

Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde

Tussentijdse zelfevaluatie



Tussentijdse zelfevaluatie

Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde

Mei 2022



Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdopdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde kunt u contact opnemen met het secretariaat via e-mail kphag@zonmw.nl of telefoon 070 349 54 66.

Auteur: ZonMw

Datum: mei 2022

ZonMw

Laan van Nieuw Oost-Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

Tel. 070 349 54 66

www.zonmw.nl/kphag

 kphag@zonmw.nl

Sociale media



www.facebook.com/zonmwNL



www.twitter.com/zonmw



www.linkedin.com/company/zonmw



www.youtube.com/ZonMwTV

Inhoud

Samenvatting.....	1
Afkortingen.....	5
1 Inleiding.....	6
1.1 Doelstellingen van de evaluatie.....	6
1.2 Methode.....	6
1.3 Indeling van het rapport.....	6
2 Programma.....	7
2.1 Inleiding.....	7
2.2 Doelstellingen en missie.....	7
2.3 Aanleiding en relevante context.....	7
2.3.1 Aanleiding.....	7
2.3.2 Relevante actuele context.....	8
2.4 Organisatie.....	11
2.4.1 Samenstelling van de programmacommissie.....	11
2.4.2 Samenwerking binnen en buiten ZonMw.....	12
2.5 Werkwijze.....	13
2.5.1 Beantwoorden kennisvragen door financieren van projecten.....	13
2.5.2 Afstemming en samenwerking binnen ZonMw.....	14
2.5.3 Gebruik van uitkomsten van onderzoek.....	15
2.6 Invulling van het programma.....	15
2.6.1 Uitvoering programma-activiteiten.....	16
2.6.2 Geplande programma-activiteiten programmatekst.....	18
2.6.3 Verloop programma in relatie tot globale tijdsplanning.....	18
2.7 Projecten in het programma.....	19
2.7.1 Voortgang projecten.....	20
2.8 Resultaten programmadoelstellingen.....	21
2.9 Goedgekeurde begroting.....	29
3 Zelfevaluatie.....	31
3.1 Voortgang van het programma volgens programmacommissie.....	31
3.1.1 Werkwijze.....	31
3.1.2 Resultaten.....	32
3.2 Budgetresultaten (daadwerkelijke besteding).....	35
4 Conclusies.....	37
5 Aanbevelingen.....	39
Bijlagen.....	41

Bijlagen

A Opdrachtbrief.....	42
B Goedkeuring programmavoorstel.....	44
C Taakopdracht programmacommissie.....	46
D Projectbeschrijvingen.....	48
E Evaluatieopdracht.....	56
F Vragenlijst met stellingen voor de programmacommissie.....	58
G Uitgebreide verwerking reacties op de stellingen.....	60

Samenvatting

Deze tussentijdse zelfevaluatie heeft als doel de voortgang van de uitvoering van het Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG) te laten beoordelen (1.1). Dit wordt gedaan om de uitvoering en planning van het programma zo in te richten/bij te sturen dat de programmadoelen zo goed mogelijk behaald worden. Het accent ligt op evaluatie van het proces. De doelgroepen van de evaluatie zijn primair de programmacommissie en het programmasecretariaat en secundair het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als opdrachtgever. De programmacommissie stelt de conclusies van de evaluatie vast en heeft zelf stellingen beantwoord om inzicht te krijgen in de voortgang van uitvoering van haar taakopdracht.

Programma

Het ministerie van VWS is namens de partijen van het hoofdlijnenakkoord Huisartsenzorg (HLA) opdrachtgever van ZonMw (2.1). De missie van het KPHAG is om de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van praktiserende huisartsen te verstevigen. Zo wordt bijgedragen aan de verbetering van de patiëntenzorg en de bevordering van het patiënten welzijn (2.2). Het KPHAG staat niet op zichzelf. Kennisontwikkeling en de toepassing ervan moet gezien worden in de context van de huisartsgeneeskunde (2.3). Het KPHAG wordt met ondersteuning van het ZonMw-bureau volgens de programmatekst en taakopdracht van de KPHAG-programmacommissie uitgevoerd, in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van het ZonMw-bestuur (2.4). Het is medio 2019 gestart met een budget van € 8,- miljoen.

In de basis worden de ZonMw-procedures gebruikt voor de uitvoering van het programma. De programmatekst is niet aangepast, echter er zijn wel wijzigingen. Zo is de voorgestelde nadere concretisering van de nationale onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde niet uitgevoerd (2.5.1). Door de COVID-19 uitbraak en pandemie is de planning van het programma gewijzigd (2.6.2). Het is een belangrijke factor in de vertraging van programma-activiteiten (2.6.1).

De programmacommissie heeft aangegeven het programma een succes te vinden wanneer alle stappen op een degelijke manier uitgevoerd zijn (2.6.3). Inhoudelijk is het de bedoeling van de commissie om binnen de prioritering van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde (NOAH) een breed scala van kennisvragen te beantwoorden. De overzichten in paragraaf 2.8 bij doelstelling 1 geven inzicht op welke prioriteiten tot nu toe projecten gehonoreerd zijn. Bij de programmalijn Complexe vragen vindt de programmacommissie het belangrijk dat vernieuwing plaatsvindt waar volgende onderzoekers mee verder kunnen. De werkwijze van het programma beoogt zo goed mogelijk bij het voorgaande aan te sluiten en moet naar aanleiding van de resultaten van deze evaluatie aangepast of aangescherpt worden waar nodig. De projecten geven de inhoudelijke invulling aan het programma (2.7).

Projecten in het programma

Na de eerste 2 subsidierondes in het programma zijn in totaal 11 projecten gehonoreerd, 7 in de subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen (EOV) en 4 in de subsidieronde Complexe onderzoeksvragen (COV). In Tabel 3 op p.19 is een lijst met basisgegevens van de projecten weergegeven (voor uitgebreide informatie zie Bijlage D Projectbeschrijvingen p.48). De gemiddelde duur van projecten in de subsidieronde EOV is 27 maanden en het gemiddelde budget € 149.537. Van projecten in de subsidieronde COV is dat 47 maanden en € 546.663. Uit een update van de projecten in de subsidieronde EOV na de eerste 3-6 maanden kwam naar voren dat alle projecten goed gestart zijn en volgens planning verlopen. Eind 2021 zijn de eerste 2 midterm voortgangsverslagen ontvangen voor de projecten gehonoreerd in de EOV-subsidieronde. 1 is al goedgekeurd en de ander ligt voor advies bij een commissielid. De volgende wordt in april 2022 opgevraagd. De projecten in de subsidieronde COV zijn tussen 1 oktober 2021 en 1 januari 2022 gestart. In de huidige fase van het programma zijn nog geen projecten afgerond (2.7.1).

Resultaten op de doelstellingen

1. Het beantwoorden van diverse actuele en relevante kennisvragen uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde met daarbij de benodigde aandacht voor complexiteit van huisartsgeneeskundig onderzoek en multidisciplinair onderzoek in de eerste lijn:

- Voor 12 van de 23 thema's of ICPC (International Classification of Primary Care) codes is nog geen 'dekking' in het programma. Op alle thema's of ICPC-codes zijn aanvragen ingediend, maar

niet op alle is ook een project gehonoreerd. Het merendeel van de thema's of ICPC-codes heeft 1 prioriteit ingevuld in een project (n=6). Het betreft de volgende thema's (Tabel 5 op p.22):

- 6 thema's of ICPC-codes hebben 1 prioriteit, respectievelijk 4.4.1 Alledaagse aandoeningen; 4.4.4 Oncologie; 4.5.3 Oren; 4.5.4 Hart- en vaatstelsel; 4.5.6 Zenuwstelsel; 4.5.10 Endocriene klieren/voeding/metabolisme.
- 4 thema's of ICPC-codes hebben 2, 3, 4 of 5 prioriteiten, resp. 4.4.2. Ouderen, kwetsbare patiënten, multimorbiditeit; 4.4.12 Samenwerking, Organisatie van zorg rondom de praktijk, Substitutie, Verwijzing, Spoedzorg; 4.4.7 E-health – Innovatie/modernisering en 4.4.10 Patiënt-georiënteerd (persoonsgerichte zorg), Patiëntenvoorlichting, Gedeelde besluitvorming.
- Een uitschieter is het thema 4.4.9 Diversiteit met 7 'gedekte' prioriteiten.

Met 11 projecten zijn nu in totaal 27 prioriteiten van de 207 'ingevuld'. Kanttekening hierbij is dat het onduidelijk is in welke mate het beantwoorden van de (gehonoreerde) onderzoeksvraag leidt tot het 'beantwoord' hebben van de onderliggende kennislacune. En sommige prioriteiten worden onder meerdere thema's/ ICPC-codes genoemd (2.8).

2. Goed afstemmen met en waar mogelijk samenwerken tussen het programma en andere ZonMw-programma's en relevante ontwikkelingen meenemen.

Het KPHAG-programma werkt intern samen en stemt af met programma's binnen het cluster Kwaliteit van Zorg. Daarbuiten wordt vooral samengewerkt met programma's waar kennisagenda's een rol spelen in prioritering van aanvragen en waar ook vanuit de huisartsgeneeskunde aanvragen ingediend worden. Dit zijn programma's zoals Doelmatigheidsonderzoek, Goed Gebruik Geneesmiddelen, Preventie, Infectieziekten-bestrijding, Memorabel, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Jeugd. De inhoud van samenwerking en afstemming staan uitgebreid beschreven in deze rapportage. Belangrijkste resultaat is het programmacommissiebesluit om geen prioriteiten van de NOAH uit te sluiten in KPHAG, die ook in andere ZonMw-programma's gefinancierd zouden kunnen worden. In principe wordt ook geen budget van het programma overgeheveld naar andere programma's hiervoor. Voor de multidisciplinaire subsidieronde is een uitzondering gemaakt met de bijdrage van € 800.000, - uit KPHAG aan de uitvoering van deze gezamenlijke subsidieronde met de ZonMw-programma's Paramedische Zorg en Verpleging en Verzorging (2.8 op p.25).

Bij de totstandkoming van het programma is nauw samengewerkt met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) en het NHG (Nederlands Huisartsgenootschap). De samenwerking met het NHG krijgt vorm door regelmatig overleg en de intentie om gezamenlijk gezondheidsfondsen te benaderen voor samenwerking in de financiering van huisartsgeneeskundig onderzoek. Ook informeert het ZonMw-bureau de HLA-partijen via het ministerie van VWS halfjaarlijks over de voortgang van het programma. Het perspectief van de patiënt komt vooral naar voren door de samenwerking met de Patiëntenfederatie Nederland (PFN). In de KPHAG-programmacommissie traden leden van het patiënten panel op als ad-hoc programmacommissielid om in beoordelingsvergaderingen het patiëntenperspectief te borgen.

Er is een groot aantal ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde (HAG) dat voor KPHAG van belang is, omdat zij nieuwe kaders of aanscherpingen in de uitvoering van het subsidieprogramma vragen. Belangrijk is in het bijzonder 'kerntaken in de praktijk'. Dit gaat in op welke zorg wel en niet van iedere huisarts mag worden verwacht en welke zorgtaken optioneel zijn, inclusief grenzen en randvoorwaarden. Uiteraard hadden en hebben de Coronapandemie en de grote investeringen in COVID-19 onderzoek invloed op KPHAG. De financiering van een groot project door het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde maakt dat resultaten te verwachten zijn op het vlak van gebruik van data, deelname aan onderzoek en ontwikkeling van de onderzoek infrastructuur. Dit vraagt, naast de invulling van de 2^e fase van het programma, ook om voor te sorteren op wat nodig is na het huidige programma.

3. Bevorderen dat de uitkomsten van onderzoek uit het programma gebruikt worden ter ondersteuning van de huisarts bij haar werk in de praktijk.

De uitvoering van deze doelstelling is op zowel programma-, als projectniveau. Nadere uitwerking van de aanpak wordt meegenomen in het ZonMw- Communicatie- en Implementatieplan (CIP) Huisartsenzorg dat nog in ontwikkeling is. Om te borgen dat de uitkomsten van het KPHAG worden verwerkt in het kwaliteitssysteem van de huisarts en bijdragen aan het gesprek in de spreekkamer, vindt overleg tussen ZonMw en het NHG plaats. Optimale doorgeleiding van projectresultaten voor

opname in standaarden en richtlijnen van de huisarts is hierbij onderwerp van gesprek. Gezien de lange doorlooptijd van richtlijnupdates is aandacht voor het bevorderen van de impact van de verworven kennis essentieel. ZonMw informeert het NHG over gehonoreerde projecten in het KPHAG om zeker te zijn van opname van de projecten in het overzicht van lopend huisartsgeneeskundig onderzoek. Een plan voor de structurele samenwerking voor het verbeteren van de doorgeleiding van kennis moet nog worden uitgewerkt. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van innovatieve aanpakken waarin onderwijs en (na)scholing betrokken worden. De tussentijdse evaluatie geeft inzicht in programma-activiteiten die hieraan bijdragen en wat in de 2^e helft van het programma nog wenselijk is aan te passen of te ontwikkelen op dit vlak. Op projectniveau is het van belang bij de monitoring van projecten (0, p.20) te stimuleren dat activiteiten gepland en uitgevoerd worden, die het behalen van resultaten op deze doelstelling ondersteunen.

Conclusies

De conclusies in hoofdstuk 4 (p.37) beschrijven dat:

- Het KPHAG ondanks vertraging in de globale planning door de uitbraak van de Coronapandemie op koers ligt om de doelstellingen te bereiken. Vooral op doelstelling 1 en 2 is voortgang geboekt. Voor doelstelling 3 is het programma nog in een te vroege fase voor inhoudelijke resultaten, vanwege het ontbreken van projectresultaten. Voorbereidingen voor de uitvoering van deze doelstelling zijn al wel gestart. Deze tussentijdse evaluatie geeft voldoende inzicht in de voortgang van de programma uitvoering om voorgaande vast te stellen.
- In beide subsidierondes zijn aanvragen uit alle instituten ingediend. Een negatief advies bij projectideeën kwam vooral door onduidelijkheid over de toegevoegde waarde. Dit werd duidelijk door: onvoldoende aansluiting bij de gekozen prioriteit(en) uit de NOAH, niet passend bevonden zijn in de programmaliijn en slechts een beperkte bijdrage leverend aan: de beantwoording van een prioriteit en een verwachte verbetering van het handelen van de praktiserend huisarts. Tot slot speelde ontbreken van overtuigende betrokkenheid van praktiserend huisartsen bij de opzet en uitvoering van het projectidee een rol.
- Bij de EOV waren 13 subsidieaanvragen honorabel van de 17. Dit waren er 6 van de 7 bij de COV. Hieruit konden 7 EOV en 4 COV projecten gehonoreerd worden binnen de beschikbare middelen voor de eerste twee subsidierondes. Met deze 11 gehonoreerde projecten zijn nu in totaal 27 prioriteiten 'ingevuld' van de NOAH. Het programma geeft dus een impuls aan onderzoek ten behoeve van betere huisartszorg en ondersteuning van de huisartsenzorg in de spreekkamer. Gegeven het grote aantal prioriteiten in de NOAH, het belang van de huisartsgeneeskunde in het Nederlandse zorgstelsel, de breedheid van de huisartsgeneeskunde en het feit dat er veel honorabele projecten niet konden worden gefinancierd, concludeert de programmacommissie dat het budget niet toereikend was om de vele actuele praktijkvragen te beantwoorden.
- Afgezien van het niet uitvoeren van de nadere concretisering van de NOAH en het extra uitvoeren van de multidisciplinaire subsidieronde nauwelijks tussentijdse aanpassingen in de programma uitvoering zijn gedaan.
- De organisatorische opzet en procedures adequaat zijn, terwijl ook enkele verbeteringen mogelijk zijn.
- Het wenselijk is in de 2^e fase van het programma inhoudelijk in te spelen op voor de huisartsgeneeskunde relevante ontwikkelingen en voor te sorteren op wat nodig is na het huidige programma.

Aanbevelingen

De 30 aanbevelingen uit deze tussentijdse evaluatie in hoofdstuk 5 (p.39) zijn bedoeld om verbeterlijnen aan te geven voor de 2^e fase van het programma op 3 niveaus: 1. Programmaniveau; 2. Kwalificaties, ondersteuning en rol programmacommissie; 3. Inrichting subsidieoproepen en beoordelingen. Hieronder worden per niveau kort de onderwerpen en inhoud weergegeven, waarbij achter het niveau (het aantal aanbevelingen) staat en in de volgende tekst (het nummer van de aanbeveling):

1. Programmaniveau (5). Hierbij gaat het om aanbevelingen die van invloed zijn op de grotere lijnen van het programma. Een aantal aanbevelingen betreffen acties om inbedding van het programma in en aansluiting bij beleids-, praktijk- en onderzoeksontwikkelingen te realiseren en te waarborgen, en ook hoe dit om te zetten in te realiseren impact (1, 3, 4). De programmacommissie beveelt zelf aan, in het licht van de huidige beperkingen van het budget voor structurele kennisontwikkeling en toekomstige uitdagingen, in een volgend HLA (2023 en

verder) meer middelen te alloceren voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Tot slot beraadt zij zich over evaluatiecriteria voor de eindevaluatie van het programma.

2. Kwalificaties, ondersteuning en rol programmacommissie (12). Hierbij gaat het om hoe de programmacommissie optimaal haar taakopdracht uit kan voeren. Twee aanbevelingen gaan over de uitbreiding van de programmacommissie met (jonge) praktiserende huisartsen en expertise op het gebied van (multidisciplinaire) samenwerking in complexe situaties, over methoden van *complexity sciences*, onderwijs en implementatie (6, 7). De functionele verbinding met de HGOG-commissie kan mogelijk meer opleveren (8), evenals de afstemming met andere ZonMw-programma's (9). Duidelijk moet worden welke kansen de programmacommissie op dit vlak ziet en welke ondersteuning zij daarin wenst/nodig heeft van het ZonMw-bureau. Dit laatste geldt ook voor tussentijdse voortgangsinformatie over de programma-uitvoering (11) en de kennisbehoefte van de programmacommissie over het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoeksveld en multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns (12). De inzet van de programmacommissie moet uiteraard passen bij de belastbaarheid en beschikbare tijd van de verschillende programmacommissieleden (10). Op projectniveau zijn tussentijdse projectanalyses wenselijk die inzicht geven in: voorgestelde wijzen van onderzoek in de projecten, eventuele bijdragen van projecten aan beantwoording van structuurvragen en kennisverspreiding die voorgesteld wordt in de projecten. Afstemming van de uitkomsten van dergelijke analyses met het NHG biedt kansen om het land van de kennis uit de projecten in richtlijnen en de praktijk te stimuleren (13). Een 2^e aanbeveling van de programmacommissie betreft het actief delen van inzichten uit deze evaluatie naar externen om bij te dragen aan discussies over kennisontwikkeling voor de huisartsgeneeskunde (14). Voor de optimale inzet van de kennis en expertise van de programmacommissieleden in het licht van beperkingen qua tijd en beschikbaarheid moet de programmacommissie meegenomen worden in de besluitvorming over de monitoring van gehonoreerde projecten (15). Vanuit het ZonMw-bureau wordt regelmatig feedback van de programmacommissie opgehaald om de ondersteuning te blijven verbeteren (16). De rol van het patiëntenperspectief moet meegenomen worden bij de inrichting van de monitoring van projecten en de beoordeling van eindverslagen (17).
3. Uitvoering subsidierondes en beoordelingen (13). Hierbij gaat het om specifieke aanbevelingen voor de inrichting van het subsidie-instrument ten behoeve van de invulling van de doelstellingen. De huidige NOAH blijft de basis in het 2^e deel van het KPHAG. De programmacommissie besluit tot eventuele aanscherpingen in volgende subsidieoproepen vanuit de dekking van prioriteiten en ervaringen tot nu toe (18, 24, 25, 26, 27 en 28). Zij stemt met het NHG af over de wenselijke formulering van onderzoeksvragen (19) en wanneer relevant onderzoek buiten de NOAH geen plaats in het KPHAG kan krijgen (23). ZonMw verwerkt besluiten van de programmacommissie in het KPHAG (20, 21 en 22). Het patiëntenpanel wordt ook in de volgende subsidierondes betrokken bij de beoordeling van subsidieaanvragen (29). Om de meerwaarde van de multidisciplinaire subsidieronde vast te stellen wordt een inhoudelijke en procesmatige evaluatie uitgevoerd (30).

Afkortingen

Lijst met afkortingen

ACP = Advance Care Planning
Aioto = arts in opleiding tot (klinisch) onderzoeker
AUMC – locatie AMC = Amsterdam Universitair Medisch Centrum – locatie Academisch Medisch Centrum
AUMC – locatie VUmc = Amsterdam Universitair Medisch Centrum – locatie VU medisch centrum
BUNDLE = Betalen voor Uitkomsten in de Nederlandse medisch specialistische zorg: Doen, Leren en Evalueren
CIP = Communicatie- en implementatieplan
COV = Complexe Onderzoeksvragen
COVID-19 = Corona Virus Disease of 2019
DO = DoelmatigheidsOnderzoek
EOV = Enkelvoudige Onderzoeksvragen
FAZ = Fonds Alledaagse Ziekten
FMS = Federatie Medisch Specialisten
GGG = Goed Gebruik Geneesmiddelen
GGZ = Geestelijke Gezondheidszorg
HAG = Huisartsgeneeskunde
HGOG = Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde
HLA = Hoofdlijnenakkoord
HLA-MSZ = Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg
HTA = Health Technology Assessment
ICPC = International Classification of Primary Care
IKNL = Integraal Kankercentrum Nederland
IOH = Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde
IOH-R = Interfacultair Huisartsgeneeskunde Research
IZB = Infectieziekten bestrijding
JZOJP = De Juiste Zorg op de Juiste Plek
KPHAG = Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde
LHV = Landelijke Huisartsen Vereniging
LUMC = Leids Universitair Medisch Centrum
MUMC+ = Maastricht Universitair Medisch Centrum+
NFU = Nederlandse Federatie van Universitair medische centra
NHG = Nederlands Huisartsgenootschap
NOAH = Nationale Onderzoeksagenda Huisartsagenda
OvO = Onderzoek van Onderwijs
PFN = Patiëntenfederatie Nederland
PI = Projectidee
SA = Uitgewerkte subsidieaanvraag
SES = Sociaaleconomische Status
SGF = Samenwerkende Gezondheidsfondsen
SOLK = Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten
umc = universitair medisch centrum
V&V = Verpleging & Verzorging
UA SA = Uitgewerkte subsidieaanvraag
UMCG = Universitair Medisch Centrum Groningen
UMCU = Universitair Medisch Centrum Utrecht
VPH = Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
VWS = Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians
ZN = Zorgverzekeraars Nederland

1 Inleiding

Voor deze tussentijdse zelfevaluatie van het Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (KPHAG) is de ZonMw-handleiding Evaluaties van programma's (maart 2021) zoveel mogelijk gevolgd. Dit document beschrijft de uitkomsten van de tussentijdse zelfevaluatie. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan bod: de doelstellingen van deze tussentijdse zelfevaluatie van het KPHAG, welke evaluatiemethode gebruikt is en hoe het rapport is ingedeeld.

1.1 Doelstellingen van de evaluatie

Het doel van deze tussenevaluatie is het beoordelen van de voortgang van de uitvoering van het KPHAG om de uitvoering en planning zodanig in te richten/bij te sturen dat de programmadoelen zo goed mogelijk behaald worden. Het accent ligt daarmee op evaluatie van het proces. De doelgroepen van de evaluatie zijn primair de programmacommissie en het programmasecretariaat en secundair het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als opdrachtgever.

1.2 Methode

De tussenevaluatie is een zelfevaluatie, wat betekent dat de programmacommissie zelf de conclusies van de evaluatie vaststelt. De gegevensverzameling en analyse werden uitgevoerd door het ZonMw-bureau. Uitgaande van de opdracht en het doel van de evaluatie komen in deze rapportage 2 onderdelen aan bod:

1. Inzicht in voortgang op programmadoelstellingen en beoordeling van voortgang door programmacommissie.
2. Functioneren van de programmacommissie en van ondersteuning van de programmacommissie door het ZonMw-bureau.

Criteria bij onderdeel 1: ZonMw geeft een feitelijke weergave van en toelichting op de uitvoering van het programma op hoofdlijnen (Figuur 2), waarbij aangegeven is of de programma uitvoering op schema loopt, dan wel voor- of achterloopt ten opzichte van de oorspronkelijke planning in de programmatekst. Op schema betekent dat in het huidige kwartaal de uitvoering afgerond is. Voor- of achterlopen is een verschil van 1 kwartaal of meer. De programmacommissie verbindt conclusies en aanbevelingen aan voor- of achterlopen in de uitvoering van het programma. Dit geeft (ook de opdrachtgever) inzicht in wat nog nodig is om de doelstelling van het programma te behalen gedurende de looptijd.

Criteria bij onderdeel 2: Dit onderdeel wordt onderzocht door de voortgang van uitvoering van de taakopdracht van de programmacommissie te beoordelen en de programmacommissieleden schriftelijk enkele stellingen voor te leggen hierover. Programmacommissieleden geven een waardering aan hun functioneren en welke verbetermogelijkheden zij hiervoor zien.

1.3 Indeling van het rapport

Het rapport heeft een eenvoudige indeling met beschrijvingen over het programma in hoofdstuk 2, een zelfevaluatie door de programmacommissie in hoofdstuk 3 met daarna conclusies en aanbevelingen in resp. hoofdstuk 4 en 5.

2 Programma

Dit hoofdstuk beschrijft de doelstellingen, de aanleiding en relevante context van het programma. Daarnaast komen de programmatische opzet en werkwijze aan de orde, waarbij aandacht wordt besteed aan de organisatie en het proces, de belangrijkste activiteiten, tussentijdse aanpassingen, of het programma op koers ligt om de doelstellingen te bereiken en in hoeverre dat volgens tijdsplanning verloopt. Tot slot beschrijft hoofdstuk 2 de gehonoreerde projecten binnen het programma, de resultaten per doelstelling en de begroting.

2.1 Inleiding

Het ministerie van VWS heeft ZonMw eind december 2018 verzocht een onderzoeksprogramma huisartsgeneeskundige zorg te ontwikkelen.¹ Het ministerie van VWS vertegenwoordigt daarbij alle partijen van het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg: het ministerie van VWS, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), InEen, de Patiëntenfederatie Nederland (PFN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Half juni 2019 ontving ZonMw goedkeuring van het ministerie van VWS op het medio maart 2019 aangeboden programmavoorstel KPHAG. De missie van het KPHAG is om de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van praktiserende huisartsen te verstevigen. Zo wordt bijgedragen aan de verbetering van de patiëntenzorg en de bevordering van het patiëntenwelzijn.

2.2 Doelstellingen en missie

De doelstellingen van het programma zijn:

- Het beantwoorden van diverse actuele en relevante kennisvragen uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde (NOAH) met daarbij de benodigde aandacht voor complexiteit van huisartsgeneeskundig onderzoek en multidisciplinair onderzoek in de eerste lijn.
- Goed afstemmen met en waar mogelijk samenwerking tussen het programma en andere ZonMw-programma's en relevante ontwikkelingen meenemen.
- Bevorderen dat de uitkomsten van onderzoek uit het programma gebruikt worden ter ondersteuning van de huisarts bij haar werk in de praktijk.

De missie van het KPHAG is om de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van praktiserende huisartsen te verstevigen. Zo wordt bijgedragen aan de verbetering van de patiëntenzorg en de bevordering van het patiëntenwelzijn.

2.3 Aanleiding en relevante context

Deze paragraaf gaat in op de aanleiding van het programma. De doelstellingen uit paragraaf 2.2. zijn direct uit de oorspronkelijke aanleiding af te leiden. Daarnaast is uitgebreid aandacht voor een stuk relevante actuele context van het programma. In de programmatekst was deze context van de huisartsgeneeskunde, die ook van invloed is op de uitvoering van KPHAG als breder kader al beschreven.

2.3.1 Aanleiding

Directe aanleiding voor de opdracht aan ZonMw is het hoofdlijnen akkoord huisartsenzorg (HLA) 2019 t/m 2022 (29 juni 2018). Via het HLA wordt € 604,- miljoen beschikbaar gesteld voor het versterken van de huisartsenzorg in totaal, waarvan € 8,- miljoen voor wetenschappelijk onderzoek via het KPHAG-programma. Eind 2020 is een [midterm review](#) van het akkoord uitgevoerd door onderzoeksbureau Rebel. De 8 thema's uit het akkoord komen hierin aan bod. Op elk thema wordt inzicht gegeven in de voortgang van de uitvoering van de afspraken die gemaakt zijn in het HLA. De conclusie is dat vooral winst te behalen is in de organisatie en snelheid van de uitvoering van de HLA-afspraken. Besloten is tot een versnelling op 3 terreinen: 1. Organisatie & Infrastructuur. 2. Digitalisering en e-health. 3. Meer tijd voor en met de patiënt.

In het kader van het KPHAG valt op dat de uitvoering van de NHG-kennisagenda in het thema kennisvergroting en onderzoek (3.8 p.15/20) niet wordt genoemd in het rapport van Rebel. Deze tussentijdse evaluatie biedt inzicht in de voortgang van de uitvoering van de NHG-kennisagenda in de

¹ Zie Bijlage A Opdrachtbrief dd. 18 december 2018.

context van het KPHAG. Het programma heeft een rechtstreekse verbinding met investeringen op het thema kennisvergroting en onderzoek (2.1.7b, HLA Huisartsenzorg).

JZOJP

Het bredere kader van de opdracht is het hoofdlijnenakkoord met daarin als inhoudelijke randvoorwaarde: *de Juiste Zorg op de Juiste Plek (JZOJP)*. HLA partijen committeren zich aan de gewenste transformatie naar *de Juiste Zorg op de Juiste Plek* (zie Kader 1).

De essentie van de Juiste Zorg op de Juiste Plek is: Het voorkomen van (duurdere) zorg, verplaatsen van zorg (dichterbij mensen thuis) en het vervangen van zorg (door andere zorg zoals e-health). Dat betekent:

- Uitgaan van het functioneren van mensen en hun omgeving
- Aandacht voor gezondheid, gedrag, preventie en tijdige signalering van ziekte
- Toegankelijke ondersteuning en zorg voor iedereen
- Passende en effectieve zorg, aansluitend bij leerervaringen en context
- Zorg met goede uitkomsten in termen van ervaren kwaliteit van leven
- Zorg tegen betaalbare maatschappelijke kosten

Kader 1: uit [rapport 'De Juiste Zorg op de Juiste Plek'](#)

Meer ambitie op dit vlak begint volgens de Taskforce² JZOJP met 'een ander perspectief op ziekte en gezondheid'. Waarbij het niet draait om wat de zorg te bieden heeft of om de belangen van zorgaanbieders, maar om wat mensen nodig hebben om zo lang mogelijk zo goed en zelfstandig mogelijk te kunnen functioneren. 'Om dat voor elkaar te krijgen moet het aanbod meer toegesneden worden op de vraag en zullen we de mogelijkheden van technologische vernieuwing optimaal moeten benutten.' Wat daarvoor aan kennis nodig is, is een vraag die in de KPHAG-opdracht niet expliciet gesteld wordt, maar die in de context van de noodzakelijke hervormingen in de zorg wel relevant is. Ook kan het in samenhang onderzoeken van vragen waar verschillende disciplines in de zorg bij betrokken zijn, bijdragen aan de transformatie naar *de Juiste Zorg op de Juiste Plek*. Daarbij zijn doelmatigheid en verplaatsen van zorg belangrijke aandachtspunten. De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde biedt aanknopingspunten voor beide.

Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Vanuit de opdracht van het ministerie van VWS is de [Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde \(NOAH\)](#) uit voorjaar 2018 als centraal kader voor het programma meegegeven. Het belang van de uitvoering van de NOAH komt uit het HLA-huisartsenzorg 2019-2022, met het doel om huisartsenzorg blijvend op het huidige hoge niveau te houden. Daarvoor is nodig dat:

- Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenzorg van een hoog niveau blijft;
- Klachten en problemen van patiënten worden beantwoord met de meest actuele kennis uit de stand van de wetenschap en praktijk.

De opdracht van het ministerie van VWS is breder dan alleen de uitvoering van de NOAH en de toepassing van de kennis die daaruit voortkomt faciliteren en bevorderen. Afstemmen met andere eerstelijns kennisagenda's is ook gevraagd als onderdeel van de opdracht. Naast de NOAH zijn er meerdere eerste- en tweedelijns kennisagenda's en speelt in het sociaal domein het Nationaal Preventieakkoord een belangrijke rol. Eerder is er, gezien de beperkte omvang van het programma, voor gekozen om op programmaniveau vooral te focussen op versterking van de eerste lijn en samenwerking op overlappende onderwerpen/thema's uit de gezamenlijke kennisagenda's van eerstelijnszorgprofessionals. Aan het nader bijeen brengen van de beroepsverenigingen van die kennisagenda's wordt aandacht besteed tijdens de netwerkbijeenkomst Verpleging en verzorging van 16 juni 2022 van het ZonMw-programma Verpleging en verzorging.

2.3.2 Relevante actuele context

De programmatekst beschrijft in hoofdstuk 1 de relevante context. Hieronder is voor die context de actuele stand van zaken beschreven en ook nieuwe contextfactoren, die niet in de programmatekst

² De Taskforce JZOJP bestaat uit experts uit verschillende disciplines van de zorg die onder leiding van het ministerie van VWS een rapport uitgebracht hebben over de Juiste Zorg op de Juiste Plek. In het rapport schetsen ze de kaders voor de transitie naar een zorgsysteem dat het functioneren van mensen centraal stelt.

waren opgenomen, maar voor het KPHAG naar verwachting wel kunnen leiden tot keuzes in de uitvoering.

- **Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio**

Voor JZOJP zijn naast goede samenwerking en afstemming binnen de eerste lijn, ook goede samenwerking en afstemming met de tweede lijn essentieel. Om de bijdrage van umc-onderzoek aan actuele maatschappelijke vraagstukken en aan kwaliteit en betaalbaarheid van preventie en de gezondheidszorg te verbeteren adviseerde de Gezondheidsraad in *Onderzoek waarvan je beter wordt; een heroriëntatie op umc-onderzoek*³ brede samenwerkingsverbanden met een sterke regionale functie te ontwikkelen. De brede werkgroep van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) heeft het advies van de Gezondheidsraad vertaald naar een landelijk plan met concrete acties ten aanzien van het onderzoek van de umc's. De NFU heeft met stakeholders het plan [Onderzoek en innovatie met en voor de gezonde regio](#) opgesteld, met daarin 7 acties. Dit is in april 2019 aangeboden aan de minister van VWS. Sindsdien werken de NFU, de umc's en hun partners in de regio aan de uitvoering van het NFU-plan. In elke regio is de huisartsgeneeskunde intensief betrokken. Huisartsen denken mee over de regionale onderzoek- en innovatieagenda's. Voor KPHAG kan het wenselijk zijn om mogelijkheden voor afstemming met regionale ontwikkelingen te onderzoeken.

- **Herijking kernwaarden en kerntaken**

'Kerntaken in de praktijk' is een vervolg op de herijkte kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg, die zijn gelanceerd op 21 januari 2019. Eind september 2020 zijn de Kerntaken in de praktijk door de ledenvertegenwoordigingen van LHV, NHG, Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH) en InEen vastgesteld en gepubliceerd op de website [Toekomsthuisartsenzorg.nl](#). Welke zorg mag van iedere huisarts worden verwacht, welke zorgtaken zijn optioneel en welke zorgtaken vallen er niet onder? Ook de grenzen en randvoorwaarden zijn beschreven, zodat patiënten en andere zorgverleners ook in de toekomst op goede huisartsenzorg kunnen blijven rekenen. In navolging van de constatering dat een inclusievere samenleving vraagt dat zorg en welzijn meer met elkaar verweven raken, ligt er in dit kader een grote uitdaging. Naast of misschien zelfs voor de versterking van de eerste lijn is het essentieel om de samenwerking en afstemming tussen de eerste lijn en het sociaal domein te verbeteren.

- **ZonMw-beleidsplan 2020-2024**

Er zijn 2 thema's specifiek relevant voor KPHAG, die nog niet expliciet uitgewerkt zijn in KPHAG:

- **Brede benadering van gezondheid en positieve gezondheid**

ZonMw heeft de brede benadering van gezondheid als uitgangspunt. Deze benadering bevindt zich op dezelfde lijn als het door JZOJP benoemde 'andere perspectief op ziekte en gezondheid'. Positieve gezondheid is een brede benadering van gezondheid die niet de ziekte, maar een betekenisvol leven van mensen centraal stelt. ZonMw wil een bijdrage leveren aan een inclusieve samenleving. Dat betekent dat iedereen, ongeacht beperking of ziekte, volwaardig kan deelnemen. Zorg en welzijn raken daardoor nog meer met elkaar verweven. Het gedachtengoed van de brede benadering van gezondheid landt ook in de huisartsgeneeskunde. Op 18 mei 2021 was de feestelijke lancering van het Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartspraktijk – Samenwerken aan betekenisvolle zorg. Dit boek, geschreven door Machteld Huber en huisartsen Hans Peter Jung en Karolien van den Brekel is voor professionals in en om de huisartsenpraktijk en wie daarvoor in opleiding is om met Positieve Gezondheid betekenisvolle zorg voor patiënten te bieden. Tijdens de conferentie '10 jaar "Health as the ability to adapt and self-manage"' op 11 november 2021 ging het naast Positieve Gezondheid in de zorgpraktijk ook over andere beleidsterreinen waarvoor het een kapstok biedt om integraal te gaan werken. Ook om daarmee te komen tot de gewenste transitie in de zorg, van ziekte en genezing naar gezondheid en preventie. Er is meer onderzoek nodig om Positieve Gezondheid beleidsmatig steviger te verankeren. Om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat Positieve Gezondheid een plek krijgt in het verzekerde pakket, is specifieke onderbouwing nodig. Er is behoefte aan dergelijke onderbouwing en het kunnen aantonen dat een bredere kijk op gezondheid 'werkt'. Daarvoor zijn nog belangrijke stappen te zetten. ZonMw geeft hier invulling aan door meer *evidence* te creëren in lopende onderzoeksprojecten en in te zetten op de ontwikkeling van passende methoden en

³ [Onderzoek waarvan je beter wordt; een heroriëntatie op umc-onderzoek, Gezondheidsraad, 2016](#)

instrumenten van onderzoek. In de NOAH verwijst 1 prioriteit expliciet naar positieve gezondheid (4.4.9.5 Diversiteit: Hoe kan de term positieve gezondheid betekenis krijgen vanuit de huisartsenpraktijk voor mensen met lage sociaaleconomische status (SES)? ID 51). In het Handboek Positieve Gezondheid in de Huisartsenpraktijk wordt uitgebreid ingegaan op de bijdrage die Positieve Gezondheid kan leveren aan de kernwaarden uit het project Toekomst Huisartsenzorg en de aansluiting bij de daarin beschreven trends en factoren in de huisartsenzorg. Voor KPHAG lijkt het ook om die reden wenselijk de rol van positieve gezondheid in het KPHAG-programma te verkennen.

- **Impact versterken**

Het conceptueel kader *Impact versterken* is na de goedkeuring van de programmatekst in juni 2018 opgeleverd als onderdeel van de ZonMw-beleidsportefeuille Impact versterken. In de 3^e doelstelling zit al wel een belangrijke impactdoelstelling verwerkt. Met de uitvoering van de eerste 11 projecten kan op basis van *Impact versterken* geïnventariseerd worden hoe het programma bij kan dragen de impact van resultaten uit deze projecten te versterken. Dit komt verder aan de orde in paragraaf 2.5.2.

- **Duurzame zorg**

Vanaf 1 januari 2022 zal bij iedere herziening van een NHG-richtlijn de milieu-impact van de aanbevolen geneesmiddelen worden meegenomen. Het gaat dan om de milieu-impact in de laatste fase van de levenscyclus van het middel, de fase van gebruik. Dit kan gaan om broeikasgasuitstoot (HFK's bij dosis-aerosolen), of impact op het zoet water (geneesmiddelresten).

- **Coronapandemie**

Sinds maart 2020 is de coronapandemie een gegeven in het dagelijks leven. Het heeft grote, maar inmiddels gelukkig afnemende impact op mensen, patiënten, zorgprofessionals, de zorg en de maatschappij als geheel. In de huisartsenzorg bleven en blijven huisartsen met een sterk gewijzigde praktijkvoering hun patiënten toch zoveel mogelijk zorg bieden. De verschillende fases of golven in de pandemie hebben hun eigen kenmerken. In de eerste fase van de pandemie vroeg de plotselinge noodzakelijke scheiding van COVID-19 verdachten en overige patiënten de benodigde omschakeling naar alternatieve vormen van zorg (digitaal/ op afstand). Dit vroeg veel van de flexibiliteit en het aanpassingsvermogen van huisartsen en patiënten in een al zeer stressvolle periode. In de latere fases van de pandemie bleef de druk op de huisartsenzorg hoog. Zo is er veel inzet van huisartsen nodig geweest bij het geven van COVID-19 vaccinaties en daarnaast is er meer verzuim geweest door de quarantaineregels. Onderzoek in de huisartsgeneeskunde gaf een wisselend beeld tijdens de verschillende fases van de pandemie. Waar sommige onderzoeken verder konden, omdat een deel van de patiëntenzorg wegviel en (huisarts)onderzoekers meer tijd hadden voor het doen van bijvoorbeeld literatuuronderzoek, was nagenoeg al het patiënt- en/of huisarts gebonden onderzoek aan het begin van de pandemie niet meer mogelijk. Ook moesten huisartsonderzoekers zich schikken naar een aan de situatie aangepaste praktijkorganisatie en/of was er extra aandacht nodig voor privé-situaties.

- **COVID-19-onderzoek**

Vrij snel na de uitbraak van COVID-19 heeft ZonMw een aantal onderzoeksprojecten uitgezet naar de acute en langetermijneffecten van COVID-19 op de gezondheidszorg, en ook naar medische en sociaal-maatschappelijke gevolgen van de pandemie. In dit kader valt ook het onderzoek in de eerstelijns zorg en onderzoek specifiek gericht op de huisartsenzorg. Het NHG heeft met de [Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde](#) de meest relevante en urgente kennisvragen op dit gebied in kaart gebracht. Deze kennisvragen gaan zowel over de zorg voor patiënten met acute COVID-19 infectie (klachten < 4 weken) als over patiënten met langdurig aanhoudende klachten na infectie (ook wel bekend als 'long COVID'). In het KPHAG ligt de focus op de NOAH. Specifiek voor COVID-19-onderzoek voor de HAG is in het COVID-19-programma voldoende ruimte.

- **Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde, IOH(-R) en NHG**

Het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde is in 2013 gevormd door de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Research (IOH-R). Doel is om de optimale voorwaarden te scheppen en te onderhouden voor onderzoek op het gebied van de eerstelijns-geneeskunde en in het bijzonder de huisartsgeneeskunde in Nederland, waaronder grootschalig multicentrisch onderzoek. Eerder werkte het NHG samen met het IOH voor totstandkoming van de NOAH. Ook houdt het NHG samen met het IOH-R het [overzicht van](#)

[kennislacunes en huisartsgeneeskundig onderzoek](#) up-to-date. Bij elke herziening of nieuwe NHG-standaard wordt het overzicht bijgewerkt. De afdelingen huisartsgeneeskunde houden het overzicht van lopend huisartsgeneeskundig onderzoek bij door uitvraag van het NHG.

- **Toekomst financiering HAG-onderzoek in Nederland**

In 2022 staan vooralsnog de laatste 2 subsidierondes in het KPHAG-programma gepland. Het HLA Huisartsenzorg loopt net als het KPHAG tot en met 2022 en er zijn gesprekken gestart voor sector overstijgende akkoorden. Op dit moment is nog niet bekend welke rol voor onderzoek, kennisontwikkeling en –borging is weggelegd. In 2022 worden ook de laatste projecten gefinancierd uit de Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG)-academiseringsgelden en uit de onderwijsinnovatielijnen van de huisartsenopleiding Onderzoek van Onderwijs. Onderwijs is een beleidsspeerpunt bij ZonMw en er zijn ontwikkelingen in het denken over de rol die onderwijs heeft, moet, of kan hebben in (zorg)innovatie. Verder zijn er in beperkte mate andere ZonMw-programma's waarin huisartsgeneeskundig onderzoek een kans heeft op financiering. De 'achterstand' die de financiering van huisartsgeneeskundig onderzoek heeft ten opzichte van andere medisch specialistische disciplines blijft daarmee bestaan. Als factor voor de manier van financiering zijn ontwikkelingen te noemen binnen het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde, die leiden tot betere samenwerking en afstemming. Tot slot verdient het aanbeveling in het bijzonder de resultaten van de infrastructuurimpuls te volgen, die vanaf najaar 2023 duurzame voorzetting vraagt.

2.4 Organisatie

Het ZonMw-bestuur heeft voor de uitvoering van het programma een onafhankelijke programmacommissie ingesteld, waarvan de leden op persoonlijke titel functioneren. Bij de selectie van potentiële programmacommissieleden is rekening gehouden met de Gedragscode Belangenverstrengeling van ZonMw en NWO. In de programmacommissie is huisartsgeneeskundige en methodologische expertise ruim vertegenwoordigd en ook nemen enkele praktiserende gepromoveerde huisartsen deel. De methodologische expertise is breed en omvat meerdere onderzoeksmethoden en -designs.

Aandacht voor diversiteit van de programmacommissie heeft vorm gekregen door bij het samenstellen van de programmacommissie rekening te houden met de verdeling man/vrouw en herkomst van programmacommissieleden van verschillende organisaties uit verschillende delen van het land. Het perspectief van de patiënt komt vooral naar voren door de samenwerking met de PFN. ZonMw heeft een convenant met de PFN waarin deze samenwerking verder is uitgewerkt. In de KPHAG-programmacommissie traden leden van het patiëntenpanel op als ad-hoc programmacommissielid om in beoordelingsvergaderingen het patiëntenperspectief te borgen.

Verschillende waarnemers (4) van het ministerie van VWS namen zitting in de programmacommissie. Waarnemers worden altijd uitgenodigd voor deelname aan de programmacommissievergaderingen, inclusief ontvangst van alle stukken, maar zonder stemrecht (zie bestuursreglement ZonMw 2019).

De programmacommissie wordt bij de uitvoering van het programma ondersteund door het ZonMw-bureau met een programmamanager, programmasecretaris en clusterassistent. Voor communicatie zijn een communicatieadviseur en -medewerker bij het programma betrokken. Deze bureaumedewerkers zijn met het KPHAG-programma ingebed in het cluster Kwaliteit van Zorg van ZonMw.

2.4.1 Samenstelling van de programmacommissie

In onderstaande Tabel 1 zijn de leden van de programmacommissie met hun expertise weergegeven. De samenstelling is openbaar en voor derden te raadplegen op [de programmapagina van KPHAG](#). Sinds de start van het programma heeft 1 programmacommissielid, praktiserend huisarts, zijn lidmaatschap voortijdig beëindigd.

*Tabel 1: Overzicht leden van de KPHAG-programmacommissie. *Programmacommissieleden die ook onderdeel zijn van de HGOG-programmacommissie.*

Titel	Voorletters	Naam	Rol
Prof.dr.	W.A.B.	Stalman	Voorzitter

Titel	Voorletters	Naam	Rol
Prof.dr.	B.	Aertgeerts*	Lid
Prof.dr.	A.	Burdorf*	Lid
Dr.	T.	Durme, van*	Lid
Drs.	P.L.M.L.	Gruijters	Lid
Prof.dr.	D.	Kotz*	Lid
Dr.	A.M.	May	Lid
Dr.	R.J.F.	Melis*	Lid
Dr.	M.J.	Schroevers	Lid
Dr.	J.A.	Schulkes-Van de Pol	Vice-voorzitter
Dr.	I.J.M.	Smeele	Lid
Dr.	M.J.	Westerman*	Lid
Mw.	T.	Nelissen	VWS-waarnemer ⁴
Dhr.	J.M.	Jansen	VWS-waarnemer ⁵

2.4.2 Samenwerking binnen en buiten ZonMw

In KPHAG wordt intern samengewerkt en afgestemd met andere ZonMw-programma's. Allereerst zijn dit de programma's binnen het cluster Kwaliteit van Zorg die gericht zijn op kwaliteitsverbetering in de zorg door de ondersteuning van professionals en verbetering van de organisatie van zorg. Hoofdstuk 2.5.2 gaat in op hoe die samenwerking en afstemming vorm krijgt. Er zijn ook enkele externe stakeholders waarmee contact is voor overleg en afstemming.

Stakeholders extern

Bij de totstandkoming van het programma is nauw samengewerkt met het IOH en het NHG. De concept programmamtekst is op bureau-niveau voorgelegd aan de HLA-partijen alvorens vaststelling. De samenwerking met het NHG krijgt vorm door regelmatig overleg. De frequentie wordt bepaald door een inhoudelijke aanleiding en is in de regel sowieso binnen een maand na een programmacommissievergadering. NHG en ZonMw gaven een eerste aanzet om in gezamenlijk afstemming en samenwerking met gezondheidsfondsen op te pakken. In dat kader is medio 2020 overleg met de Hartstichting geweest om samenwerkingsmogelijkheden te verkennen. Daaruit is bereidheid van beide kanten naar voren gekomen, maar hieraan is nog geen gevolg gegeven vanwege andere prioriteiten onder andere door COVID-19. Op bestuurlijk niveau vindt overleg tussen de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) en ZonMw plaats. Vanuit het KPHAG worden ontwikkelingen bij de SGF op afstand gevolgd.

Betrekken van HLA-partijen wordt ingevuld door halfjaarlijkse updates van het programma die via de VWS-waarnemer van KPHAG in het bureauoverleg van de HLA-partijen ingebracht worden. Met individuele HLA-partijen LHV en PFN is contact geweest. Het contact met de LHV was naar aanleiding van een consultatieronde voor de uitwerking van de kerntaken huisartsenzorg. De LHV geeft aan dat hoewel deelnemen aan onderzoek geen kerntaak van de huisarts is, zij het aanbod vanuit KPHAG om in overleg te blijven over het optimaliseren van de participatie van huisartsen aan onderzoek graag aanneemt, vooral met het oog op de projecten die binnen KPHAG gaan starten. Met de PFN is invulling gegeven aan patiëntenparticipatie in KPHAG. Zij heeft patiëntenpanels gefaciliteerd voor beoordeling van de uitgewerkte subsidieaanvragen (UA) in beide KPHAG-subsidierondes en leden uit de panels bereid gevonden deel te nemen aan deze programmacommissievergaderingen als ad-hoc programmacommissieleden. De invulling van patiëntenparticipatie op deze manier is geëvalueerd in de programmacommissievergaderingen direct na afloop van de beoordelingen. Ook is breder ingegaan op de inbreng vanuit patiëntenperspectief in een overleg na afloop van de beoordelingsvergadering UA enkelvoudig. De PFN en de panelleden die zitting hadden in de programmacommissie tijdens de vergadering gaven aan wat zij nodig achtten voor verbetering/ontwikkeling. In de volgende beoordelingscommissievergadering complex UA is een presentatie gegeven aan de programmacommissie door de coördinator van de patiëntenpanels van de PFN.

⁴ Mw. Nelissen was VWS-waarnemer ten tijde van de goedkeuring van de evaluatieopdracht.

⁵ Dhr. Jansen was VWS-waarnemer ten tijde van de bespreking van de rapportage met de commissie.

In de KPHAG-programmacommissie is de vicevoorzitter ook voorzitter van het fonds Alledaagse ziekten (FAZ) om aandacht voor dit belangrijke onderwerp binnen de huisartsgeneeskunde (HAG) te waarborgen. Met de vicevoorzitter is incidenteel overleg over eventuele doorgeleiding van projectideeën (PI)/JA die niet in KPHAG gehonoreerd worden, maar bij het FAZ een subsidieaanvraag kunnen overwegen. Het FAZ heeft daaruit voortkomend een vernieuwd voorstel goedgekeurd, waarin de suggesties van de KPHAG-aanvraag verwerkt waren en het heeft daar ook financiering voor geworven.

2.5 Werkwijze

In de basis gebruikt het KPHAG de ZonMw-procedures voor de uitvoering van het programma. Deze paragraaf beschrijft verbijzondering van de algemene procedures en wijzigingen in de aanpak ten opzichte van de programmatekst. De 3 doelstellingen vragen een verschillende aanpak, die in de programma uitvoering verweven zit en beschreven is in de programmatekst. De programmatekst is niet aangepast. Wel is de uitvoering op een belangrijk punt aangepast. De voorgestelde nadere concretisering van de NOAH is niet uitgevoerd (2.5.1).

Door de COVID-19 uitbraak is de planning van het programma gewijzigd (2.6). Voor het KPHAG-programma betekende de uitbraak dat de 1^e programmacommissievergadering voor de bespreking van PI in de 1^e subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen (EOV) omgezet is naar een telefonische vergadering en de deadline voor uitgewerkte aanvragen in deze subsidieronde is verplaatst om aanvragers meer ruimte te geven belangrijke prioriteiten voor vraagstukken anders dan COVID-19 in hun aanvragen te adresseren. In afwijking met de standaard werkwijze voor beoordelingsvergaderingen vonden alle programmacommissievergaderingen na maart 2020 online plaats met ZOOM.

De werkwijze en aanpassingen daarop zijn hieronder voor de 3 doelstellingen beschreven.

2.5.1 Beantwoorden kennisvragen door financieren van projecten

Afzien van nadere concretisering van de NOAH

In de afstemming met het NHG en het IOH tijdens de totstandkoming van de programmatekst is gesproken over het grote aantal van ruim 200 prioriteiten uit de NOAH. In de opdracht van het ministerie van VWS werd gevraagd in overleg met het veld in de NOAH accenten voor het programma aan te brengen. In de 1^e programmacommissievergadering op 13 november 2019 is een eventuele nadere concretisering van de NOAH besproken in aanwezigheid van de voorzitter van de adviescommissie NOAH. Daarin is de programmacommissie meegenomen in de bedoeling van de NOAH om de programmacommissie toe te rusten voor een discussie over de toegevoegde waarde van een concretiseringsslag, voorafgaand aan het openstellen van subsidieoproepen. Uitkomst van die discussie was het programmacommissiebesluit dat huisartsonderzoekers zelf vanuit een prioriteit van de NOAH een relevante onderzoeksvraag moeten formuleren en dat zij de programmacommissie moeten overtuigen van de noodzaak in te zetten op de oplevering van deze kennis. Aanvullend argument om een concretiseringsslag op de NOAH achterwege te laten, was dat een selectie door een kleine groep achteraf mogelijk tekort zou doen aan het zorgvuldige proces waarmee de NOAH tot stand was gekomen. De discussie heeft bijgedragen aan de keuze voor criteria in de subsidieoproepen.

Criteria in subsidieoproepen

Voor de selectie van prioriteiten van de kennisagenda had al een voorprioritering door huisartsen plaatsgevonden op basis van relevantie van de prioriteit van de beantwoording van een kennislacune voor de praktiserende huisarts: hoe vaak komt het probleem voor, wat is de ernst ervan en helpt het beantwoorden van de vraag in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Verder was voor de prioritering een aantal maatschappelijke en onderzoek gerelateerde criteria gehanteerd. Deze criteria heeft de programmacommissie meegenomen bij de vaststelling van de relevantie-, kwaliteitscriteria voor de eerste 2 subsidierondes met daarnaast aandacht voor een aantal algemene relevantiecriteria van ZonMw die bijdragen aan kwaliteit van een project, aan de resultaten en aan snellere toepassing.

Het aanvullende prioriteringscriterium 'spreiding' bij gelijke kwaliteit en relevantie binnen een subsidieronde is gesteld om te voorkomen dat een te groot deel van de beschikbare middelen naar een beperkt aantal organisaties gaat. De programmacommissie besloot qua onderwerpen in de 1^e

subsidierondes zo ruim mogelijk op te halen aan welke prioriteiten men in het veld wilde werken. In de huidige tussentijdse evaluatie wordt in hoofdstuk 2.8 'Resultaten Programmadoelstelling' bij de beschrijving van resultaten voor de eerste doelstelling duidelijk op welke prioriteiten projectideeën zijn ingediend en projecten zijn toegekend. Op basis van het overzicht op welke prioriteiten projecten lopen ([Tabel 4: Dekking van thema's/ ICPC-codes](#)) kan de programmacommissie besluiten of in volgende subsidierondes onderwerpen worden uitgesloten, dan wel expliciet worden benoemd om aanvragen op in te dienen.

Prioriteiten 'beantwoorden'

Door de brede formulering van de prioriteiten zijn meerdere kennisvragen en onderzoeksvragen mogelijk. In de formulering van criteria heeft de programmacommissie daarom rekening gehouden met de informatie die zij nodig achtte om te kunnen beoordelen of een aanvrager voldoende met zijn/haar subsidieaanvraag de relevante en actuele kennisvraag adresseert, die soms achter de prioriteit schuilt. De aanvrager moet daarom in de onderbouwing van de relevantie de programmacommissie overtuigen dat de kennis nu nodig is en niet al in andere projecten onderzocht is/wordt. De programmacommissie concludeerde dat het lastig vast te stellen is wanneer een prioriteit 'beantwoord' is. Een prioriteit kan globaal geformuleerd zijn, met daarbinnen 3 andere vragen. Het onderzoek kan de prioriteit aanscherpen, of na de resultaten ontstaan er verdiepende vragen. In het NHG [overzicht van lopend huisartsgeneeskundig onderzoek](#) is opgenomen of het onderzoek een geprioriteerde kennislacune(s) uit de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde beantwoordt. Onduidelijk is hoe dat wordt vastgesteld, maar de commissie zou die onderliggende criteria/beoordeling ook kunnen gebruiken, of het NHG om beoordeling kunnen vragen.

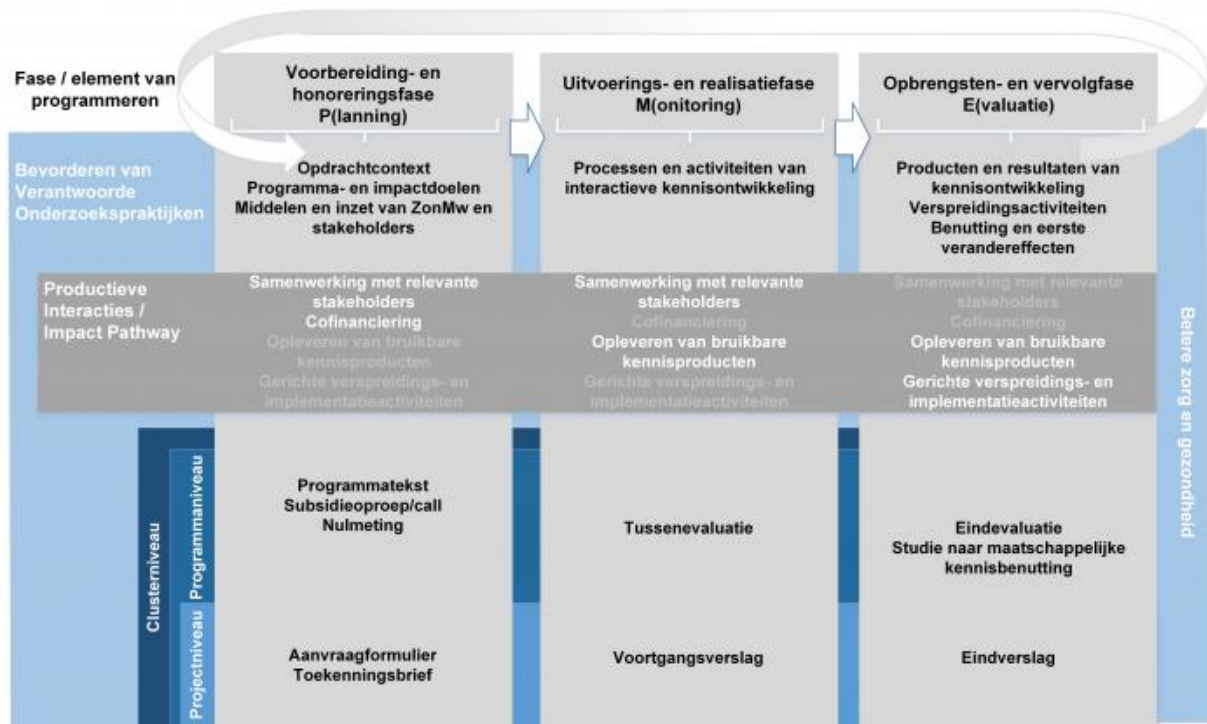
2.5.2 Afstemming en samenwerking binnen ZonMw

Al voor de ontvangst van de KPHAG-opdracht van het ministerie van VWS vond afstemming en samenwerking plaats binnen ZonMw op het gebied van huisartsgeneeskundig onderzoek (2.4.2). Dit is ten 1^e afstemming en samenwerking tussen de programma's van het cluster Kwaliteit van Zorg en Palliatieve zorg vanuit onder andere de doelstelling zorgprofessionals te ondersteunen met kennis en de ontwikkeling van professionele standaarden om de kwaliteit van (palliatieve) zorg te verbeteren. Het is binnen deze clusters gebruikelijk dat het clusterhoofd en collega-programmamangers meelesen met elkaars conceptteksten voor nieuwe programma's of subsidieoproepen. Dit gebeurt vooral wanneer wederzijds relevante beroeps- of patiëntengroepen aangesproken worden. Hiermee worden kansen voor onderlinge afstemming en samenwerking goed zichtbaar. Ten 2^e gaat het om samenwerking met programma's uit andere clusters. Relevant zijn subsidieprogramma's met projecten waarin huisartsen en hun patiënten(doelgroepen) centraal staan, waarvan de resultaten voor huisartsen of de huisartsgeneeskunde van belang zijn en waarin huisartsgeneeskundig onderzoek vanuit afdelingen huisartsgeneeskunde en het NIVEL plaatsvindt. Hiervan is sprake in verschillende programma's, verspreid over bijna alle programmaclusters van ZonMw. Op enkele programma's wordt in deze evaluatie uitgebreider ingegaan om zicht te krijgen op de positie van het KPHAG binnen ZonMw in de context van stimuleren van kennisontwikkeling en verbetering van de kwaliteit van (huisartsen)zorg.

Afstemming tussen het KPHAG en andere ZonMw-programma's is verder opgestart op onderwerpen uit de prioriteiten van de NOAH door contactpersonen van deze programma's te informeren over de onderzoeksagenda. Bij aanvang van het KPHAG zijn contactpersonen van andere programma's actief per mail benaderd om ze te wijzen op bepaalde thema's in de onderzoeksagenda die relevant leken voor hun programma. Vooral programma's waar kennisagenda's een rol spelen in prioritering van aanvragen en waar ook vanuit de huisartsgeneeskunde aanvragen ingediend worden, reageerden op dergelijke berichten. Daaropvolgend is er contact geweest met contactpersonen van de programma's Doelmatigheidsonderzoek, Goed Gebruik Geneesmiddelen en Preventie. Afstemming over uitwisseling van projecten in verschillende programma's en projectideeën in lopende subsidierondes was er schriftelijk ook met contactpersonen van de programma's Infectieziekten bestrijding, Memorabel, Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en Jeugd.

Zowel interne als externe samenwerking vallen onder de zogenaamde 'productieve interacties' en zijn als zodanig kernindicatoren in het door ZonMw ontwikkelde conceptueel kader het *Impact Assessment Framework* om de (maatschappelijke) impact van (de programmering van) gezondheidsonderzoek en zorginnovatie vast te stellen (zie Figuur 1). Het is wenselijk dit voor KPHAG in te zetten om inzicht te krijgen in de bijdrage van KPHAG en de projecten aan kennisbenutting.

Figuur 1 ZonMw Impact Assessment Framework



2.5.3 Gebruik van uitkomsten van onderzoek

Borging en verspreiding van de kennis uit projecten vindt al plaats via de structurele activiteiten van de huisartsgeneeskundige beroepsgroep op het gebied van standaarden, scholing en training. Om te borgen dat de uitkomsten van het KPHAG worden verwerkt in het kwaliteitssysteem van de huisarts en bijdragen aan het gesprek in de spreekkamer vindt overleg tussen ZonMw en het NHG plaats. Optimale doorgeleiding van projectresultaten voor opname in standaarden en richtlijnen van de huisarts is hierbij onderwerp van gesprek. Deze tussentijdse evaluatie geeft inzicht in programma-activiteiten, die hieraan bijdragen en wat in de 2^e helft van het programma nog wenselijk is aan te passen of te ontwikkelen op dit vlak.

Het proces van richtlijnontwikkeling is zo ingericht dat uitgegaan wordt van de actueel beschikbare (internationale) kennis. In die zin is publicatie van projectresultaten voldoende om meegenomen te worden in richtlijnontwikkeling. Resultaten van KPHAG-projecten worden in het licht van het geheel aan (internationale) resultaten gewogen met betrekking tot hun invloed op diagnostiek en behandelrichtlijnen. Bevorderend in dit proces is dat huisarts-onderzoekers van KPHAG-projecten betrokken zijn in richtlijnencommissies. Ook is een voorwaarde dat in de projecten praktiserend huisartsen betrokken zijn in de projectgroep om vraagstelling en beoogde resultaten zo goed mogelijk aan te laten sluiten bij de praktijk van de huisartsenzorg. ZonMw informeert het NHG over gehonoreerde projecten in het KPHAG om zeker te zijn van opname van de projecten in het overzicht van lopend huisartsgeneeskundig onderzoek.

Het gesprek in de spreekkamer is een onderdeel van goede zorg waar zowel arts, als patiënt voor nodig zijn. De vertaling van richtlijnen naar betrouwbare en begrijpelijke informatie op thuisarts.nl ondersteunt beiden hierbij. Daarnaast zijn zowel in de subsidierende EOV als in de subsidierende COV-projecten gehonoreerd die ingaan op (specifieke aspecten van) samen beslissen bij patiëntengroepen voor wie dit minder vanzelfsprekend is.

2.6 Invulling van het programma

In het programma wordt gewerkt met het financieren van zorgvuldig volgens criteria geselecteerde projecten en een aantal andere programma-activiteiten om invulling te geven aan de programmadoelen. In deze paragraaf gaat het over die invulling; welke activiteiten zijn tot nu toe

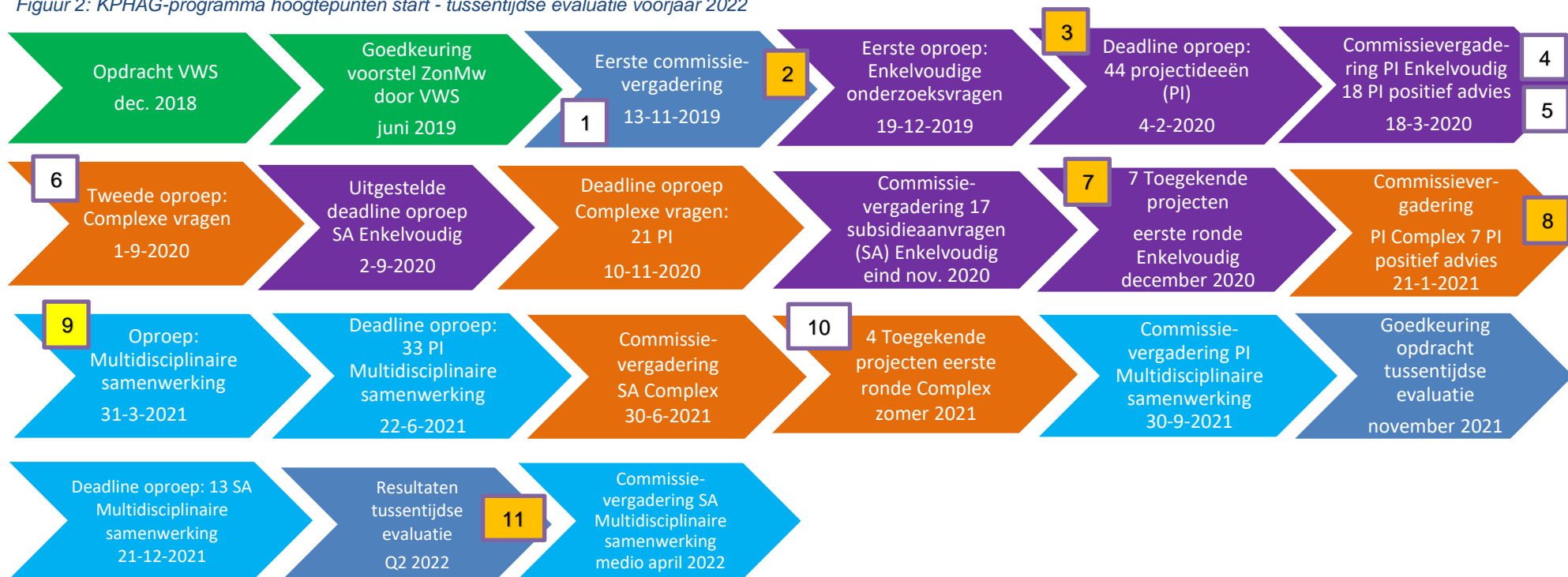
uitgevoerd, tot welke projecten heeft dat geleid en hoe dragen de activiteiten en projecten bij aan programmadoelen?

2.6.1 Uitvoering programma-activiteiten

In Figuur 2 staan de programma-activiteiten die plaatsvonden in het KPHAG vanaf de opdracht van het ministerie van VWS tot nu (voorjaar 2022) in grote lijnen weergegeven. Hieronder worden wijzigingen in de globale planning en hoofdlijnen uit de programmatekst toegelicht.

1. De opdracht voor nadere prioritering is niet uitgezet. Het onderscheid tussen EOV en COV is gehandhaafd, zij het niet op inhoudelijke, maar op methodologische gronden (grotere, complexe, meer gefaseerde designs).
2. Samenstellen van de programmacommissie (zomer 2019) en 1^e programmacommissievergadering gingen vooraf aan de 1^e subsidieoproep. De 1^e programmacommissievergadering vond door voorbereiding besluitvorming over 1. pas in november 2019 plaats. In deze vergadering heeft de programmacommissie zich uitgesproken over de criteria voor de subsidierondes. Pas hierna kon de subsidieoproep voor EOV opengesteld worden. Dit is te laat ten opzichte van de globale planning uit de programmatekst.
3. Uitvoering samenwerking kennisagenda's van de programma's Paramedische Zorg en Verpleging en Verzorging is uitgesteld. Er is overleg met KPHAG nodig over aanknopingspunten om multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns vanuit de 3 programma's gezamenlijk op te pakken. Dit vond in 2020 plaats met als resultaat een gezamenlijke subsidieronde in 2021 (zie 9.). Ten opzichte van de globale planning uit de programmatekst is dit te laat.
4. De Patiëntenfederatie is betrokken bij de invulling van het patiëntenperspectief in de uitgewerkte subsidieaanvragen (2^e fase subsidieronde).
5. Aanzet voor verbinding met LHV naar aanleiding van consultatie kernwaarden en kerntaken van de huisarts heeft stilgelegen vanwege COVID-19, was niet in de planning opgenomen.
6. Het openstellen van de 1^e COV-subsidieronde was op tijd volgens de globale planning.
7. Het besluit over de 1^e subsidieronde EOV is pas in Q4 2020 gekomen door het later publiceren en een latere deadline van de subsidieoproep voor de uitgewerkte aanvragen (SA) vanwege uitstel in de subsidieronde door COVID-19 uitbraak. Dit is te laat ten opzichte van de globale planning uit de programmatekst.
8. De voorselectie van deze 1^e subsidieronde COV is over de jaargrens heen getild (Q1 2021), vanwege de verlate toekenningen van de EOV. Hierdoor was de voorselectie te laat in vergelijking met planning uit de programmatekst.
9. Na de voorbereidingen voor een gezamenlijke subsidieronde met de programma's Paramedische Zorg en Verpleging en Verzorging in 2020 (zie 3.) is in de programmacommissievergadering van januari 2021 (zie 8.) goedkeuring gegeven aan de besteding van middelen uit het KPHAG-programma voor een gezamenlijke subsidieronde. De subsidieoproep is eind Q1 2021 online gegaan. Dit is een extra subsidieronde in het programma waarvoor een ad-hoc beoordelingscommissie is samengesteld uit de 3 programmacommissies. De volgende subsidieronde op de planning in de programmatekst was een 2^e subsidieronde voor EOV. De multidisciplinaire subsidieronde kwam daarvoor als extra subsidieronde in de plaats en is eerder opengegaan dan wanneer deze 2^e subsidieronde EOV gepland was. De toekenningen vinden echter later plaats in Q2 2022.
10. Ondanks de verschuiving van de PI selectievergadering naar Q1 van 2021, waren de toekenningen van de aanvragen voor de COV-subsidieronde op tijd.
11. De lessen uit de 1^e subsidierondes EOV en COV worden opgehaald in een tussentijdse (zelf)evaluatie door de programmacommissie. Met het NHG is overleg geweest om de werking van de kennisagenda mee te nemen in de evaluatie. Bedoeling was de evaluatie zo spoedig mogelijk na de zomer 2021 op te starten om de evaluatieresultaten mee te kunnen nemen in een volgende subsidieoproep in het programma begin 2022. Uiteindelijk is eerder starten niet gelukt en worden resultaten begin Q2 van 2022 verwacht. Dit betekent dat de start van de evaluatie op tijd was, maar de oplevering van het rapport te laat ten opzichte van de planning in de programmatekst. Evaluatieresultaten worden meegenomen in de uitvoering van de volgende subsidierondes.

Figuur 2: KPHAG-programma hoogtepunten start - tussentijdse evaluatie voorjaar 2022



x	Voor op planning	Opdrachtgever	Enkelvoudig
1	Volgens planning	Programma	Complex
7	Achter op planning		
9	Nieuwe activiteit		Multidisciplinair

Legenda figuren

2.6.2 Geplande programma-activiteiten programmatekst

Tabel 2: Globale planning uit de programmatekst

	2019	2020	2021	2022	2023-2027
Nadere prioritering	Opdracht (Q2 en Q3)	Resultaat raadpleging expertise (Q1)			
Programmalijn Enkelvoudige vragen	Subsidie-oproep 1e (Q3)	Besluit en toekenning (Q2) Start onderzoek (Q4)	Subsidie-oproep 2e (Q2)	Besluit en toekenning (Q1) Start onderzoek (Q4)	
Programmalijn Complexe vragen		Subsidie-oproep 1 ^e (Q2-3) Voorselectie (Q4)	Besluit en toekenning 1 ^e (Q3-4) Start onderzoek 1 ^e (Q4)/	2 ^e Subsidie-oproep (Q1) Start onderzoek 1 ^e (Q1) Voorselectie 2 ^e (Q2) Besluit en toekenning 2 ^e (Q4)	Start onderzoek (Q2)
Samenwerking kennisagenda's	Afspraak partijen o.b.v. voorbereiding en gezamenlijke uitreiking				
Evaluatie			Tussentijdse evaluatie (Q4)/	Tussentijdse evaluatie (Q1)	Eindevaluatie 2027

In de globale planning van de programmatekst in Tabel 2 hierboven lag de focus op de grootste activiteiten in het programma; het uitzetten van de subsidierondes, toekenning en start van de projecten. In Q2 2021 zou de 2^e subsidieronde voor EOY opengaan. Voor deze subsidieronde zouden in Q1 2022 het besluit en toekenningen plaatsvinden. Met de opdrachtgever is afgestemd dat de 2^e subsidierondes EOY en COV uitgesteld kunnen worden om de resultaten van de tussentijdse evaluatie mee te nemen in de vervoluitvoering van KPHAG.

In plaats van de 2^e EOY-subsidieronde, wordt op dit moment de multidisciplinaire subsidieronde, waarin de focus ligt op samenwerking tussen de 3 beroepsgroepen, als extra subsidieronde uitgevoerd. De 2^e subsidieronde voor COV was gepland open te gaan in Q1 van 2022 met een voorselectie in Q2 en besluit en toekenningen in Q4. Ook deze subsidieronde zal niet volgens oorspronkelijke planning verlopen.

2.6.3 Verloop programma in relatie tot globale tijdsplanning

Uit bovenstaande 2 paragrafen valt af te leiden dat een aantal activiteiten te laat is uitgevoerd ten opzichte van de definitie uit de tussentijdse evaluatieopdracht ($\geq + 1$ kwartaal). Belangrijke factor in de vertraging van activiteiten is de uitbraak van de coronapandemie waardoor de deadline van de eerste subsidieronde enkelvoudige onderzoeksvragen 2019 uitgesteld is. Dergelijk uitstel heeft consequenties voor de verdere programmaplaning, hoewel dit beperkt is gebleven door het parallel laten lopen van de eerste 2 subsidierondes in september 2020. In het programmateam heeft zoals beschreven onder hoofdstuk 2.3.2 de coronapandemie ook invloed gehad op de inzetbaarheid en de werkzaamheden.

Op basis van de resultaten van deze tussentijdse evaluatie kan de programmacommissie een besluit nemen welke subsidieronde EO of COV als eerste open moet gaan en wanneer ze de daarna volgende subsidieronde wil uitzetten. ZonMw stemt hierover af met het NHG om als mogelijk rekening te houden met de beschikbare capaciteit van het veld in relatie tot andere grote subsidierondes (bijvoorbeeld het COVID-19 programma en Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG) programma) en voldoende tijd voor de voorbereiding van de aanvragen.

KPHAG is succesvol als....

Voorafgaand aan de eerste subsidierondes gaf de programmacommissie aan het programma een succes te vinden wanneer alle stappen op een degelijke manier uitgevoerd zijn. Deze paragraaf biedt inzicht in de uitvoering van de verschillende stappen en in hoofdstuk 3 wordt de programmacommissie expliciet naar haar mening over de uitvoering en voortgang gevraagd. Extern kunnen stakeholders en aanvragers de uitvoering beoordelen. Dit is niet expliciet uitgevraagd. Van aanvragers zijn in reactie op de besluiten uit de eerste 2 subsidierondes geen bezwaarschriften ontvangen. Na de subsidieronde EO, is op een afwijzing wel een klacht binnen gekomen over de stijl van de argumentatie in de brief en de wens geuit om in procedures duidelijker het gewicht van de referentenrapporten voor het eindoordeel te beschrijven. ZonMw heeft met een brief gereageerd waarin zij ingaat op de genoemde kritiekpunten. Ook is in de subsidieronde COV telefonisch contact geweest met een aanvrager naar aanleiding van een afwijzing. In reactie hierop is na het verzoek om nadere toelichting op de afwijzing een schriftelijke reactie verstuurd.

Inhoudelijk was het de bedoeling van de programmacommissie om binnen de prioritering van de NOAH een breed scala aan kennisvragen te beantwoorden. De overzichten in paragraaf 2.8 bij doelstelling 1 geven inzicht op welke prioriteiten tot nu toe projecten gehonoreerd zijn. Onderzoek kan meer opleveren dan alleen een antwoord op een kennisvraag. Zo gaf de programmacommissie bij de programmaliijn 'Complexe vragen' aan het belangrijk te vinden dat vernieuwing plaatsvindt waar volgende onderzoekers mee verder kunnen. De werkwijze van het programma beoogt zo goed mogelijk bij het voorgaande aan te sluiten en moet naar aanleiding van de resultaten van deze evaluatie aangepast of aangescherpt worden waar nodig.

2.7 Projecten in het programma

In de eerste ronde EO zijn verdeeld over alle instituten 44 PI ingediend met een aangevraagd budget van bijna € 4 miljoen. Daarvan kregen 18 PI een positief advies (bijna € 2.25 miljoen). Een PI met positief advies trok zich terug in de UA-fase. Een negatief advies bij projectideeën betrof o.a. onduidelijkheid over: beantwoording van een prioriteit uit de NOAH, bijdrage aan een verwachte verbetering van het handelen van de praktiserend huisarts en voldoende betrokken zijn van praktiserend huisartsen bij de opzet en uitvoering van het projectidee. Uiteindelijk waren 13 subsidieaanvragen van de 17 honorabel (relevantiescore tenminste relevant en kwaliteitsscore tenminste voldoende). In de eerste ronde COV zijn, wederom verdeeld over alle instituten, in totaal 21 PI ingediend met een aangevraagd budget van bijna € 12 miljoen. Redenen voor een negatief advies waren o.a. onduidelijkheid over de toegevoegde waarde, onvoldoende aansluiting bij de prioriteit, niet passend in programmaliijn COV. 7 PI kregen een positief advies en werkten hun aanvraag uit. 6 hiervan kwamen in aanmerking voor honorering. Na de eerste 2 subsidierondes in het programma zijn in totaal 11 projecten gefinancierd. 7 projecten in de subsidieronde EO en 4 in de subsidieronde COV. In beide rondes is het volledige beschikbare budget voor de ronde uitgezet en kwamen meer projecten in aanmerking voor financiering dan dat er middelen beschikbaar waren. In Tabel 3 is een lijst met basisgegevens van de projecten weergegeven.

Tabel 3: Overzicht projectgegevens gehonoreerde subsidieaanvragen binnen KPHAG

Project-nummer Organisatie	Titel (Projectpagina's ZonMw-website bij 2.8 doelstelling 3 p.28)	Toegekende subsidie Looptijd Startdatum (SD)/ Beoogde einddatum (BED)
1006001191 0001* UMCG	Impact of a consultation platform for GPs and specialists on referrals to secondary care	Toegekende subsidie: € 136.895, - Looptijd: 24 mnd. SD/ BED: 01-06-2021/ 01-06-2023
1006001191 0002* LUMC	REassessing the diagnostic Strategy for clinically relevant Thyroid disorders in Older patients in primary care; RESTORE	Toegekende subsidie: € 163.245, -- Looptijd: 24 mnd. SD/ BED: 01-05-2021/ 01-05-2023

Project-nummer Organisatie	Titel (Projectpagina's ZonMw-website bij 2.8 doelstelling 3 p.28)	Toegekende subsidie Looptijd Startdatum (SD)/ Beoogde einddatum (BED)
1006001191 0003* UMCU	Effectiveness of analgesic ear drops as add-on treatment to oral analgesics in children with acute otitis media: a pragmatic randomised controlled trial	Toegekende subsidie: € 249.955, -- Looptijd: 48 mnd. SD/ BED: 01-03-2021/ 01-03-2025
1006001191 0004* AUMC- locatie AMC	Cardiovascular risk prediction and culturally sensitive lifestyle support for Dutch ethnic minority populations in primary care.	Toegekende subsidie: € 132.025, -- Looptijd: 48 mnd. SD/ BED: 01-05-2021/ 01-05-2025
1006001191 0005* Radboudumc	Sepsis-related mortality and ICU admissions of patients with acute infections presenting during out-of-hours at GP cooperatives: a retrospective study to identify high-risk groups	Toegekende subsidie: € 136.420, -- Looptijd: 18 mnd. SD/ BED: 01-02-2021/ 01-08-2022
1006001191 0006* AUMC – locatie VUmc	Mental health practitioners in action: from cost-effective cognitive-behavioural protocol to personalised treatment plan for patients with persistent medically unexplained symptoms (MUPS) in general practice	Toegekende subsidie: € 158.220, -- Looptijd: 18 mnd. SD/ BED: 01-06-2021/ 01-03-2023
1006001191 0007* MUMC+	Involving all patients in decision-making. How to improve 'option talk' and risk communication in general practice for patients with limited health literacy?	Toegekende subsidie: € 70.000, -- Looptijd: 12 mnd. SD/ BED: 01-07-2021/ 01-07-2022
1006002201 0001** UMCG	Digital interdisciplinary consultation in Dutch primary care	Toegekende subsidie: € 574.535, -- Looptijd: 36 mnd. SD/ BED: 01-01-2022/ 01-01-2025
1006002201 0002** Radboudumc	EMBOSS: reach and Effect of a person-centred integrated-care approach for chronic diseases and Multimorbidity in patients of low sOcio- economic StatuS in general practice	Toegekende subsidie: € 343.420, -- Looptijd: 42 mnd. SD/ BED: 01-10-2021/ 01-04-2025
1006002201 0003** AUMC – locatie VUmc	The diagnostic accuracy of history taking and physical examination for patients with vertigo in general practice: the VERDI study	Toegekende subsidie: € 785.320, -- Looptijd: 60 mnd. SD/ BED: 01-01-2022/ 01-01-2027
1006002201 0004** MUMC+	Effective strategies to better involve patients with multimorbidity and limited health literacy in decision-making in general practice.	Toegekende subsidie: € 483.375, -- Looptijd: 48 mnd. SD/ BED: 01-01-2022/ 01-01-2026
*Projecten gehonoreerd in de Enkelvoudige onderzoeksvragen subsidieronde 2019 (honoreringen december 2020) voor in totaal €1.046.744.		
**Projecten gehonoreerd in de Complexe onderzoeksvragen subsidieronde 2020 (honoreringen juli 2021) voor in totaal € 2.191.644.		

De gemiddelde duur van gehonoreerde projecten in de subsidieronde EOv is 27 maanden en het gemiddelde budget € 149.537. Van gehonoreerde projecten in de subsidieronde COv is dat 47 maanden en € 546.663. In de projectideefase van de EOv vroegen slechts 4 PI's de maximale looptijd van 48 maanden en hadden 11 PI's de minimale looptijd van 12 maanden. Daarnaast vroeg 1 PI een looptijd van slechts 9 maanden aan. Van alle PI's in deze subsidieronde hebben 4 het maximaal aan te vragen budget gevraagd. 2 gehonoreerde projecten in de subsidieronde EOv hebben uiteindelijk de maximale looptijd van 48 maanden. In de subsidieronde COv was dat maar 1 project (60 mnd.). Opvallend is dat 2 projecten uit de COv-subsidieronde korter duren (36 en 42 mnd.) dan de 2 langstdurende enkelvoudige onderzoeksprojecten (48 mnd.).

2.7.1 Voortgang projecten

De gehonoreerde projecten leveren afhankelijk van de looptijd en complexiteit van het project op één of meerdere schriftelijke voortgangsrapportage(s) aan. In de voortgangsrapportages en monitoring is aandacht voor activiteiten, die het gebruik van uitkomsten van onderzoek bevorderen. Andere monitoringsinstrumenten, zoals projectbezoeken om ter plaatse een indruk van de voortgang te krijgen, kunnen ingezet worden als de programmacommissie dit wenselijk of nodig acht.

In Tabel 3 bij hoofdstuk 2.7 staat een overzicht van de gehonoreerde subsidieaanvragen binnen de 2 subsidieoproepen. Het eerste project uit de EOVS-subsidieronde is gestart in februari 2021. Voor de COV-subsidieronde is het eerste project in oktober 2021 gestart. Voor de EOVS-projecten is na een looptijd van de eerste 3-6 maanden een korte update per mail uitgevraagd. Hieruit kwam naar voren dat alle projecten goed gestart zijn en volgens planning verlopen. Eind 2021 zijn de eerste 2 midterm voortgangsverslagen ontvangen voor de projecten gehonoreerd in de EOVS-subsidieronde. 1 is al goedgekeurd en de ander ligt voor advies bij een commissielid. De volgende wordt in april 2022 opgevraagd. De standaard ZonMw-procedure wordt hierbij gevolgd; op bureau niveau wordt door ZonMw beoordeeld of het project volgens de subsidieaanvraag en daarin afgegeven planning verloopt. De programmacommissie heeft een belangrijke adviserende rol bij go/no-momenten en bij de beoordeling van door de projectleider voorgestelde wijzigingen, kan ZonMw haar raadplegen. Dit gebeurt vooral wanneer onduidelijk is of door de voorgestelde wijziging het behalen van projectdoelstellingen nog mogelijk is. De monitoring van projecten wordt nog besproken met de programmacommissie.

In de huidige fase van het programma zijn nog geen projecten afgerond. In overleg met de programmacommissie wordt een format voor eindrapportages opgesteld om zorg te dragen voor het ophalen van de juiste informatie om te kunnen beoordelen of de projectdoelstellingen behaald zijn en hoe zij bijdragen aan de programmadoelstellingen.

2.8 Resultaten programmadoelstellingen

Met betrekking tot de in 2.2 genoemde programmadoelstellingen hebben doelstelling 1 en 3 het meest direct betrekking op de inhoud van de projecten. Doelstelling 2 betreft meer het zorgen voor een structuur van goede uitwisseling tussen ZonMw-programma's waarin ook projecten op het gebied van de huisartsgeneeskunde gefinancierd worden en hun context. Zo komen we tot optimale afstemming tussen projecten en wordt dubbeling voorkomen. Hieronder gaan we per programmadoelstelling in op de voortgang en resultaten.

1. Het beantwoorden van diverse actuele en relevante kennisvragen uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde met daarbij de benodigde aandacht voor complexiteit van huisartsgeneeskundig onderzoek en multidisciplinair onderzoek in de eerste lijn

In de NOAH zijn 23 thema's of ICPC (International Classification of Primary Care) code gebieden benoemd, waarbij Psychische problemen, zoals ook in de NOAH, onder het thema GGZ is gerekend. Niet alle thema's of ICPC-codes hebben eenzelfde aantal prioriteiten, de meeste thema's hebben er 10, een aantal specifiekere '1 orgaan' ICPC-codes slechts 4, zoals Ogen en Oren. Onder bijvoorbeeld 4.5.4. Hart- en vaatstelsel zijn vele kennislacunes onder 1 prioriteit geclusterd. Meerdere thema's zijn veelomvattend, zoals het thema 4.4.12 Samenwerking, Organisatie van zorg rondom de praktijk, Substitutie, Verwijzing, Spoedzorg. Het komt ook voor dat prioriteiten onder meerdere thema's of ICPC-codes zijn opgenomen⁶, of meerdere malen in verschillende projecten geadresseerd worden en in die zin 'dubbel geteld' zouden kunnen worden. Uitgangspunt is zoveel mogelijk tellen per thema⁷, zoals benoemd in de aanvraag en ontdebellen⁸ om de getallen in deze paragraaf vooral te kunnen gebruiken om een beeld te schetsen wat het programma met de huidige aanpak in 2 subsidierondes oplevert qua unieke dekking.

In Tabel 4 staat dat voor 12 van de 23 thema's of ICPC-codes nog geen 'dekking' is in het programma. Op alle thema's of ICPC-codes zijn aanvragen ingediend⁷, maar niet op alle is ook een project gehonoreerd. Het merendeel van de thema's of ICPC-codes heeft 1 prioriteit ingevuld in een project (6). In Tabel 5 is zichtbaar welke thema's het betreft:

⁶ Bijvoorbeeld de 3e prioriteit uit thema 4.4.1 Alledaagse aandoeningen: Wat zijn risicofactoren voor complicaties van veelvoorkomende infecties in de eerste lijn? 227 staat als 2e prioriteit onder 4.4.6 Infectieziekten met een extra lacuneverwijzing: Wat zijn risicofactoren voor complicaties van veelvoorkomende infecties in de eerste lijn? 218 227.

⁷ Bijvoorbeeld de 1e prioriteit uit 4.4.9 Diversiteit: Hoe kan de huisarts beter inspelen op preventie van chronische ziekten later in het leven van mensen met lage sociaaleconomische status (SES)? 50 staat ook als 6e prioriteit onder 4.4.11 Preventie - Screening/vroegdiagnostiek (met extra lacuneverwijzing 51 47). In de aanvraag is de prioriteit uit 4.4.9 benoemd, dus hij wordt uitsluitend daar geteld. Een uitzondering is thema 4.5.2. Ogen waarin de 2e prioriteit ook benoemd is onder 4.4.6 Infectieziekten.

⁸ In het thema 4.4.7 EHealth - Innovatie/modernisering wordt de 6e prioriteit in beide van de 2 gehonoreerde projecten geadresseerd, waardoor in totaal 5 prioriteiten geadresseerd worden. Dit wordt dan als 4 geteld.

- 6 thema's of ICPC-codes hebben 1 prioriteit, resp. 4.4.1 Alledaagse aandoeningen; 4.4.4 Oncologie; 4.5.3 Oren; 4.5.4 Hart- en vaatstelsel; 4.5.6 Zenuwstelsel; 4.5.10 Endocriene klieren/voeding/metabolisme.
- 4 thema's of ICPC-codes hebben 2, 3, 4 of 5 prioriteiten, resp. 4.4.2. Ouderen, Kwetsbare patiënten, Multimorbiditeit; 4.4.12 Samenwerking, Organisatie van zorg rondom de praktijk, Substitutie, Verwijzing, Spoedzorg.; 4.4.7 E-health – Innovatie/modernisering en 4.4.10 Patiënt-georiënteerd (persoonsgerichte zorg), Patiëntenvoorlichting, Gedeelde besluitvorming.
- Een uitschieter is het thema Diversiteit met 7 'gedekte' prioriteiten.

Tabel 4: Dekking van thema's/ ICPC-codes

Prioriteit(en) per thema/ICPC-code geadresseerd in (een) project(en)	Aantal
0	12
1	6
2	1
3	1
4	1
5	1
7	1

De 11 gefinancierde projecten bestrijken meer dan 11 prioriteiten. Per project is aangegeven welke prioriteit(en) men adresseert en dit is vervolgens verder uitgewerkt in de subsidieaanvraag. Daarbij moet opgemerkt worden dat uit een prioriteit soms een onderzoekbare vraag geformuleerd is, waarbij keuzes zijn gemaakt in bijvoorbeeld doelgroepen en/of specifieke aandoeningen in een algemene groep. De programmacommissie selecteerde een project voor honorering, omdat zij op basis van de subsidieaanvraag van mening was dat het project relevant voor het programma was, passend binnen de criteria van de subsidieoproep en van voldoende kwaliteit. Haar inschatting was dan dat het project bijdraagt aan de beantwoording van de prioriteit. Tabel 5 geeft weer op welke thema's of ICPC-codes uit de NOAH PI zijn ingediend en of en hoeveel aanvragen hiervan zijn gehonoreerd. Wanneer uit PI geen gehonoreerde projecten zijn voortgekomen, is dat aangegeven door de cel voor het aantal gehonoreerde projecten bij de betreffende subsidieronde leeg te laten.

Tabel 5 Aanvragen en honoreringen per prioriteit

Thema's/ ICPC-codes	PI #	Gehonoreerde projecten #
4.4.1 Alledaagse aandoeningen p.18		1
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	3	1
4.4.2 Ouderen – Kwetsbare patiënten - Multimorbiditeit p.18		1
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	4	
Subsidieronde Complexe onderzoeksvragen	4	1
4.4.3 Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) p.19		0
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	3	
4.4.4 Oncologie p.20		1
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	3	
Subsidieronde Complexe onderzoeksvragen	1	1
4.4.5 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) p.21		0
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	2	
Subsidieronde Complexe onderzoeksvragen	2	
4.4.6 Infectieziekten p.21		0
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	5	
4.4.7 E-Health - Innovatie/modernisering p.22		2
Subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	3	1
Subsidieronde Complexe onderzoeksvragen	5	1
4.4.8 Jeugd p.22		0

Thema's/ ICPC-codes	PI #	Gehonoreerde projecten #
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	3	
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	3	
4.4.9 Diversiteit p.23		4
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	7	2
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	6	2
4.4.10 Patiënt-georiënteerd (persoonsgerichte zorg) - Patiëntenvoorlichting - Gedeelde besluitvorming - Communicatie - Zelfredzaamheid/zelfmanagement p.24		4
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	6	2
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	9	2
4.4.11 Preventie - Screening/vroegdiagnostiek p.24		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	4	
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	4	
4.4.12 Samenwerking - Organisatie van zorg rondom de praktijk - Substitutie – Verwijzing - Spoedzorg p.25		3
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	7	1
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	9	2
4.5.1 Spijsverteringsorganen (ICPC D) p.26		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
4.5.2 Ogen (ICPC F) p.27		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
4.5.3 Oren (ICPC H) p.27		1
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	1
4.5.4 Hart- en vaatstelsel (ICPC K) p.28		1
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	8	1
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	4	
4.5.5 Bewegingsapparaat (ICPC L) p.29		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	2	
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	2	
4.5.6 Zenuwstelsel (ICPC N) p.29		1
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	1	1
4.5.7 Psychische problemen (ICPC P) p.29		0
4.5.8 Luchtwegen (ICPC R) p.30		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
4.5.9 Huid en subcutis (ICPC S) p.30		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
4.5.10 Endocriene klieren/voeding/metabolisme (ICPC T) p.31		1
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	4	1
Subsidierende Complexe onderzoeksvragen	1	
4.5.11 Urinewegen (ICPC U) p.31		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	
4.5.12 Zwangerschap/anticonceptie/geslachtsorganen + borsten (m/v) (ICPC WXY) p.32		0
Subsidierende Enkelvoudige onderzoeksvragen	1	

In Tabel 5 is te zien dat op alle thema's of ICPC-gebieden aanvragen zijn ingediend in de eerste 2 subsidierondes, behalve voor ICPC-gebied Psychische problemen. Dat is echter verklaarbaar doordat het onder het thema GGZ valt. Het komt niet voor dat op een thema of ICPC-code in de COV-subsidieronde is ingediend en niet ook op dat thema of ICPC-code in de EOVS-subsidieronde. Voor 10 thema's of ICPC-codes zijn uitsluitend aanvragen in de EOVS-subsidieronde ingediend. Dat leidt voor

het merendeel (8 thema's of ICPC-codes) niet tot een gehonoreerd project en 'dekking' van 1 of meer prioriteiten. In de subsidieronde EOV is in totaal voor 23 thema's of ICPC-codes ingediend. Voor COV zijn dat er 13. Dat leidt voor 9 thema's of ICPC-codes tot 'dekking' van 1 of meer prioriteiten. Met 11 projecten zijn nu in totaal 27 prioriteiten van de 207 'ingevuld'. Kanttekening hierbij is dat het onduidelijk is in welke mate het beantwoorden van de (gehonoreerde) onderzoeksvraag leidt tot het 'beantwoord' hebben van de onderliggende kennislacune. En sommige prioriteiten worden onder meerdere thema's/ ICPC-codes genoemd.

Tabel 6: Overzicht aantal gehonoreerde/afgewezen subsidieaanvragen per organisatie

Hoofdaanvragende organisatie	Gehonoreerd subsidieronde Enkelvoudige onderzoeksvragen	Gehonoreerd subsidieronde Complexe onderzoeksvragen	Totaal
Amsterdam UMC - AMC	1	0	1
Amsterdam UMC - VUmc	1	1	2
Erasmus MC	0	0	0
LUMC	1	0	1
MUMC+	1	1	2
Radboudumc	1	1	2
UMCG	1	1	2
UMCU	1	0	1
Totaal	7	4	11

In Tabel 6 staat per umc uitgesplitst hoeveel projecten deze gehonoreerd gekregen hebben binnen de EOV en COV-subsidierondes. Hierin is te zien dat Amsterdam UMC – locatie VUmc, MUMC+, Radboudumc en UMCG in beide subsidierondes gehonoreerde projecten hebben. Deze verdeling is relevant voor de eerste 2 subsidierondes waarin 'spreiding' als aanvullend relevantiecriteria is gehanteerd. Het criterium 'spreiding' is in de EOV-subsidieronde toepast, omdat de middelen niet toereikend waren om alle projecten van dezelfde relevantie- en kwaliteitsscore te financieren, die in aanmerking kwamen voor honorering. In een nabespreking van de programmacommissievergadering van 25-11-2020 is dit op 9-12-2020 toegelicht in een extra programmacommissievergadering met alleen dit onderwerp op de agenda. Er was onduidelijkheid ontstaan, omdat door beheersmaatregelen vanuit de code omgang met persoonlijke belangen slechts een klein aantal programmacommissieleden aanwezig mocht zijn bij de uiteindelijke prioritering van aanvragen.

2. Goed afstemmen met en waar mogelijk samenwerking tussen het programma en andere ZonMw-programma's en relevante ontwikkelingen meenemen

Hieronder wordt uitgebreid ingegaan op andere ZonMw-programma's binnen en buiten het Cluster Kwaliteit van Zorg waar het KPHAG in is ondergebracht. Als 1^e volgt een alinea over een resultaat van de afstemming en samenwerking in het KPHAG. De beschrijving van de uitkomsten geeft een beeld in welke ZonMw-programma's binnen ZonMw HAG-onderzoek gefinancierd wordt, welke samenwerkingen al plaatsvinden en op welke onderwerpen nog mogelijkheden voor toekomstige afstemming/samenwerking liggen. Relevante ontwikkelingen staan beschreven in 0 vanaf pagina 8.

Geen prioriteiten van de NOAH uitsluiten in het KPHAG

In de 1^e programmacommissievergadering op 13 november 2019 is vanuit onderstaande afstemming en samenwerking met andere ZonMw-programma's met de programmacommissie besproken dat in andere ZonMw-programma's aanvragen kunnen passen, die ook binnen het KPHAG ook gefinancierd kunnen worden. De programmacommissie heeft desondanks besloten op voorhand geen prioriteiten van de NOAH uit te sluiten, omdat vanwege concurrentie in subsidierondes van andere ZonMw-programma's geen zekerheid is dat die prioriteiten ook beantwoord worden. Daarnaast hangt het gezien de breedte van de prioriteiten op de NOAH sterk af van de precieze onderzoeksvraag of een subsidieaanvraag ook daadwerkelijk binnen de voorwaarden en criteria van andere subsidierondes zou passen. Ook wordt doorschuiven/overhevelen van aanvragen tussen programma's bemoeilijkt, omdat subsidierondes qua planning sterk uiteen kunnen lopen. Tot slot is besloten in principe geen budget van het programma over te hevelen naar andere programma's. Dit zou het programma segmenteren en de mogelijkheid beperken het meest urgente onderzoek bij het KPHAG te financieren. Voor de multidisciplinaire subsidieronde is hiervoor een uitzondering gemaakt; zie

hiervoor 2.8 bij de resultaten van de 2^e doelstelling over de bijzondere samenwerking met het programma Paramedische Zorg en het programma Verpleging en Verzorging.

ZonMw-programma's Kwaliteit van Zorg

Het **Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG) programma** stimuleert onderzoeksprojecten waarin specifiek artsen in opleiding tot (klinisch) onderzoekers (aiotos) promoveren. Zo levert het een bijdrage aan de academisering van de opleidingen van de stichting SBOH en kennisontwikkeling op voor de huisartsgeneeskunde relevante onderwerpen. Het deelprogramma Onderzoek van Onderwijs (OvO) stimuleert het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek naar onderwijs, over de opleidingen huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde. De resultaten moeten bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit en de onderbouw van de vervolgoopleidingen. Om een verbinding tussen de KPHAG- en HGOG-programmacommissie te bewerkstelligen wordt vanuit de KPHAG-programmacommissie de beoordelingscommissie HGOG per subsidieronde samengesteld. In Tabel 1 (op p.11) is met een * weergegeven welke KPHAG-programmacommissieleden ook zitting kunnen hebben in de HGOG-beoordelingscommissie. De bedoeling was om op deze manier de KPHAG-programmacommissie inzicht te geven in de huisartsgeneeskundige aanvragen in HGOG.

2 programma's die verwant zijn aan het KPHAG hebben vergelijkbare doelen met hun focus op kwaliteitsverbetering door kennisontwikkeling en wetenschappelijke onderbouwing. Zij zijn echter gericht op andere professionals, waar huisartsen mee samenwerken; paramedici en verpleegkundigen en verzorgenden. Het doel van het **programma Paramedische Zorg** is om van de kwaliteit en transparantie in de paramedische zorg te stimuleren. En van het **programma Verpleging en Verzorging** om de wetenschappelijke onderbouwing van de praktijk te versterken, kennisbenutting te verbeteren en goede praktijkvoorbeelden door te ontwikkelen. Na de gezamenlijke aanbieding van de kennisagenda's van het NHG en acht andere beroepsverenigingen uit de eerstelijnszorg en de paramedische zorg in 2018 vroeg het ministerie van VWS hier op 2 manieren vervolg aan te geven. Ten eerste door de betrokken partijen nader bijeen te brengen en ten tweede door aandacht voor gezamenlijk onderzoek. Met het openstellen van een gezamenlijke multidisciplinaire subsidieronde is vanuit de 3 programma's invulling gegeven aan gezamenlijk praktijkonderzoek. In deze subsidieronde gaan projecten binnen nieuw op te richten of bestaande samenwerkingsverbanden de meerwaarde van de multidisciplinaire samenwerking onderzoeken en onderbouwen. Ook beschrijven, evalueren en verbeteren zij het proces van samenwerken. Het gaat om samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, verpleegkundigen en/of verzorgenden en paramedici. De commissie is samengesteld uit afgevaardigde leden van de 3 programmacommissies. Zij beoordelen de projecten die uiterlijk in de 2^e helft van 2022 zullen starten.

Het **programma Ondersteuning Zorginstituut** ondersteunt Zorginstituut Nederland en het werkveld via ontwikkeling, onderzoek en implementatie met bruikbare kennis en instrumenten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Vanwege de flexibele opzet van het programma kan met verschillende subsidierondes ingespeeld worden op actuele ontwikkelingen en evaluatie van de stand van kwaliteit van zorg plaatsvinden. Zo geeft Zorg op Afstand een impuls aan beroepsorganisaties, die eigenaar zijn van richtlijnen of beheerders/regiehouders van multidisciplinaire richtlijnen, voor het opnemen van zorg op afstand in richtlijnen op basis van tijdens de coronacrisis opgedane ervaringen met zorg op afstand. In het project Ontwikkeling generieke aanbevelingen digitale zorg ontwikkelen PFN, de Federatie Medisch Specialist (FMS), het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialist, het NHG en het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) een generieke module die kan worden opgenomen in andere kwaliteitsstandaarden.

In het **programma Kwaliteitsgelden** beheert ZonMw de kwaliteitsgelden voor de medisch-specialistische zorg, GGZ, patiënten, huisartsenzorg, verloskunde en de palliatieve zorg. In 2020 is voor het eerst de financiering van kwaliteitsontwikkeling via ZonMw gegaan. Het programma stimuleert (wetenschappelijke) verenigingen van zorgprofessionals en patiënten kennis en professionele inzichten te vertalen in kwaliteitsbeleid en -standaarden voor hun handelen bij specifieke zorgvragen in de praktijk. Gezien de programmaopdracht van het KPHAG om te borgen dat programma uitkomsten in het kwaliteitssysteem van huisartsen verwerkt worden, blijft afstemming en samenwerking tussen het KPHAG en het NHG op dit vlak nodig, alsook met het programma Kwaliteitsgelden. Wellicht liggen er kansen in de doorgeleiding van resultaten of de timing van initiëren van onderzoek.

Binnen het VWS-programma 'Uitkomstgerichte zorg' vallen 4 onderling verbonden ontwikkellijnen. Deze zijn tot stand gekomen met en worden uitgevoerd door de partijen van het Hoofdlijnakkoord medisch-specialistische zorg (HLA-MSZ). Het ZonMw-programma **Kennisvragen Uitkomstgerichte Zorg** zoekt antwoorden op kennisvragen over het werken met uitkomstinformatie in de medisch-specialistische zorg, die in de ontwikkellijnen naar boven komen en niet binnen de lijnen zelf beantwoord kunnen worden. Het ZonMw-programma **Uitkomstgericht organiseren en betalen** is gericht op de 3^e ontwikkellijn. 6 projecten in het programma doen onderzoek naar uitkomstgerichte vormen van organiseren en betalen in de medisch-specialistische zorg. Hierin zijn verbindingen te leggen met organisatorische en financiële aspecten van huisartsenzorg. Een van de projecten evalueert bijvoorbeeld uitkomstgericht organiseren en betalen binnen een zorgnetwerk rondom de meest voorkomende hartziektes. Ook in het project: *Betalen voor Uitkomsten in de Nederlandse medisch-specialistische zorg: Doen, Leren en Evalueren (BUNDLE)*, is in de evaluatie van methodes van meer uitkomstgericht bekostigen in de MSZ oog voor de effecten in de huisartsenzorg. Tot slot richt het urgente programma **Uitkomstgerichte zorg: kennisagenda non-COVID-19** zich op de uitwerking van 3 kennishiaten van de FMS rondom de gevolgen van COVID-19 voor patiënten die geen COVID-19 hebben, maar van wie de zorg als gevolg van COVID-19 is uitgesteld. Ook wordt een FMS-kennisvraag rondom het effect van quarantaine en isolatie van kwetsbare patiëntgroepen door COVID-19-beleid beantwoord.

Andere ZonMw-programma's:

Binnen het **COVID-19 programma van ZonMw** zijn sinds het uitbreken van de pandemie in drie aandachtsgebieden met grote snelheid veel projecten uitgezet. In eerste instantie was de focus qua zorg vooral op de tweede lijn, onder andere omdat beperkte informatie bekend was over de behandeling van ernstige ziekteverschijnselen. In de huisartsenzorg lag de nadruk op het herkennen van plotselinge verergering van symptomen. Hierdoor moesten deze COVID-19 patiënten (acuut) doorverwezen worden naar het ziekenhuis en werden patiënten na het doormaken van de COVID-19 infectie voor langere tijd opgevolgd. Met het verschijnen van de Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde medio 2021 is actief sturing gegeven vanuit de Huisartsgeneeskunde aan de prioritering van de meest relevante en urgente kennislacunes rondom COVID-19. Door goede afstemming tussen het NHG en ZonMw kon in september 2021 al het GRIP3 (General Practice-Research Infrastructure Pandemic Preparedness Program) project van het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde starten. Dit project gaat in op 3 lacunes van de agenda binnen de thema's 'Behandeling acute COVID-19' en 'Prognostiek'. Het project onderzoekt COVID-19 behandelingen in de huisartsgeneeskunde en tegelijkertijd wordt er in het kader van voorbereidingen voor toekomstige pandemieën gekeken naar het versterken van de onderzoeksinfrastructuur in de huisartsenzorg. De Kennisagenda COVID-19 Huisartsgeneeskunde wordt in het programma actief gebruikt om zicht te houden op de beantwoording van de meest urgente kennisvragen in de huisartsgeneeskunde en bij het vormgeven van nieuwe deelprogramma's binnen het ZonMw COVID-19 programma.

Het **Palliatie-programma** stemt voor palliatieve zorg vooral af op het gebied van proactieve zorgplanning/Advance Care Planning (ACP) en de rol van huisartsen in palliatieve zorg. Hiervoor is overleg geweest tussen de KPHAG en Palliatie programmacommissievoorzitter. Vanwege vertraging in de update van richtlijnen palliatieve zorg is voor kwaliteitsverbetering in de palliatieve zorg ingezet op Leren en verbeteren in de palliatieve zorg door IKNL. Verder heeft de KPHAG-programmamanager meegelezen met een conceptversie van het Palliatie II programma. In Palliatie wordt ingezet op niet alleen de in palliatieve zorg gespecialiseerde zorgverleners te bereiken met resultaten, maar ook de generalistische zorgverleners, waaronder huisartsen.

Zowel binnen het **programma Doelmatigheidsonderzoek (DO)**, als het programma **Goed Gebruik Geneesmiddelen (GGG)** kan worden geconstateerd dat aantallen eerstelijns/huisartsgeneeskunde aanvragen over het algemeen achterblijven ten opzichte van andere medisch specialistische beroepsgroepen. Veelal worden middelen uitgezet in open subsidierondes waarbij op voorhand niet duidelijk is welke aanvragen ingediend, en ook gefinancierd zullen worden. Daarom is afgesproken in KPHAG niet op voorhand onderwerpen van de onderzoeksagenda die bij DO en GGG gefinancierd kunnen worden uit te sluiten voor indiening bij het KPHAG. De contactpersonen van de programma's weten elkaar te vinden waar het huisartsgeneeskundig onderzoek betreft. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het gezamenlijk optrekken in de beoordeling van een implementatieproject van een kosteneffectieve app voor de behandeling van vrouwen met urine-incontinentie: [URinControl](#). En de goed gebruik geneesmiddelen bijlage in de huisartsgeneeskunde [speciaal bij Huisarts en Wetenschap 5 van mei 2021](#) waarin projecten aan bod komen uit 3 ZonMw-programma's waarin geneesmiddelen in de

huisartsenpraktijk een rol spelen. ZonMw is strategisch partner van het **programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)** en DO voert in samenwerking met het programma ZE&GG de subsidierondes uit voor het evaluatieonderzoek. Zo komen vragen over waar sprake is van zorgevaluatie en gepast gebruik in de huisartsgeneeskunde programma's van ZonMw en waar eventueel verbindingen met de ZE&GG ontwikkelingen in de eerstelijns mogelijk zijn, terecht bij de KPHAG-programmamanager. Recent is het ZonMw-programma **Health Technology Assessment (HTA)-methodologie** gestart met als doel het beschikbaar en toepasbaar maken en (door)ontwikkelen van HTA-gerelateerde onderzoekdesigns, analysetechnieken en uitkomstmaten voor bestaande zorg en zorginnovaties. Resultaten moeten gevolgd worden, omdat ze mogelijk van invloed zijn op HAG-onderzoek waar het bijvoorbeeld gaat over instrumentontwikkeling voor het meten van kosten baten over sectoren heen en bredere uitkomsten (zoals welzijn en positieve gezondheid) en ontwikkeling van aan andere uitkomstmaten voor specifieke doelgroepen.

Met het **cluster Preventie** is afgestemd met de programmamanagers over prioriteiten uit de NOAH op het gebied van preventie, screening, vroegdiagnostiek en leefstijl. In het algemeen zijn prioriteiten uit de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde op dit vlak wat meer medisch-technisch gericht op aandoeningen. Het gebruik van de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde is in programma's uit dat cluster beperkt, omdat ze zich richten op het publieke domein en projecten zich op collectief/populatie niveau afspelen. Preventie in deze programma's gaat onder andere over substitutie van zorg, maar dan van 1e naar 0e lijn (welzijn, buurt/community), of samenwerking tussen zorg en gemeente/ welzijn/ formele en informele zorg. Het betreft bijvoorbeeld preventie door inrichten van gezonde leefomgeving, in samenwerking met gemeenten en het sociaal domein. Afstemming en samenwerking met het KPHAG lijkt vooral mogelijk bij sommige lopende projecten over leefstijlinterventies, waarbij de eerstelijns betrokken is, bijvoorbeeld over inzet van gecombineerde leefstijlinterventie voor mensen met lage Socio-economische Status (SES) met overgewicht. Op het thema **leefstijlgeneeskunde** zijn in 2020 10 projecten gehonoreerd met ook voor de huisartsenzorg relevante projecten. In incidentele subsidierondes vanuit NWA/NWO 'gezondheidsverschillen verkleinen' en een andere subsidieronde 'voortgang maken met preventie in de gemeentelijke praktijk' die gericht is op implementatie, zitten aanknopingspunten, wanneer de eerstelijns er een rol in heeft. Collega's zijn geïnteresseerd in hoe huisartsen kijken naar de ontwikkelingen rond leefstijlgeneeskunde en positieve gezondheid (of brede kijk op gezondheid in het algemeen, meer aandacht voor veerkracht, een ander gesprek aangaan met patiënten).

Binnen het cluster **Geestelijke gezondheid (GGZ)** zijn in eerdere onderzoeksprogramma's specifiek 2 prioriteiten meegegeven vanuit VWS: 'depressie bij jonge vrouwen en adolescenten' en 'de relatie tussen voeding en psychische problematiek'. Vooral op het onderwerp depressie zijn daarom al meerdere onderzoeken afgerond. Bij het cluster GGZ zijn ook de prioriteiten uit de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde onder de aandacht gebracht.. Prioritering van programmering tot en met 2022 zou worden bepaald in overleg met betrokken partijen van het Onderhandelaarsakkoord GGZ. Met het Cluster GGZ is ook afgestemd op niveau van ingediende PI bij KPHAG om eventuele overlap inzichtelijk te maken.

Met betrekking tot **infectieziekten** is met het Infectieziekten bestrijding ([IZB](#))-programma besproken om infectieziekten als onderwerp/prioriteiten niet uit te sluiten in het KPHAG. Reden daarvoor was dat het IZB-programma klein is qua budget en huisartsgeneeskunde slechts 1 van de vele settings is waar IZB belangrijk is. Jaarlijks wordt dan misschien maar 1 project op IZB in de HAG gefinancierd, wat eerder aanmoediging vraagt om in KPHAG-onderzoek naar IZB mee te nemen. Het hoofdstuk infectieziekten uit de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde van de NHG is integraal overgenomen in de [onderzoeksagenda infectieziektebestrijding](#), en heeft daarmee ook een plaats gekregen in het IZB-programma en de 1^e subsidieoproep. Afgestemd op niveau van mogelijke overlap met projecten die in het IZB-programma zijn aangevraagd.

Op het gebied van **Jeugd** is met het cluster gekeken wat aandachtspunten in de Jeugdprogramma's zijn. Op gebied van SOLK lopen geen projecten, terwijl het wel een heel relevant onderwerp is dat feitelijk buiten kaders van de programma's valt. Wanneer het KPHAG daar ruimte voor biedt, kan dit aanvullend op jeugdprogrammering zijn. Op ADHD loopt er al veel onderzoek en samenwerking huisarts met jeugdteams/jeugd-GGZ is hierin ook een onderwerp. Dit is urgent in het veld en redelijk onontgonnen gebied en dus relevant om vanuit beide kanten aandacht voor te vragen. In de programmacommissie 'Wat werkt voor de jeugd' heeft een huisarts/ onderzoeker zitting om op het vlak van preventie en tussen het jeugdveld-huisartsenzorg de verbinding te kunnen leggen.

Tot slot is wat betreft het onderwerp **Dementie** met het programma Memorabel afgestemd welke projecten zich richten op de eerste lijn/huisarts en zijn de prioriteiten voor de huisartsgeneeskunde onder de aandacht gebracht en besproken.

3. Bevorderen dat de uitkomsten van onderzoek uit het programma gebruikt worden ter ondersteuning van de huisarts bij haar werk in de praktijk

De uitvoering van deze doelstelling is op zowel programma-, als projectniveau. Nadere uitwerking van de aanpak wordt meegenomen in het ZonMw- Communicatie- en Implementatieplan (CIP) Huisartsenzorg dat nog in ontwikkeling is (zie hieronder).

Voor het KPHAG is in het bijzonder de samenwerking met het NHG hiervoor van belang. Zoals beschreven in de programmatekst (Hoofdstuk 4.4) hebben in het bouwen van de 'brug' tussen de onderzoeksresultaten en het kwaliteitssysteem ZonMw en NHG allebei een rol. In de samenwerking moet gezocht worden naar verbeteringen en innovatieve aanpakken voor het slaan van deze brug, waarbij ook gekeken wordt hoe onderwijs en (na)scholing hierbij betrokken kunnen worden. Hierover zijn gesprekken geweest, maar een plan moet nog door NHG en ZonMw worden uitgewerkt. De impact van het programma kan breder zijn dan alleen gebruik van onderzoeksresultaten in het programma. Om dit inzichtelijk te maken kunnen 'productieve interacties' voor *Impact versterken* als kernindicatoren gebruikt worden.

Op projectniveau is het van belang bij de monitoring van projecten (0, p.20) te stimuleren dat activiteiten gepland en uitgevoerd worden die het behalen van resultaten op deze doelstelling ondersteunen.

Communicatie- en implementatieplan (CIP)

Het KPHAG-programma heeft nog geen formeel CIP. HAG-onderzoek vindt ZonMw-breed plaats, waardoor het zinvol lijkt het KPHAG-programma onder te brengen in een CIP Huisartsenzorg. Reguliere activiteiten op het gebied van communicatie zijn door ZonMw uitgevoerd. Deze paragraaf geeft een weergave van die activiteiten. *Impact versterken* biedt ook uitgangspunten voor implementatieactiviteiten, die een plek moeten krijgen in het in ontwikkeling zijnde CIP om resultaten en impact op de 3^e programmadoelstelling te stimuleren.

Communicatie en statistieken voor tussentijdse evaluatie KPHAG

Om het programma een 'gezicht' te geven hebben we illustraties ontwikkeld voor het thema huisartsenzorg: de illustratie huisartsenzorg (Figuur 3) en de illustratie eerstelijnszorg (Figuur 4). Deze illustraties gebruiken we bij alle communicatie-uitingen en de illustratie huisartsenzorg staat ook op de omslag van dit rapport.



Figuur 3: Huisartsenzorg.



Figuur 4: Eerstelijnszorg.

Communicatiekanalen

Subsidieoproepen, nieuwe projecten, projectresultaten en actualiteiten verspreiden we via ons netwerk en via onze eigen communicatiekanalen. Zoals onze nieuwsbrief [Kwaliteit van Zorg](#) (meer dan 10.000 abonnees) en de corporate sociale mediakanalen van ZonMw ([LinkedIn](#): ongeveer 30.000 volgers en [Twitter](#): ongeveer 27.500 volgers). In februari 2019 publiceerde Huisarts & Wetenschap een interview met toenmalig ZonMw-directeur Henk Smid waarin het kennisprogramma werd aangekondigd: '[Als je als huisarts kwaliteit wilt leveren, doe je mee aan wetenschappelijk onderzoek](#)'. In augustus 2019 hebben we de start van het programma onder de aandacht gebracht via het nieuwsbericht [Kennisprogramma huisartsgeneeskunde van start](#) (132 paginaweergaven). Alle ontwikkelingen rondom het Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde delen we op ons [subthema Huisartsenzorg](#) op de ZonMw-website. Op dat subthema delen we uiteraard ook ontwikkelingen en

resultaten uit andere ZonMw-programma's, zoals ontwikkelingen van het project van het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde uit ons COVID-19 Programma: [COVID-19 behandelingen in de huisartsgeneeskunde](#) (372 paginaweergaven). Op de [themapagina Kwaliteit van Zorg](#) staat informatie en nieuws over de programma's van ook de andere disciplines (zoals verpleging en verzorging) en zorgsysteem vragen (organisatie van zorg). Bovenstaande statistieken zijn begin februari 2022 opgezocht.

Aansluiten bij de actualiteit

We sluiten aan bij de actualiteit door bijvoorbeeld de verbinding te zoeken met relevante evenementen van stakeholders, zoals de NHG-Wetenschapsdag. Verder sluiten we aan bij actuele thema's en ontwikkelingen, zoals positieve gezondheid, samen beslissen, gender & gezondheid en COVID-19.

Programma en projectpagina's op de ZonMw-website

Het programma en de projectpagina's worden goed bekeken op de ZonMw-website. Het [Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde](#) inclusief de onderliggende projectpagina's heeft 3.777 paginaweergaven. Binnen het programma zijn onderstaande projecten gefinancierd:

1^e subsidieronde *Enkelvoudige onderzoeksvragen* (projecten gehonoreerd in december 2020)

- [Impact van een netwerkgeneeskundig platform op verwijzingen naar de tweede lijn \(437 paginaweergaven\)](#)
- [RESTORE: nieuwe diagnostiek van schildklierziekten \(139 paginaweergaven\)](#)
- [Effectiviteit van pijnstillende oordruppels bovenop systemische pijnstilling \(89 paginaweergaven\)](#)
- [Cardiovasculaire risicopredictie en cultureel sensitieve leefstijlondersteuning voor etnische minderheden \(100 paginaweergaven\)](#)
- [Sepsis-gerelateerde mortaliteit en IC-opnames bij patiënten met acute infecties op de huisartsenpost \(86 paginaweergaven\)](#)
- [De praktijkondersteuner GGZ in actie: persoonsgerichte behandeling voor SOLK-patiënten \(75 paginaweergaven\)](#)
- [Risico-communicatie bij patiënten met beperkte gezondheidsvaardigheden \(92 paginaweergaven\)](#)

Nieuwsbericht: [Beantwoording kennisvragen Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde: 7 projecten van start \(346 paginaweergaven\)](#).

1^e subsidieronde *Complexe onderzoeksvragen* (projecten gehonoreerd in juli 2021)

- [Digitaal interdisciplinair overleg in de Nederlandse eerste lijn \(216 paginaweergaven\)](#)
- [De diagnostische accuratesse van anamnese en lichamelijk onderzoek bij draaiduizeligheid in de huisartsenpraktijk: het VERDI onderzoek \(231 paginaweergaven\)](#)
- [EMBOSS: bereik en effecten van persoonsgerichte en integrale zorg voor mensen met chronische aandoeningen of multimorbiditeit en lage sociaaleconomische status in de huisartspraktijk \(142 paginaweergaven\)](#)
- [Effectieve strategieën om patiënten met multimorbiditeit en beperkte gezondheidsvaardigheden beter te betrekken bij samen beslissen in de huisartspraktijk \(148 paginaweergaven\)](#)

Nieuwsbericht: [Onderzoek naar Complexe onderzoeksvragen uit de huisartsenpraktijk \(823 paginaweergaven\)](#).

Voor de subsidieronde *Onderbouwen en verbeteren multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen en paramedici* verwachten we in het voorjaar van 2022 bekend te maken welke projecten gehonoreerd worden uit de subsidieoproep [Onderbouwen en verbeteren multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, verpleegkundigen en paramedici](#). Het [nieuwsbericht](#) over die subsidieoproep had 1.079 paginaweergaven.

2.9 Goedgekeurde begroting

Het programma heeft een budget van € 8,- miljoen (€ 2,- miljoen per jaar). De subsidietoekenningen waren gepland om plaats te vinden in de periode 2019 t/m 2022 (gelijk aan de looptijd van het Hoofdlijnenakkoord 2019 t/m 2022). In de begroting zijn 2 subsidierondes voorzien voor de programmalijn EOv, in totaal maximaal € 2,- miljoen. Voor de COV-projecten is in totaal € 4.840.000,- voor 2 subsidierondes gepland. Zie de begroting in Tabel 7 waarin binnen het totaalbudget ook middelen zijn opgenomen voor programma uitvoering en communicatie en implementatie.

Tabel 7: Begroting

Budgetverdeling (x 1000 €)	2019	2020	2021	2022	2023-2027	Totaal
Programmaliijn EOY	1.000	0	1.000	0	0	2.000
Programmaliijn COV	0	2.000	0	2.840	0	4.840
Samenwerking kennisagenda's eerste lijn	25	50	25	0	0	100
Communicatie- en implementatie	10	20	40	20	50	140
Algemene kosten (concretiseringsopdracht, programmacommissiekosten, bijeenkomsten, overige kosten en programmakosten ZonMw)	173	111	112	104	380	880
Patiëntenpanel	10	10	10	10	0	40
Totaal	1.218	2.191	1.187	2.974	430	8.000

De begroting is gebaseerd op een schatting van het budget van € 50.000-250.000 per project in de subsidieronde EOY gedurende 1-3 jaar om uiteindelijk te leiden tot ruim 15 projecten. Er is hierbij expliciet vanuit gegaan dat het maximale budget en de maximale looptijd niet aangevraagd wordt in elk project, bijvoorbeeld wanneer een literatuurstudie voldoende is voor het verkrijgen van de benodigde resultaten/kennis. Uiteindelijk besloot de programmacommissie om het maximale projectbudget in deze subsidieronde te verruimen tot € 250.000, - met een maximale looptijd van 4 jaar en een minimale looptijd van 1 jaar. Voor de COV was de inschatting dat hier in projecten van € 250.000, - tot maximaal € 800.000, - met een looptijd van 3 tot 5 jaar uitvoering aan gegeven kon worden. Bedoeling was in de 1^e subsidieronde 3-4 projecten te financieren en uiteindelijk 6-8.

In de budgetverdeling is rekening gehouden met een gerede kans dat in het bijzonder COV-projecten voortijdig stoppen, gezien het risicovollere ontwikkeltraject en de daarbij behorende fasering met go/no go momenten. Voor de vrijval van de hiervoor geormerkte financiering geldt namelijk dat deze, in afwijking van de bestaande ZonMw-procedure hiervoor, in het geval van grote omvang van de vrijval bij vroegtijdig stopgezette projecten teruggaat naar het programma. De vrijgekomen middelen worden dan ingezet om een nieuw project, of projecten te financieren. Meer richting het einde van het programma en de latere fases van projecten, waarbij de vrijval naar verwachting beperkter is, zal deze wel volgens, in overeenstemming met gebruikelijke procedure, naar de ZonMw-programmareserve gaan.

3 Zelfevaluatie

Dit hoofdstuk beschrijft de voortgang van het programma volgens de programmacommissie. De resultaten van de tussentijdse zelfevaluatie zijn vooral intern gericht om de programma uitvoering te verbeteren. Naast het vaststellen van de resultaten van de evaluatie door de programmacommissie, richt dit onderdeel zich daarom ook specifiek op de programmacommissie. Daarna worden de hoofdactiviteiten in het programma nog afgewogen tegen de gemaakte kosten.

3.1 Voortgang van het programma volgens programmacommissie

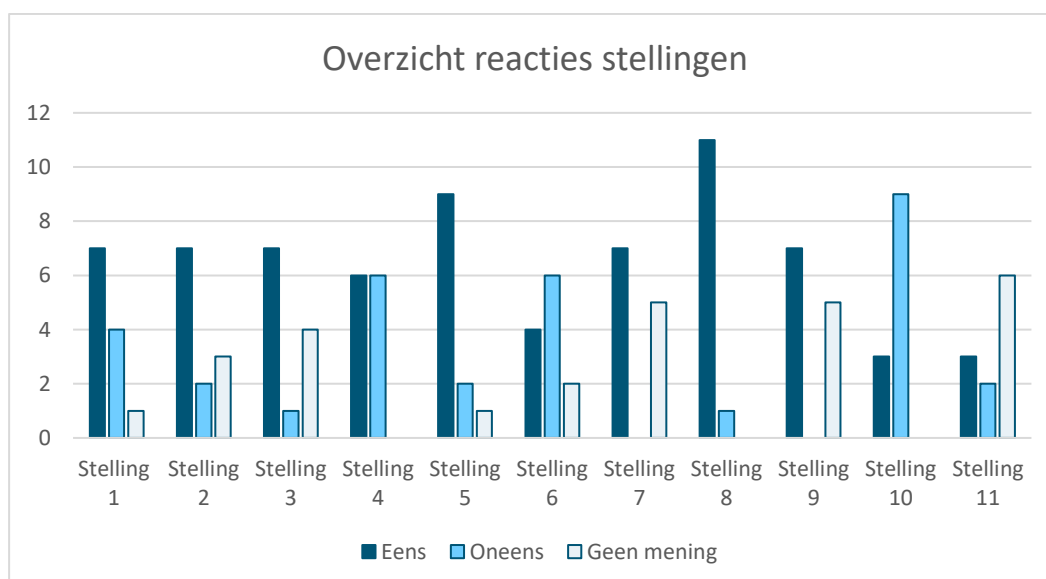
Inhoudelijk zijn er in deze fase nog weinig resultaten uit de projecten te melden, omdat de 1^e projecten pas net voor de start van de evaluatie hun eerste voortgangsrapportages opleverden en er nog geen projecten afgerond zijn. De evaluatie richt zich vooral op de voortgang van de uitvoering van het programma.

3.1.1 Werkwijze

ZonMw besloot in overleg met de voorzitter en vicevoorzitter van de KPHAG-programmacommissie de programmacommissie een aantal stellingen voor te leggen om hun mening ten aanzien van verschillende aspecten van het programma uit te vragen. ZonMw heeft een voorstel gedaan voor de stellingen aan de voorzitter en vicevoorzitter en enkele door hen voorgestelde aanpassingen verwerkt. De stellingen waren zowel positief als negatief geformuleerd. De lijst met 11 stellingen en 1 open vraag (zie Bijlage F [Vragenlijst met stellingen voor de programmacommissie](#)) is per e-mail verstuurd naar de programmacommissie met het verzoek binnen 12 werkdagen hierop te reageren, door per stelling eens/oneens/geen mening aan te geven en daarbij de score toe te lichten. Alle programmacommissieleden hebben gereageerd en ZonMw verwerkte de reacties. In Figuur 5 hieronder is de samenvatting van de scores per stelling weergegeven. Programmacommissieleden die zowel eens als oneens scoorden, zijn onder geen mening geplaatst. Voor meer informatie is Bijlage G [Uitgebreide verwerking reacties op de stellingen](#) te raadplegen. Bij meerdere stellingen gaf een aantal programmacommissieleden aan 'geen mening' te hebben. Er zijn 14x scores niet verder toegelicht door 3 programmacommissieleden. De overige programmacommissieleden hebben wel overal toelichting gegeven. De motivatie om 'geen mening' te scoren was wisselend, maar meerdere malen gaven programmacommissieleden aan de context niet te kennen of over onvoldoende informatie te beschikken om een mening te kunnen vormen.

Beantwoording van de stellingen

Figuur 5: Overzicht reacties van de programmacommissieleden op de stellingen.



Het ZonMw-bureau analyseerde per stelling voor elke score optie de uitleg van de programmacommissieleden en maakte een overzicht (zie Bijlage G [Uitgebreide verwerking reacties op de stellingen](#)) en een korte samenvatting van de resultaten (zie volgende pagina). Naar

aanleiding van de reacties heeft ZonMw een aantal aanbevelingen in hoofdstuk 5 (p.39) gedaan waarover de programmacommissie moet besluiten of deze al dan niet worden opgevolgd.

3.1.2 Resultaten

Stelling 1: Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde: De commissie moet zich niet laten (af)leiden door andere prioriteiten die sinds het vaststellen van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zijn gaan spelen.

(4 oneens, 7 eens, 1 geen mening)

De waarde van de NOAH wordt door alle programmacommissieleden onderschreven. Meer dan de helft van de programmacommissieleden is het eens met de stelling. Zij onderschrijven de opdracht om aan de hand van de NOAH het programma vorm te geven om zo de huisartsenzorg blijvend op het huidige hoge niveau te houden. Relevant onderzoek naar aanleiding van recente vragen/problematiek/ontwikkelingen dient in extra subsidierondes plaats te vinden. De NOAH is al een aantal jaar oud en is geen levend document. Desondanks kunnen niet zonder meer grote veranderingen in de interpretatie van de prioriteiten gedaan worden.

Stelling 2: Uit de aanvragen in de eerste twee subsidierondes blijkt dat aanvragers de subsidieoproepen goed begrijpen.

(2 oneens, 7 eens, 3 geen mening)

Het merendeel van de programmacommissieleden is van mening dat hier geen knelpunt ligt en dat aanvragers de subsidieoproepen goed begrijpen. Aan de andere kant vindt een programmacommissielid dat te vaak een subsidieaanvraag wordt afgewezen vanwege een te indirecte link met een onderzoeksprioriteit. Ook constateert een programmacommissielid onduidelijkheden met de 'Complexe vragen' programmalijn doordat aanvragers mogelijk niet/weinig bekend zijn met *complexity science*. Hierdoor was de programmacommissie minder goed in staat om aanvragen te selecteren die zich daadwerkelijk op een complexe vraag richtten en daarbij ook gebruik maakten van passende methodologie.

Stelling 3: Ik kan als commissielid goed beoordelen of een aanvraag een prioriteit uit de Nationale Onderzoeksagenda beantwoordt.

(1 oneens, 7 eens, 4 geen mening)

Meer dan de helft van de programmacommissie is het eens met deze stelling en acht zich volledig toegerust om te beoordelen in hoeverre een subsidieaanvraag de prioriteit beantwoordt. Subsidieaanvragen worden door programmacommissieleden soms verschillend beoordeeld, daardoor zit er geen absolute waarheid in een individuele beoordeling. De discussie vanuit de verschillende expertises is waardevol om de beste aanvragen te kunnen selecteren. Daarnaast is de suggestie genoemd om de huisartsen in de programmacommissie te laten beoordelen of een subsidieaanvraag de prioriteit beantwoordt.

Stelling 4: De expertise en samenstelling van de commissie is onvolledig!

(6 oneens, 6 eens)

De programmacommissie is verdeeld over de stelling dat de programmacommissie onvolledig is. De ervaring van programmacommissieleden die het oneens zijn met de stelling is dat geen expertise gemist wordt bij het beoordelen van de aanvragen. Meerdere programmacommissieleden waarderen de verschillende expertises in de programmacommissie. Het is opvallend dat vooral programmacommissieleden met huisartsgeneeskundige achtergrond het eens zijn met deze stelling. Toevoeging van het perspectief van jonge praktiserende huisartsen en wetenschappelijk geschoolde opleiders zou de programmacommissie waarderen. Een programmacommissielid mist inbreng van Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers, waardoor het voor hem niet zeker is of de kennis over wat er in het Nederlands huisartsgeneeskundige onderzoeksveld speelt bij de programmacommissie voldoende is. Een ander programmacommissielid twijfelt of de programmacommissie voldoende expertise heeft over (multidisciplinaire) samenwerking in complexe situaties. Als de 'Complexe vragen'-lijn meer richting *complexity science* gaat, kan expertise over deze methoden een aanvulling in de programmacommissie zijn.

Stelling 5: De commissie is goed op weg haar taakopdracht (Bijlage C Taakopdracht programmacommissie) uit te voeren.

(2 oneens, 9 eens, 1 geen mening)

Driekwart van de programmacommissie is het ermee eens dat de programmacommissie goed op weg is haar taakopdracht uit te voeren. De taakopdracht is de basis van het functioneren van de programmacommissie. Gedurende de beoordelingen van aanvragen zijn bij de 2 subsidierondes diepgaande discussies op hoog niveau geweest. De samenwerking in de programmacommissie wordt als prettig ervaren en er is ruimte voor en er wordt belang gehecht aan ieders mening en expertise. Het programma ligt min of meer op schema, maar opvallend is dat het monitoren van lopende projecten en opstellen van het communicatie en implementatieplan nog niet voorbij zijn gekomen. Daarnaast wordt van afstemming met andere ZonMw-programma's nauwelijks iets gemerkt, terwijl er overlap is van programmacommissieleden met het HGOG- en Preventieprogramma. Wel is er een gezamenlijke subsidieronde van het KPHAG met de programma's Paramedische Zorg en Verpleging en Verzorging. Een programmacommissielid heeft enkele vragen, die inzicht geven in het functioneren van het programma in het kennislandschap van de huisartsgeneeskunde.

Stelling 6: De ZonMw procedures zijn naar mijn mening te beknellend/bureaucratisch.

(6 oneens, 4 eens, 2 geen mening)

De helft van de programmacommissieleden vindt de ZonMw-procedures niet beknellend/bureaucratisch. De heldere procedures en vooral de manier waarop ze uitgevoerd worden (met ruimte voor zelfreflectie) lijken hulpvol. Ondanks dat de procedures goed werkbaar zijn, zijn sommige formulieren onnodig lang, ingewikkeld en onoverzichtelijk. Met de vernieuwde software (MijnZonMw) en formulieren gaat dit al makkelijker. Voor beoordelende programmacommissieleden kunnen de ZonMw-procedures als hinderlijk ervaren worden. Een programmacommissielid benoemde dat de procedures helpen als er een zekere taakverdeling wordt nagestreefd. Het programmacommissielid is van mening dat dan de methodologen niet hoeven te beoordelen over relevantie en vice versa. Dit maakt het makkelijker om eerlijk te beoordelen, wat de grootste kans van slagen heeft op transparantie. Daarnaast wordt de nadere prioriteringseis om projecten evenredig te verdelen over de centra door een programmacommissielid als beperkend gezien. Voor het vinden van geschikte en bekwame mensen voor de programmacommissie kan de onafhankelijkheidseis behoorlijk knellend zijn. Programmacommissieleden zijn het eens met de hantering van de Code Omgang met Persoonlijke Belangen van ZonMw. Desondanks vinden zij het een belemmering dat door standaard beheersmaatregelen het niet of nauwelijks mogelijk is om met de volledige programmacommissie tot een goede, globale afweging van projecten met gelijke relevantie- en kwaliteitsscore ten opzichte van elkaar te komen. Het is frustrerend voor sommige programmacommissieleden om hierdoor niet aan het gehele beoordelingsproces te kunnen bijdragen. Er wordt geen directe oplossing gezien.

Stelling 7: De functionele verbinding met de beoordelingscommissie van het HGOG-programma heeft voor mij/de KPHAG-commissie veel meerwaarde.

(0 oneens, 7 eens, 5 geen mening)

Voor meerdere programmacommissieleden is de meerwaarde van de functionele verbinding tussen de beoordelingscommissie van het HGOG-programma en de KPHAG-programmacommissie onduidelijk. Dit geldt vooral voor die programmacommissieleden, die alleen in de KPHAG-programmacommissie zitting hebben. Programmacommissieleden die de meerwaarde wel zien, benoemen de mogelijkheid tot afstemming en inzicht in de samenhang van aanvragen in het huisartsgeneeskundig veld door de programmacommissie. Dat laatste geeft ideeën over waar mogelijk nog meer samengewerkt kan worden door afdelingen huisartsgeneeskunde om gecoördineerd een landelijke doorbraak op een thema te realiseren. Bevorderen van onderlinge samenwerking kan meegenomen worden in de formulering van subsidieoproepen voor volgende subsidierondes.

Stelling 8: ZonMw-programmacommissies zouden nooit meer zonder een patiëntenpanel moeten worden ingericht.

(1 oneens, 11 eens, 0 geen mening)

De programmacommissie is positief over de inbreng van en samenwerking met het patiëntenpanel, zoals we dat op dit moment doen in het programma. De inbreng van deze expertise over het patiëntenperspectief levert een positieve bijdrage aan de kwaliteit van het beoordelingsproces. De kwaliteit van het beoordelingsproces kan mogelijk nog verbeterd worden door de feedback van programmacommissieleden.

Stelling 9: De investering van € 8,- miljoen euro vanuit het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg is niet genoeg om huisartsen te ondersteunen met kennis om hun zorg op het huidige hoge niveau te houden.

(0 oneens, 7 eens, 5 geen mening)

Een deel van de programmacommissieleden dat het eens is met de stelling, noemt het belang van de huisartsenzorg voor de gezondheidszorg. Daarbij komen de bijzonderheden van de huisartsgeneeskunde naar voren. Ook kwam naar voren dat investeren in kennisontwikkeling belangrijk is als randvoorwaarde om zorgvragen te beantwoorden en keuzes te maken over hoe de huisartsenzorg ook in de toekomst haar waardevolle rol goed kan blijven vervullen. Het grote aantal vragen dat er ligt in de huisartsgeneeskunde, de beperkte mogelijkheden voor financiering uit andere bronnen en het beperkte aantal vragen dat met de huidige middelen beantwoord kan worden, zijn voor 4 programmacommissieleden reden het eens te zijn met de stelling. Een programmacommissielid stelt structurele onafhankelijke financiering voor; niet alleen om meer vragen te beantwoorden, maar ook vanwege het continue evolueren van kennis en wetenschap. Bijna de helft van de programmacommissieleden heeft geen mening over deze stelling, omdat ze de Nederlandse context niet voldoende kennen of geen huisarts zijn. Een vraag is wat de optimale verhouding van investeren in onderzoek versus andere investeringen is voor het versterken van de huisartsenzorg.

Stelling 10: Ik heb een helder beeld bij hoe ik in mijn rol als commissielid kan bijdragen aan de succesvolle afronding van de projecten, die binnen KPHAG (gaan) lopen.

(9 oneens, 3 eens, 0 geen mening)

Het merendeel van de programmacommissieleden heeft geen helder beeld wat zij kan bijdragen aan monitoring en succesvolle afronding van KPHAG-projecten. Dit is vanwege de fase van het programma, het ontbreken van ervaring bij andere subsidieprogramma's en het zich niet bewust zijn van dit aspect van het programmacommissielidmaatschap. Programmacommissieleden geven aan dit graag in de programmacommissie te bespreken en daarbij in te gaan op de rol van de programmacommissie en het programmacommissielid, praktische invulling, zoals wanneer een programmacommissielid wordt ingezet. 2 programmacommissieleden noemen ook de behoefte/acceptatie van de projectleiders aan monitoring/begeleiding van projecten. De programmacommissieleden die het eens met de stelling zijn, gaan uit van eerdere ervaring met een soortgelijke rol. Dan wordt nog wel opgemerkt dat nog uitwerking voor deze programmacommissie nodig is, waarbij een aantal suggesties gedaan wordt.

Stelling 11: Multidisciplinair onderzoek staat met de bijdrage ter waarde van 1 complex project uit KPHAG (€ 800.000, -) niet in een juiste verhouding tot het KPHAG.

(2 oneens, 3 eens, 6 geen mening, 1 geen score)

Het grootste deel van de programmacommissie heeft geen mening over deze stelling, waarin een uitspraak gevraagd wordt over het aandeel/budget dat binnen het KPHAG geoormerkt is voor multidisciplinair onderzoek. Gebrek aan kennis over de Nederlandse situatie en de positionering van multidisciplinair onderzoek als extra 'soort' onderzoek naast de programmalijnen met al beperkte middelen, zijn de voornaamste redenen. Een programmacommissielid wat geen score heeft gegeven benoemt wel expliciet het belang van multidisciplinair en/of interdisciplinair onderzoek en de afhankelijkheid van de context van het zorgsysteem. Deze context (inclusief het financiële aspect) zou voorwaardenscheppend moeten zijn om een cultuuromslag naar samenwerken te realiseren, die ook in het onderwijs een meer prominente plaats krijgt. De huisarts verdient als poortwachter een belangrijke rol in de samenwerking.

Het budget voor multidisciplinair onderzoek 'binnen' het KPHAG is door de samenwerking met de 3 eerstelijnsprogramma's toch behoorlijk. Een discussie en evaluatie van de multidisciplinaire subsidieronde is wel nodig om de oormerking binnen beperkte KPHAG-middelen te beoordelen. Voor meer middelen is ook iets te zeggen. Deze zouden beschikbaar moeten komen, omdat dit type projecten het slecht doet in de overheersende kortere projectfinancieringen. Terwijl de zorg steeds meer multidisciplinair wordt en wetenschappelijk onderzoek meer oplevert als het beter is toegespitst op de (complexere) situatie. Ook zijn tot nu toe slechts 2 multidisciplinaire projecten in het KPHAG gehonoreerd en dan vooral in het medisch specialistische spectrum. Voor (meer) multidisciplinair onderzoek is een goede samenwerking met de andere programmacommissies uit de multidisciplinaire subsidieronde is wenselijk.

Open vraag 12: Wat ik tot slot essentieel vindt om op te merken over het KPHAG (commissie/begeleiding/ programma inhoud) en/of deze stellingen is...

Hoewel 3 programmacommissieleden tevreden zijn over de ZonMw-ondersteuning, is feedback hierop en op het functioneren van de voorzitter gewenst om deze te blijven verbeteren. ZonMw en de programmacommissie gaan zeer zorgvuldig te werk met de aanvragen. De diversiteit van de inzichten en aanwezige expertise, samen met zeer duidelijke procedure en kwaliteit van de gesprekken, dragen goed bij tot de kwaliteit van de beslissingen. Een programmacommissielid noemt dat veel informatie te verwerken is voor de programmacommissieleden wat qua tijdsinspanning niet in verhouding staat tot de reguliere vergoeding. Een suggestie is om meer naar het geheel van de onderwerpen en voorstellen te kijken en bij de honorering van projecten de verdeling over de breedte van de onderwerpen uit de NOAH mee te nemen. Hiervoor is zicht nodig op de breedte van het huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland in relatie tot de NOAH. Een andere suggestie is om de huidige formuleringen in de NOAH zoveel mogelijk herformuleren volgens PICO om zoveel mogelijk aan te sluiten bij wat nodig is voor opname in richtlijnen.

3.2 Budgetresultaten (daadwerkelijke besteding)

Hieronder is van de afgelopen jaren de daadwerkelijke en geplande besteding van de komende jaren weergegeven in Tabel 8.

Tabel 8: Overzicht planning en realisatie KPHAG

(x 1.000 €)	Planning 2019 t/m 2021	Resultaat t/m Q1 '22	Verschil	Planning Q2 2022 t/m 2027	
Onderdeel					Totaal
Programmalijn EOv	2.000	1.032	968	0	2.000
Programmalijn COv	2.000	2.169	-169	2.840	4.840
Samenwerking kennisagenda's eerste lijn	100	0	100	0	100
Communicatie- en implementatie	70	8	62	70	140
Algemene kosten (concretiseringsopdracht, programmacommissiekosten, bijeenkomsten, overige kosten en programmakosten ZonMw)	396	266	130	484	880
Patiëntenpanel	30	16	14	10	40
Totaal	4.596	3.491	1.105	3.444	8.000

Voor de programmalijn 'Enkelvoudige vragen' is zichtbaar dat het uitstel van de 2^e subsidieronde leidt tot vertraging in de besteding van middelen. In de eerste subsidieronde is iets meer dan de gepland € 1,- miljoen uitgezet. Hiervoor is gekozen door de programmacommissie om geen onderbesteding in de subsidieronde te hebben. De meerkosten betreffen geen volledig extra project, waardoor middelen voor de 2^e subsidieronde EOv te veel op voorhand aangesproken moesten worden. In de eerste subsidieronde COv is ook iets meer uitgezet dan gepland om dezelfde reden als bij de subsidieronde EOv. De besteding loopt daardoor nu voor op planning, maar de 2^e subsidieronde Complexe onderzoeksvragen is nog niet uitgezet. Wel draagt het KPHAG € 800.000, - bij aan de uitvoering van de multidisciplinaire subsidieronde, waarschijnlijk door overheveling van budget naar het programma Paramedische Zorg. Dit maakt dat voor de tweede subsidieronde Complexe onderzoeksvragen in totaal nog € 1,9 miljoen beschikbaar is dat uiterlijk 2023 toegekend wordt.

Een grote post algemene kosten bestaat uit diverse onderdelen. Wegens het niet uitzetten van de nadere concretiseringsopdracht en het wegvallen van live bijeenkomsten door de uitbraak van de Coronapandemie blijft de besteding op deze post achter. Het wegvallen van live bijeenkomsten en vertegenwoordiging van het programma op huisartsgeneeskundige congressen zoals de WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) is ook reden voor het achterblijven van bestedingen op communicatie- en implementatie. De programmacommissiekosten lopen iets voor op planning door de organisatie van een extra vergadering en de extra werkzaamheden van een aantal programmacommissieleden in de multidisciplinaire subsidieronde. Dit wordt deels gecompenseerd

doordat er geen reiskosten zijn gemaakt. Overige kosten zijn ook nog zeer beperkt besteed. Exclusief de uitvoering van de evaluatie zijn door het ZonMw-bureau minder uren besteed, wat vooral te maken heeft met minder subsidieronde werkzaamheden. De inzet van het patiëntenpanel is tot nu toe vooral gekoppeld aan subsidierondes, waardoor de besteding minder is dan gepland.

4 Conclusies

Op koers om de doelstellingen te bereiken

Deze tussentijdse evaluatie geeft voldoende inzicht in de voortgang van de programma uitvoering. Het programma lijkt voldoende voortgang geboekt te hebben op de eerste 2 doelstellingen (beantwoorden kennisvragen en afstemmen en samenwerken). Ondanks vertraging in de globale planning door de uitbraak van de coronapandemie zijn 2 subsidierondes uitgevoerd, waarin de eerste 11 projecten gehonoreerd zijn. Met de programma's Paramedische zorg en Verpleging en Verzorging is daarnaast een extra (multidisciplinaire) subsidieronde uitgezet gericht op samenwerking tussen de beroepsgroepen, die een belangrijke bijdrage kan leveren aan versterking van de eerste lijn. Op het gebied van samenwerking zijn veel losse activiteiten ad-hoc uitgevoerd. Wat betreft de 3^e doelstelling (bevorderen van gebruik van uitkomsten van onderzoek) is het programma nog in een te vroege fase voor inhoudelijke resultaten, vanwege het ontbreken van projectresultaten. Voorbereidingen om de 3^e doelstelling te bereiken zijn gestart in de vorm van samenwerking met het NHG over optimaliseren van doorgeleiding van kennis. Communicatie over gehonoreerde projecten vindt plaats. De 2^e en 3^e doelstelling bevatten belangrijke elementen voor het bevorderen van impact, dat nog een nadere uitwerking behoeft. Het programma verloopt redelijk volgens de begroting, afwijkingen zijn goed verklaarbaar. Voor de 2 fases van het programma zijn beperkt middelen beschikbaar buiten de oorspronkelijke planning.

Voortgang invulling prioriteiten Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

In beide subsidierondes zijn aanvragen uit alle instituten ingediend. Bij de EOv waren 13 subsidieaanvragen honorabel van de 17. Dit waren er 6 van de 7 bij de COV. Hieruit konden 7 EOv en 4 COV projecten gehonoreerd worden binnen de beschikbare middelen voor de eerste twee subsidierondes. Met de 11 gehonoreerde projecten zijn nu in totaal 27 prioriteiten 'ingevuld'. Op alle thema's of ICPC-codes zijn in principe aanvragen ingediend, maar niet op alle is ook een project gehonoreerd. Het merendeel van de thema's of ICPC-codes heeft 1 prioriteit ingevuld in een project (6). Voor 12 thema's of ICPC-codes is nog geen 'dekking' in het programma. Op 4 thema's zijn 2-5 prioriteiten ingevuld en op 1 thema (Diversiteit) zelfs 7. Om de invulling van prioriteiten daadwerkelijk te bereiken is het belangrijk dat de projecten zo goed mogelijk antwoord geven op de prioriteiten die zij gekozen hebben om te adresseren. Hiervoor wordt de projectvoortgang bewaakt volgens ZonMw-procedures, waar de programmacommissie actief bij betrokken moet worden. Goede monitoring van de projecten biedt ook de mogelijkheid tot het realiseren van een verbinding tussen de 3 programmadoelstellingen, waarmee optimale impact van het programma bereikt kan worden. Het programma geeft dus een impuls aan onderzoek ten behoeve van betere huisartszorg en ondersteuning van de huisartsenzorg in de spreekkamer. Gegeven het grote aantal lacunes in de NOAH, het belang van de huisartsgeneeskunde in het Nederlandse zorgstelsel, de breedheid van de huisartsgeneeskunde en het feit dat er veel honorabele projecten niet konden worden gefinancierd, concludeert de programmacommissie dat het budget niet toereikend was om de vele actuele praktijkvragen te beantwoorden.

Tussentijdse aanpassingen programma uitvoering zeer beperkt

Een grote aanpassing ten opzichte van de programmatekst is dat de programmacommissie besloot in een zorgvuldig proces de nadere concretisering van de NOAH niet uit te voeren. De uitvoering van de multidisciplinaire subsidieronde is een extra activiteit, die goed aansluit bij de opvolging van de gezamenlijke kennisagenda's van diverse eerstelijns beroepsgroepen.

De organisatorische opzet en procedures zijn adequaat, verbeteringen zijn mogelijk

In de uitvoering van het KPHAG volgens de ZonMw-procedures wordt de programmacommissie over het algemeen naar tevredenheid ondersteund door het ZonMw-bureau en de sturing van de voorzitter tijdens vergaderingen. De programmacommissie geeft in haar zelfevaluatie enkele concrete suggesties voor de verbetering van procedures bijvoorbeeld in hun uitwerking naar beoordelingsformulieren. Er zijn geen klachten en/of bezwaarschriften ontvangen. Reacties van aanvragers op besluiten zijn telefonisch en schriftelijk beantwoord. Van een aantal onderdelen van de taakopdracht is het voor de programmacommissie onduidelijk hoe het met de uitvoering hiervan staat. Deze onderdelen, zoals monitoring van projecten en het vaststellen van het CIP, zijn nog niet in het programma aan de orde geweest. De programmacommissie heeft behoefte aan meer feedback over de voortgang op programmaniveau. Tot slot geeft de programmacommissie aan expertise van praktiserende huisartsen in de programmacommissie toe te willen toevoegen. Afhankelijk van de

inrichting van volgende subsidierondes en de fase van het programma is ook aanvullen van programmacommissie expertise op specifieke aandachtspunten nodig.

Inspelen op ontwikkelingen in de 2^e fase van het programma is wenselijk

Sinds de start van het programma hebben op enkele relevante contextuele aspecten van het programma ontwikkelingen plaatsgevonden, die een plek verdienen in de uitvoering van de het programma. De programmacommissie kan, doordat nog 2e subsidierondes uitgezet moeten worden, een keuze maken hoe deze ontwikkelingen meegenomen worden in het vervolg van het programma.

5 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk wordt besproken welke aanbevelingen de programmacommissie meeneemt in de verdere uitvoering van het programma. De aanbevelingen zijn weergegeven op een aantal niveaus die hieronder beschreven staan.

Programmaniveau

1. Ontwikkelingen in de context van het programma moeten een plek in het 2^e deel van het programma krijgen. In het bijzonder betreft het de verdere ontwikkeling van de onderzoeksinfrastructuur voor de HAG in Nederland, de rol van het Consortium Huisartsgeneeskunde daarin en de beweging naar de Juiste Zorg op de Juiste Plek. Voor JZOJP is focus op kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg en afstemming en samenwerking met het sociaal domein en de tweede lijn belangrijk.
2. De programmacommissie beveelt zelf aan, in het licht van de huidige beperkingen van het budget voor structurele kennisontwikkeling en toekomstige uitdagingen, in een volgend HLA (2023 en verder) meer middelen te alloceren voor huisartsgeneeskundig onderzoek.
3. Meer gestructureerde afstemming met andere ZonMw-programma's en externe stakeholders op het gebied van huisartsgeneeskundig onderzoek is wenselijk. Verdere verkenning met het NHG van samenwerkingsmogelijkheden met Gezondheidsfondsen en de Samenwerkende Gezondheidsfondsen is in dit kader voor de hand liggend.
4. Bevorderen van impact heeft vanwege de fase van het programma nog beperkt aandacht gekregen en verdient uitwerking in de 2^e fase om de impact van het programma te optimaliseren. In de directe relatie tot de doelstellingen gaat het vooral op de verbinding tussen onderzoeksresultaten van de projecten en het kwaliteitssysteem van de huisartsen en welke rol onderwijs en (na)scholing hierin kunnen spelen.
5. De programmacommissie overweegt of het nodig is concrete evaluatiecriteria voor de indevaluatie van het programma vast te stellen.

Kwalificaties, ondersteuning en rol programmacommissie

6. De programmacommissie zou uitgebreid moeten worden met de input van (jonge) praktiserende huisartsen. Het is nodig eventueel na te denken over andere manieren dan programmacommissielidmaatschap om deze expertise te betrekken, aangezien dit tot nu toe nog niet gelukt is.
7. Uitbreiding van expertise in de programmacommissie moet afhankelijk van de focus van de volgende subsidieoproepen plaatsvinden bv. op gebied van (multidisciplinaire) samenwerking in complexe situaties en over methoden van *complexity sciences*. Mogelijk kan ook expertise op het gebied van onderwijs en implementatie een plek krijgen.
8. Met de programmacommissie moet ingegaan worden op welke wijze er meerwaarde gehaald kan worden uit de functionele verbinding KPHAG-HGOG.
9. (Resultaten van) afstemming met andere ZonMw-programma's moet(en) ook voor de programmacommissie duidelijker gemaakt moeten worden om hier bijvoorbeeld keuzes in te kunnen maken.
10. Bespreken van de hoogte van de vacatiegelden en reiskostenvergoeding in relatie tot de tijdsinvestering is wenselijk om mee te nemen bij de bespreking van de inzet van programmacommissieleden.
11. Tijdens vergaderingen is het nodig meer expliciet aandacht te besteden aan de taakopdracht van de programmacommissie om beter zicht te houden op de voortgang van de programma-uitvoering.
12. Het nagaan van de kennisbehoefte van de programmacommissie over het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoeksveld en multidisciplinaire samenwerking in de eerstelijns en hier passend invulling aangeven, kan bijdragen aan het optimaal vervullen van haar functie.
13. Naast inzicht in het resultaat van de huidige werkwijze van programma-uitvoering op het vlak van spreiding van projecten over prioriteiten en instituten is het voor de programmacommissie wenselijk inzicht te krijgen in:
 - a. Voorgestelde wijzen van onderzoek in de projecten om inzicht te krijgen in innovatie op in HAG-onderzoek. Hierbij kunnen resultaten uit het programma HTA-methodologie aanwijzingen geven voor gerichte sturing.
 - b. In hoeverre projecten bijdragen aan de beantwoording van structuurvragen (bijvoorbeeld over onderzoeksinfrastructuur) om inzicht te krijgen in de randvoorwaarden om dit mogelijk te maken.

- c. Kennisverspreiding die voorgesteld wordt in de projecten om dit vanuit het programma verder te ondersteunen om zodoende optimaal invulling aan de 3^e programmadoelstelling te geven. Voortgaande afstemming met het NHG is noodzakelijk om landen van de kennis in richtlijnen en de praktijk te stimuleren waar nodig.
- 14. De programmacommissie kan inzichten uit deze evaluatie delen met relevante partijen om bij te dragen aan discussies over kennisontwikkeling voor de huisartsgeneeskunde.
- 15. De programmacommissie moet meegenomen worden in het monitoren van gehonoreerde projecten en betrokken worden bij besluitvorming over hoe zij hier een bijdrage aan wil en kan leveren.
- 16. Om de programmacommissie ondersteuning door ZonMw steeds te verbeteren en de voorzitter input te geven om zijn rol zo goed mogelijk vorm te geven, wordt feedback van de programmacommissie over het proces van elke vergadering verzameld en beantwoord met concrete verbetervoorstellen.
- 17. De rol van het patiëntenperspectief moet meegenomen worden bij de inrichting van de monitoring van projecten en de beoordeling van eindverslagen.

Inrichting subsidieoproepen en beoordelingen

- 18. Bij de uitvoering van het 2e deel van het programma blijft de huidige NOAH centraal staan. De programmacommissie besluit of zij aanvragen ook gaat beoordelen in het licht van de huidige verdeling van onderwerpen over de NOAH, d.w.z. uitsluiten van veel genoemde prioriteiten en aanwijzen van nog niet genoemde prioriteiten.
- 19. De programmacommissie kan in overleg met het NHG nadere voorwaarden stellen aan de formulering van onderzoeksvragen (bijvoorbeeld als PICO's) in aanvragen, wanneer dit wenselijk is vanwege de aansluiting bij formuleringen van kennislacunes bij NHG-standaarden.
- 20. ZonMw bereidt voor hoe ontwikkelingen in de context van het programma een plek in de subsidieoproepen kunnen krijgen.
- 21. Aanvullende prioriteringscriteria (spreiding) en beoordelingscriteria voor programmacommissieleden in beoordelingsformulieren heroverwegen. Erop inzetten beoordelingsformulieren voor de programmacommissie zo kort, eenvoudig en overzichtelijk mogelijk maken.
- 22. Beoordelen van de passendheid van de onderzoeksvraag bij de prioriteit vindt plaats vanuit de huisartsgeneeskundige expertise van de programmacommissieleden.
- 23. De programmacommissie signaleert wanneer relevant onderzoek naar recente vragen/problematiek/ontwikkelingen niet passend is in het huidige kader van het programma. ZonMw kan aanvragers adviseren als hier in andere ZonMw-programma's mogelijkheden voor zijn en bespreken met het NHG welk onderzoek geen plek krijgt in het KPHAG.
- 24. Voor de uitvoering van het 2e deel van het programma moet de subsidieoproep voor COV herschreven worden met suggesties en input van enkele programmacommissieleden. Aanpassen van de maximale looptijden en aan te vragen bedragen in beide subsidierondes is wenselijk om duidelijker onderscheid tussen projecten over EOV en COV vragen te maken en zoveel mogelijk prioriteiten op de juiste manier te beantwoorden.
- 25. De subsidieoproepen moeten criteria bevatten om aanvragers meer aandacht te laten besteden aan de onderbouwing van hun onderzoek met wetenschappelijke relevantie en methodologische literatuur.
- 26. De programmacommissie neemt voorafgaand aan volgende subsidierondes een standpunt in over hoe zij om wil gaan met het eventueel samenbrengen van instituten, wanneer ze samenhang tussen ingediende aanvragen met dezelfde thema's ziet.
- 27. Overwegen met de programmacommissie om in de formulering van subsidieoproepen voor volgende subsidierondes de mogelijkheid tot samenwerking tussen afdelingen huisartsgeneeskunde in een groter gezamenlijk project mee te nemen om gecoördineerd een landelijke doorbraak op een thema te realiseren.
- 28. ZonMw neemt de argumentatie van advies- en besluitbrieven mee bij de doorontwikkeling van subsidieoproepen om criteria en de uitvraag daarvan aan aanvragers aan te scherpen.
- 29. Het patiëntenpanel wordt ook in de volgende subsidierondes betrokken bij de beoordeling van subsidieaanvragen.
- 30. De multidisciplinaire subsidieronde moet zowel inhoudelijk, als procesmatig geëvalueerd worden om inzicht te geven in de meerwaarde voor het KPHAG als programma en in de meerwaarde voor samenwerking tussen programma's/beroepsgroepen op het gebied van kennisontwikkeling.

Bijlagen

Bijlage A	Opdrachtbrief
Bijlage B	Goedkeuring programmavoorstel
Bijlage C	Taakopdracht programmacommissie
Bijlage D	Projectbeschrijvingen
Bijlage E	Evaluatieopdracht brief
Bijlage F	Vragenlijst met stellingen voor de commissie
Bijlage G	Uitgebreide verwerking reacties op de stellingen

A Opdrachtbrief



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

dy.

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

ZonMw
T.a.v. de voorzitter
Postbus 93245
2509 AE DEN HAAG

INGEKOMEN
20 DEC. 2018
Behandelen: KUZ
Fotokopie: beoordeling WFT/4C

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
directie Curatieve Zorg
team B

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Afke Bouten
Beleidscoördinator
huisartsenzorg

T (070)-3405644
M (+31)-611797446
a.bouten@minvws.nl

Kenmerk
1449132-184305-CZ

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Datum **18 DEC. 2018**
Betreft Verzoek tot programmavoorstel uitvoering
onderzoeksagenda huisartsgeneeskundezorg zorg

Geacht bestuur,

Met deze brief wil ik u verzoeken om op korte termijn een onderzoeksprogramma huisartsgeneeskunde zorg te ontwikkelen en deze aan mij voor te leggen. Ik geef u daarbij de volgende aandachtspunten mee.

Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Begin 2018 heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde gepubliceerd. Deze agenda bevat een inventarisatie van de kennislacunes en kennisvragen die op dit moment actueel zijn in de huisartsenzorg en die de komende jaren aandacht vragen. De kennislacunes en kennisvragen zijn gecategoriseerd en daarna geprioriteerd. Vanaf het begin van het proces is daarbij een grote groep stakeholders betrokken. De agenda bevat relevante en breed gedragen onderzoeksvragen.

Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022

In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022 hebben partijen het belang onderkend van de uitvoering van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde die er aan dient bij te dragen de huisartsenzorg blijvend op het hoge niveau te houden. Voor de looptijd van het akkoord is jaarlijks een bedrag van € 2 miljoen gereserveerd voor uitvoering van deze agenda via een programma van ZonMw.

Kaders programma

Ik acht het van belang dat het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenzorg van een hoog niveau blijft en dat klachten en problemen van patiënten worden beantwoord met de meest actuele kennis uit de stand van de wetenschap en praktijk.

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskundige zorg kan dienen als mooie basis voor de uitvoering van het ZonMw-programma. Ik wil u vragen, gezien de omvang van de onderzoeksagenda, om samen met het veld nader te concretiseren en te onderbouwen op welke onderdelen daarvan het ZonMw-



programma zich zal gaan richten en hoe u de procedure van toekennen van subsidie zult vormgeven. Ik wil u vragen om bij de gunning van de subsidie af te wegen in hoeverre de kennisvraag actueel en relevant is in het licht van de ontwikkelingen die op dat moment gaande zijn.

Ik vind het belangrijk dat het niet bij onderzoek blijft, maar dat de nieuwe inzichten en opgedane kennis wijdverspreid worden onder huisartsen. Ik wil u dan ook vragen om hier aandacht aan te besteden en te borgen dat de onderzoeksuitkomsten worden verwerkt in het kwaliteitssysteem¹ dat de huisarts ondersteunt in het uitoefenen van zijn werk en dat de uitkomsten bijdragen aan het goede gesprek tussen de huisarts / zorgverlener en de patiënt in de spreekkamer.

**directoraat-generaal
Curatieve Zorg**
directie Curatieve Zorg
team B

Kenmerk
1449132-184305-CZ

Afstemming met andere programma's

Ik acht afstemming met andere onderzoeksprogramma's en initiatieven noodzakelijk. Ik doel hier in ieder geval op het Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG) programma, het programma uitkomstgerichte zorg, de kennisagenda wijkverpleging, de kennisagenda's paramedische zorg en het programma kwaliteitssystemen in wording. U heeft met de gezamenlijke aanbieding van de kennisagenda's een mooie stap gezet om partijen nader bijeen te brengen en aandacht te vragen voor integraal onderzoek. Ik ben dan ook benieuwd op welke wijze u daar een gevolg aan gaat geven in de uitwerking van dit programma en in andere programma's.

Financiën & staatsteuntoets

Het programma heeft in principe een looptijd van vier jaar. Voor de uitvoering van het programma is maximaal € 8 miljoen beschikbaar (€ 2 miljoen per jaar), inclusief uitvoeringskosten van ZonMw. Ik verzoek u een begroting en liquiditeitsprognose op te stellen. Daarnaast wil ik u vragen om bij de vormgeving van het programma te borgen dat er geen risico's op staatsteun zijn.

Programmavoorstel

Ik verzoek u mij uiterlijk 1 maart 2019 een programmavoorstel toe te sturen. Ik vraag u bij de totstandkoming en uitvoering van het programma partijen uit het veld te betrekken². Ik acht dit essentieel voor het creëren van draagvlak en een succesvolle uitvoering van het programma.

Hoogachtend,
de directeur-generaal Volksgezondheid,

mw. drs. A. Berg



¹ o.a. NHG-standaarden, NHG-formularium, Thuisarts.nl ed.

² Ik vraag u daarbij in ieder geval de ondertekenaars van het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg te betrekken.

B Goedkeuring programmavoorstel



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Correspondentie
afgehandeld

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

ZonMw Nederlandse Organisatie voor
gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
T.a.v. het bestuur
Postbus 93245
2500 AE DEN HAAG

2019/15593/zenmw

INGEKOMEN

18 JUNI 2019

Behandelen: Kuz

Fotokopie: bestuur / MIV / F&C

directoraat-generaal
Curatieve Zorg
directie Curatieve Zorg
Team B

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
Bultink, J.L. (Joeri)
Beleidsmedewerker
Huisartsenzorg
T (070)-340
M (+31)-615035116
j.l.bultink@minvws.nl

Kenmerk
1524753-190152-CZ

Uw brief

Bijlage(n)

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.

Datum **13 JUNI 2019**
Betreft Programmavoorstel Kennisprogramma
Huisartsgeneeskunde

Geacht bestuur,

Naar aanleiding van mijn verzoek tot een Programmavoorstel uitvoering onderzoeksagenda huisartsgeneeskundezorg (kenmerk 1449132-184305-CZ), zond u mij op 14 maart 2019 het Programmavoorstel Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde (kenmerk 2019/07129/ZONMW). Ik kan instemmen met uw programmavoorstel en verzoek u te starten met de uitvoering van het programma.

Het programma versterkt de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van de praktiserende huisarts om zo bij te dragen aan de verbetering van de patiëntenzorg en het patiënten welzijn te bevorderen.

Het programma heeft een budget van 8 miljoen (2 miljoen per jaar). De subsidietoekenningen vinden plaats in de periode 2019 t/m 2022, gelijk aan de looptijd van het Hoofdpijnenakkoord Huisartsenzorg 2019 t/m 2022. Het gehele programma loopt van 2019 t/m 2028.

De jaarlijkse verdeling van de middelen is als volgt (conform uw programmabegroting):

2019:	€	187.749
2020:	€	461.159
2021:	€	807.256
2022:	€	1.615.204
2023:	€	1.214.957
2024:	€	1.214.247
2025:	€	880.320
2026:	€	931.222
2027:	€	616.001
2028:	€	4.885




Verder verzoek ik u in de eerstvolgende (voortgangs)rapportage dit programma zowel inhoudelijk als financieel op te nemen. Voorts zal ik het uitgaven- en het verplichtingenplafond van ZonMw verhogen en verwerken in een aanvullend schrijven op mijn brief 14 december 2018 jaar (kenmerk 1448985-184281-BPZ) inzake de goedkeuring van de begroting en het jaarplan 2019. Tevens zijn de werkafspraken planning & control VWS, NWO en ZonMw van toepassing.

**directoraat-generaal
Curatieve Zorg**
directie Curatieve Zorg
Team B

Kenmerk
1524753-190152-CZ

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur-generaal Volksgezondheid,

S/A 

mw. drs. A. Berg

C Taakopdracht programmacommissie

Taakopdracht programmacommissie Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde 2019-2024



Het ZonMw-bestuur heeft besloten tot de instelling van een programmacommissie Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde. De taakopdracht van de programmacommissie luidt als volgt.

I. Algemene taakomschrijving

De programmacommissie Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde heeft in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van het ZonMw-bestuur tot taak:

- a. nadere uitwerking aan het programmavoorstel Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde te geven;
- b. het na vaststelling en openstelling van een programma zorgdragen voor beoordelingen, prioritering en ter honorering of afwijzing voorleggen aan de directeur van voorstellen passend binnen het programma en het budget;
- c. het opstellen van een communicatie- en implementatieplan voor het programma;
- d. het monitoren en begeleiden van de projecten binnen het programma;
- e. de zelfevaluatie van het programma. Het bestuur blijft zelf eindverantwoordelijk voor het evalueren van programma's;
- f. het rapporteren over de verrichte werkzaamheden aan het bestuur door tussenkomst van de directeur.

II. Doel, inhoud en omvang programma

1. Het kader voor het Kennisprogramma Huisartsgeneeskunde is vastgelegd in de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 december 2018 aan het bestuur van ZonMw met kenmerk 1449132-184305-CZ. Het programma heeft ten doel:
 - diverse actuele en relevante kennisvragen uit de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde te beantwoorden met daarbij de benodigde aandacht voor complexiteit van huisartsgeneeskundig onderzoek en multidisciplinair onderzoek in de eerste lijn;
 - goed af te stemmen met en waar mogelijk samenwerking te zoeken tussen het programma en andere ZonMw-programma's en relevante ontwikkelingen;
 - te bevorderen dat de uitkomsten van onderzoek uit het programma gebruikt worden ter ondersteuning van de huisarts bij haar werk in de praktijk.Het inhoudelijke aandachtsgebied van het programma is de huisartsgeneeskunde in Nederland.
2. De programmacommissie houdt in het bijzonder rekening met de regels die de minister van VWS bij haar aanwijzing heeft gegeven. Daarbij gaat het onder meer om:
 - De uitvoering van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zoals in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022 is overeengekomen;
 - Nader concretiseren met het veld en onderbouwen op welke onderdelen het kennisprogramma zich zal gaan richten;
 - Bij gunning van subsidie de actualiteit en relevantie van de kennisvraag af te wegen in het licht van ontwikkelingen die op dat moment gaande zijn;
 - Verspreiding van nieuwe inzichten en opgedane kennis onder huisartsen en
 - Borgen van onderzoeksuitkomsten in het kwaliteitssysteem van de huisartsen ter ondersteuning van het uitvoeren van het werk;
 - Het bijdragen van uitkomsten aan het goede gesprek tussen huisarts en patiënt;
 - Afstemming tussen onderzoeksprogramma's en initiatieven. In het bijzonder Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde (HGOG), het programma Uitkomstgerichte Zorg, kennisagenda Wijkverpleging, kennisagenda's paramedische zorg en het programma Paramedische zorg in wording.
 - Gevolg geven aan het nader bijeenbrengen van partijen en aandacht vragen voor integraal onderzoek sinds de gezamenlijke aanbidding van betrokkenen bij bovengenoemde kennisagenda's.
3. Het programma heeft een looptijd van vier jaar en voor de uitvoering van het programma is €8 miljoen beschikbaar.
4. Eventuele aanvullende opdrachten of aanwijzingen die de minister van VWS op een later tijdstip geeft door middel van de jaarlijkse opdrachtbrief aan ZonMw of in andere brieven, worden door de programmacommissie eveneens betrokken in haar werkzaamheden. Uitgangspunt is wel dat dit de lopende activiteiten en verplichtingen niet doorkruist en hierover vooraf afstemming tussen ZonMw en de voorzitter heeft plaatsgevonden.

III. Verhouding tot ZonMw-bestuur

1. De programmacommissie voert haar taken uit onder eindverantwoordelijkheid van het bestuur. Daarbij is in het bijzonder van belang:
 - a. het door ZonMw opgestelde programmavoorstel is na vaststelling door het bestuur ter goedkeuring voorgelegd aan de minister van VWS.
 - b. het bestuur beslist voorts over eventuele bijstellingen van een goedgekeurd programma.
 - c. De (zelf en/of eind) evaluatie van het programma wordt na vaststelling in het bestuur toegezonden aan de opdrachtgever van het programma;
 - d. de directeur van ZonMw zorgt voor adequate (kwalitatief en kwantitatief) ondersteuning van de programmacommissie;
 - e. paragraaf 4 van het Bestuursreglement ZonMw 2019.
2. De overige taken, als beschreven in artikel I voert de programmacommissie zelfstandig uit, maar onder eindverantwoordelijkheid van het bestuur.

IV. Instellingstermijn

1. De programmacommissie wordt ingesteld voor de termijn die nodig is om de opdracht te kunnen afronden, maar de instellingstermijn eindigt in elk geval vijf jaar nadat zij door het bestuur is ingesteld. Na het verstrijken van de termijn van vijf jaar kan de programmacommissie, indien de noodzaak daartoe bestaat, eenmaal aansluitend instelbaar voor een periode van maximaal vijf jaar, maar dan kan de taakopdracht heroverwogen worden.
2. Aanvullende aanwijzingen of opdrachten van de minister van VWS rond hetzelfde aandachtgebied kunnen er eveneens toe leiden dat de instellingstermijn van de programmacommissie wordt verlengd, maar niet langer dan vijf jaar nadat zij door het bestuur is heringesteld.

V. Functioneren en werkwijze

1. De programmacommissie is gehouden te functioneren binnen de door het bestuur gestelde beleidsregels. Onder beleidsregels wordt onder andere verstaan besluiten van het bestuur en door het bestuur vastgestelde conclusies.
Het gaat daarbij onder meer om:
 - a. Algemene subsidiebepalingen ZonMw
 - b. Procedures ZonMw;
 - c. eventuele andere beleidsregels die voor de uitvoering van de programmacommissie relevant zijn.
2. Regels over de instelling, samenstelling en werkwijze van de programmacommissie zijn vastgelegd in het Bestuursreglement ZonMw 2019.
3. De programmacommissie is voorts gehouden aan de wet- en regelgeving die op ZonMw van kracht is, met name:
 - a. Algemene wet bestuursrecht;
 - b. Kaderwet zelfstandige bestuursorganen;
 - c. Wet op de organisatie van ZorgOnderzoek Nederland;
 - d. Wet op de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek.

D Projectbeschrijvingen

10060011910001

TITLE: Impact of a consultation platform for GPs and specialists on referrals to secondary care

BACKGROUND: In the Dutch health care system, general practitioners (GPs) have a gatekeeper function. Despite the thorough guidelines commissioned by the Dutch GP Society (NHG), a considerable number of patients are referred to secondary care, where they receive no other care than a conservative treatment. For example, about 70% of patients referred to the orthopaedic outpatient department received no treatments that a GP could not have offered. These 'unnecessary' referrals could be avoided if GPs were able to easily consult medical specialists before referral. The mutual unavailability impedes such interdisciplinary consultations. Reduction of unnecessary referrals is important as it brings burden and costs to patients, increases the workload in secondary care, extends waiting lists, but also increases societal costs. The network medicine platform Prisma could offer a solution for this, by offering asynchronous, accessible and fast teleconsultation between GPs and specialists, within a secured app (Siilo). In fact, in a recent pilot study in the Nijmegen-region, we showed that the number of referrals decreased considerably, when GPs applied such consultation before referral. The size of that study, and the absence of a control group, however, impair drawing firm conclusions on the actual impact of the use of the Prisma platform.

PURPOSE: We aim to study the impact of the use of the Prisma platform on the number of referrals to the Isala Movement Centre.

METHODS: Together with the patient organisation ZorgbelangInclusief, the Isala Movement Centre, and Prisma, our academic departments will conduct a stepped-wedge cluster randomised controlled trial in the catchment area of Isala. In this region, Isala is the only hospital providing both diagnostic utilities for the GPs, and secondary care. Only a negligible number of GPs in this area already have access to the intervention. General practices in the area will be randomised to the intervention in four steps of three months each, resulting in all practices being allocated to the intervention after one year. Randomisation will be stratified according to group size (number of GPs in a practice) and current referral patterns. GPs will get instant access to the Prisma platform and will be able to post cases. Specialists (orthopaedics, sports medicine physicians, and rheumatologists) will answer questions. Other GPs are able to read (and learn from) casuistry and may also respond to such cases. The intervention is not available for the control group.

OUTCOMES: Main outcome will be the number of referrals to the Isala Movement Center, collected from the hospital registry. With 46 general practices and 155 GPs, the study region is large enough to detect a 16% decrease of unnecessary referrals (even allowing non-participation by GPs). Secondary outcomes will be user satisfaction, and cost-effectiveness that will be based on hospital registry (both referrals and additional diagnostics performed), supplemented by routine care data from the GPs. For the latter, the method of data collection and data handling of the Academic GP Network (AHON) of UMCG will be used, requiring no efforts from the participating GPs. Next, we will inventory barriers and facilitators for the use of the Prisma platform, using questionnaires completed by GPs, and discussion with GP trainees in the region. ZorgbelangInclusief will inventory the opinions of patients with regard this type of consultation. This study will answer four prioritized questions from the Dutch GP research agenda. If proven (cost) effective, the Prisma platform may serve all Dutch GPs, covering other disciplines as well. This project will seek answer if the Prisma motto "Move knowledge, not patients" holds true.

10060011910002

TITLE: REassessing the diagnostic Strategy for clinically relevant Thyroid disorders in Older patients in primary care; RESTORE

BACKGROUND: In general practice, older patients often present with non-specific symptoms, including fatigue, and general malaise. Since these non-specific symptoms might indicate a thyroid disorder, general practitioners (GPs) frequently test for thyroid disorders in these patients. With the current GP diagnostic strategy for thyroid disorders (first TSH, if TSH is abnormal automatically assess FT4), subclinical thyroid disorders are often found. The clinical relevance of subclinical thyroid disorders in older GP patients is limited, but these abnormal tests results may do unnecessarily alarm patients, could lead to unnecessary lab analyses, unnecessary treatment for selected patients and unnecessary use of resources. In addition, from July 2020 onwards patients will gradually have direct access to their electronic patient records, including GP-records. Patients will likely be confronted with and potentially unnecessarily alarmed by these abnormal TSH results, while diagnostics or treatment may clinically not be necessary. This highlights the need for a new diagnostic strategy.

AIM: This project aims to assess the diagnostic value of two new diagnostic testing strategies to identify the least clinically irrelevant abnormal thyroid function test results without missing clinically relevant thyroid disorders that require clinical action (treatment, additional diagnostic tests, or follow-up measurements) in GP patients aged 60 years and over.

METHODS: In WP1 (work package), we will collect new data, including information on medical history, complaints and medication use from 2000 older GP patients. We will then model the performance of new laboratory testing strategies to identify the least clinically irrelevant abnormal thyroid function test results without missing clinically relevant thyroid disorders in older GP patients, based on 1) widening the TSH reference range for measuring FT4 and 2) measuring FT4 first instead of TSH first. In WP2, we will model the same new laboratory testing strategies in a large Dutch population-based study to compare with the results from WP1 for persons aged 60 years and over to compare with the results of WP1. We will also model the diagnostic testing strategies in those aged 18-59 years. In WP3, the performance of the three diagnostic testing strategies (the current strategy and the two new strategies) will be discussed with experts, including older persons and patients with thyroid disease, GPs and medical specialists in a Delphi procedure. The aim of WP3 is to prioritize the testing strategies including the weighing of the risks and benefits of the testing strategies and potential application of the new strategies for individuals aged 60 years and over and those aged 18-59 years. In addition, barriers and facilitators for implementation of the new promising strategies will be discussed.

OUTCOMES: With these 3 work packages, this project will lead to an optimized evidence-based diagnostic strategy that identifies the least thyroid function test results that are considered as clinically irrelevant, in order to minimize unnecessary alarming patients, and/ or initiation of unnecessary additional tests, treatment or follow-up and still identifies GP patients with clinically relevant thyroid disorders. This is an important step in personalized diagnostics and medical care for older GP patients.

10060011910003

TITLE: Effectiveness of analgesic ear drops as add-on treatment to oral analgesics in children with acute otitis media: a pragmatic randomised controlled trial.

BACKGROUND AND RATIONALE: Acute otitis media (AOM) is a common condition of childhood and a major cause of primary care consultation and antibiotic prescribing. Ear pain is the most prominent symptom of AOM and central to children's and parents' illness experience. Evidence of effectiveness for interventions to control the pain and reduce reliance on antibiotics is urgently needed. Recently, we showed that an educational intervention to improve pain management in children with AOM led to an increase in oral analgesic use, in particular ibuprofen, but this neither resulted in lower parent-reported ear pain scores nor less antibiotic use. We also conducted a randomised controlled trial providing some evidence that analgesic ear drops can reduce ear pain and antibiotic consumption in children with AOM, but the trial was closed early due to medicine supply issues (a different medicine) resulting in the need for further high-quality evidence on their effectiveness, as highlighted in the "Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde": 4.5.3-ICPC H-ID433.

AIM: To investigate whether analgesic ear drops as added to usual (oral analgesic) care provide superior ear pain relief over 'care as usual' in children presenting to primary care with AOM and ear pain.

PRIMARY RESEARCH QUESTION: Do lidocaine ear drops as added to usual (oral analgesic) care provide superior parent-reported ear pain relief over the first three days compared to usual care in children with a general practitioner (GP)-diagnosis of AOM and ear pain?

DESIGN: Pragmatic, two arm, individually randomised, open, superiority trial with cost-effectiveness analysis and nested qualitative investigation in general practices in the Netherlands with a follow-up of 4 weeks.

STUDY POPULATION: Children aged 1-6 years with a GP-diagnosis of AOM and ear pain. Excluded: children with (suspected) non-intact tympanic membrane (perforation or tubes) with/without otorrhoea, those who are very unwell or require hospital admission, children with Down's syndrome, craniofacial malformation, immunodeficiency and sensitivity to study medicine.

INTERVENTIONS: Lidocaine ear drops (Otalgan®) 1-2 drops up to six times daily for a maximum of 7 days with usual (oral analgesic) care versus usual care. Concealed study group assignment using a computer-generated randomisation sequence stratified for age (<2 years vs 2 years and above), AOM laterality (unilateral vs bilateral), and AOM baseline prescribing (yes vs no) will take place at the child's home after the parent left the general practice (so after GP's antibiotic prescribing decision and advice on oral analgesic use). The study physician will not provide management advice other than instructions about the use of lidocaine ear drops to parents of children randomly allocated to the intervention group.

PRIMARY OUTCOME: Mean parent-reported ear pain score (using a 0-10 validated numerical rating scale) over the first three days.

SECONDARY OUTCOMES: Antibiotic consumption, number of days with ear pain, overall symptom burden, oral and topical analgesic use, GP consultations with/without subsequent antibiotic prescribing, generic and disease-specific quality of life, adverse events, complications of AOM, cost-effectiveness, and parents' and GPs' views of treatment acceptability, usability, and satisfaction.

SAMPLE SIZE: In our recent trial, the mean parent-reported ear pain score (0-10 scale) over the first three days was 4.36 (SD 2.12) among those allocated to usual care. To detect a clinically meaningful reduction of 20% with 90% power and at a 5% significance level, 126 children per group will be needed. To allow for 20% attrition, we aim to include a total of 300 participants. This will also provide 89% power to detect a 20% difference in the proportion of children consuming antibiotics (anticipating 47% of children consuming antibiotics in the usual care group as with our recent trial).

STATISTICAL ANALYSIS: Analyses will be performed according to the ITT principle. The primary outcome will be analysed with a linear mixed model with a GEE type matrix for repeated measurements adjusted for a-priori specified prognostic variables and stratification factors. In sensitivity analyses, we will use multiple imputation techniques. In secondary analyses, we will use Poisson regression analyses for count variables, log binomial regression analyses for dichotomous variables, and linear regression analyses for continuous variables.

ECONOMIC EVALUATION: Using a societal perspective, incremental cost-effectiveness ratios will be calculated by dividing the additional cost per additional 1 point reduction in mean ear pain score over the first three days for the lidocaine ear drops group vs control group. Uncertainty will be addressed by means of two-stage non-parametric bootstrap sampling. The final results will be presented using incremental cost-effectiveness planes and cost-effectiveness acceptability curves.

TIME SCHEDULE: March 2021-March 2025; 48 months.

10060011910004

TITLE: Cardiovascular risk prediction and culturally sensitive lifestyle support for Dutch ethnic minority populations in primary care.

BACKGROUND: Among the 2.2 million non-Western migrants in the Netherlands, the cardiovascular risk burden substantially exceeds that of the Dutch majority population. Current risk estimations, such as the SCORE risk algorithm, have not been validated for ethnic minority groups. Therefore, treatment decisions are likely based on underestimations of risk for most migrant populations. Furthermore, guidelines provide no specific guidance on cardiovascular risk communication, nor on culturally tailored treatment or lifestyle support. Previous research has indicated that such interventions can substantially enhance treatment results. However, little is still known on the needs and preferences of ethnic minority populations. Conversely, it is unknown what GPs can learn from their own best practices.

AIM: Therefore, to bridge these inequalities and improve overall quality of care, we aim to build a framework for cardiovascular prevention in migrant populations, including adequate risk assessment (1) and culturally sensitive guidance on healthy lifestyles and treatment (2).

10060011910005

TITLE: Sepsis-related mortality and ICU admissions of patients with acute infections presenting during out-of-hours at GP cooperatives: a retrospective study to identify high-risk groups.

BACKGROUND AND AIM: Early recognition of severe infections is crucial for the prognosis. About half of the patients with sepsis contact an out-of-hours general practitioner (GP) cooperative before hospital admission, but identification of patients at risk for sepsis is difficult for GPs. Acute infections are common and on the other hand, the most severely ill patients often present with atypical symptoms without clear signs of infection. Apparently, the diagnosis of sepsis should also be considered in patients without clear signs and symptoms of an infection. Therefore, we aim to identify high-risk groups for adverse sepsis-related outcomes, by including a broad sample of patients. The results of the study can help to identify patients with an increased risk of sepsis at GP cooperatives. This could help GPs to tailor their management accordingly to avoid unnecessary referral but more importantly also avoid doctor's delay that could endanger the prognosis of the patient.

DESIGN: We will perform a retrospective cohort study, linking a large database from Nivel Primary Care Database (Nivel-PCD) with data from Dutch Hospital Data (DHD) and Basisregistratie Personen (BRP) via CBS remote access.

PATIENTS AND SETTING: Adult patients who had a medical assessment by a GP (clinic consultations or home visit) of an out-of-hours GP cooperative in 2017-2019 will be included in the study. In this three-year period, we will include approximately 300.000 patients.

METHODS: The primary outcome measure is “adverse sepsis-related outcome”, defined as ICU-admission due to infection within 72 hours or infection-related death within 30 days. To examine variables that are related to an adverse sepsis-related outcome we will perform a penalized logistic regression analysis. Candidate predictors are patient characteristics (e.g., age, gender and comorbidities) and information available at triage (e.g., time of contact, entry complaint and urgency category). Bootstrapping will be used to correct for optimism and model performance will be assessed in terms of discrimination and calibration.

10060011910006

TITLE: Mental health practitioners in action: from cost-effective cognitive-behavioural protocol to personalised treatment plan for patients with persistent medically unexplained symptoms (MUPS) in general practice.

BACKGROUND: Persistent medically unexplained physical symptoms (MUPS, SOLK in Dutch) are highly prevalent, impairing and costly. An effective treatment for MUPS by mental health nurse practitioners (MHNP) in general practice is urgently needed and a national research priority. We recently showed a short-term cognitive-behavioural intervention (MUPS-CBT) delivered by MHNP in general practice to be cost-effective. Notwithstanding these promising results, the evaluation indicated room for improvement. In particular ways to personalize (tailor) the intervention to both the MHNP and the patient’s context, e.g., level of education, knowledge, health skills, preferences, and severity of symptoms.

AIM: Thus, we aim to further develop the MUPS-CBT protocol together with MHNPs and general practitioners in a systematic action research approach including peer group (intervisie) sessions.

OUTCOME: The resulting augmented MUPS-CBT manual, will enable MHNPs to make personalized treatment plans and will stimulate the availability of this urgently needed intervention.

10060011910007

TITLE: Involving all patients in decision-making. How to improve ‘option talk’ and risk communication in general practice for patients with limited health literacy?

BACKGROUND: The management of chronic disease in general practice such as cardiovascular disease (CVD) or diabetes requires a high level of active patient involvement since the patient is often confronted with decisions concerning diagnostic and treatment options, lifestyle, and self-management. Particularly patients with limited health literacy are more likely to have a poor understanding of their chronic disease and unfavourable outcomes. Therefore, it is important for General Practitioners (GPs) to involve them into the decision process with clear and transparent information, typically in situations where different valid interventions are available, and where the best option is dependent on the context and values of the patient. One crucial step in the process of shared decision making (SDM) is providing trustworthy information about a set of options, the so-called ‘option talk’. ‘Option talk’ entails to not only inform patients on what options for intervention are available, be it on screening, diagnosis, treatment, or self-management, but it also refers to inform the patient on the accompanying pros - the benefits -and cons - the harms and treatment burden - of each option and their probabilities. This type of communication is referred to as ‘risk communication’ in scientific literature.

PROBLEM: Despite theoretical insights in preferred risk communication formats, the option talk and risk communication in daily clinical practice remains a major challenge for clinicians. This is even more true in consultations with people with limited health literacy. Patient decision aids (PtDAs) have shown to support ‘option talk’ and risk communication within SDM. The Netherlands is one of the leading countries in SDM. Over 250 Dutch PtDAs are currently available, some of which may be more tailored to patients with limited health literacy than others, e.g., due to effective co-creation with patients with limited health literacy (best practices).

AIMD AND OBJECTIVES: For limited health literate patients with increased risk on chronic diseases, we seek to answer the following questions:

1. What is the current state of the art in key literature on how to communicate the meaning of options and accompanying pros/cons (risk communication) in option talk during consultations, and how to tailor PtDAs to the needs of these patients?
2. What is the current state of risk communication in Dutch PtDAs according to insights in the key literature, and what are lessons learned from innovative best practices in PtDA development, to improve option talk and risk communication?

METHODS: Our research has a strong focus on involving key stakeholders. Representatives of the Netherlands Patient Federation, Pharos, and Dutch College of GPs have been involved from scratch, in designing this proposal. In this one-year study we will firstly perform a systematic literature review

on the topic option talk and risk communication in the context of SDM in limited health literate patients and subsequently we will analyse existing Dutch PtDAs concerning their risk communication sections and its performance regarding the criteria that will be established based on the literature review. To discuss the applicability of the findings for tailoring risk communication and PtDAs to the needs of limited health literate patients in daily clinical practice, three homogeneous focus groups will be held. 1) With experts in the field of SDM and risk communication and/or health literacy; 2) with GPs and practice nurses regularly confronted with patients who have limited health literacy and 3) with patients with limited health literacy. The findings of the literature review and PtDA analysis will be translated to and illustrated by two patient cases (e.g., CVRM and diabetes, to be decided) to serve as an input for the focus group interviews. The focus group interviews will be analysed according to qualitative content analysis.

OUTCOME: This will help to clearly elucidate the gap between theory of option talk and risk communication in limited health literacy patients and application of those strategies in clinical practice.

DELIVERABLES:

- insights from the literature on strategies to support effective option talk and risk communication, accounting for limited health literacy, in the context of SDM on preference-sensitive healthcare decisions.
- insights from best practices in existing Dutch PtDAs with regard to adapting option talk and risk communication to limited health literacy.
- interpretation of both sources of insight, to illustrate possible promising strategies for improving option talk and risk communication in clinical practice and in PtDAs, validated in focus groups with professionals and patients.
- final set of recommendations for practice for the Dutch quality criteria on risk communication for patient-directed knowledge tools and for further research on option talk and risk communication in the consultation with limited health literate patients.

10060022010001

TITEL: Digital interdisciplinary consultation in Dutch primary care.

ACHTERGROND: Om de communicatie tussen huisartsen en specialisten te verbeteren – en daarmee mogelijk ondoelmatige zorg terug te dringen – zijn diverse vormen van teleconsultatie ontwikkeld, zoals teledermatologie, telenefrologie, het e-meedenkconsult, het patiëntoverleg en het netwerkgeneeskundige platform Prisma. Hoewel nog veel factoren onbekend zijn, wordt volop ingezet op een toename van dergelijke digitale interdisciplinaire consulten. Voordat deze verschillende systemen landelijk worden geïmplementeerd, is er veel meer inzicht in de complexiteit van deze consultaties vereist. Er zijn geen studies over de complexiteit van digitale interdisciplinaire consulten, noch studies die de verschillende soorten interdisciplinair overleg vergelijken. De voor- en nadelen van verschillende systemen moet worden verduidelijkt voor toepassing in de case mix van patiënten die zich in de huisartspraktijk melden.

DOEL: Dit 3-jarige project, waarin onderzoekers vanuit verschillende disciplines nauw samenwerken met patiëntvertegenwoordigers en een patiëntenpanel, beantwoordt vijf geprioriteerde vragen uit de nationale onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde rond dit onderwerp. Elk van de vijf werkpakketten (WP) beantwoordt een studievraag en wordt geleid door een van 3 deelnemende afdelingen.

METHODE: In WP 1 inventariseren we de verschillende soorten digitale interdisciplinaire consultatie, beschikbaar in Nederland, middels een rapid review van de literatuur en lekenpers, aangevuld met een inventarisatie onder stakeholders. Om geen nieuwe ontwikkelingen te missen kent deze review een jaarlijkse update. In WP 2 vergaren we de meningen van stakeholders over digitale interdisciplinaire consulten, middels persoonlijke interviews, gevolgd door een Delphi-onderzoek naar mogelijke uitkomstmaten. Dit WP leidt tot een duidelijk overzicht van (geprioriteerde) uitkomstmaten om de impact van digitale interdisciplinaire consulten in de eerste lijn te evalueren. In WP 3 analyseren we verschillende methoden om uitkomsten te meten. Hierbij vergelijken we de difference-in-difference methode met de al geplande effectiviteitsanalyse in een eerder door ZonMw gesubsidieerde RCT naar de impact van het Prisma platform. WP 4 betreft de mogelijke impact van digitale interdisciplinaire consulten op gedeelde besluitvorming in de eerstelijnszorg. Hiervoor evalueren we de ervaringen van huisartsen en patiënten met digitale interdisciplinaire consulten en het effect op gedeelde besluitvorming met kwalitatieve methoden: (i) Analyse van (digitale) interdisciplinaire overleggen; (ii) Analyse van audio-opgenomen huisarts-patiëntconsultaties tussen patiënt en huisarts waarin het resultaat van het digitale interdisciplinaire consult wordt besproken; (iii) semigestructureerde interviews met huisartsen en patiënten. In WP 5 maken we inzichtelijk voor welke specifieke vorm van digitale interdisciplinaire consultatie bij verschillende situaties wordt gekozen.

Hiervoor verzamelen wij data uit zo'n 900 van dergelijke consultaties in huisartsenpraktijken met toegang tot verschillende providers (momenteel voorzien: ZorgDomein, KSYOS en Prisma). Bevorderend voor dit onderzoek is het feit dat digitale interdisciplinaire consultaties in Nederland in opkomst zijn. Dit betekent dat de komende jaren automatisch een heus field lab zal ontstaan zonder tussenkomst van de projectgroep, waarbij steeds meer huisartsen krijgen toegang tot verschillende vormen van digitaal interdisciplinair overleg. De projectgroep zal hiervan profiteren door hun expertise te gebruiken om deze ontwikkeling te evalueren en de complexiteit ervan te ontrafelen. De 3 hoofdaanvragers hebben allemaal onderzoek gedaan naar digitale interdisciplinaire overleggen, en zijn betrokken bij lopende onderzoeken op dit gebied. Daarnaast wordt de haalbaarheid van het onderzoek vergroot door beschikbare data te gebruiken.

PATIËNTENPARTICIPATIE: Om ervoor te zorgen dat het patiëntenperspectief volledig wordt meegenomen, schreef Zorgbelang Inclusief mee aan dit voorstel. Zorgbelang maakt deel uit van de projectgroep en regelt in het project een panel met patiënten met verschillende achtergronden, dat commentaar zal geven op de opzet en uitvoering van de verschillende WPs, een adviserende rol heeft en ook helpt bij het interpreteren van de resultaten en het communiceren met patiënten.

COMMUNICATIE: Het communicatieplan voor de verspreiding van de ontwikkelde kennis omvat onder andere activiteiten om patiënten vertrouwd te maken met (de resultaten van) dit project, verspreiding van opgedane kennis op een toegankelijke manier, zoals via infographics, podcasts, en animatie video's, allemaal in nauwe samenwerking met het patiëntenpanel.

UITKOMSTEN: Het project ontrafelt de complexiteit van digitale interdisciplinaire consulten, biedt inzicht in de randvoorwaarden voor en mogelijke voor- en nadelen van de verschillende teleconsultatie vormen en ondersteunt de ontwikkeling van nieuwe vormen van huisartsgeneeskunde en het verlenen van doelmatige zorg.

10060022010002

TITLE: EMBOSS: reach and Effect of a person-centred integrated-care approach for chronic diseases and Multimorbidity in patients of low sOcio- economic StatuS in general practice.

BACKGROUND: People of low socioeconomic status (SES) more often than others suffer from chronic diseases like diabetes mellitus, COPD, or coronary diseases. Compared to others they more often have to deal with multiple diseases (multimorbidity), and they experience worse health outcomes. Their health literacy is often low. Current chronic disease management programmes focus on reducing the burden of a single disease by prescribing medication, protocolized monitoring routines, or lifestyle advice. However, the effectiveness of these interventions is low in people with low SES, as they insufficiently take into account the specific problems and needs of this (multimorbid) population. A person-centred and integrated-care approach, which puts the patient at the centre of care instead of the disease and in which care is tailored to the individual patient with chronic disease(s), seems to be more appropriate, but only when low SES people are closely involved in the development, testing, and evaluation of such an approach. Also, certain preconditions should be met, such as training of specific knowledge and skills of the healthcare professionals involved.

AIM: In the EMBOSS project, we will develop, test, evaluate, and implement a person-centred integrated-care approach for and in close collaboration with people with low SES who have one or more chronic diseases.

OUTCOME: Thus, this study will have the potential to reducing health disparities in this group, to broadening the action perspectives of general practitioners and practice nurses for an increasing diverse patient population and to a better fit of lifestyle interventions in people of low SES.

10060022010003

TITLE: The diagnostic accuracy of history taking and physical examination for patients with vertigo in general practice: the VERDI study.

BACKGROUND: Vertigo is a common symptom that increases with age. The impact for patients is enormous: four out of five patients with vertigo report severely impairing symptoms, leading to sick leave, medical consultation, interruption of daily activities, and/or avoidance of leaving the house. In older patients, vertigo is associated with anxiety, depression, social isolation, and falling. The economic burden is substantial, due to repeated consultations, excessive use of diagnostic imaging, emergency care, and decreased productivity. More than 80% of the patients with vertigo are primarily treated by their general practitioner (GP) and never referred to a medical specialist. Despite this therapeutic responsibility, the GP's diagnostic toolkit has serious limitations. All recommended tests lack empirical evidence, because a diagnostic accuracy study on vestibular disease has never been performed in primary care. This scientific gap was identified and highly prioritized by the National General Practice Research Agenda (4.5.6 NERVOUS SYSTEM, ICPC N; priority 3/10; ID 549/554).

With the VERTigo Diagnosis study (VERDI, a famous Italian composer who experienced frequent episodes of dizziness and died of stroke) we will fill this gap. We will construct a diagnostic algorithm that enables GPs to identify more accurately and efficiently underlying causes in patients with vertigo. This may lead to faster and more targeted treatment, less diagnostic imaging and referral, less prescribing of antivertigo drugs, and improvement of the overall outcome for patients with vertigo in general practice.

MAIN OBJECTIVE: To investigate the diagnostic accuracy of history taking and physical examination for patients with vertigo in general practice, in order to construct an easy-to-use diagnostic algorithm for daily clinical practice.

KEY OBJECTIVES:

- To assess the existing evidence on the accuracy of tests for diagnosing causes of vertigo in general practice.
- To determine which tests should be investigated in a diagnostic accuracy study for patients with vertigo in general practice.
- To investigate the diagnostic accuracy of selected tests for patients with vertigo in general practice.
- To construct an easy-to-use diagnostic algorithm for vertigo in general practice.
- To compare the diagnostic accuracy of GP judgement with the constructed diagnostic algorithm.

METHODS: First, we will perform a **SYSTEMATIC REVIEW (I)** to assess the empirical evidence on diagnostic tests for patients with vertigo in general practice. The most promising tests will be studied during an international **DELPHI PROCEDURE (II)** to determine which tests should be investigated in a **DIAGNOSTIC ACCURACY STUDY (III)**. During this study, we will compare each index test with its respective reference standard. We will focus on five target conditions that account for more than 95% of the vertigo diagnoses in general practice: 1. benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), 2. vestibular neuritis, 3. Meniere's disease, 4. vestibular migraine, and 5. central causes of vertigo. As these five target conditions have a different pathophysiology and all lack a generally accepted reference standard, we will use consensus diagnosis as reference standard. Data for each patient, including history, physical examination, and additional tests as recommended by international guidelines, will be recorded on a standardized form, and independently reviewed by a neurologist and otorhinolaryngologist. For each patient, the reviewers have to decide about the presence/absence of each target condition. We will calculate sensitivity, specificity, predictive values, and likelihood ratios, followed by decision rules for each target condition. Subsequently, we will conduct semi-structured interviews among patients and GPs to investigate barriers and facilitators for successful implementation of the decision rules. The results of the interviews will be used to construct a final overarching **DIAGNOSTIC ALGORITHM (IV)**. As clinical decision rules may have limited effect on physicians, we will perform a **COMPARISON STUDY (V)** to compare the accuracy of GP judgement with the constructed diagnostic algorithm.

COLLABORATION: Our unique consortium brings together national and international key players in the field of vertigo in general practice (dr. Maarsingh and dr. Van Vugt), effective diagnostics in general practice (prof. dr. Cals), vertigo in secondary/tertiary care (prof. dr. Bronstein, prof. dr. Brintjes, dr. van Leeuwen), biostatistics (dr. Lissenberg-Witte), and the patient's perspective (drs. Rutgers, patient organisation Stichting Hoornmij-NVVS).

DELIVERABLES:

- A. Clinical tools:
 1. easy-to-use diagnostic algorithm for GPs
 2. video tutorials for GPs (www.nhg.org.nl)
 3. audio-visual information for patients (www.thuisarts.nl)
- B. PhD thesis, including at least six international peer-reviewed publications.
- C. Addendum to the Dutch Guideline on Dizziness.

10060022010004

TITLE: Effective strategies to better involve patients with multimorbidity and limited health literacy in decision-making in general practice.

PROBLEM: Two thirds of consultations in general practice involve patients with **MULTIMORBIDITY** (coexistence of at least 2 chronic conditions). In addition, 30% of the adult population has **LIMITED HEALTH LITERACY (LHL)**. This number is substantially higher in patients with multimorbidity. Patients with multimorbidity and LHL are insufficiently involved in health decisions, contributing to health disparities and increasing the risk for over- and undertreatment. Shared decision making (SDM) has been developed as models for patients and care providers to jointly make decisions on what is

best for the patient. However, most models are based on 'cure' situations in hospital settings and fall short in the complex care situations often encountered in general practice. Also, in general practice, patients with multimorbidity and LHL have been underrepresented in the development and testing of interventions for SDM. For these patients it is especially important to first prioritize health problems and decisions that need to be most urgently addressed from the patient's perspective. SDM should therefore start with carefully identifying the patient's primary concerns and goals, and subsequently engaging in patient-centred goal setting. This is referred to as 'goal talk'. So, the problem is that exploring goals and preferences is crucial but challenging for many patients with multimorbidity and LHL and the GPs who look after them. Most existing tools to support SDM have been developed and evaluated with highly motivated clinicians and higher educated patients.

AIM: The proposed research will generate the much-needed knowledge on how GPs can engage and support patients with multimorbidity and LHL in SDM. We will develop, test and implement new strategies, building on existing tools. To achieve this aim, we first need to understand how to engage patients with multimorbidity and LHL in SDM with a focus on 'goal talk'. Based on this understanding we will subsequently develop and evaluate strategies to support 'goal talk'.

RESEARCH QUESTIONS:

1. How can GPs elicit goals and preferences in this group (more effective 'goal talk')?
2. Which tool/strategy can optimally support this process?
3. What do GPs and patients need to optimally benefit from implementing this tool/strategy?
4. What is the effect of the tool/strategy on the SDM process?

PROJECT PLAN: This mixed-methods action research study is guided by the UK MRC Framework for development of complex interventions and the Consolidated Framework Implementation Research model. Key stakeholders (GPs and patients) will be involved in all study phases, using the Co-creation Impact Compass. Levels of patient participation include control, partnership, advising, consulting, and informing. The 48-months study consists of four iterative phases:

Phase 1: analysis of current practice (pretest) and of needs and barriers (months 1-20).

Phase 2: co-creation of the intervention (months 12-26).

Phase 3: pilot study to assess acceptability, appropriateness and feasibility (months 26-29).

Phase 4: assess effect on SDM and patient outcomes (posttest) (months 30-40).

PARTICIPANTS: GPs and their practice nurses/assistants. We aim to include 20 GPs in each study phase, except for Phase 3 (8 GPs), by targeted recruitment in postal code areas with a low socioeconomic status (highest expected numbers of patients with LHL). We aim to have sufficient variation in GP characteristics (age, gender, years of experience, practice size).

Patients. We aim to include 60 patients in both Phase 1 and 4. Eligible are patients with multimorbidity (at least 2 chronic conditions) who contact the GP with a new health issue and who have LHL (as identified by the GP based on e.g. low educational level, language barriers, difficulty expressing complaints and/or preferences, difficulty understanding advice or explanations and a general passive attitude in the consultation).

DATA COLLECTION AND ANALYSIS:

Phase 1: quantitative and qualitative analysis of video-recorded consultations (pretest); goal-talk and SDM (objectified by Option-5 instrument) and patient measures (perceived level of patient centredness); qualitative interviews (GPs and patients).

Phase 2: co-creation of the intervention using focus groups and methods such as Prototyping.

Phase 3: pilot study of the intervention among 8 GPs and their patients.

Phase 4: evaluation study (post-test) to assess effect on SDM and patient outcomes, as in Phase 1.

Statistical differences between pre- and posttest findings will be assessed.

DELIVERABLES: This will result in an SDM tool/strategy that has the potential to improve outcomes for this vulnerable group of patients. The deliverables will be disseminated at three levels: 1) the academic research level, 2) the healthcare professional and patient level (symposium, disseminated to the curricula of under- and postgraduate medical students, and 3) the policy level. All relevant stakeholders being involved from scratch will contribute to implementation.

E Evaluatieopdracht

Een programmaevaluatie start met het formuleren van de evaluatieopdracht. Hierin worden de volgende elementen beschreven: de rol van de programmacommissie, het programmasecretariaat en de opdrachtgever bij de opdracht en uitvoering van de evaluatie en het doel en de vorm van de evaluatie (incl. aanpak/planning). Onderstaand komen deze onderdelen aan bod.

Inleiding

Na de goedkeuring van de KPHAG-programmatekst door het ministerie van VWS op 13 juni 2019 is gestart met de uitvoering van het programma. Op dit moment is de helft van de (project)middelen in het KPHAG uitgezet en zijn 7 en 4 projecten, in respectievelijk de programmalijnen Enkelvoudige vragen en Complexe vragen geselecteerd en gestart. (Inhoudelijke) resultaten zijn nog niet opgeleverd.

Onderdeel van het KPHAG is een tussentijdse evaluatie van het programma. De zelfevaluatie van het programma is een taak van de programmacommissie. In de huidige fase van het programma bestaat nog de mogelijkheid tot bijstellen in uitvoering van de resterende project- en programmamiddelen. Daarvoor is een evaluatie die focust op het uitvoeringsproces wenselijk. Een procesevaluatie toetst de wijze waarop het proces is gelopen in het licht van de programmadoelstelling. Dit betreft voor deze fase dan vooral een interne gerichtheid van evalueren. De evaluatie moet indien nodig concrete aanwijzingen opleveren voor eventuele bijstelling in de uitvoering van het programma. Het biedt de mogelijkheid een plan voor de volgende fase te baseren op de uitkomsten van de tussentijdse evaluatie. Zo'n plan is dan in het bijzonder gericht op de opdrachtgever en het onderzoeks- of praktijkveld.

Tussentijdse zelfevaluatie

Doel van de evaluatie

Beoordelen van de voortgang van de uitvoering van KPHAG om de uitvoering en planning zodanig in te richten/bij te sturen dat de programmadoelen zo goed mogelijk behaald worden. De doelgroepen van de evaluatie zijn de programmacommissie, het programmasecretariaat en de opdrachtgever.

Rollen doelgroepen voor deze evaluatie

De programmacommissie, het programmasecretariaat en opdrachtgever zijn vanwege het interne, zelf evaluerende karakter doelgroepen van de evaluatie. Tegelijkertijd hebben zij iedere een eigen formele rol.

In de taakopdracht van de commissie staat beschreven dat de commissie in opdracht en onder eindverantwoordelijkheid van het ZonMw-bestuur de zelfevaluatie van het programma tot taak heeft. De commissie stelt de conclusies van de evaluatie vast en zij kan tijdens de gegevensverzameling optreden als begeleidingscommissie voor de uitvoerder van de evaluatie.

Het programmasecretariaat ondersteunt de commissie in de uitvoering van het programma en daarmee ook in de uitvoering van (tussentijdse) evaluaties door gegevensverzameling en analyses. Het ministerie van VWS is opdrachtgever van het KPHAG-programma en wordt vanuit die rol betrokken bij de formulering van de evaluatieopdracht van de programmacommissie. Zij krijgt de uitkomsten van de evaluatie aangeboden.

Vorm en methode

De evaluatie is intern gericht en gezien de benodigde uitkomsten en beperkte schaal is gekozen voor een zelf-evaluatie. Uitgaande van de opdracht en het doel komen 2 onderdelen aan bod: I. Verantwoording aan opdrachtgever; Inzicht in voortgang op programmadoelstellingen en beoordeling van voortgang door commissie. II. Functioneren van de (ondersteuning van de) commissie. Dit onderdeel wordt onderzocht door de voortgang van uitvoering van de taakopdracht van de commissie te beoordelen en de commissieleden enkele stellingen voor te leggen.

Criteria: I. Mate van voortgang i.r.t. tot programmadoelstellingen en -planning in de programmatekst. ZonMw geeft een feitelijke weergave van en toelichting op de uitvoering van het programma waarop de commissie aangeeft of zij van mening is dat de programma uitvoering op schema loopt, dan wel voor- of achterloopt. Op schema betekent dat in het huidige kwartaal de uitvoering afgerond is. Voor- of achterlopen is een verschil van 1 kwartaal of meer. De commissie verbindt conclusies en aanbevelingen aan voor- of achterlopen in de uitvoering van het programma. Dit geeft (ook de

opdrachtgever) inzicht in wat nog nodig is om de doelstelling van het programma te behalen gedurende de looptijd.

Criteria II. Evaluatie eigen functioneren van (ondersteuning van de) commissie in de uitvoering van het programma. Commissieleden geven een waardering aan hun functioneren en welke verbetermogelijkheden zij hiervoor zien.

Tijdpad

<i>Actie</i>	<i>Aangepaste planning</i>	<i>Wie?</i>
Goedkeuren evaluatie opdracht	Wk. 40 - wk. 43 (25/10)	Programmacommissie
Betrekken opdrachtgever VWS-concept evaluatie opdracht van programmacommissie	Wk. 42 (21/10)	ZonMw, VWS-waarnemer
Afstemmen opdrachtgever VWS -> ter info HLA	Versturen goedgekeurde evaluatie opdracht 3/11	ZonMw, VWS-waarnemer, HLA
Uitvoeren evaluatie opdracht (opzet rapportage en stellingen)	Wk. 41-47 (11/10-22/11)	ZonMw, commissie
Beantwoorden stellingen	Wk. 44-46 (1/11-19/11)	Commissie
Beoordelen voortgang*	Wk. 48-51 (29/11-24/12)	Commissie
Opstellen rapportage	Januari 2022	ZonMw
Vaststellen tussentijdse evaluatie door commissie	Eind januari 2022	Commissie
Vaststellen tussentijdse evaluatie door bestuur	Begin februari 2022	ZonMw bestuur
Aanbieden tussentijdse evaluatie aan VWS	Februari 2022	ZonMw bestuur, VWS

Figuur E1: Tijdpad tussentijdse zelfevaluatie

In het **BLAUW** is aanvullend toegevoegd t.o.v. tijdpad in concept evaluatie opdracht.

*N.B. kerstvakantie valt in week 52 en week 1 (27/12-7/1).

F Vragenlijst met stellingen voor de programmacommissie

Instructie en toelichting

Voor de tussentijdse evaluatie kozen we ervoor om het commissiefunctioneren en de mening van de commissie over (de uitvoering van) het programma en de begeleiding daarbij uit te vragen aan de commissie. Alle commissieleden reageren op alle 11 stellingen en de verdiepende vraag (12) uit de bijlage. Reactie op de stellingen is in twee stappen:

1. Aangeven of je het eens of oneens met deze stelling bent of geen mening hebt? Bij EENS/ONEENS/GEEN MENING weghalen of doorstrepen wat niet van toepassing is.
2. Licht je antwoord bij 1. a.j.b. duidelijk toe.

1. Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde: De commissie moet zich niet laten (af)leiden door andere prioriteiten die sinds het vaststellen van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zijn gaan spelen.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde staat centraal in dit programma. Het programma moet optimaal ingericht zijn om zoveel mogelijk prioriteiten zo goed mogelijk te beantwoorden. *Doel:* Ophalen of de commissie vindt dat we het programma strak op de opdracht moeten blijven richten, of dat voortschrijdend inzicht onderdeel mag zijn van de prioritering.

2. Uit de aanvragen in de eerste 2 subsidierondes blijkt dat aanvragers de subsidieoproepen goed begrijpen.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

De programmadoelen zijn 'geoperationaliseerd' naar subsidieoproepen. Het 'antwoord' daarop van de aanvragers is hun aanvraag. *Doel:* Ophalen of de commissie vindt dat de oproepen leiden tot de juiste aanvragen ('antwoorden') en suggesties ontvangen voor aanscherping/verbetering van oproepen.

3. Ik kan als commissielid goed beoordelen of een aanvraag een prioriteit uit de Nationale Onderzoeksagenda beantwoordt.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

De commissie beoordeelt of een aanvraag een relevante, onderzoekbare vraag voorstelt uit een/meerdere prioriteit(en) van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde en of voor de beantwoording een geschikt design voorgesteld wordt. *Doel:* Ophalen of de commissie zichzelf voldoende toegerust voelt de beste aanvragen te selecteren.

4. De expertise en samenstelling van de commissie is onvolledig!

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Er ontbreken nu bijvoorbeeld nog jonge praktiserend huisartsen en opleiders. *Doel:* Ophalen of de commissie van mening is dat de huidige commissie aangevuld zou moeten worden en zo ja, met welke expertise/ personen.

5. De commissie is goed op weg haar taakopdracht (bijlage in mail) uit te voeren.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

De goedgekeurde taakopdracht (1^e vergadering) is de basis van het functioneren van de commissie, maar krijgt tijdens de vergaderingen geen expliciete aandacht. *Doel:* De commissie evalueert haar uitvoeren van haar taakopdracht.

6. De ZonMw procedures zijn naar mijn mening te beknellend/bureaucratisch.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

De KPHAG-commissie heeft in twee rondes de uitvoering van het KPHAG-programma kunnen ervaren. *Doel:* Ophalen hoe de commissie de uitvoerbaarheid van haar taak en het plezier dat ze eraan beleeft, beoordeelt in het licht van het keurslijf van de procedures?

7. De functionele verbinding met de beoordelingscommissie van het HGOG-programma heeft voor mij/de KPHAG-commissie veel meerwaarde.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Wat is de meerwaarde van deelname van commissieleden aan beiden commissies?

8. ZonMw-commissies zouden nooit meer zonder een patiëntenpanel moeten worden ingericht.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Patiëntenparticipatie wordt beoordeeld door een patiëntenpanel van wie ook twee leden ad-hoc zitting hebben in de commissie. *Doel:* Ophalen hoe de commissie aankijkt tegen de inbreng van het patiëntenpanel op het gebied van zaken in aanvragen aangaande het patiëntenperspectief.

9. De investering van € 8,- miljoen euro vanuit het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg is niet genoeg om huisartsen te ondersteunen met kennis om hun zorg op het huidige hoge niveau te houden.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Via het [Hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg](#) wordt € 604 miljoen beschikbaar gesteld voor het versterken van de huisartsenzorg in totaal, waarvan 8 miljoen voor wetenschappelijk onderzoek. *Doel:* Ophalen of de commissie vindt dat deze incidentele financiering van 4x2 miljoen per jaar voor het huidige programma zoden aan de dijk zet t.a.v. uitvoering van de onderzoeksagenda HAG.

10. Ik heb een helder beeld bij hoe ik in mijn rol als commissielid kan bijdragen aan de succesvolle afronding van de projecten, die binnen KPHAG (gaan) lopen.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Onderdeel van de taakstelling van de commissie is 'het monitoren en begeleiden van de projecten binnen het programma'. ZonMw heeft de monitoring van de eerste gehonoreerde projecten inmiddels vormgegeven en is met de uitvoering bezig. *Doel:* Ophalen of de commissie zich haar taak in de monitoring van projecten realiseert en welke rol zij (binnen taakopdracht en (tijds)investeringsmogelijkheden) kan/wil hebben.

11. Multidisciplinair onderzoek staat met de bijdrage ter waarde van 1 complex project uit KPHAG (€ 800.000,-) niet in een juiste verhouding tot het KPHAG.

EENS/ONEENS/GEEN MENING, OMDAT....

Doel/welke informatie willen we met deze stelling naar boven te halen?

Ophalen wat de commissie vindt van de positie van het programma in een steeds meer multidisciplinair ingericht zorgsysteem.

12. Wat ik tot slot essentieel vindt om op te merken over het KPHAG (commissie/begeleiding/ programma inhoud/...) en/of deze stellingen is...

<Graag hier je reactie>

Doel/welke informatie willen we met deze verdiepingvraag naar boven te halen?

Wat een cielid nog op zijn of haar hart heeft, grootste bezwaren en/of tevredenheid.

Gebruik en verwerking van de gegevens

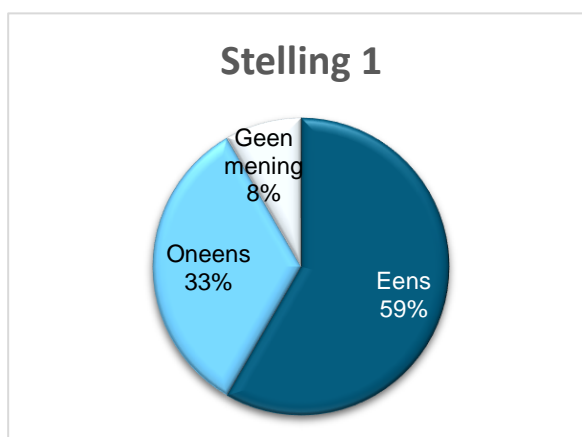
- ZonMw verwerkt de reacties die niet (integraal) gedeeld/doorgestuurd worden.
- De inhoud van de reacties wordt gebruikt voor het evaluatierapport dat uiteindelijk openbaar beschikbaar wordt.
- In het rapport staan uitkomsten beschreven met illustratie van de reacties door quotes uit niet bij naam genoemde commissielidreacties.
- Voor vaststelling van de rapportage wordt de commissie expliciet betrokken.

G Uitgebreide verwerking reacties op de stellingen

Stelling 1: Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde: De commissie moet zich niet laten (af)leiden door andere prioriteiten die sinds het vaststellen van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zijn gaan spelen.

(4 oneens, 7 eens, 1 geen mening; zie Figuur G1)

Alle programmacommissieleden hebben deze stelling met toelichting beantwoord en onderschrijven de waarde van de nationale onderzoeksagenda (NOH). 59% van de programmacommissieleden geeft aan het eens te zijn met deze stelling. Zij geven aan dat de programmaopdracht is om aan de hand van de NOH het programma vorm te geven. De uitvoering van deze agenda is nodig om de huisartsenzorg blijvend op het huidige hoge niveau te houden. Daarnaast is de prioritering zorgvuldig tot stand gekomen en afwijken van deze opdracht zal niet met dezelfde zorgvuldigheid gebeuren. De meeste programmacommissieleden die het eens zijn met de stelling opperen wel dat voor andere (hoge) prioriteiten extra subsidierondes opengesteld moeten worden. In die subsidierondes kan met voortschrijdend inzicht in relatie tot de NOH rekening mee gehouden worden, zoals de COVID-19-pandemie. Ook benoemt een programmacommissielid dat als de tijd voortschrijdend inzicht vraagt, de prioriteiten die zijn vastgesteld mogelijk anders geïnterpreteerd kunnen worden. Echter moeten dit kleine veranderingen zijn, anders moet het getoetst worden bij de achterban, zodat het breed gedragen is.

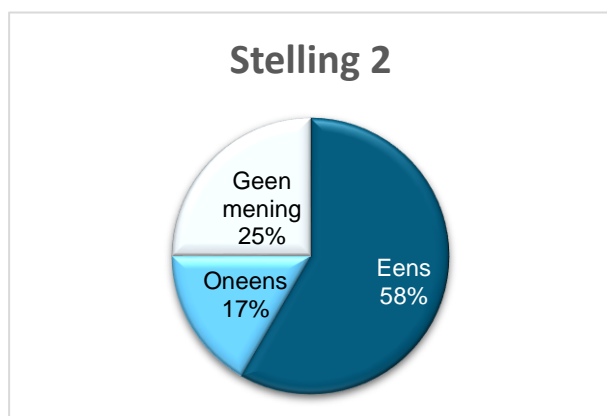


Figuur G1: Scores van de commissieleden bij stelling 1.

Uit de programmacommissie is 33% het niet eens met deze stelling en geeft aan dat er ook ruimte dient te zijn voor relevant onderzoek naar aanleiding van recente vragen/problematiek/ontwikkelingen die kunnen plaatsvinden, zoals de COVID-19-pandemie. De NOH is waardevol, maar het is niet DE waarheid als het gaat om wat voor het huisartsenveld belangrijke onderzoeksthema's kunnen zijn. Daarnaast wordt de NOH in hun ogen soms te rechtlijnig in de beoordeling van aanvragen gehanteerd. Dit wordt ook gestimuleerd door de toetsingscriteria van de subsidierondes. Opgemerkt wordt dat de NOH al een aantal jaar oud (2017) is en dat het geen levend document is. Daarbij is ook veel gebaseerd op lacunes bij richtlijnen, waar de bepaling van de lacune ook nog van veel oudere datum kan zijn. Een programmacommissielid heeft geen mening, doordat zij niet duidelijk kan inzien wat er precies op het spel staat.

Stelling 2: Uit de aanvragen in de eerste twee subsidierondes blijkt dat aanvragers de subsidieoproepen goed begrijpen.

(2 oneens, 7 eens, 3 geen mening; zie Figuur G2)



Figuur G2: Scores van de commissieleden bij stelling 2.

Met deze stelling is 58% van de programmacommissie het eens. Zij ervaren vaak dat aanvragers de subsidieoproepen goed begrijpen. Aanvragers refereren meestal naar de specifieke onderzoeksvraag/kennislacune uit de NOH. Programmacommissieleden die het eens zijn met de stelling hebben niet het idee dat hier een knelpunt zit.

17% van de programmacommissie is het hier niet mee eens. Een programmacommissielid vindt dat er te vaak een aanvraag met een te indirecte link met een NOH-prioriteit wordt ingediend. Een programmacommissielid is van mening dat de programmacommissie met name voor de Complexe onderzoeksvragen subsidieronde, niet

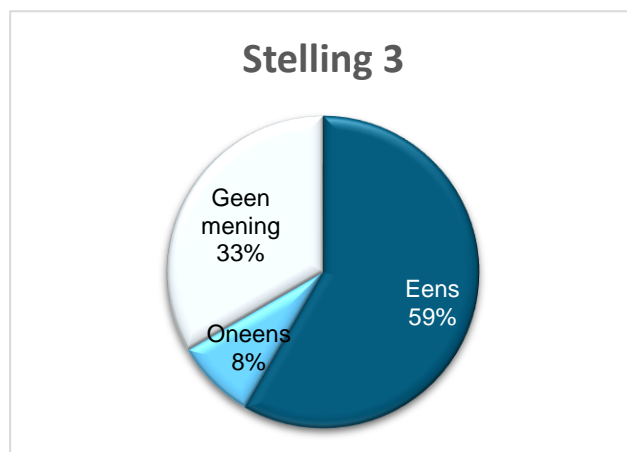
goed genoeg in staat is geweest om projecten te selecteren die zich daadwerkelijk op een complex probleem richtten en daarbij ook gebruik maakten van passende methodologie. Een verklaring kan zijn dat de meeste onderzoekers in het medische/huisartsgeneeskundige veld niet of weinig bekend zijn met de methodes van *complexity science* en men de toepassing van de criteria dan naar zich toe redeneerde. Dit kan verschillende redenen hebben, zoals de programmatekst die niet duidelijk genoeg is over complexe vragen en methoden, onderzoekers die sommige elementen negeren en dat de programmacommissie dit niet of weinig ter discussie stelt.

Een kwart van de programmacommissieleden heeft geen mening. Zij hebben zelden geconstateerd dat de onderzoekers de subsidieoproep niet goed hadden begrepen, maar merkten wel dat het verschil tussen enkelvoudig en complex onderzoek niet altijd goed begrepen of gehanteerd werd. Ook was soms de wijze waarop antwoord wordt gezocht op de onderzoeksvraag te weinig doordacht vanuit de dagelijkse praktijk, te obligaat of juist te summier en te weinig vernieuwend.

Stelling 3: Ik kan als commissielid goed beoordelen of een aanvraag een prioriteit uit de Nationale Onderzoeksagenda beantwoordt.

(1 oneens, 7 eens, 4 geen mening; zie Figuur G3)

58% van de programmacommissieleden is het eens met deze stelling. Zij achten zich voldoende toegerust om te beoordelen of een aanvraag de prioriteit beantwoordt. De toegang tot de agenda zelf en voldoende huisartsgeneeskundige expertise in de programmacommissie helpt hierbij. Soms heeft een individueel programmacommissielid hulp nodig bij het beoordelen van het design. Hierbij kunnen de programmacommissieleden elkaar helpen vanwege hun verschillende expertises. De programmacommissieleden zijn het niet altijd met elkaar eens, of waarderen een aanvraag verschillend, daardoor is er geen absolute waarheid in de individuele beoordeling. Een ander programmacommissielid benoemde dat het soms lastig te beoordelen is omdat de aanvragers in de uitwerking weinig aandacht schenken aan de onderbouwing met literatuur over wetenschappelijke relevantie en methodologische literatuur.



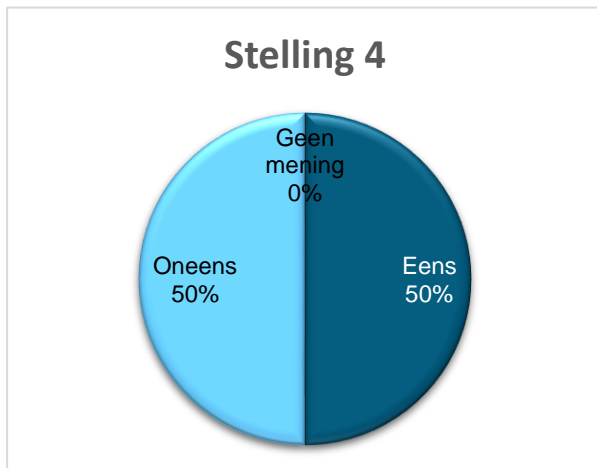
Figuur G3: Scores van de commissieleden op stelling 3.

Een derde van de programmacommissieleden heeft geen mening over deze stelling. De voorzitter beoordeelt geen aanvragen. Een 2^e programmacommissielid vindt dat hij wel een beoordeling kan doen, maar dat het goed is dat de huisartsen in de programmacommissie beoordelen of een aanvraag de prioriteit beantwoordt. Een ander programmacommissielid had geen mening omdat de hoeveelheid van informatie soms wat overweldigend is, hoewel dat ook maakt dat de prioriteiten volledig worden beschreven. Het vierde programmacommissielid benoemde dat zij geen expert is op de thema's genoemd in de NOH. Eén programmacommissielid is het oneens met de stelling en benoemde dat hij 'het telkens moeilijk vindt om te weten waar hij mosterd moet gaan halen'.

Stelling 4: De expertise en samenstelling van de commissie is onvolledig!

(6 oneens, 6 eens; zie Figuur G4)

De programmacommissie is verdeeld over deze stelling. Meerdere programmacommissieleden, eens en oneens met deze stelling, waarderen de verschillende expertises in de programmacommissie.



Figuur G4: Scores van de commissieleden op stelling 4.

Opvallend is dat vooral de programmacommissieleden met huisartsgeneeskundige achtergrond het eens zijn met deze stelling. Zij missen de input van jonge praktiserende huisartsen met wetenschappelijke affiniteit en wetenschappelijk geschoolde opleiders. Zij kunnen het beste aangeven of het antwoord op de te onderzoeken vraag hen en de patiënt werkelijk helpt in de dagelijkse praktijk. Momenteel moet het huisartsenperspectief komen van 3 (bijna) gepensioneerde Nederlandse huisartsen. Volgens een programmacommissielid lijkt dit ongewenst, zeker gezien de snel veranderde werkomstandigheden van huisartsen. Hierdoor zijn praktiserende huisartsen noodzakelijk in de programmacommissie.

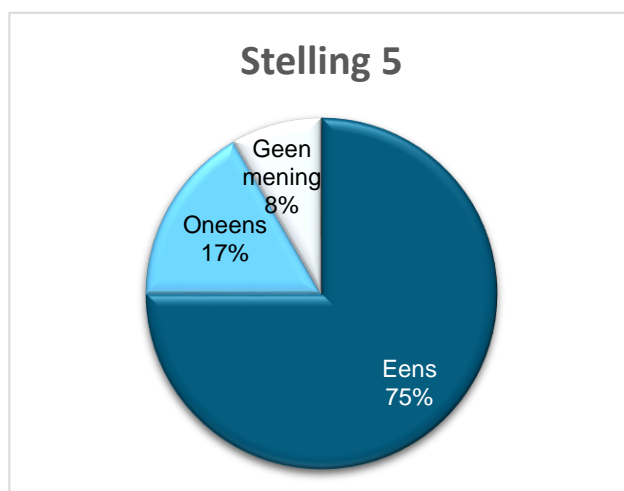
Doordat alle vakgroepen huisartsgeneeskunde zijn uitgesloten van deelname aan de programmacommissie, mist een ander programmacommissielid inbreng van de top Nederlandse huisartsgeneeskundige onderzoekers. Hierdoor vraagt hij zich af of de kennis over wat er in het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoeksveld speelt bij de programmacommissie voldoende is. Een ander programmacommissielid vraagt zich af of de programmacommissie voldoende expertise heeft betreffende (multidisciplinaire) samenwerking in complexe situaties. Wanneer we de Complexe onderzoeksvragen subsidieoproep meer naar *complexity science* richten, is een programmacommissielid van mening dat specifieke kennis over die methoden een aanvulling in de programmacommissie zou kunnen zijn.

De programmacommissieleden die het oneens waren met de stelling, hebben niet ervaren dat de programmacommissie expertise mist bij het beoordelen van de aanvragen. Zij ervaren de mix als prettig en interessant. Wel wordt benoemd dat input van jonge praktiserende huisartsen en opleiders een meerwaarde zou kunnen betekenen.

Stelling 5: De commissie is goed op weg haar taakopdracht (Bijlage C Taakopdracht programmacommissie) uit te voeren.

(2 oneens, 9 eens, 1 geen mening; zie Figuur G5)

Driekwart van de programmacommissie is het met deze stelling eens. De taakopdracht is de basis van het functioneren van de programmacommissie en is volgens een programmacommissielid tamelijk algemeen geformuleerd. Onderdeel van de taakopdracht is zorgdragen voor beoordelingen, prioritering en ter honorering of afwijzing voorleggen aan de directeur van voorstellen passend binnen het programma en het budget. Daarover merkt een programmacommissielid op dat de subsidieoproepen en beoordeling van onderzoeksvorstellen voor enkelvoudige en complexe onderzoeksvragen in harmonie en voorspoedig zijn verlopen. Er zijn diepgaande discussies geweest op hoog niveau, er worden op zich goede aanvragen ingediend en de programmacommissie oordeelt niet op basis van vage opmerkingen als: 'het is een goede groep'. De samenwerking in de programmacommissie wordt als prettig ervaren en er is ruimte voor en er wordt belang gehecht aan ieders mening en expertise. De voorzitter en de ondersteuning vanuit ZonMw zijn daarbij zeer waardevol. Wat een programmacommissielid opvalt bij de aanvragen is dat er in het huisartsgeneeskundig onderzoek nog beter samengewerkt kan worden rondom bepaalde thema's. 'Regelmatig hebben we aanvragen gezien die op hetzelfde thema een soort landelijke doorbraak willen forceren, maar het dan wel vanuit verschillende universiteiten willen doen,



Figuur G5: Scores van de commissieleden op stelling 5.

zonder duidelijke coördinatie. Als programmacommissie zien we samenhang, die de instituten zelf misschien niet op het netvlies hebben.' Heeft het meerwaarde om daarop in te gaan?

Van afstemming met andere ZonMw-programma's is nauwelijks iets te zien. Er is overlap van programmacommissieleden met het HGOG-programma en het Preventieprogramma, maar daarvan is in de praktijk niets te merken, evenals van afstemming met andere ZonMw-programma's. Wel is er een gezamenlijke subsidieoproep van KPHAG met programma's Paramedische Zorg en Verpleging en Verzorging. Het programma ligt min of meer op schema, wat gezien de COVID-19-pandemie een prestatie is. Wel valt op dat het monitoren van lopende projecten en opstellen van communicatie en implementatieplan nog niet voorbij zijn gekomen, maar waarschijnlijk is het daarvoor nog te vroeg. Het kan volgens een programmacommissielid interessant zijn om tijdens de vergadering daarom meer expliciete aandacht aan de taakopdracht te besteden. Dit sluit aan bij het programmacommissielid dat geen mening over deze stelling heeft doordat ze geen goed zicht heeft op de uitvoering van de taakopdracht juist omdat het opstellen van een communicatie- en implementatieplan en monitoren en begeleiden van projecten nog niet voorbijgekomen is.

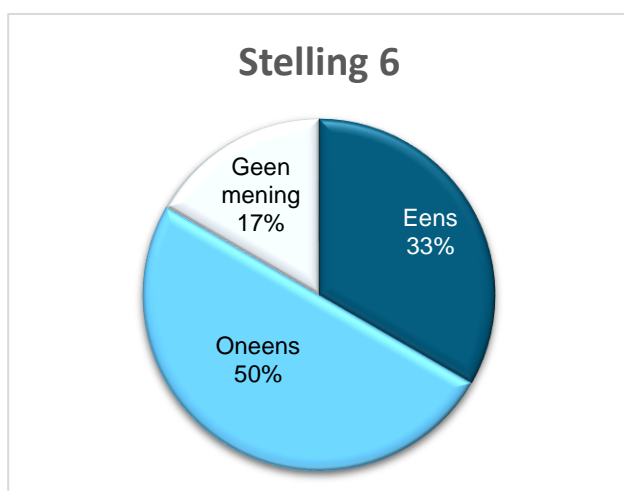
De 17% van de programmacommissieleden die het niet eens zijn met de stelling, zitten ook op deze lijn. De taakopdracht wordt niet expliciet bij elke vergadering kort aangestipt en een programmacommissielid mist het totale plaatje. Dit programmacommissielid benoemde meerdere punten die hem onduidelijk zijn:

- Hoeveel vragen uit de onderzoeksagenda worden nu opgepakt?
- Wat is de spreiding?
- Wat zijn nu de voorgestelde wijzen om het te onderzoeken? Is dat innovatie?
- Hoe zit het met de kennisverspreiding nadien? Wat stellen de onderzoekers daarbij voor?
- Gaan we voorzien dat het in de richtlijnen en in de praktijk gaat landen?
- In hoeverre worden structuurvragen (bijv. t.a.v. onderzoek infrastructuur) mede opgelost?

Met deze gegevens stelt hij voor te kijken naar de subsidieoproep teksten in de 2^e fase en vooruit te denken naar een periode na 2022. Belangrijke vragen bij een nieuw hoofdlijnenakkoord zijn of de beschikbare middelen goed besteed worden, of het budget voldoende is. En of en wat er meer nodig is, of dat dat niet gaat helpen. Hij zou mede vanuit deze evaluatie argumenten aan willen leveren over de voortzetting van het programma en de wijze waarop, als belangrijkste thema van deze evaluatie. Het programmacommissielid geeft aan dat hoewel de programmacommissie niet over voortzetting beslist, ze wel belangrijk voorwerk kan doen/aanleveren.

Stelling 6: De ZonMw-procedures zijn naar mijn mening te beknellend/bureaucratisch.

(6 oneens, 4 eens, 2 geen mening; zie Figuur G6)



Figuur G6: Scores van de commissieleden op stelling 6.

De helft van de programmacommissieleden is het niet eens met deze stelling. Het zijn heldere procedures waar in het kader van maatschappelijke verantwoordelijkheid afleggen over onze handelswijze behoefte is aan een zekere mate van bureaucratie. De procedures en vooral de manier waarop ze uitgevoerd worden (flexibiliteit en zelfreflectie) lijken heel hulpvol. Deze programmacommissieleden hebben zelf geen bureaucratische problemen ervaren bij de uitvoering van het programma. Ondanks dat de procedures goed werkbaar zijn, zijn sommige formulieren onnodig lang en ingewikkeld. Daarnaast is de aanpak een combinatie van een programmacommissie die heel veel verschillende facetten belicht van het onderwerp en daarna op een heel formalistische manier tot een besluit komt. Een

programmacommissielid kan zich goed voorstellen dat voor beoordelaars de ZonMw procedures vaak als hinderlijk ervaren worden. Daarnaast kan voor het vinden van geschikte en bekwame mensen voor in de programmacommissie de onafhankelijkheidseis behoorlijk knellend zijn. Er werd opgemerkt dat het argumenteren en naar elkaar luisteren tijdens een digitale bijeenkomst lastiger is dan bij fysieke

vergaderingen. Hierbij wordt makkelijker overzicht en finesses gemist en voelt een programmacommissielid soms armoede. Eenmaal heeft het tot onvoldoende beargumenteerde besluitvorming geleid, wat gelukkig hersteld is. Het programmacommissielid heeft overigens best plezier in het beoordelingsproces en hoopt ondanks alles dat digitale vergaderingen op den duur de fysieke vergaderingen min of meer gaan evenaren.

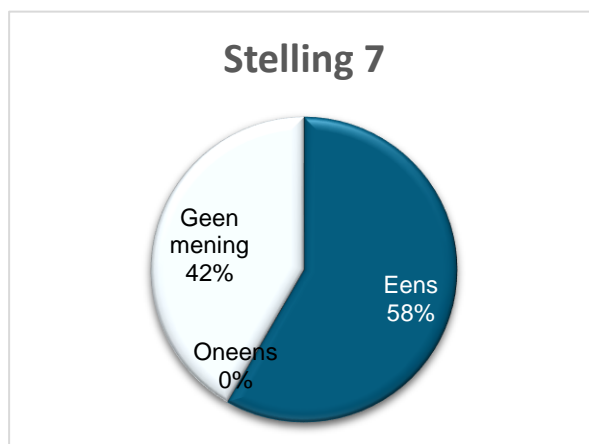
17% van de programmacommissieleden heeft aangegeven geen mening te hebben. Een van hen merkt desondanks op dat wanneer een zekere taakverdeling binnen de programmacommissie wordt nagestreefd, de procedures als minder beknellend/bureaucratisch gezien worden. Het programmacommissielid is van mening dat dan de methodologen niet hoeven te beoordelen over relevantie en vice versa. Het andere programmacommissielid benoemde dat de criteria en procedures het makkelijker maken om eerlijk te beoordelen en dit proces ook de grootste kans van slagen heeft op transparantie. Maar de uitwerking en het format van formulieren zijn soms onoverzichtelijk. Met de vernieuwde software (MijnZonMw) en formulieren gaat dit veel makkelijker.

Een derde van de programmacommissieleden is het eens met de stelling dat de ZonMw procedures te beknellend/bureaucratisch zijn. Hier werden verschillende redenen voor gegeven, zoals dat het format wat door de aanvrager gebruikt moet worden erg knellend is. Dit maakt de subsidieaanvragen niet plezierig om te lezen, zijn het lange teksten met veel herhalingen. Het kost hierdoor veel moeite om snel een goed overzicht over de totale aanvraag te krijgen en om de kern van de aanvraag goed te vatten en te kunnen relateren aan de kennislacune. Een programmacommissielid benoemde dat er discussie is geweest over de prioritering van de aanvragen, d.w.z. bij welke relevantie-/ kwaliteitscore een project bij voorbaat al afvalt. Ook werd het aanvullende prioriteringscriterium, dat projecten evenredig verdeeld moeten worden over de centra, als beperkend gezien. Met de strikte hantering van omgang met persoonlijke belangen regels (waar het programmacommissielid het mee eens is) is het voor de volledige programmacommissie niet of nauwelijks mogelijk om tot een goede, globale afweging van projecten ten opzichte van elkaar te komen. Hierdoor leunt de uiteindelijke prioritering sterk op 'numerieke' scores en m.n. de voorzitter en de programma ondersteuning. Dat maakt het belang van de criteria en de 'vinkjes' die we zetten nog groter of soms zelfs te groot. Het wordt als frustrerend ervaren om als programmacommissielid niet aan het gehele beoordelingsproces te kunnen bijdragen i.v.m. uitsluiting door de toepassing van de Code Omgang met Persoonlijke Belangen. Een deel van het plezier aan deelname aan de programmacommissie haalt een programmacommissielid uit het feit dat ze als groep tot een goed afgewogen keuze van projecten komen. De regels van de Code Omgang met Persoonlijk Belangen frustreren dit, maar een directe oplossing wordt niet gezien. Een ander programmacommissielid is van mening dat er reëler wordt omgegaan met de persoonlijke belangen door in lijn met de code meer op de afwegingen van het programmacommissielid in te gaan. Daarnaast wordt het uitsluiten van Nederlandse Huisartsgeneeskundeonderzoekers in de programmacommissie als minpunt gezien. Benoemd werd tot slot dat het in het begin wat zoeken was naar de positionering van de patiënteninbreng. Dit gaat nu beter, volgens een programmacommissielid.

Stelling 7: De functionele verbinding met de beoordelingscommissie van het HGOG-programma heeft voor mij/de KPHAG-commissie veel meerwaarde.

(0 oneens, 7 eens, 5 geen mening; zie Figuur G7)

Van 58% van de programmacommissieleden die het eens zijn met de stelling lichten 5 van hen dat toe. Zij beoordelen de verbinding om verschillende redenen als positief. Een programmacommissielid met zitting in beide programmacommissies vindt de goede afstemming tussen de programmacommissies belangrijk en beoordeelt het om die reden als goed dat enkele leden in beide programmacommissies zitten. 2 programmacommissieleden die ook in beide programmacommissies zitten, lichten toe dat voor hun de samenhang tussen programma's en aanvragen duidelijk wordt en dat beide programma's in elkaars verlengde liggen. Verder



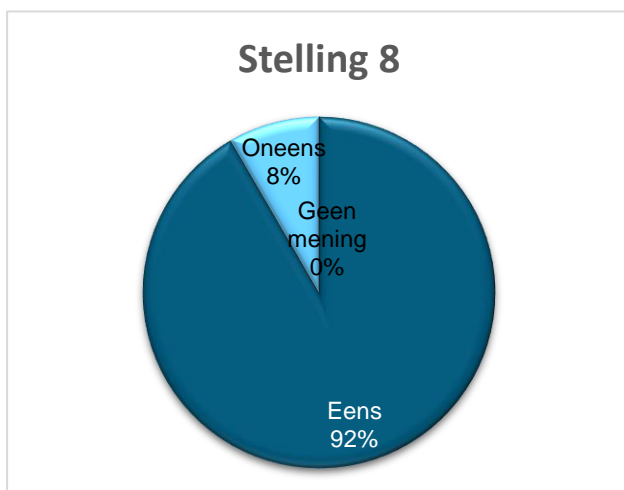
Figuur G7: Scores van de commissieleden op stelling 7.

leidt het vaker moeten beoordelen tot meer ervaring, wat plezierig is voor het beoordelingswerk. Dit laatste geldt ook voor het kennen van mede programmacommissieleden. Tot slot noemt een ander programmacommissielid als meerwaarde dat inzicht in het algemene aanbod aan aanvragen tot betere formulering van nieuwe subsidierondes leidt. Een programmacommissielid dat niet in beide programmacommissies zitting heeft, onderschrijft dat de verbinding er moet zijn, maar dat deze explicieter gemaakt kan worden. Het blijft nu beperkt tot in een vergadering horen wat in het andere programma wordt aangevraagd.

42% van de programmacommissieleden geven aan geen mening te hebben over deze stelling. 4 programmacommissieleden geven hierop toelichting. 3 daarvan geven aan nog niet gemerkt te hebben wat de meerwaarde tot nu toe is geweest, of daar geen zicht op te hebben. Een van de programmacommissieleden die dit aangeeft, heeft wel in beide programmacommissies zitting. Een toevoeging van een programmacommissielid dat uitsluitend in de KPHAG-programmacommissie zit, is dat onduidelijk is hoe meerwaarde kan ontstaan. Een laatste programmacommissielid onthoudt zich van een toelichting, vanwege het niet in beide programmacommissies betrokken zijn.

Stelling 8: ZonMw-commissies zouden nooit meer zonder een patiëntenpanel moeten worden ingericht.

(1 oneens, 11 eens, 0 geen mening; zie Figuur G8)



Figuur G8: Scores van de commissieleden op stelling 8.

Op één na, zijn alle programmacommissieleden het met deze stelling eens. 1

programmacommissielid geeft aan dat hij het er niet mee eens is dat ZonMw-

programmacommissies nooit meer zonder patiëntenpanel kunnen. Hij merkt op dat de programmacommissie erin groeit en dat op deze wijze met een patiëntenpanel doorgaan en dit te zijner tijd evalueren, goed is. Daarbij haalt hij het verschil aan met ziekte specifieke fondsen en dat gekeken moet worden naar de manier waarop en op welke punten de inbreng van een patiëntenpanel zich toespitst.

10 programmacommissieleden lichten hun bevestigende reactie toe. De meeste programmacommissieleden gaan in hun toelichting in op het verantwoordings- of legitimeringsaspect. Het zou volgens 4 van hun

'ondenkbaar' zijn en niet passend bij deze tijd om het werk zónder patiëntenpanel te doen. Ook benoemen zij het patiëntenperspectief als expertise, het belang van dit perspectief en de waarde die toegekend wordt aan de rol van patiënten bij onderzoek. Een programmacommissielid geeft aan dat 'al ons werk uiteindelijk om de patiënt gaat. Te lang dacht de medische stand dat hij wel wist wat goed was voor de patiënt'. 2 programmacommissieleden noemen letterlijk 'In modern onderzoek praat je met "de patiënt" in plaats van over "de patiënt".' En 'Onderzoek ontwikkelen en uitvoeren zou niet gedaan moeten worden alleen vanuit de bureaustoel van de onderzoeker.' Het perspectief van de doelgroep al vanaf de start erbij betrekken wordt door een programmacommissielid als 'een must' gezien. Medisch onderzoek zonder betrokkenheid van de doelgroep noemt een ander programmacommissielid 'maatschappelijk onverantwoord onderzoek'. Ook ziet een programmacommissielid het betrekken van een patiëntenpanel als waarborg om zeker te zijn dat dit perspectief goed wordt meegenomen in de verschillende stappen van het proces.

2 programmacommissieleden gaan in op de kwaliteit van het patiëntenpanel. 'Ons patiëntenpanel doet haar werk buitengewoon zorgvuldig' en gesproken wordt van de goed geïnformeerde mensen in het patiëntenpanel. Het merendeel van de programmacommissieleden haalt de bijdrage aan de kwaliteit van het beoordelingsproces aan. Het panel levert een relevante bijdrage, vaak vanuit een heel verrassend perspectief. En dat is wat we hard nodig blijken te hebben. Het 'expliciet inbrengen van het perspectief van de patiënt', levert een waardevolle bijdrage bij beoordeling van opzet en inhoud van onderzoeksvoorstellen. Opmerkingen die hierbij door 4 programmacommissieleden geplaatst zijn:

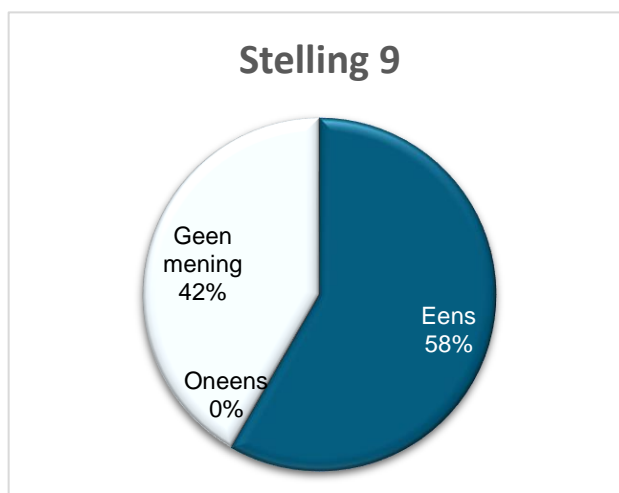
- Tijdig het beoordelingskader van het panel aan indieners meedelen, had discussie hierover in de programmacommissie gescheeld.
- Patiëntvertegenwoordigers lijken vooral te kijken naar de randvoorwaarden voor deelnemers aan het aangevraagde onderzoek. Het beoordelen van bijvoorbeeld de relevantie van het onderzoek komt minder goed uit de verf.
- Afhankelijk van de afspraak zou een patiëntenpanel of een burgerpanel ingezet moeten worden.
- Er zijn veel vraagstellingen waarvoor bepaalde aspecten van patiëntbetrokkenheid minder relevant zijn. Daarom moet er ruimte zijn voor het gesprek en moet de programmacommissie ervoor waken om te dogmatisch de criteria te hanteren en om te strikt met de patiëntenbeoordeling om te gaan.

Een programmacommissielid noemt dat de inzet van het patiëntenpanel bijdraagt aan het programmadoel dat resultaten van onderzoeken aansluiten bij de dagelijkse huisartsenpraktijk, als belangrijkste doelstelling van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.

Stelling 9: De investering van € 8,- miljoen vanuit het hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg is niet genoeg om huisartsen te ondersteunen met kennis om hun zorg op het huidige hoge niveau te houden.

(0 oneens, 7 eens, 5 geen mening; zie Figuur G9)

58% van de programmacommissieleden is het eens met deze stelling. Hieronder zijn de 3 programmacommissieleden die ooit als huisarts werkten. Alle 7 lichtten hun antwoord toe. 3 programmacommissieleden gaan daarbij in op het belang van de huisartsgeneeskunde voor de zorg. 'De huisartsgeneeskunde in Nederland beantwoordt/behandelt het overgrote deel van alle zorgvragen', 'het is een discipline die in de vuurlijn staat' en 'heel veel delen van de gezondheidszorg "kijken" naar de huisarts(praktijk) als oplossing voor problemen van te veel fragmentatie, doorgeslagen specialisering etc.'. 2 van hen benoemen ook als randvoorwaarde om deze rol goed te kunnen vervullen, de noodzaak van meer investeren in kennisontwikkeling. De huisarts krijgt dat [problemen in de gezondheidszorg] wel allemaal op zijn/haar bordje. Naast extra middelen voor de eerste lijn zelf, is het ook belangrijk voldoende kennis te hebben om scherpe keuzes te maken, benoemde een programmacommissielid. Ondanks de belangrijke rol van de huisartsgeneeskunde is er volgens een programmacommissielid een groot gebrek aan wetenschappelijke huisartsgeneeskunde onderbouwing van het handelen van de huisarts. En om de toekomst aan te blijven kunnen is meer investeren in kennisontwikkeling een *must*. Wat ook meespeelt, volgens 1 van hen, is dat de uitdagingen in huisartsgeneeskundig onderzoek groot zijn door specifieke kenmerken van de huisartsgeneeskunde waar het onderzoek net zo divers, uitdagend en moeilijk uit te voeren is.



Figuur G9: Scores van de commissieleden op stelling 9.

4 programmacommissieleden gaan meer in op het feit dat het aantal vragen groot is en het totale bedrag voor de beantwoording ervan relatief klein. Volgens een programmacommissielid kan met dit relatief kleine bedrag slechts enkele dringende vragen beantwoord worden. Dat draagt zeker bij, maar is niet voldoende om het vak in de breedte, voldoende inhoudelijk op niveau te houden. € 8,- miljoen is zeker niet genoeg gezien het grote aantal kennislacunes dat er nog ligt. Ook buiten deze kennislacunes liggen er nog veel vragen.' Een programmacommissielid is van mening dat voor zo'n omvangrijk vakgebied met nogal wat dynamiek, de omvang natuurlijk heel beperkt is. Een ander programmacommissielid benoemt dat er veel meer vragen zijn dan dat er geld is. 'We laten veel afvallen. De bedragen per aanvraag zijn, als ik dat bijvoorbeeld vergelijk met [een gezondheidsfonds], relatief bescheiden'.

2 van deze vier programmacommissieleden benoemen dat dergelijke vragen in andere fondsen en subsidieprogramma's weinig aandacht krijgen. De Gezondheidsraad concludeerde in 2016 dat

onderzoek naar veel voorkomende klachten en problemen in de huisartsenzorg relatief weinig aandacht krijgt in onderzoeksprogramma's en fondsen. 'Het programma Alledaagse ziekten is helaas gestopt maar ook daar zijn nog zeer veel vragen te beantwoorden.'

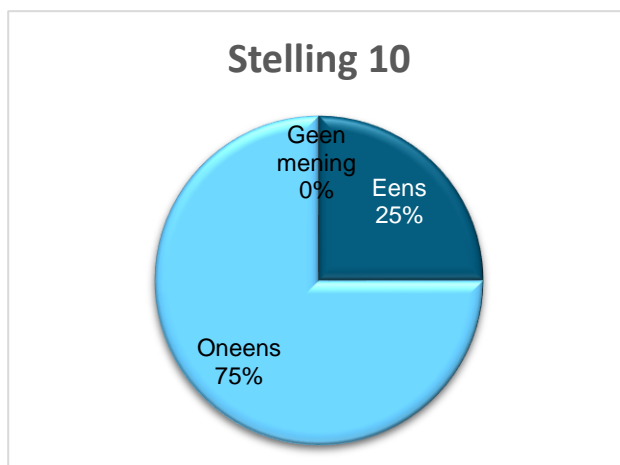
Een programmacommissielid bepleit structurele financiering in de vorm van een permanente jaarlijkse financiële bijdrage aan huisartsgeneeskundig onderzoek via ZonMw, omdat alleen al het beantwoorden van de vragen uit de Nationale Onderzoeksagenda meer onderzoek vraagt. Maar kennis en wetenschap evolueren continue waarmee onderzoek en juist onafhankelijke financiering daarvan nodig zullen blijven. Dit wordt nader toegelicht doordat een poging tot het voortzetten met middelen uit andere bronnen van het eerdere succesvolle programma Alledaagse Ziekten helaas mislukt is.

2 programmacommissieleden noemen de infrastructuur voor de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek. Een programmacommissielid ziet mogelijkheden: 'Met het Consortium Huisartsgeneeskunde hebben huisartsen nu wel een efficiënt en hopelijk gecoördineerd en onafhankelijk platform geschapen om wetenschappelijk onderzoek uit te voeren'. Een ander programmacommissielid ziet de bijdrage van KPHAG door de keuze voor focus op beantwoording van kennisvragen aan de onderzoeksinfrastructuur niet. 'Voor mij is niet zichtbaar hoe de onderzoeksinfrastructuur in de HAG wordt verbeterd'.

42% van de programmacommissieleden heeft geen mening over deze stelling. 2 programmacommissieleden geven aan dat zij moeilijk kunnen inschatten of het veel of weinig geld betreft, omdat ze de Nederlandse context daarvoor onvoldoende kennen. Eén niet-Nederlands programmacommissielid dat het overigens wel eens was met de stelling, geeft desondanks aan wel 'jaloers [te zijn] op dit budget'. Een ander programmacommissielid heeft geen mening, omdat zij geen huisarts is. Zij wijst op het belang van goede evaluatie van het programma om te bepalen of het geld goed is besteed. Ook benoemt een programmacommissielid dat zij de verhouding van het programmabudget met de onderzoeksagenda niet kan inschatten. Tot slot merkt het laatste programmacommissielid op dat we nooit genoeg gedegen onderzoek kunnen doen dat kost tijd en geld. Dat geldt niet alleen voor de onderzoeksagenda van huisartsgeneeskunde. 'Wat beschikbaar is en wat nodig is in de zorg is altijd een afweging die ik niet goed kan maken. Zo ook kan ik niet beoordelen of de verdeling van het beschikbare geld tussen versterken zorg (596) en onderzoek (8)⁹ juist is, omdat ik geen inzicht heb in waar de 596 miljoen aan worden besteed. Ik kan mij voorstellen dat iets meer geld voor onderzoek ook heel relevant kan zijn voor versterking van de huisartsen zorg'.

Stelling 10: Ik heb een helder beeld bij hoe ik in mijn rol als commissielid kan bijdragen aan de succesvolle afronding van de projecten, die binnen KPHAG (gaan) lopen.

(9 oneens, 3 eens, 0 geen mening; zie Figuur G10)



Figuur G10: Scores van de commissieleden op stelling 10.

Driekwart van de programmacommissieleden is het oneens met deze stelling. Zij geven allen aan hier geen (helder) beeld bij te hebben. Voornamelijk komt dit doordat ze hier nog niet bij betrokken zijn geweest (3) en omdat men zich niet bewust is van deze rol (2). 'Het is voor mij niet heel duidelijk dat de programmacommissie de projecten als dusdanig monitort. Ik had dit nooit als een taak van de programmacommissie bekeken'. De programmacommissieleden benoemden dat ze tot nu toe projecten hebben beoordeeld, maar nog niet gemonitord. 1 programmacommissielid benoemt wat hij denkt dat het zou in kunnen houden, nl. de aandachtspunten bij het besluit (honoreren). 3 programmacommissieleden gaan erop in dat het voor hen onduidelijk is hoe ze zouden kunnen bijdragen en dat daar nog niet over gesproken is in de programmacommissie, terwijl dat wenselijk zou zijn. 'Bij de beoordeling van de aanvragen, probeer ik middels kanttekeningen

⁹ Zie toelichting bij stelling 9 verdeling totaalbedrag hoofdlijnenakkoord huisartsenzorg

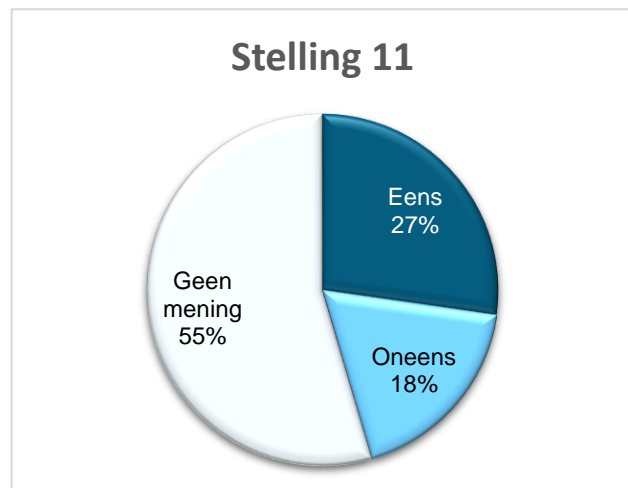
bij de aanvraag, feedback te geven aan de aanvragers maar gedurende het vervolg is mij niet duidelijk op welke momenten ik zou kunnen bijdragen, wat er dan van mij verwacht wordt en wat de aanvragers daarin willen/accepteren'. Een ander programmacommissielid benoemde dat met name welke mate van intensiteit van betrokkenheid van programmacommissieleden bij lopende projecten realistisch en wenselijk is. En door de projectleiders gewenst wordt. Een programmacommissielid geeft tot slot aan dat als zij iets zinvol (dat binnen [haar] expertise ligt) kan bijdragen, ze daarvoor beschikbaar is.

25% van de programmacommissieleden is het eens met deze stelling. De voorzitter benoemt dat zijn rol helder is: 'besluitvormingsproces begeleiden, structureren en sturen'. Een ander programmacommissielid geeft aan 'de nodige ervaring' [te hebben] in ZonMw-programmacommissies. Het laatste programmacommissielid dat bevestigend antwoordt noemt een redelijk beeld te hebben. Zij zou wel meer systematisch kennis aangereikt willen krijgen van de raakpunten en overlap met andere programma's (stelling 7). Het is voor haar nog onduidelijk wat ze zou kunnen bijdragen op het punt van de monitoring binnen dit programma, omdat ze de opzet van de uitvoering ervan in dit programma niet kent. Ze geeft een aantal suggesties: lezen en beoordelen jaarverslagen, bijwonen bijeenkomsten van onderzoekers en mede beoordeling go/no go momenten?

Stelling 11: Multidisciplinair onderzoek staat met de bijdrage ter waarde van 1 complex project uit KPHAG (€ 800.000, -) niet in een juiste verhouding tot het KPHAG.

(2 oneens, 3 eens, 6 geen mening, 1 geen score; zie Figuur G11)

55% van de programmacommissieleden geven aan hierover geen mening te hebben. Hieronder zijn de 3 niet-Nederlandse programmacommissieleden van wie 1 toelicht de Nederlandse context onvoldoende te kennen. In lijn daarmee geeft ook een ander Nederlands programmacommissielid aan hierover niet voldoende informatie te hebben om een mening hierover te hebben. In totaal lichtten 3 programmacommissieleden hun reactie niet nader toe. Een laatste programmacommissielid gaf aan dat het geen groot bedrag is voor multidisciplinair onderzoek, maar dat het ook niet goed zou zijn 'voor de eenvoudige en complexe aanvragen als daar veel van af gesnoept zou worden'.



Figuur G11: Scores van de commissieleden op stelling 11.

Een programmacommissielid heeft niet gekozen voor een score categorie, want zij vindt het 'lastig te zeggen'. Ze licht haar reactie uitgebreid toe: multidisciplinair en/of interdisciplinair onderzoek is van belang, maar is ook afhankelijk van de context, van het hele zorgsysteem, zoals wij dat nu in Nederland hebben georganiseerd. Het programmacommissielid gaat erop in dat in een ideale situatie die context van het zorgsysteem (inclusief het financiële aspect) voorwaardenscheppend zou moeten zijn. Dit dwingt een cultuuromslag naar samenwerken af en dit krijgt ook in het onderwijs een meer prominente plaats. 'De trend naar steeds meer specialisatie op kleine gebieden lijkt me soms juist een tegenkracht voor multidisciplinair samenwerken. De huisarts heeft een belangrijk rol als poortwachter in dit systeem. Misschien is het tijd om de rol van de huisarts als poortwachter te herdefiniëren. Juist als verbinder en spil in het systeem, zodat niet alleen meer continuïteit van zorg plaats kan vinden, maar waarbij de expertise van anderen ook meer beschikbaar kan zijn/ toegankelijk is. Dan moet de huisarts hier wel de tijd voor krijgen. Zo'n systeem vraagt ook om het vertrouwen in de expertise van hulpverlener weer terug te laten keren en niet alles tot in de regeltjes te administreren'. Zoveel vastleggen als nu mogelijk is in het digitale tijdperk, kon vroeger niet. Maar er was wel alle tijd voor de patiënt. Een balans zien te vinden tussen kwaliteitscriteria toepassen en ook los durven laten (i.e. vertrouwen teruggeven aan zorgverleners) is en blijft een uitdaging'.

Met deze stelling is 18% van de programmacommissieleden het oneens. Een programmacommissielid dat ook betrokken is bij de beoordelingscommissie van deze subsidieronde geeft aan doordat de financiering van het multidisciplinaire programma door meerdere programma's wordt gedragen er toch

een behoorlijke hoeveelheid geld beschikbaar is. Een ander eveneens bij de beoordelingscommissie betrokken programmacommissielid geeft aan dat de stelling een wat uitgebreidere discussie en evaluatie van die multidisciplinaire subsidieronde vraagt. Op zich is het een klein bedrag, maar KPHAG heeft zelf al niet zo veel. En samenwerking is een complex onderzoeksthema.

27% van de programmacommissieleden is het eens met deze stelling, want 'juist dit type onderzoek leidt onder de hijgerigheid van projectduur van 3 jaar', zegt een programmacommissielid. De 2 andere programmacommissieleden geven aan dat multidisciplinair werken in overzichtelijke eenheden binnen de eerste lijn de toekomst is en dat de zorg inderdaad steeds meer multidisciplinair wordt. Verder gaat een van hen in op de onwenselijkheid van hoe we onderzoek insteken: 'de huidige benadering van ons wetenschappelijk onderzoek (gebaseerd op principes van EBM, waarbij we evaluatie voor enkelvoudige/simpele interventie, zoals farmacotherapie, leidend hebben gemaakt, ook inzetten voor de evaluatie van complexe interventie en interventie/transitie in complexe systemen) te beknellend is en juist tot *research waste* leidt'. Het andere programmacommissielid vraagt meer aandacht voor multidisciplinair onderzoek: 'Van de tot nu toe binnen het kader van de NOH gehonoreerde onderzoeksvoorstellen zijn 2 van de 11 in meer of mindere mate multidisciplinair te noemen, maar dan binnen het medisch specialistische spectrum. Er zou zeker meer ruimte voor multidisciplinair eerstelijns onderzoek moeten komen, bij voorkeur in samenwerking met de overige 2 eerstelijns programmacommissies'. Een suggestie is wel om hierbij de logistiek minder ingewikkeld dan in de huidige situatie vorm te geven.

Open vraag 12: Wat ik tot slot essentieel vindt om op te merken over het KPHAG (commissie/begeleiding/ programma inhoud) en/of deze stellingen is...

3 programmacommissieleden hadden geen opmerkingen. De volgende punten worden opgemerkt door de overige programmacommissieleden:

ZonMw en voorzitter

- Een evaluatie van ZonMw-ondersteuning en de voorzitter is gewenst om deze te verbeteren.
- 3 programmacommissieleden zijn tevreden met de ZonMw-ondersteuning.

Werk programmacommissie en NOH

- Het is echt bijzonder dit werk te mogen/kunnen doen.
- ZonMw en de programmacommissie gaan zeer zorgvuldig te werk met de aanvragen.
- De diversiteit van de inzichten en de aanwezige expertise, samen met een zeer duidelijke procedure en kwaliteit van de gesprekken, dragen goed bij tot de kwaliteit van de beslissingen.
- Deze programmacommissie stelt hoge eisen aan de leden. Er is veel informatie om te verwerken wat qua tijdsinspanning niet in verhouding staat tot de reguliere vergoeding.
- 'We kijken voornamelijk naar relevantie en kwaliteit van individuele onderzoeksvoorstellen, maar eigenlijk zouden we meer naar het geheel van onderwerpen en voorstellen moeten kijken en bij de honorering van projecten de verdeling over de breedte van de onderwerpen uit de NOH moeten meenemen. Daarvoor heeft de programmacommissie zicht nodig op de breedte van het huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland in relatie tot de NOH.'
- Het zou aan te bevelen zijn als de huidige formuleringen in de Nationale Onderzoeksagenda zo veel mogelijk geherformuleerd zouden worden volgens PICO (Population, Intervention, Control, Outcomes). De onderzoeksvragen zijn soms wat vrije interpretaties van de geformuleerde kennislacunes in de Nationale Onderzoeksagenda en dit sluit minder goed aan bij kennislacunes bij de NHG-standaarden die tegenwoordig bij voorkeur in PICO formulering worden weergegeven.

ZonMw stimuleert
gezondheidsonderzoek en
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334
2593 CE Den Haag
Postbus 93245
2509 AE Den Haag
Telefoon 070 349 54 66
kphag@zonmw.nl
www.zonmw.nl/kphag

Dr. Ryan
Zinnaten

Dr. Wick
Zinnaten

Dr. Hikaru
Zinnaten

Fysiothe

Dr. C. Yan
Zinnaten

