

Het hart in het verhaal

Inaugurele rede uitgesproken
bij de aanvaarding van de leerstoel
cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn
aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Utrecht
op vrijdag 6 dec 2019
door Prof. Dr. Frans H. Rutten

Mijnheer de Rector Magnificus
Geachte Leden van de Raad van Bestuur
Beste collega's, vrienden en familie,

(1) Inleiding

Zorg, onderzoek en onderwijs zijn een 3-eenheid.

Je moet ze alle drie in je hart sluiten.

Verwondering, **reflectie** en **kennis** zijn de motor achter deze 3-eenheid. Kennis waarbij we de feiten begrijpen, waarmee we begrijpen hoe het in elkaar steekt.

Verwondering, reflectie en kennis zijn ook de essentiële bouwstenen voor klinisch relevante onderzoeksvragen.

Vragen die na beantwoording middels deugdelijk onderzoek kunnen leiden tot van weten naar doen.

Onderzoek hoort dan ook niet te eindigen met een publicatie in een prestigieus medisch tijdschrift!

Van weten naar doen is niet alleen van belang voor de dagelijkse praktijk, maar ook bij het onderwijs van medische studenten. Als arts dien je vooral kennis toe te passen; je moet kennis weten om te zetten in doen. Hierbij kan doen ook betekenen onderbouwd niet verwijzen en onderbouwt geen pilletje voorschrijven.

In de komende drie kwartier zal ik hier verder op in gaan en me daarbij richten op situaties waarbij er sprake is van een cardiovasculaire ziekte of een verhoogd risico hierop. Dit gezien vanuit het perspectief van de huisarts.

(2) Laat ik beginnen met enkele verwonderingen

Er is erg veel om je over te verwonderen in de medische wereld. Ik zal me hier beperken tot enkele die mij aan het hart gaan.

- Ik verwonder mij over hoe preventie van hart- en vaatziekte tot vooral een individuele aangelegenheid wordt gemaakt.

De 'onzichtbare hand' van overheid en multinationals blijft veelal buiten beeld. Op slinkse wijze wordt mensen een schuldgevoel en schaamte aangepraat. Eigen schuld dikke bult dat ze verslaafd zijn aan roken, fastfood en frisdrank.

Intussen worden de tabaks- en voedingsmiddelenindustrie en de frisdrankfabrikanten steenrijk en neemt de overheid slechts schijn-verantwoordelijkheid; zij verschuilt zich achter kreten als 'individuele vrijheid'.. en.. 'er moet voldoende draagvlak zijn'. Intussen gaat het in de BV Nederland vooral om angst voor het verlies aan accijnzen en werkgelegenheid.

Een simpel voorbeeld: Er werden in Den Haag krokodillentranen geplengd toen een sigarettenfabriek van Phillip Morris in 2014 moest

sluiten in het Brabantse Bergen op Zoom. Maar liefst 1230 banen gingen er verloren...¹ Intussen overlijden er jaarlijks 20.000 mensen in Nederland vroegtijdig aan kanker en hart- en vaatziekten als direct gevolg van het roken.² Jaarlijks grofweg 1 op de 200 rokers. Hier is geen sprake van 'individuele vrijheid' bij de roker. Roken is stikverslavend. Ook meeroken is slecht voor de gezondheid. Dus eigenlijk is geen enkele burger in Nederland vrij, als het om roken gaat, want meeroken is nog steeds niet te vermijden!

De voedingsmiddelen- en frisdrankindustrie dan. Ze nemen volop deel aan medische studies. Onafhankelijke studies worden er door overschaduwd. Het gevolg is afleidende en misleidende informatie over voeding. Eenvoudige, praktische adviezen komen nauwelijks bij de mensen. Zo weten we maar al te goed dat we vetten nodig hebben, liefst plantaardige, maar dat we rood vlees en de transvetten moeten vermijden; u weet wel, die vetten die worden afgeroomd van volle melk en die vervolgens industrieel worden verwerkt in koek, gebak en snacks. Zo weten we ook maar al te goed dat we koolhydraten nodig hebben, maar dat we geraffineerde suiker moeten vermijden. Tenslotte weten we maar al te goed dat zout slecht is. Het leidt tot verhoging van de bloeddruk en tot directe hart- en vaatschade.^{3,4} Hoe kun je echter als consument zout vermijden? 80% van onze hedendaagse zoutconsumptie bestaat uit zouttoevoegingen van de voedingsmiddelenindustrie. Slechts 5% komt uit het zoutvaatje. En echt, af en toe wat zoute drop is niet verkeerd, wel kant-en-klare maaltijden uit de supermarkt.

Voedingswetenschappers wil ik oproepen verkregen kennis uit onafhankelijk onderzoek op een eerlijke en begrijpelijke manier naar het publiek te brengen.⁵

We moeten hier echt van weten naar doen. Het stopt niet bij een mooie publicatie. Met andere woorden: “de boer op, zorg dat de juiste kennis op de juiste plek belandt.” Er is namelijk veel gezondheidswinst te boeken. Zo liet een recente Nederlandse studie zien dat als een individu niet rookt, slank blijft en een goede bloeddruk heeft, hij of zij gemiddeld 6 jaar langer leeft dan iemand die dit niet lukt.⁶

- Dan mijn verwondering, of eigenlijk bewondering, over het presteren van het hart.

Het orgaan dat zo tot de verbeelding spreekt. Het meest bezongen van alle menselijke organen. Zo veel emotionele lading.

Het liefst wil men dat ‘hartzeer’ in al zijn gedaantes niet voorkomt.

Evolutionair gezien is het hart slechts een ‘uitstulpinkje’ in het bloedvatstelsel. Dat ingenieuze buizenstelsel van slagaders en aders dat zorgt voor aanvoer van zuurstof en voedingsstoffen en afvoer van kooldioxide en afbraakproducten. Tot overal in het lichaam rijkt de circulatie en alleen al de binnenbekleding van de slagaders, het endotheel genaamd, beslaat een oppervlakte van ongeveer 7 voetbalvelden.

Maar terugkomend op het hart; wat maakt het zich waar; het klopt 50 tot 80 keer per minuut en dan wordt in rust 4-5 liter bloed rondgepompt. Bij ongetrainden is dit bij inspanning 4 keer zo veel; 20 liter/minuut. Bij getrainden zelfs 8-10 keer zo veel; 40 liter per minuut. Ter vergelijking; een kraan die vol open staat levert slechts 7 liter per minuut.

Het hart pompt dus ongeveer 7000 liter per dag.

In mijn geval, 60 jaar oud en een hartslag van gemiddeld 52 slagen per minuut, heeft het hart zich al ruim 1,6 miljard keer samengetrokken en bijna 160 miljoen liter bloed rondgepompt.

Wat een prestatie!

We moeten beseffen dat het hart dit des te langer kan volhouden bij een gezonde leefstijl en leefomgeving. Een leefomgeving die niet vervuult is door fijnstof en sigarettenrook.

- Dan mijn verwondering over het feit dat weinig huisartsen bereid zijn mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek.

In mijn inleiding vertelde ik al over de onlosmakelijke 3-eenheid: zorg, onderzoek en onderwijs. Dat je ze alle 3 in je hart moet sluiten. Dit betekent dan ook dat huisartsen mee zouden moeten werken aan onderzoek. Helaas doen velen niet mee.

‘Geen tijd’ wordt dan gezegd. Waarom is er geen reflectie en vraagt men zich niet af: ‘Besteed ik mijn tijd wel zo goed?’.. Of..door meedoen aan onderzoek kan ik mijn patiënten beter behandelen en help ik ook nog eens mijn vak vooruit.’

Waarom krijgen huisartsen eigenlijk geen nascholingspunten voor deelname aan huisartsgeneeskundig onderzoek?

Door meedoen aan onderzoek leer je veel meer dan van passief luisteren naar een door de farmaceut gesponsord praatje.

Hoe leggen de huisartsen niet deelnemen aan onderzoek uit aan hun patiënten?

U vraagt zich misschien af: ‘Waarom zou de huisarts dat moeten doen’? Nou, om de eenvoudige reden dat bijna alle patiënten willen dat hun huisarts meedoet aan onderzoek.

In het kader van de professionele herijking op de kernwaarden van de huisarts werd tijdens de zogenaamde ‘Woudschoten conferentie’ begin dit jaar een recente Nivel enquête gepresenteerd. Uitgevoerd onder ruim 700 mensen representatief voor de Nederlandse bevolking.

Deze enquête liet zien, dat maar liefst 93% van de bevolking het een goede zaak vindt als hun huisarts meedoet aan wetenschappelijk onderzoek. Ook vindt 96% van hen het een goede zaak als hun huisarts nieuwe huisartsen opleidt.⁷

Deze twee aspecten stonden bovenaan in het rijtje wensen van mensen. Veel hoger dan bijvoorbeeld ‘aanwezigheid van hun eigen huisarts minimaal 3 dagen per week’; 77% van hen vond dit belangrijk.⁷

Het laat zien dat patiënten maar al te goed begrijpen dat onderzoek en onderwijs cruciaal zijn voor goede huisartsenzorg.

Het is een garantie voor kwaliteit.

Zij willen dus eigenlijk het liefst een huisarts die academisch denkt en werkt; zorg, onderzoek en onderwijs in één.

Patiënten lijken het te begrijpen, nu menig huisarts nog.

(3) Van verwondering, via reflectie en kennis, naar klinisch relevante onderzoeksvragen.

- Ik verwonder mij over hetgeen er over het vrouwenhart wordt verkondigd.

Vrouwen met een hartinfarct zouden zich presenteren met vage klachten ..en.. dat zou dan typisch zijn voor vrouwen.

Hoe komen we aan deze kennis?

Door vele studies die klachten van vrouwen en mannen met een hartinfarct met elkaar vergeleken. Waren er significante verschillen in de

klachten? Ja, die waren er. Echter de overlap was veel groter dan het verschil.

Toch is dit niet de kennis die de dokter of patiënt nodig heeft.

De te beantwoorden onderzoeksvraag is:

‘Verschillen vrouwen met een hartinfarct van vrouwen zonder hartinfarct wat betreft hun klachtpresentatie. En hoe is dit dan bij mannen?’

In de diagnostische fase dient men vrouwen met vrouwen, en mannen met mannen te vergelijken.

Ik wil graag Professor Yolanda van de Graaf bedanken die mij hier op wees en ons op het pad heeft gezet om dit bij huisartsenposten te onderzoeken. Daar worden de gevoerde gesprekken opgenomen en kunnen achteraf worden beluisterd. Deze gesprekken kunnen vervolgens worden geanalyseerd, zonder nog de diagnose te weten, dus zonder zo genaamde hindsight bias. Je hoeft ook niet te varen op de summiere tekst die een arts opschrijft, of op hetgeen de patiënt invult in een vragenlijst. Gewoon nog eens terug luisteren naar het originele eigen verhaal van de patiënt. Luisteren naar het hart in het verhaal.

Als men vervolgens de uiteindelijke diagnose weet, volgt de vergelijking in klachtpresentatie van vrouwen die wél en die géén hartinfarct bleken te hebben. Dit dito bij mannen.

Dit hebben wij nu als eerste in de wereld bij een huisartsenpost, die in Ede, gedaan.

Toch kostte het ons erg veel moeite om deze primeur gepubliceerd te krijgen. Na een tijdje op de plank te hebben gelegen is het met hulp van mijn dochter Karlijn nu dan eindelijk dit najaar gelukt en staat het in BMJ open.⁸

In een grotere studie onderzoeken we momenteel alle aspecten rond pijn op de borst en neurologische uitval bij huisartsenposten in de regio

Utrecht. Dit doe ik samen met Dorien Zwart, Esther de Groot, Roger Damoiseaux en de promovendi Loes Wouters en Carmen Erkelens in de Safety First studie.

Een voorlopige bevinding is, dat er weinig verschil is in klachten tussen vrouwen en mannen met een hartinfarct. Wel presenteren vrouwen hun klachten anders dan mannen. Vrouwen geven beter de omstandigheden aan wanneer de klachten optreden en geven vaker een bagatelliseerde verklaring, zoals 'het komt misschien ook omdat ik erg druk ben; kinderen, werk, dementerend moeder, etc.'

Dit laatste, kan de dokter op het verkeerde been zetten. De dokter moet dus goed luisteren naar de werkelijke klachten, naar het hart in het verhaal en zich niet laten leiden, of beter gezegd, laten misleiden door verklarende bijzinnen.

De befaamde Sir William Osler leerde het zijn studenten al eind 19^e eeuw: 'luister naar de patiënt, want die vertelt je de diagnose.'

Zijn er dan geen verschillen tussen vrouwen en mannen als het om coronaire hartziekte gaat?

Wel degelijk. De pathofysiologie van aderverkalking in de kransslagaders is bij vrouwen anders dan bij mannen. Ze hebben vaker langgerekte, parelsnoer-achtig vernauwingen, spasmen, en problemen in de coronaire microcirculatie. Mannen daarentegen veelal korte, makkelijk te dotteren vernauwingen hoog in de kransslagaders. Dit verschil heeft wel degelijk effect op behandeling en prognose. Die verschillen dan ook voor vrouwen en mannen.

Dit verschil in pathofysiologie leidt echter niet tot andere klachten.

Er zijn namelijk geen pijnsensoren in de kransslagaders. Je voelt de vernauwing niet. Mannen en vrouwen voelen beide wel de ischemie van

de hartspiercellen, als deze te weinig zuurstof krijgen. De aard van de vernauwing in de kransslagaders die leidt tot deze ischemie, doet er daarbij niet toe.

- Dan mijn verwondering over de invoering van de Nederlandse Triage Standaard en hoe doktersassistenten op de huisartsenpost worden geschoold.

Op de huisartsenpost is het eerste contact telefonisch met een doktersassistente. Zij wordt ondersteund door een semi-automatische beslisondersteuning; de Nederlandse Triage Standaard.

Deze standaard is enige jaren geleden landelijk ingevoerd omdat het zowel de efficiëntie als ook de veiligheid zou bevorderen. Maar of dit werkelijk zo is, is nooit nagegaan.

Waarom wordt zo'n dwingend 'hulpmiddel' ingevoerd zonder te weten of het werkt?

Dan de training van de doktersassistenten die er mee moeten werken.

Zij worden getraind in urgentie-denken.

Hoe urgent is de situatie van de patiënt aan de andere kant van de lijn?

Op zich een goede vraag.

Het is echter vreemd dat hen wordt geleerd zich dit voor te stellen zonder aan een mogelijke oorzaak te denken.

Hoe doe je dat? Vraag ik me af.

- Nog een verwondering uit de praktijk.

Waarom wordt niet naar de hartpunt gevoeld bij iemand die last heeft van kortademigheid?

Dan kun je als arts in contact komen met dat machtige, magische orgaan en dan doe je het niet!

Dit terwijl je hiermee een indruk krijgt van hoe goed het hart pompt. Een heffende of verbreedde hartpunt in linker zijligging wijst op hartfalen, terwijl een normale hartpunt de kans hierop sterk verkleind.^{9,10}

Uit onderzoek uitgevoerd samen met Professor Arno Hoes bleek deze eenvoudige handeling erg effectief bij het diagnosticeren van hartfalen. Het staat dan ook al vanaf 2010 in zowel Europese als Nederlandse richtlijnen.¹¹⁻¹³

Maar dan nog...Het blijkt dat deze evidence-based en nuttige handeling nauwelijks door huisartsen wordt uitgevoerd.

Dat is in scherp contrast met de Nederlandse Triage Standaard; die is niet gevalideerd, staat niet in richtlijnen, maar is wèl verplicht.

Ik ben dankbaar dat ik van cardioloog Hans Kirkels geleerd heb naar de hartpunt te voelen. Ik zal bij nascholingen blijven hameren op het belang ervan.

Het brengt tenslotte op een eenvoudige manier artsen letterlijk nader tot het hart van de zaak.

- Nog een verwondering betreffende kortademigheid.

Waarom wordt eerder aan de longen dan aan het hart gedacht?

Als mensen kortademig zijn bij inspanning dient de huisarts aan hartfalen te denken, zeker als dit gepaard gaat met futloosheid, moe voelen en dikke enkels. Vaak vermelden patiënten echter alleen dat ze 'minder lucht hebben dan eerder'. 'Ah, lucht, longen, dus het zal wel een longaandoening zijn', wordt snel gedacht.

Nee dames en heren, de oorzaak van kortademigheid bij ouderen is vaak het hart.¹⁴

Helaas komt het in de praktijk veel voor dat er een blaastest wordt gedaan, gericht op het ontdekken van COPD. Vroeger chronische bronchitis genaamd. Echter deze blaastest geeft fout-positieve uitslagen

als de patiënt in werkelijkheid hartfalen heeft!^{15,16} Met andere woorden; de huisarts denkt dat het COPD is, terwijl het eigenlijk hartfalen betreft. Dit is erg vervelend voor de patiënt. Deze krijgt dan namelijk verkeerde medicijnen. Treedt er vervolgens verergering van de klachten op, dan denken zowel de patiënt als de huisarts dat er sprake is van verslechtering van de COPD, en niet aan onderliggend hartfalen.

De huisarts dient dus goed naar de patiënt te luisteren; hoor ik niet het hart in het verhaal bij deze kortademige patiënt?

Een simpele bloedbepaling naar het natriuretisch peptide gehalte heeft in het bovenstaande voorbeeld meer zin, dan een blaastest. Dan weet de huisarts de volgende dag al of er mogelijk sprake is van hartfalen, en kan de patiënt worden verwezen voor echocardiografie.¹⁷

Is de bloedsuikerslag echter normaal, dan kan de huisarts alsnog een blaastest uitvoeren. Op deze manier worden er dan géén patiënten met hartfalen gemist.

Natuurlijk kan iemand bekend met COPD in de loop der jaren ook nog eens hartfalen ontwikkelen. Wij hebben dit al in 2005 aangetoond. Ook dan werkt de natriuretisch peptide bloedtest goed. Net zo goed als bij mensen zonder COPD.¹⁷ Ook dit staat in Europese en nationale richtlijnen voor hartfalen.¹¹⁻¹³

- Dit brengt mij bij mijn laatste verwondering, waar ik het over wil hebben.

Waarom wordt in de praktijk deze natriuretische bloedbepaling toch maar mondjesmaat gebruikt door huisartsen? Dit terwijl, schrik niet, 16% van alle 65-plussers aangeeft kortademigheid te ervaren die er toe leidt dat

ze niet mee kunnen met leeftijdsgenoten of onderweg moeten stoppen bij lopen in normaal tempo.¹⁸

Nu gaan niet al deze mensen naar de huisarts. Ze denken al snel dat het bij de leeftijd hoort.

Dit misverstand wil ik bestrijden samen met de hartstichting middels een publiekscampagne waarbij wordt benadrukt dat het niet normaal is, als je niet meer mee kunt. Ga dan naar de huisarts met de vraag 'kan het niet van mijn hart komen dokter?'

Terugkomend op de natriuretische peptide bepaling.

Een ogenschijnlijk simpel probleem vormt een barrière bij het gebruik in de dagelijkse praktijk. Er zijn twee nagenoeg dezelfde bepalingen; BNP en NTproBNP, ieder met een andere normaalwaarde, die dan in pg/ml en dan weer in mmol/l wordt uitgedrukt. Ook hanteren veel laboratoria hun eigen normaalwaarden, die weer afwijken van de normaalwaarden die vermeld staan in de richtlijnen.

Het is begrijpelijk dat dit tot veel verwarring leidt bij huisartsen.

In de nieuwste versie van de standaard hartfalen van het Nederlandse Huisartsen Genootschap zullen we extra aandacht besteden aan de implementatie in de dagelijkse praktijk van deze eenvoudige en praktische bloedbepaling. Het zou dan wel erg fijn zijn als de laboratoria meewerken en de normaalwaarden van richtlijnen hanteren.

(4) Nog even doorgaand over hartfalen

We gaan ook nog op een andere manier niet-herkend hartfalen te lijf. Door een slimme vroege opsporingsstrategie. Ten eerste bij patiënten met COPD of suikerziekte. In de RED-CVD studie, gesubsidieerd door

de hartstichting, werken we samen met de Groningse cardiologen professor Rudolf de Boer, professor Michiel Rienstra en de promovendi Amy Groenewegen en Victor Zwartkruis. Erik Koffijberg, werkzaam aan de Universiteit Twente verzorgt de kosteneffectiviteitsanalyses.

Middels een vragenlijst, een natriuretisch peptide bepaling en een hartfilmpje gaan we vroege vormen van hartfalen opsporen. Maar ook vroege stadia van boezemfibrilleren en coronaire hartziekte. We willen patiënten opsporen vóórdát ze worden opgenomen in het ziekenhuis voor acuut hartfalen, een acuut hartinfarct of een herseninfarct!

In dit onderzoek leren we de praktijkondersteuners van de huisarts om naar de hartpunt te voelen. Ik ben benieuwd hoe zij het er van af brengen!

Bij gebleken geschiktheid kan deze strategie landelijk worden ingevoerd. Zo kunnen dan ernstige uitingsvormen van hartziektes vroegtijdig op een eenvoudige en goedkope manier worden voorkómen of uitgesteld.

(5) Overige cardiovasculaire ziekten in de huisartspraktijk

Ook andere cardiovasculaire ziekten proberen we vroegtijdig op te sporen, zoals een TIA, longembolie of diep veneuze trombose.

Eind oktober stond huisarts-onderzoeker Faas Dolmans in de Telegraaf. Zijn boodschap was als volgt: 'Als neurologische uitval ontstaat vanuit het niets, kort èn gelijktijdig, dan wijst dit op een TIA. Meteen starten met bloedplaatjesremmers is dan het devies.'¹⁹

Dit, dames en heren, is het type onderzoek waar ik gelukkig van word, waarvan de resultaten meestal direct in richtlijnen belanden en die de zorgprofessional ondersteunen.

Maar.. waarvoor er geen Nobelprijs klaar ligt.

Nu moet u niet denken dat we alleen actief zijn op het gebied van vroegdiagnostiek en risicostratificatie. We richten ons in onderzoek en scholing ook op preventie, behandeling en prognose van hart- en vaatziekten.

Een schoolvoorbeeld is een investigator-initiated onderzoek bij kwetsbare ouderen met boezemfibrilleren.

Onder bezielende leiding van Geert-Jan Geersing en uitgevoerd door promovenda Linda Joosten wordt in een gerandomiseerde trial, FRAIL-AF genaamd, onderzocht of vervanging van een vitamine K antagonist door een DOAC, zinvol is.

Dit onderzoek is uniek. Enerzijds omdat het zonder directe subsidie van de farmaceutische industrie wordt uitgevoerd en anderzijds, omdat het een registry-based trial betreft. Deelnemers zijn namelijk patiënten die geregistreerd staan bij de trombosedienst.

Zo staan de trombosediensten aan de voet van deze belangrijke ontwikkeling, waar ik verderop nog op terug kom.

Verder zijn we actief met zorgvernieuwingsprojecten op cardiovasculair gebied. Een schoolvoorbeeld hierbij, is de ALL-IN studie. Alweer een project geleid door Geert-Jan Geersing, nu samen met Ruud Oudega en promovenda Carline van den Dries. In deze studie wordt de totale zorg voor patiënten met boezemfibrilleren aangestuurd vanuit de huisartspraktijk. Dit in samenwerking met cardiologen en ..alweer.. de trombosedienst. Dit onderzoek uitgevoerd in de regio Zwolle liet zien dat patiënten met boezemfibrilleren die deze zorg kregen langer leven dan degenen die reguliere zorg ontvingen.

Tenslotte wil ik als zorgvernieuwingsproject de eVITA studie noemen. Een eHealth project onder 750 patiënten met stabiel hartfalen die onder

controle stonden bij 9 hartfalenpoli's in Nederland. Promovenda Kim Wagenaar kon laten zien dat met eHealth op een kosteneffectieve en veilige manier routinecontroles door de hartfalenverpleegkundige kunnen worden geminderd.²⁰

Zoals u ziet, staat bij al onze onderzoeksprojecten de patiënt centraal en streven we naar goede en veilige cardiovasculaire zorg dicht bij huis.

Hiermee ben ik aangekomen bij een belangrijk thema dat ik wil bespreken.

(6) Het inrichten van regionale cardiovasculaire netwerkzorg.

Met een academische inslag en van internationale allure.

Het moge duidelijk zijn: we moeten van silo-denken af. Samenwerking in netwerkzorg is het devies. Denk aan de zojuist genoemde ALL-IN studie. Iedere barrière schaadt een holistische benadering van de patiënt.

Barrières zorgen voor frustraties en leiden tot hogere kosten.

Dit vraagt om zorginnovaties. Om netwerkzorg. Zeker bij chronisch progressieve aandoeningen. Daarbij is gestroomlijnde transitie van en naar het ziekenhuis van belang, evenals 'gebalanceerde' substitutie van ziekenhuiszorg naar de patiënt thuis.

Dit is natuurlijk prettig voor de patiënt, maar dan moet deze zorg wel van goede kwaliteit zijn.

Een bijkomend voordeel van zorg dicht bij huis is dat huisartsen goedkoop werken. Zo voorziet de huisartsenzorg nog steeds in de behandeling van 90% van de medische problemen tegen 4% van het gezondheidszorgbudget.

Ook biedt de huisartsgeneeskunde nog enorme kansen voor individueel toegesneden preventie die kan aansluiten bij bewezen effectieve

landelijke en wijkgerichte preventie. Een groot voordeel hierbij is dat de huisarts iedere ingeschrevene 4 tot 6 keer per jaar ziet.²¹ Zo kan bijvoorbeeld een hardnekkige hoest worden aangegrepen om de patiënt te motiveren te stoppen met roken.

De huisarts en praktijkondersteuner kunnen zo zetjes geven in de goede richting en patiënten helpen zelf de regie te nemen bij hun gezondheid. Dit 'laaghangend fruit' op het gebied van preventie en gezonde leefstijl wordt nog onvoldoende benut in de huisartspraktijk.

Ik vind het echt des huisarts om individueel en op een passend moment preventie toe te passen. Het sluit in mijn ogen naadloos aan bij het voorkómen van hart- en vaatziekten bij mensen met al een duidelijk verhoogd risico, zoals dit gebeurt bij cardiovasculaire risico management en bij patiënten met suikerziekte.

Ik ben dan ook erg blij dat Monika Hollander uit ons team cardiovasculair risico management in de huisartspraktijk naar een hoger plan wil brengen. Zowel internationaal als regionaal.

(7) Hoe van weten naar doen bij regionale cardiovasculaire netwerkgzorg?

Zoals in het begin van mijn rede reeds gezegd; door meedoen aan onderzoek leren huisartsen nieuwe kennis toe te passen. Ze leren de stap te zetten van weten naar doen. Multidisciplinaire samenwerking helpt hierbij; ervaring delen is kennis vermenigvuldigen.

Ook dienen academische huisarts-onderzoekers actief op cardiovasculair gebied zich te verenigen en aansluiting te zoeken met de inmiddels 70 kaderhuisartsen hartvaatziekten, de hartvaatHAG. Gelukkig zijn hiervoor al flinke stappen gezet en is een samenwerking nabij, evenals een samenwerking met de Dutch CardioVascular Alliance.

Dit alles vormt een goede basis voor de huisartsgeneeskundige inbreng bij het tot stand komen van geïntegreerde transmurale cardiovasculaire netwerkzorg.

Het concept transmurale cardiovasculaire netwerkzorg sluit naadloos aan bij het VWS rapport 'de juiste zorg op de juiste plek'.

Maar ook bij het rapport van de Gezondheidsraad over 'onderzoek waarvan je beter wordt' en bij 'science in transition'.

Deze initiatieven benadrukken dat wetenschap moet worden gewaardeerd om de maatschappelijke meerwaarde die het oplevert.

Dan is er ook nog het recente rapport van de Nederlandse Federatie van Universitaire Centra met als titel 'onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio'. Dit document volgde op de recente kamerbrief van Bruins, de minister voor Medische Zorg en Sport welke het belang van de maatschappelijke rol van de Universitaire Medische Centra benadrukt en spreekt van 'een rol als regionale academische motor'.

Een koers welke ook door het UMC Utrecht lijkt te worden omarmd.

Ik zie hierbij een belangrijke liason-functie voor het Julius Centrum, waaronder de vakgroep huisartsgeneeskunde, bij de uitvoering hiervan. Het motto is nu 'think globally, act locally.'

Er zijn nog meer initiatieven voor regionale multidisciplinaire samenwerking. Een zeer belangrijke is de Connect programma's van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.

Hierbij worden regionale afspraken gemaakt tussen cardiologen en huisartsen omtrent transmurale cardiovasculaire zorg. Momenteel zijn er 3 programma's; hartfalen, boezemfibrilleren en 'pijn op de borst'.

De cardiologen Petra van Pol, Martin Hemels, Maarten-Jan Cramer en nu ook Dirk Lok tonen een tomeloze inzet bij de regionale uitrol van deze

Connect initiatieven over het hele land. Zij dragen daarbij uit dat een naadloze gang van en naar het ziekenhuis van cruciaal belang is. Het is duidelijk: de patiënt, cardioloog en huisarts willen wel als het gaat om 'de juiste zorg bij de juiste patiënt op de juiste plek op het juiste moment'. Nu de zorgverzekeraars nog. Zij moeten nu zorgen dat de vergoedingen bijpassend zijn.

De patiënt centraal stellen en diens zelfredzaamheid bevorderen kwam al ter sprake. Eerlijke informatie, zetjes in de goede richting en zelfhulp-bevorderende campagnes zijn daarbij cruciaal. Maar ook het aangaan van het gesprek naar wat de patiënt verwacht en waar hij of zij behoefte aan heeft. Ook op het gebied van onderzoek.

Zo kwam bij donoren van de hartstichting naar voren dat ze vroege herkenning van hart- en vaatziekten belangrijk vinden. Een thema dat uitermate goed aansluit bij de huisartspraktijk. Vroegdiagnostiek van hart- en vaatziekten vindt namelijk veelal daar plaats.

De eerder genoemde RED-CVD studie is hiervan een goed voorbeeld.

De eerder genoemde initiatieven op het gebied van onderzoek en zorgvernieuwing, wil ik dan ook graag verder uitbouwen binnen het speerpunt Circulatory Health van het UMC Utrecht en de cardiovasculaire onderzoekslijn van het Julius Centrum.

Hierbij zal ik benadrukken hoe gezond leven, individuele preventie, vroege opsporing, risicostratificatie en optimalisatie van zorg naadloos op elkaar aansluiten en ook nog eens perfect passen binnen de regionale academisering.

Hierbij zal ik het belang van translationeel onderzoek niet uit het oog verliezen. Want basale wetenschap blijft van belang en kan uiteindelijk

via nieuwe ontwikkelingen weer de regionaal georganiseerde academische zorg ondersteunen.

(8) Zijn er barrières bij het ontwikkelen van de regionale academische zorg?’

Ja, die zijn er zeker.

Ik noemde al de rol van de zorgverzekeraars. Zij moeten zorgdragen voor adequate financiering ‘over de muren van het ziekenhuis heen’.

Dan is er ook nog de wet AVG. Het is niet zozeer deze wet zelf, maar de eenzijdige, starre uitleg ervan die belemmerend werkt en de samenwerking tussen hulpverleners laat haperen. Dit in zowel de zorg als bij onderzoek. Cynisch genoeg, juist bij onderzoek waarbij de patiënt niet wordt belast. Ik doel hier op onderzoek met routine zorgdata. Door koppelen van medische gegevens kunnen grote zorgbestanden worden geanalyseerd, waarbij ook machine learning kan worden toegepast. Echter mogelijke schending van privacy belemmert vaak zulke koppelingen.

Gelukkig ontstaan er, ondanks deze barrière landelijke registraties van grote aantallen patiënten met aandoeningen zoals boezemfibrilleren en hartfalen. Een belangrijk rol hierbij vervult de Nederlandse Hart Registratie. Dit soort registraties zijn belangrijk om in navolging van de FRAIL-AF studie, registry-based gerandomiseerde studies te kunnen uitvoeren. Zo wordt van alledaagse patiënten informatie verkregen over de werkzaamheid van medicatie en hulpmiddelen in een gerandomiseerd studie verband.

(9) Samenvatting

Waarde toehoorders, ik heb u enkele voorbeelden geschetst van hoe men via verwondering, reflectie en kennis, tot klinisch relevant

cardiovasculair onderzoek komt. Hoe de stap te zetten ‘van weten naar doen,’ en het belang van het hart in het verhaal.

Het startpunt blijft het verhaal van de patiënt, ook als we artificial intelligence toepassen. Wel is het zo dat deze nieuwe technologie behulpzaam kan zijn bij de beantwoording van de klinisch relevante vragen. Mits goed toegepast natuurlijk.

(10) Dan wil ik nu overgaan tot het dankwoord

Tenslotte rest mij om een ieder te bedanken die er voor heeft gezorgd dat ik hier nu sta. Dat zijn er velen en ik zal er vast een aantal vergeten op te noemen. Mijn oprechte excuses daarvoor.

Leden van het college van bestuur van de Universiteit Utrecht en van de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum Utrecht, dank voor de aan mij toegekende leerstoel “Cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn.”

Deze leerstoel past bij de ambitie tot interdisciplinaire samenwerking en maatschappelijke impact.

Mijn interesse in het hart werd in de 80-er jaren aangewakkerd door Jaap Scherpbier, internist en dokter Böhmer, cardioloog. Destijds werkzaam in het St. Joseph ziekenhuis te Kerkrade.

Dit kreeg een vervolg in Academisch Ziekenhuis Maastricht waar Professor Hein Wellens de scepter zwaaide.

Toch koos ik voor mijn ‘eerste liefde’ huisartsgeneeskunde.

Na een sollicitatiegesprek bij Ron Pieters kon ik in het Utrechtse de toen tweejarige huisartsenopleiding gaan volgen.

Het was het toenmalige hoofd van de huisartsenopleiding, Frank Almekinders die me naar Rhenen lokte om daar als huisarts Piet Rienstra op te volgen.

Rhenen bleek een ware academische broedplaats; ik ben nu de derde hoogleraar huisartsgeneeskunde na de hooggeleerden Wim Stalman en Niek de Wit.

Divisie Julius Centrum en afdeling Huisartsgeneeskunde.

Hooggeleerde Hoes, van Delden en Moons, beste Arno, Hans en Carl. Jullie hebben als toenmalige divisieleiding mijn voordracht ondersteund en ingezien dat deze leerstoel van meerwaarde is voor het Julius Centrum.

Beste Arno, jij was daarnaast cruciaal voor mijn academische vorming. Eerst mijn co-promotor, toen mijn promotor, daarna 'maatje' bij vele cardiovasculaire onderzoeksprojecten. Ik heb enorm veel van je geleerd en weet nu wat klinische relevant onderzoek is.

Het UMC Utrecht mag trots zijn met jou als decaan.

Hooggeleerde de Wit, beste Niek, eerst 'partner in crime' als huisarts in Rhenen, daarna afdelingshoofd Huisartsgeneeskunde en nu ad interim in de divisieleiding van het Julius Centrum, samen met Justijn Gompert en secretaris Gerdien Dalmeijer.

Jij bent enorm belangrijk voor mij en een groot voorbeeld in leiderschap. Je hebt visie en zet mensen in hun kracht.

Dank voor je enorme steun bij het verwerven van mijn huidige positie en het vertrouwen in mij.

Hooggeleerde Grobbee, beste Rick. Ook jij was eerst mijn promotor. Als voorzitter van het speerpunt Circulatory Health van het UMC Utrecht stond je achter mijn benoeming.

Jij draagt wereldwijd het belang van de klinische epidemiologie uit. Daarbij is 'The sky the limit'.

Ook de andere leden van het management team Circulatory Health uit 2018, de hooggeleerden Folkert Asselbergs en Frank Visseren wil ik bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen.

Ik zie uit naar een vruchtbare samenwerking binnen het speerpunt Circulatory Health!

Team cardiovasculaire epidemiologie, hooggeleerde Yvonne van der Schouw en Michiel Bots.

Dank voor jullie steun bij mijn benoeming.

Een mooie uitdaging ligt voor ons, waarbij we jong talent moeten koesteren en laten doorgroeien.

Het management team van de vakgroep huisartsgeneeskunde, nu ad interim onder leiding van hooggeleerde Damoiseaux. Beste Roger, Heleen, Marlous, Monique en Monika.

We zijn een dynamisch en complementair team en zullen zorgen voor groei en bloei. Het belang van reflectie bij zowel onderzoek als onderwijs dragen we gezamenlijk uit.

Hooggeleerde Gerard Pasterkamp en zeergeleerde Hester den Ruijter. Wat is het fijn samenwerken met jullie. Jullie weten echt wat 'knallen' is.

Mijn inner circle op onderzoeksgebied. Beste Geert-Jan, Monika, Sander en Dorien. Wat doen wij enorm leuke en uitdagende studies samen. Ik bof met jullie.

Beste ex- en huidige promovendi en medische studenten die wetenschapsstage bij ons lopen. Wat leer ik veel van jullie. Het belang van onderzoek en academisch denken en werken dienen jullie verder uit te dragen. De toekomst behoort jullie toe.

Verder wil ik graag Alfred Sachs bedanken: inspirator en ideeëngenerator, en Maarten-Jan Cramer die als cardioloog vanaf het begin is betrokken bij veel van mijn studies. Altijd positief.

Mijn ex- en huidige huisartscollega's, assistentes en praktijkondersteuners van huisartsenpraktijk de Grebbe in Rhenen en nu Julius Gezondheidscentrum Leidsche Rijn Centrum wil ik bedanken voor de goede sfeer bij het gezamenlijk zorgdragen voor goede huisartsgeneeskundige zorg.

Nu nog wat actiever participeren in onderzoek!

Patiënten wil ik bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen als huisarts. Maar dat niet alleen. Jullie problematiek heeft mij geholpen bij het vormgeven van klinisch relevante vragen en het bedenken van zorginnovaties.

Voor jullie doe ik het.. en.. jullie verdienen het!

Mijn lieve pa en ma. Helaas zijn jullie niet meer...

Jullie hebben mij bijgebracht dat leren belangrijk is, maar ook; 'het er toe doen voor anderen'. Dit heeft er voor gezorgd dat ik toch niet slager ben geworden, enkel en alleen omdat ik als kind vlees zo lekker vond.

Lieve Karlijn en Jorn, wat ben ik gelukkig met jullie. Beiden zo meteen ook arts. Vast en zeker met een academische inborst. Volg jullie hart. Lieve Yvonne, je bent mijn thuishaven.

Ik heb gezegd.

Referenties:

1. www.volkskrant.nl. 4 april 2014.
2. www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/roken.
3. Asaria P, et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet* 2007;370: 2044-53.
4. He FJ, Burnier M, MacGregor GA. Nutrition in cardiovascular disease: salt in hypertension and heart failure. *EHJ* 2011;32: 3073-80.
5. Ioannidis JPA. Neglecting major health problems and broadcasting minor and uncertain issues in lifestyle science. *JAMA* 2019; published online October 18: doi:10.1001/jama.2019.17576.
6. Licher S, Heshmatollah A, van der Willik KD, Stricker BHC, Ruiter R, de Roos EW, et al. Lifetime risk and multimorbidity of non-communicable diseases and disease-free life expectancy in the general population: A population-based cohort study. *Plos Medicine* 2019;16(2):e1002741.
7. Brabers A, de Jong J. Toekomst van de huisartsenzorg; het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers. Nivel februari 2019. Nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Rapport_toekomst_huisartsenzorg_perspectief_van_burger.pdf
8. Van der Meer MG, Appelman Y, Rutten KHG, van der Graaf Y, Nathoe HM, Doevendans PA, Smit M, Verheij E, Botermans A, Rutten FH. Are there gender disparities in symptom presentation or triage of patients with chest discomfort at primary care out-of-hours services? An observational study. *BMJ Open* 2019. Nov 19(9)(11):e031613.
9. Rutten FH, Moons KCM, Cramer M-JM, Grobbee DE, Zuithoff NPA, Lammers J-WJ, Hoes AW. Recognising heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross sectional diagnostic study. *BMJ* 2005;331:1379-85.
10. Kelder JC, Cramer MJ, van Wijngaarden J, van Tooren R, Mosterd A, Moons KG, Lammers JW, Cowie MR, Grobbee DE, Hoes AW. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. *Circulation*. 2011;124(25):2865-73.

11. Hoes AW, Voors AA, Rutten FH, Van Lieshout J, Janssen PGH, Walma EP. NHG-Standaard Hartfalen (Tweede herziening). Huisarts en Wetenschap 2010;48:64-76.
12. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, Falk V, Filippatos G, Fonseca C, Sanchez MA, Jaarsma T, Køber L, Lip GY, Maggioni AP, Parkhomenko A, Pieske BM, Popescu BA, Rønnevik PK, Rutten FH, Schwitter J, Seferovic P, Stepinska J, Trindade PT, Voors AA, Zannad F, Zeiher A. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J 2012;33:1787-847.
13. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola VP, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis JT, Pieske B, Riley JP, Rosano GM, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, van der Meer P. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J 2016;37:2893-2962.
14. Van Mourik Y, Rutten FH, Moons KGM, Bertens LCM, Reitsma JB, Hoes AW, Reitsma JB. Prevalence and underlying causes of dyspnoea in older people: a systematic review. Age and Ageing 2014;43:319-26.
15. Brenner S, Güder G, Berliner D, Deubner N, Fröhlich K, Ertl G, Jany B, Angermann CE, Störk S. Airway obstruction in systolic heart failure – COPD or congestion? Int J Cardiol. 2013 Oct 3;168(3):1910-6.
16. Güder G, Brenner S, Störk S, Hoes AW, Rutten FH. Chronic obstructive pulmonary disease in heart failure: accurate diagnosis and treatment. Eur J Heart Fail 2014;16(12):1273-82.
17. Rutten FH, Cramer M-JM, Grobbee DE, Sachs APE, Kirkels JH, Lammers J-WJ, Hoes AW. Unrecognized heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. Eur Heart J 2005;26(18):1887-94.
18. Van Mourik Y, Rutten FH, Moons KGM, Bertens LCM, Reitsma JB, Hoes AW, Reitsma JB. Prevalence and underlying causes of dyspnoea in older people: a systematic review. Age and Ageing 2014;43:319-26.

19. Dolmans LS. Optimizing diagnosis of TIA. (Dissertatie) Utrecht. Universiteit Utrecht, 2019.
20. Wagenaar KP, Broekhuizen BDL, Jaarsma T, Kok I, Mosterd A, Willems FF, Linssen GCM, Agema WRP, Anneveldt S, Lucas CMHB, Mannaerts HFJ, Wajon EMCJ, Dickstein K, Cramer MJ, Landman MAJ, Hoes AW, Rutten FH. Effectiveness of the European Society of Cardiology/Heart Failure Association website 'heartfailurematters.org' and an e-health adjusted care pathway in patients with stable heart failure: results of the 'e-Vita HF' randomized controlled trial. Eur J Heart Fail. 2019 Feb;21(2):238-246.
21. www.volksgezondheideninfo.nl

Curriculum Vitae

Prof. Dr. Frans Rutten is per 1 juni 2018 benoemd tot hoogleraar cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Hij studeerde Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (thans Radboudumc) en haalde zijn artsexamen 6 juni 1986. Na als arts-assistent interne en cardiologie te hebben gewerkt in Kerkrade en Maastricht volgde hij de 2 jarige huisartsenopleiding te Utrecht. In 1992 vestigde hij zich als huisarts in het gezondheidscentrum Rhenen, eerst full-time en van 1999 tot 2018 part-time waarbij hij deze functie combineerde met eerst een promotie-onderzoek en vervolgens met een universitaire aanstelling bij de vakgroep huisartsgeneeskunde bij het Julius Centrum van het UMC Utrecht. In 2005 promoveerde hij op het proefschrift *Hartfalen bij COPD* (promotores Prof. Dr. A.W. Hoes, Prof. Dr. D.E. Grobbee en Prof. Dr. J.W.J. Lammers). In 2014 werd hij benoemd tot associate professor. Zijn onderzoeksinteresse ligt bij de diagnostiek en behandeling van cardiovasculaire ziekten in de eerste lijn, met aandacht voor transitie en substitutie van zorg. Altijd gericht op klinisch relevant en direct toepasbaar onderzoek. Hij geeft onderwijs op cardiovasculair gebied zowel curriculair, bij de huisartsopleiding als ook postacademisch. Hij is nog een dag in de week als huisarts werkzaam in de Julius Gezondheidscentra in Leidsche Rijn en zal ook daar bijdragen aan de academisering van de huisartsgeneeskunde.