2017 vol 18(12):1029-1036e3
14. Smit AK, Vos RC, Bijl RW, Busch KJ, Verkleij SM, Kieftede Jong JC, Numans ME, Bonten TN. Implementation of a group-based lifestyle intervention programme (Healthy Heart) in General Practices in The Netherlands: a mixed-methods study. *BJGP Open* 2023 vol 7(4) BJGPO.2023.0064
15. Watt GC (Ed.) *The Exceptional Potential of General Practice. Making a Difference in Primary Care.* Taylor and Francis UK 2019. ISBN 978-1-7852-3158-2

16. Van der Horst HE, Dijkstra R, Woudschoten 2019: Huisartsgeneeskundige kernwaarden en kerntaken herijkt. *Huisarts Wet* 2019;62(9):19-22
17. Stalenhoef A. Eerst komt de patiëntenzorg, dan de rest, interview met Rob van Damme en Mattijs Numans over het Leidsche Rijn Gezondheidsproject. *Huisarts Wet* 2006;49(9):98-9
18. Kist JM, Vos RC, Mairuhu AT, Struijs JN, van Peet PG, Vos HM, van Os HJ, Beishuizen ED, Sijpkens YW, Faiq MA, Numans ME, Groenwold RH. SCORE2 cardiovascular risk prediction models in an ethnic and socioeconomic diverse population in the Netherlands: an external validation study. *EClinicalMedicine* 2023 vol 57 p 101862
19. Brust M, Gebhardt WA, Numans ME, Kieft-de Jong JC. Teachable moments: het juiste moment voor leefstijlverandering. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2020;164:D4835
20. Van Ede AF, Minderhout RN, Stein KV, Bruijnzeels MA. How to successfully implement Population Health Management: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2023 vol 23(1) p910
21. Jacz-Kruihof L. Van Groepsgericht naar Zorg op Maat. Het groepsconsult vormt de brug van medisch naar sociaal domein. [www.gezondengelukkigidenhaag.nl](http://www.gezondengelukkigidenhaag.nl) 23 maart 2023
22. Scheefhals ZT, Struijs JN, Wong A, Numasn ME, Song Z, de Vries EF. Integrating Maternity Care through Bundled Payments in The Netherlands: Early Results and policy Lessons. *Health Aff (Millwood)* 2024 vol 43(9):1263-73.
23. Kitselaar WM, Buchner FL, van der Vaart R, Sutch SP, Bennis FC, Evers AW, Numans ME. Early identification of persistent somatic symptoms in primary care: data-driven and theory-driven predictive modelling based on electronic medical records of Dutch General Practices. *BMJ Open* 2023 vol 13(5) e066183
24. Aydin S, Crone MR, Siebelink BM, Vermeiren RR, Numans ME, Westenberg PM. Recognition of anxiety disorders in children: a cross-sectional vignette-based survey among general practitioners. *BMJ Open* 2020 vol 10(4) e035799
25. Koning NR, Buchner FL, Vermeiren RR, Crone MR, Numans ME. Identification of Children at risk for Mental Health problems in primary care – development of a prediction model with routine healthcare data. *EClinicalMedicine* 2019 vol 15: 89-97
26. Slagboom MN, Reis R, Tsai AC, Buchner FL, van Dijk DJ, Crone MR. Psychological distress, cardiometabolic diseases and musculoskeletal pain: a cross-sectional, population based study of syndemic ill health in a Dutch fishing village. *J Glob Health* 2021 vol 11 p 04029
27. Strategie Campus Den Haag Universiteit Leiden 2020-2030, Een Universiteit in Twee Steden. [www.universiteitleiden.nl](http://www.universiteitleiden.nl)
28. Bongaerts TH, Buchner FL, de Munck L, Elferink MA, Guicherit OR, Numans ME. Attendance characteristics of the breast and colorectal cancer screening programmes in a highly urbanized region of the Netherlands: a retrospective observational study. *BMJ Open* 2023 vol 13(6) e071354
29. van den Burg EL, Schoonakker MP, van Peet PG, van den Akker-van Marle EM, Lamb HJ, Longo VD, Numans ME, Pijl H. Integration of a fasting-mimicking diet programme in primary care for type 2 diabetes reduces the need for medication and improves glycaemic control: a 12-month randomized controlled trial. *Diabetologia* 2024 vol 67(7): 1245-59.
30. van Gestel LC, Adriaanse MA, Kanis SL, Mensink-Bout SM, Schoones JW, Numans ME, Kieft-de Jong JC, van den Brink G. Determinants of and interventions for Proton Pump Inhibitor prescription behavior: a systematic scoping review. *BMC Prim Care* 2024 vol 25(1):208 (1-11)
31. van den Brink G, Koggel LM, Hendriks JJ, de Boer MG, Siersema PD, Numans ME. Treatment failure of *Helicobacter pylori* in primary care: a retrospective cohort study. *BJGP Open* 2024 vol 8(3) BJGPO.2023.0252 (1-11)

32. Blanker MH. Zoveel mogelijk niets doen. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Huisartsgeneeskunde, in het bijzonder duurzame toegankelijkheid van eerstelijnszorg. Groningen 13 sept 2024. Uitg University fo Groningen Press.
33. Ardesch FH, Meulendijk MC, Kist JM, Vos RC, Vos HM, Kiefe-de Jong JC, Spruit M, Bruijnzeels MA, Bussemaker MJ, Numans ME, Struijs JN. The introduction of a datadriven population health management approach in the Netherlands since 2019: the Extramural LMC Academic Network Data Infrastructure. Health Policy 2023 vol 132 p 104769
34. Kist JM ,Vos HM, Vos RC, Mairuhu AT, Struijs JN, Vermeiren RR, van Peet PG, van Os HJ, Ardesch FH, Beishuizen ED, Sijkens YW, de Waal MW, Haas MR, Groenwold RH, Numans ME, Mook-Kanamori D. Data Resource Profile: Extramural Leiden University Medical Center Academic Network (ELAN). Int J Epidemiol 2024 vol 53(4) dyae099 (1-9)
35. ZonMW. Programma Academische Werkplaatsen Huisartsenzorg. Den Haag, 24 juli 2024. [www.zonmw.nl/nl/programma/academische-werkplaatsen-huisartsenzorg](http://www.zonmw.nl/nl/programma/academische-werkplaatsen-huisartsenzorg)
36. Barnhoorn PC, Nierkens V, Numans ME, Steinert Y, van Mook WN. What kind of doctor do you want to become?: clinical supervisors' perceptions of heir roles in the professional identity formation of General Practice residents. Med Teach 2023;45(5):485-91
37. Ottenhoff-de Jonge MW, van der Hoeven I, Gesundheit N, van der Rijst RM, Kramer AW. Medical educators' beliefs about teaching, learning, an knowledge: development of a new framework. BMC Med Educ 2021;21(1):176 (1-13).
38. Slootweg IA. FLITZ congres: Population Health Education. Den Haag 25 april 2024. [www.healthcampusdenhaag.nl/nl/flitz-congres-wetenschapsagenda-populaton-health-education/](http://www.healthcampusdenhaag.nl/nl/flitz-congres-wetenschapsagenda-populaton-health-education/)



## PROF.DR. MATTIJS E. NUMANS



Mattijs Numans (1957) is huisarts en vervulde van 2013-2024 het LUMC hoogleraarschap Huisartsgeneeskunde. In die periode was hij het hoofd van de afdeling Public Health & Eerstelijns geneeskunde van het LUMC en sinds 2016 daarbij ook kwartiermaker en later wetenschappelijk directeur van de Health Campus Den Haag. Daarnaast is hij bijna 38 jaar praktiserend huisarts in Utrecht, Gezondheidscentrum Oog in Al, sinds 2013 nog een dag in de week. Hij was in zijn academische periode bij het LUMC verantwoordelijk voor de academische eerstelijnszorgnetwerken in Leiden en Den Haag en het daaraan verbonden ELAN-datawarehouse dat deze netwerken ondersteunt bij Population Health Management, wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbeleid in de extramurale zorg in de regio. Hij heeft, voorafgaand aan zijn komst naar Leiden, na zijn promotie op “gastroscopie op verzoek van de huisarts” een wetenschappelijk trackrecord vooral in de eerstelijns gastro-enterologie, maar ook in hart-vaatziekten, infectieziekten, oncologie, GGZ en ouderenzorg en hij is een expert geworden in onderzoek gebaseerd op geavanceerde analyses van (gekoppelde) routinematig verzamelde gezondheidszorggegevens, die worden hergebruikt voor proactieve populatiegerichte eerstelijnszorg in veel klinische domeinen. Hij was in het LUMC mede-trekker van het maatschappelijke outreachgebied “Population Health” en voorzitter van het door de Leidse Universiteit gestimuleerde programma “Population Health Living Lab Den Haag”.

- 2013-2024 Hoogleraar Huisartsgeneeskunde LUMC, hoofd van de afdeling Public Health Eerstelijns Geneeskunde en Health Campus Den Haag
- 2011-2016 Bijzonder hoogleraar innovatie en kwaliteit van de academische werkplaatsfunctie huisartsgeneeskunde VUmc Amsterdam
- 1987 - 2013-2020 Huisarts Gezondheidscentrum Oog in Al (0,6 > 0,2)  
Co-chair LUMC thema Innovative Health Strategies & Quality of Care
- 2018-2024 Chair stimuleringsprogramma Population Health Living Lab The Hague
- 2013-2018 Co-chair stimuleringsprogramma Health, Prevention, Human Lifecycle
- 2006-2013 Vice-voorzitter Stadsmaatschap Huisartsen Utrecht
- 1986-2013 Promovendus/docent > UD > UHD afdeling Huisartsgeneeskunde Julius Centrum UMC Utrecht
- 2003-2008 Scientific Committee United European Gastroenterology Federation UEGF
- 2006-2015 Bestuur College Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB)
- 2001-2002 Visiting researcher New England Cochrane Center Boston MA, USA
- 1995-2005 Core committee European Society Primary Care Gastroenterology ESPCG
- 1992 Promotie Gastroscopie op verzoek van de huisarts, Utrecht
- 1985-1986 Huisartsopleiding (Universiteit Utrecht)
- 1983-1985 Arts Assistent niet in opleiding, Inwendige Ziekten, Zeister Ziekenhuis
- 1976-1983 Studie Geneeskunde (Universiteit Utrecht)
- 1975-1976 N-propaedeuse Landbouw Hogeschool Wageningen
- 1969-1975 Werkplaats Kindergemeenschap Bilthoven, VWO (met latijn)



Universiteit  
Leiden