

Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde



nederlands huisartsen
genootschap

*In samenwerking met de werkgroep Research
van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R)*



INHOUD

Voorwoord	4
1. Samenvatting	5
2. Inleiding	7
2.1 Aanleiding	7
2.2 Doel	8
2.3 Hoe met deze agenda om te gaan	8
3. Werkwijze	9
3.1 Samenstelling adviesgroep	9
3.2 Betrokken stakeholders	9
3.3 Inventarisatie kennislacunes en kennisvragen	10
3.4 Prioritering kennislacunes en kennisvragen	10
4. Resultaten	14
4.1 Resultaat van de inventarisatie	14
4.2 Resultaat categorisering	14
4.3 Resultaat voorprioritering	16
4.4 Geprioriteerde onderzoeksvragen per thema (ICPC-hoofdstukoverstijgende onderwerpen)	17
4.4.1 Alledaagse aandoeningen	18
4.4.2 Ouderen – Kwetsbare patiënten - Multimorbiditeit	18
4.4.3 Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)	19
4.4.4 Oncologie	20
4.4.5 Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)	21
4.4.6 Infectieziekten	21
4.4.7 E-Health - Innovatie/modernisering	22
4.4.8 Jeugd	22
4.4.9 Diversiteit	23
4.4.10 Patiënt-georiënteerd (persoonsgerichte zorg) - Patiëntenvoorlichting - Gedeelde besluitvorming - Communicatie - Zelfredzaamheid/zelfmanagement	24
4.4.11 Preventie - Screening/vroegdiagnostiek	24
4.4.12 Samenwerking - Organisatie van zorg rondom de praktijk - Substitutie – Verwijzing - Spoedzorg	25
4.5 Geprioriteerde onderzoeksvragen per ICPC-hoofdstuk	26
4.5.1 Spijsverteringsorganen (ICPC D)	26
4.5.2 Ogen (ICPC F)	27
4.5.3 Oren (ICPC H)	27
4.5.4 Hart en vaatstelsel (ICPC K)	28
4.5.5 Bewegingsapparaat (ICPC L)	29

4.5.6	Zenuwstelsel (ICPC N)	29
4.5.7	Psychische problemen (ICPC P)	29
4.5.8	Luchtwegen (ICPC R)	30
4.5.9	Huid en subcutis (ICPC S)	30
4.5.10	Endocriene klieren/voeding/metabolisme (ICPC T)	31
4.5.11	Urinewegen (ICPC U)	31
4.5.12	Zwangerschap/anticonceptie/geslachtsorganen + borsten (m/v) (ICPC WXY)	32
5.	Beschouwing	33
5.1	Het proces en de resultaten	33
5.2	De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde in context	34
5.3	Methodologische kanttekeningen	34
5.4	Implementatietraject	35
5.5	Naar een levende onderzoeksagenda	36
Bijlage 1.	Samenstelling adviesgroep	37
Bijlage 2.	Overzicht benaderde stakeholders voor inventarisatie	38
Bijlage 3.	Begrippen en definities	41
Bijlage 4.	Bronnen inventarisatie kennislacunes uit NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en NHG-Standpunten	42
Bijlage 5.	Brief aan stakeholders (voorbeeld)	45
Bijlage 6.	Overzicht vragenlijsten en respons voorprioritering NHG-leden per ICPC-hoofdstuk	47
Bijlage 7.	Voorbeeld vragenlijst prioriteren kennislacunes en -vragen per ICPC-hoofdstuk	48
Bijlage 8.	Literatuurlijst	49

Het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde heeft de laatste twintig jaar een hoge vlucht genomen. De bijdrage van Nederlandse onderzoekers is groot en staat internationaal hoog aangeschreven (Glanville, 2011). De onderzoeksbevindingen worden vertaald naar aanbevelingen voor de praktijk via de NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen. Deze bestrijken 70-80% van de problemen die de huisarts dagelijks ziet.

Sinds de jaren negentig is tijdens de ontwikkeling van de NHG-Standaarden nagegaan welke kennislacunes nog niet zijn opgevuld. Deze dienen als input en stimulans voor nieuw wetenschappelijk onderzoek waarmee de kenniscyclus wordt gesloten. In 2014 zijn deze lacunes toegankelijk gemaakt via een openbare pagina op de NHG-website in combinatie met een overzicht van lopend huisartsgeneeskundig onderzoek vanuit universiteiten en onderzoeksinstellingen. We mogen trots zijn op de gezamenlijke inspanningen die hiervoor zijn gedaan en op de daarmee behaalde resultaten.

Toch waren we nog niet helemaal tevreden. De NHG-Standaarden bestrijken niet het hele veld van de huisartsgeneeskunde. Bovendien beperken zij zich tot medisch-inhoudelijke vraagstukken. Daarom heeft het NHG met steun van de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R) het initiatief genomen om een nationale onderzoeksagenda op te stellen. Er is bewust voor gekozen om daarbij niet alleen huisartsonderzoekers, maar ook andere belanghebbende partijen te betrekken, zoals patiëntenorganisaties, medisch-specialistische verenigingen en subsidiegevers. Deze aanpak beoogt blinde vlekken en nieuwe ideeën op het spoor te komen, de maatschappelijke relevantie te vergroten, en onderwerpen in te brengen in bestaande en nieuw te ontwikkelen onderzoeksprogramma's.

Dit rapport beschrijft de gehanteerde methoden en de resultaten van de inventarisatie en prioritering van kennislacunes en kennisvragen. Net als bij een wetenschappelijk onderzoek worden in de beschouwing behalve de sterke kanten ook de beperkingen van deze exercitie besproken. Zo kan de agenda onmogelijk volledig zijn en zijn bepaalde thema's wellicht onderbelicht. Het NHG staat open voor commentaar en nieuwe suggesties.

Veel dank gaat uit naar de leden van de adviesgroep en het projectteam van de afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap dat het project heeft ondersteund. Tevens zijn wij verheugd over de bijdragen van alle artsen, onderzoekers, patiënten- en onderzoeksorganisaties en alle anderen die hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze onderzoeksagenda. Naarmate het project vorderde werd het enthousiasme groter, met als climax de prioriteringsbijeenkomst op 10 oktober 2017 in Amersfoort. Onderzoek in de huisartsgeneeskunde ligt velen na aan het hart!

De onderzoeksagenda kan niet meer dan een begin zijn. We hopen dat de geprioriteerde onderwerpen maar ook de waardevolle lijst met bijna 800 items hun weg zullen vinden binnen allerlei onderzoeksprogramma's en ruim zullen bijdragen aan het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. Maar naarmate de wetenschap voortschrijdt en de gezondheidszorg zich ontwikkelt, blijven er steeds weer nieuwe vragen komen. Daarom is regelmatig actualisering nodig, zodat de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde een levend document wordt. Een continue bron van relevante onderzoeksvragen en inspiratie, breed gedragen vanuit wetenschap, praktijk en samenleving.

Utrecht, januari 2018

André Knottnerus, Rob Dijkstra en Jako Burgers

1. SAMENVATTING



Het wetenschappelijk onderzoek in de Nederlandse huisartsgeneeskunde heeft de laatste twintig jaar een hoge vlucht genomen. Dat is van groot belang voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, want de onderzoeksbevindingen worden vertaald naar aanbevelingen voor de praktijk. Toch zijn er nog belangrijke kennislacunes. Ook de voortgaande ontwikkeling van de wetenschap en de gezondheidszorg vraagt telkens weer om nieuw onderzoek. Bovendien is het nodig de verbinding tussen onderzoek en praktijk verder te versterken. Om deze redenen heeft het NHG met steun van de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R) het initiatief genomen om een Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde op te stellen. De Adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is gevraagd de voorbereiding hiervan op zich te nemen.

Om zo veel mogelijk blinde vlekken en nieuwe ideeën op het spoor te komen en de maatschappelijke relevantie en bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten, is vanaf het begin een grote groep stakeholders (± 100) in het proces betrokken. Dat komt ook tot uiting in de samenstelling van de adviesgroep, waaraan naast huisartsen en onderzoekers ook adviseurs vanuit de organisaties van patiënten en medisch specialisten deelnamen.

Voor het voorbereiden van de onderzoeksagenda is een systematische aanpak gevolgd. Uitgangspunt vormen de kennislacunes die in het kader van het NHG-Standaardenbeleid zijn geformuleerd. Deze zijn aangevuld met een enquête onder huisartsen, onderzoekers, eerste- en tweedelijns samenwerkingspartners, Patiëntenfederatie Nederland en voor de huisartsenzorg relevante beleidsmakers en onderzoeksfinanciers. Dit resulteerde in 787 kennislacunes en -vragen, die praktijkgericht zijn en de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde reflecteren. Alle kennislacunes en -vragen zijn ingedeeld in medische deelgebieden (volgens de International Classification of Primary Care) en in bredere, deelgebied overstijgende thema's. Daarbinnen zijn ze vervolgens nader geprioriteerd, met gebruik van een websurvey onder huisartsen en de inbreng vanuit een bijeenkomst met de diverse stakeholders. Op basis van deze input heeft de adviesgroep de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde opgesteld, die vervolgens is vastgesteld door het NHG-bestuur. Dit rapport bevat de geprioriteerde onderwerpen en geeft via een link toegang tot de volledige lijst met alle 787 items.

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is bedoeld als ruggensteun voor onderzoeksfinanciers, het wetenschappelijk veld, het beleid, en belangrijke maatschappelijke stakeholders zoals patiëntenorganisaties. Voor de wijze waarop zij de onderzoeksagenda kunnen benutten zijn in dit rapport handvatten aangereikt.

De onderwerpen die in de onderzoeksagenda opgenomen zijn, vergen nadrukkelijk nader onderzoek. Maar de wetenschap en de gezondheidszorg blijven onophoudelijk in beweging. Het is daarom van belang dat de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zich ontwikkelt als breed gedragen, levend document. Een continue bron van relevante onderzoeksvragen en inspiratie, die voortdurend weer wordt aangevuld vanuit wetenschap, praktijk en samenleving.

2. INLEIDING



2.1 AANLEIDING

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen. Door vertaling van wetenschap naar de huisartsenpraktijk draagt het NHG bij aan de professionalisering van de beroepsgroep. Daarnaast wil het ook wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde stimuleren en faciliteren (Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, NHG/LHV 2012). Door nieuwe wetenschappelijke kennis te genereren wordt het fundament van de huisartsgeneeskunde verder verstevigd.

Een structureel probleem is dat onderzoekprogramma's en fondsen zich vaak richten op specifieke klinische gebieden en medisch-specialistische vraagstukken, waardoor onderzoek naar veelvoorkomende klachten en problemen in de huisartsenpraktijk relatief weinig aandacht krijgt (Gezondheidsraad, 2016). Dit beeld werd bevestigd in een evaluatie van lopend onderzoek bij de onderzoeksafdelingen huisartsgeneeskunde (Kortekaas, 2014). Het merendeel van het onderzoek sloot niet optimaal aan op de dagelijkse huisartsenpraktijk. Ook eerdere internationale analyses en beschouwingen kwamen tot dit beeld (Knottnerus, 1996; Van Weel, 2004; Mant, 2004).

Onderdeel van de NHG-Visie Wetenschapsbeleid is het bevorderen van de consistentie en de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige onderzoekportefeuille in Nederland. Om de hiaten in het wetenschappelijk onderzoek zichtbaar te maken heeft het NHG samen met de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R) een overzicht gemaakt van de kennislacunes op basis van de NHG-Standaarden en van het lopend huisartsgeneeskundig onderzoek in ons land (www.nhg.org/lacunes). De volgende stap was het opstellen van een strategisch plan met een nationale agenda voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Begin 2016 is het NHG gestart met de uitwerking hiervan in het project Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.

2.2 DOEL

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde biedt een overzicht van de belangrijkste onderzoeksvragen die de komende jaren aandacht vragen. De agenda bevat actuele kennislacunes op basis van NHG-Standaarden en andere NHG-producten maar ook praktijkrelevante vragen uit andere bronnen. Daarnaast komen meer algemene onderwerpen aan de orde die van belang zijn voor de toekomst van de huisartsgeneeskundige zorg en die onderzoek vereisen. Deze nationale agenda heeft als doel om richting te geven aan onderzoeksfinanciers, onderzoekers, (onderzoeks)beleidsmakers en patiëntenorganisaties.

2.3 HOE MET DEZE AGENDA OM TE GAAN

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is bedoeld als ruggensteun voor onderzoeksfinanciers, onderzoekers en andere stakeholders.

Onderzoeksfinanciers die onderzoeksprogramma's ontwikkelen – speciaal gericht op huisartsgeneeskundig onderzoek of in het kader van meer algemene programmering – kunnen baat hebben bij de vragen en onderwerpen die in de agenda naar voren komen. Ook kunnen zij de agenda benutten als zij de praktische relevantie van ingediende voorstellen afwegen. Zij kunnen daarbij de insteek kiezen die hen het beste past. Zo kunnen fondsen die zich richten op bepaalde aandoeningen of gezondheidsproblemen hun voordeel doen met de ordening naar ICPC-hoofdstuk. Fondsen die georiënteerd zijn op bredere volksgezondheids- en maatschappelijke vraagstukken zullen vaak meer hebben aan de indeling naar thema.

Voor *onderzoekers* kan de onderzoeksagenda behulpzaam zijn bij het kiezen van onderwerpen voor nieuwe projecten. In hun onderbouwing van subsidieaanvragen voor onderzoek kunnen zij verwijzen naar de onderzoeksagenda. Daarmee wordt onderstreept dat het onderwerp uit een brede inhoudelijke analyse en stakeholdersbeoordeling als zeer belangrijk naar voren is gekomen. Vanzelfsprekend moeten onderzoekers bij indiening, ook gezien het voortschrijden van de internationale wetenschap, telkens ook hun eigen inhoudelijke beoordeling van de stand van wetenschap presenteren, met een waar nodig nadere toespitsing van de vraagstelling.

Verder kan de onderzoeksagenda verschil maken in het beleid van *onderzoeksinstellingen en de overheid*, bijvoorbeeld in het kader van initiatieven die de wetenschappelijke onderbouwing van de eerstelijns geneeskunde verder versterken. Zulke initiatieven zijn van groot belang gezien de snelle kennisontwikkeling en de steeds hogere eisen die de samenleving aan de eerstelijnsgezondheidszorg stelt.

Ten slotte kan de onderzoeksagenda benut worden door *patiëntenorganisaties*. Bijvoorbeeld wanneer zij meedenken met onderzoeksfondsen, de overheid of adviesorganen over het belang van bepaalde vragen en onderwerpen, en als zij betrokken worden in de besluitvorming over onderzoeksprogramma's of -projecten.

3. WERKWIJZE



3.1 SAMENSTELLING ADVIESGROEP

Eind 2015 werd de adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde geformeerd. De leden werden geselecteerd uit de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R), bestaande uit de hoofden onderzoek van de afdelingen huisartsgeneeskunde van de acht Universitair Medische Centra, de werkgroep wetenschap van de Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen (LOVAH), de NHG-Verenigingsraad en de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO). De adviesgroep werd geadviseerd door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, dat veel ervaring heeft met kennisagenda's van medisch specialisten, en Patiëntenfederatie Nederland voor de inbreng van het patiëntenperspectief. De adviesgroep werd voorgezeten door prof. dr. André Knottnerus, hoogleraar onderzoek huisartsgeneeskunde en voormalig voorzitter van de Gezondheidsraad en de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. De adviesgroepleden namen op persoonlijke titel deel aan de adviesgroep, als deskundigen vanuit hun specifieke achtergrond. Besluitvorming vond plaats zonder last en ruggespraak. Zie bijlage 1 voor de samenstelling van de adviesgroep.

3.2 BETROKKEN STAKEHOLDERS

Alle partijen die belang hebben bij goed wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde werden beschouwd als stakeholders. Binnen kringen van het NHG zijn dit de NHG-expertgroepen, de NHG-Verenigingsraad, de onderzoeksafdelingen huisartsgeneeskunde van de acht Universitair Medische Centra, en daarbuiten eerste- en tweedelijns samenwerkingspartners, onderzoeksinstituten, Patiëntenfederatie Nederland, voor de huisartsgeneeskundige zorg relevante overheidsorganen en (mogelijke) financiers van huisartsgeneeskundig onderzoek. In totaal zijn er ruim honderd stakeholders geïdentificeerd en benaderd (zie bijlage 2).

3.3 INVENTARISATIE KENNISLACUNES EN KENNISVRAGEN

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is gebaseerd op de kennislacunes die uit de NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en NHG-Standpunten naar voren zijn gekomen. Daarnaast is de stakeholders gevraagd om kennisvragen en onderzoeksonderwerpen die van belang zijn voor (de toekomst van) de huisartsenzorg aan te leveren. Voor een definitie van gebruikte begrippen: zie bijlage 3.

3.3.1 Kennislacunes uit NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en NHG-Beleidsstandpunten

Bij de ontwikkeling en herziening van NHG-Standaarden wordt systematisch literatuuronderzoek verricht. Dit proces maakt diverse lacunes in kennis zichtbaar. Als bijlage bij elke standaard worden sinds 2012 de vijf belangrijkste kennislacunes die bij de ontwikkeling van de standaard naar voren zijn gekomen, uitgewerkt in een onderzoeksvraag. Sinds 2016 wordt hetzelfde gedaan bij de Behandelrichtlijnen (voorheen: Farmacotherapeutische richtlijnen), waarbij maximaal drie kennislacunes worden uitgewerkt. Alle kennislacunes zijn opgenomen in een online overzicht (www.nhg.org/lacunes). Bij de inventarisatie voor de onderzoeksagenda zijn alle kennislacunes uit het online overzicht tot september 2016 meegenomen. Daarnaast zijn alle behandelrichtlijnen, de meest recente beleidsstandpunten van het NHG (vanaf 2009) en de Toekomstvisie huisartsenzorg 2022 gescreend op aanbevelingen voor onderzoek. Zie bijlage 4 voor een overzicht uit welke NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en NHG-Standpunten de kennislacunes afkomstig zijn.

3.3.2 Kennisvragen van stakeholders

In juni 2016 zijn de stakeholders benaderd met de vraag om kennisvragen aan te leveren. Via de afgevaardigde van Patiëntenfederatie Nederland zijn verschillende patiëntenverenigingen benaderd. In bijlage 2 zijn alle benaderde stakeholders vermeld en in bijlage 5 staat een voorbeeld van een brief.

3.4 PRIORITERING KENNISLACUNES EN KENNISVRAGEN

3.4.1 Categorisering

Om de verzameling kennislacunes en kennisvragen beter en sneller toegankelijk te maken zijn ze gecategoriseerd op een samenvattend abstractie- en overzichts niveau. Naast de classificatie volgens de ICPC (International Classification of Primary Care), hebben de leden van de adviesgroep daarvoor ook andere categorieën toegekend. Hiervoor werden ze ingedeeld in koppels van twee. Elk koppel kreeg een kwart van het totaalbestand (op basis van random selectie) ter beoordeling voorgelegd. Ieder adviesgroeplid categoriseerde eerst zelf het deelbestand op geleide van de ingebrachte lacunes en vragen, en vergeleek de eigen indeling vervolgens met de indeling van het andere lid van het koppel. De adviesgroepliden waren vrij in het toekennen van categorieën waarbij bij de actuele thema's rekening is gehouden met de NHG-standpunten (zie bijlage 4). Wanneer de categorisering verschilde volgde discussie, en werd aansluitend consensus bereikt. In de adviesgroep werden de categorieën van alle koppels vergeleken en uiteindelijk ondergebracht in vijf dimensies. Zie voor de vijf dimensies met bijbehorende categorieën figuur 1.

Het was mogelijk dat één kennislacune of -vraag werd ingedeeld in meerdere categorieën van dezelfde dimensie. Het kwam ook voor dat een kennislacune of -vraag in een bepaalde dimensie niet nader was in te delen 'niet van toepassing'.

ICPC-hoofdstuk	Ziektefase (vervolg)
A. Algemeen	Behandeling
B. Bloed	• afwachtend beleid
D. Spijsverteringsorganen	• niet-medicamenteus
F. Ogen	• medicamenteus
H. Oren	• chirurgie
K. Hart en vaatstelsel	• overig
L. Bewegingsapparaat	Nazorg, nacontrole en monitoring
N. Zenuwstelsel	Palliatieve zorg
P. Psychische problemen	Stervenshulp
R. Luchtwegen	Hele spectrum of niet gespecificeerd
S. Huid en subcutis	
T. Endocriene klieren/Voeding/ Metabolisme	
U. Urinewegen	
W/X/Y. Zwangerschap/Anticonceptie/ Geslachtsorganen + borsten (m/v)	
Z. Sociale problemen	

Huisartsgeneeskundig handelen
Patiëntgeoriënteerd (persoonsgerichte zorg)
Medisch inhoudelijk
Patiëntenvoorlichting
Gedeelde besluitvorming
Kwaliteit van zorg (waaronder onderzoek naar richtlijnen)
Pro-actieve zorg
Continuïteit van zorg
Communicatie
Praktijkorganisatie (binnen de praktijk)
Kennis en vaardigheden

Ziektefase
Etiologie
Preventie
Screening/vroegdiagnostiek
Diagnostiek (op basis van klachten)
Prognose

Actuele thema's
Alledaagse aandoeningen
Chronische aandoeningen
Zeldzame ziekten
Infectieziekten
Oncologie
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)
Seksuele klachten
Mondzorg
Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)
Multimorbiditeit
Polyfarmacie
Jeugd
Ouderen - kwetsbare patiënten
Diversiteit
Arbeid
Spoed
E-health
Innovatie/modernisering

Methoden/proces/organisatie
Epidemiologie (voorkomen, beloop)
Uitkomstmaten: bijvoorbeeld uitkomstmaten die belangrijk kunnen zijn voor patiënten, kwaliteit van leven
(Kosten)effectiviteit- Doelmatigheid
Implementatie van onderzoek
Zelfredzaamheid/zelfmanagement
Samenwerking - Organisatie van zorg rondom de praktijk - Substitutie - Verwijzing

Figuur 1. Categorisering kennislacunes en -vragen in vijf dimensies.

3.4.2 Voorprioritering door praktiserende huisartsen

Om voldoende inbreng te garanderen vanuit een brede, representatieve groep huisartsen, zijn huisartsen uit het ledenbestand van het NHG gevraagd om de kennislacunes en -vragen per ICPC-hoofdstuk te prioriteren via een online vragenlijst. De invalshoek ICPC-hoofdstuk werd als startpunt gekozen omdat veel onderzoeksfondsen en -programma's zich op klinische aandachtsgebieden richten. De huisartsen zijn geselecteerd door een random steekproef van 1700 praktiserende huisartsen (inclusief aios) te trekken uit het NHG-ledenbestand. De kennislacunes werden in zeventien sets verdeeld (gegroepeerd naar ICPC-hoofdstuk); elke set werd naar honderd huisartsen gestuurd. De respondenten prioriteerden de kennislacunes door elk item een lage, midden of hoge prioriteit te geven rekening houdend met de volgende vragen:

- Hoe vaak komt het probleem voor?
- Wat is de ernst van het probleem?
- Helpt het beantwoorden van de vraag u in uw dagelijkse huisartsenpraktijk?

De scores laag, midden en hoog werden gecodeerd als respectievelijk 1, 2 en 3. De gemiddelde score per item bepaalde de volgorde van voorprioritering door de huisartsen. Naast het prioriteren binnen de verschillende ICPC-hoofdstukken werd de respondenten gevraagd aan te geven welke van de achttien geïdentificeerde actuele thema's (zie paragraaf 3.4.1.) zij het belangrijkste vonden. Zij konden er maximaal vijf noemen. In juni 2017 werden de vragenlijsten verstuurd. In totaal zijn 1700 huisartsen aangeschreven. Na een week is een reminder verstuurd. Zie bijlage 6 voor een overzicht van de uitgezette vragenlijsten en de respons per vragenlijst. Zie bijlage 7 voor een voorbeeld van een vragenlijst.

3.4.3 Voorprioritering door de adviesgroep

De kennislacunes en -vragen in de ICPC-hoofdstukken die te heterogeen (A (algemeen)) of te klein waren voor het uitzetten van een online vragenlijst (B (bloed) en Z (sociale problemen)), alsmede een niet gecodeerde restgroep, zijn door de adviesgroep geprioriteerd.

3.4.4 Selectie van de thema's (ICPC-hoofdstukoverstijgende onderwerpen)

Op basis van de weging van de lijst van actuele thema's door de NHG-leden aangevuld met (combinaties van) onderwerpen uit de andere categorieën, selecteerde de adviesgroep twaalf thema's. Om tijdens de prioriteringsbijeenkomst ook binnen deze thema's te kunnen prioriteren werd de leden van de adviesgroep gevraagd om een top-20 van belangrijkste/ meest relevante lacunes en kennisvragen op te stellen, uitgaande van de voorprioritering. Hiervoor zijn ze ingedeeld in koppels van twee. Elk koppel kreeg een aantal thema's toebedeeld en per thema een bestand met alle kennislacunes en kennisvragen gesorteerd op basis van de voorprioritering. Items die geen onderzoek betroffen (maar bijvoorbeeld beleidsaanbevelingen of adviezen) of al uitgebreid onderzocht waren, zijn niet opgenomen in de top-20. Ook konden items worden samengevoegd. De twintig aldus geselecteerde items werden verder geprioriteerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst.

3.4.5 Prioriteringsbijeenkomst met stakeholders

De prioriteringsbijeenkomst van 10 oktober 2017 had als doel de kennislacunes en kennisvragen per ICPC-hoofdstuk en per thema verder te kunnen prioriteren. Alle stakeholders die eerder in het traject gevraagd waren om kennislacunes en -vragen aan te leveren, kregen het verzoek om voor deze bijeenkomst mensen af te vaardigen. Bij de voorbereiding van deze bijeenkomst hebben we de ervaringen benut die zijn opgedaan tijdens een try out tijdens de NHG-Wetenschapsdag op 2 juni 2017 in Zeist.

Tijdens de bijeenkomst werd de deelnemers gevraagd de volgende prioriteringscriteria in het oog te houden:

Maatschappelijke criteria:

- Ziekte last voor de patiënt:
 - ziekte
 - kans op overlijden
 - kwaliteit van leven
- Ziekte last voor samenleving:
 - ziekte: omvang van de patiëntengroep (prevalentie, incidentie)
 - mortaliteit
 - aantal Quality Adjusted Life Years (QALYs) en Disability Adjusted Life Years (DALYs) op populatieniveau
 - kosten: direct (kosten van ziekte), indirect (kosten ziekteverzuim, non-participatie en dergelijke)
- Impact van resultaten
 - terugdringen ziekte en overlijden
 - bevorderen kwaliteit van leven
 - terugdringen individuele en maatschappelijke kosten, bevorderen baten (participatie: arbeid, sociaal)
- Urgentie in de tijd (bijvoorbeeld snelle toename obesitas)

Onderzoeksgelateerde criteria

- Slaagkans van het onderzoek
 - onderzoekbaarheid
 - beschikbaarheid van onderzoeksexpertise
- Implementatiekans resultaten
 - implementeerbaarheid
 - betrokkenheid van/draagvlak bij veldactoren

Tijdens de prioriteringsbijeenkomst werd binnen de ICPC-hoofdstukken verder geprioriteerd in subgroepen van ongeveer acht personen met ongeveer evenveel huisartsen als (huisarts-) onderzoekers, met daarnaast in de meeste groepen ook een patiëntvertegenwoordiger en/of een medisch specialist. Elke subgroep selecteerde maximaal tien kennislacunes en -vragen. De zo ontstane top-10 is vervolgens door alle deelnemers geprioriteerd. Iedere deelnemer kreeg drie stickers per ICPC-hoofdstuk, met uitzondering van de ICPC-hoofdstukken F (ogen), H (oren), N (neurologie) en U (urologie), gezien de geringere hoeveelheid lacunes op deze terreinen. Hiervoor kregen de deelnemers drie stickers per combinatie van twee hoofdstukken (F en H, respectievelijk N en U). De deelnemers kregen daarnaast drie stickers per thema. Elke deelnemer kon op deze manier per ICPC-hoofdstuk en thema zijn/haar drie belangrijkste kennislacunes of kennisvragen aangeven.

3.4.6 Afronding en goedkeuring

De uitkomsten van de bijeenkomst zijn samen met de eerdere input en alle beschikbare bevindingen en commentaren door de adviesgroep in onderlinge samenhang besproken en gewogen, en verwerkt in de concept-onderzoeksagenda. Deze is voorgelegd aan het IOH-R ter commentaar. Het commentaar is verwerkt in de definitieve onderzoeksagenda die op 23 november 2017 werd vastgesteld door het NHG-bestuur.

4. RESULTATEN



4.1 RESULTAAT VAN DE INVENTARISATIE

In totaal zijn er 787 kennislacunes en kennisvragen verzameld:

- 423 kennislacunes uit 79 NHG-Standaarden.
- 27 kennislacunes uit 11 NHG-Behandelrichtlijnen.
- 15 kennislacunes uit 4 NHG-Standpunten en de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.
- 302 kennislacunes en onderzoeksthema's aangedragen door stakeholders.
- 20 kennislacunes aangedragen door respondenten (praktiserend huisartsen) van de online vragenlijsten (voorprioritering kennislacunes).

Zie het [online totaalbestand](#) voor alle geïnventariseerde kennislacunes en -vragen inclusief toelichting en bronvermelding.

Zie bijlage 4 voor een overzicht uit welke NHG-Standaarden, NHG-Behandelrichtlijnen en NHG-Standpunten de kennislacunes afkomstig zijn.

Op www.nhg.org staat naast elke NHG-standaard een link naar de bijbehorende kennislacunes waarbij een nadere specificatie wordt gegeven van de onderzoeksvraag en de mogelijke onderzoeksopzet, zo mogelijk volgens de zogenaamde HARING-tool (Hilbrink 2013).

4.2 RESULTAAT CATEGORISERING

De tabellen in figuur 2 geven de resultaten weer van de categorisering van de kennislacunes en kennisvragen op een samenvattend abstractie- en overzichts niveau. De getallen corresponderen met het aantal kennislacunes en -vragen met het betreffende label. Een kennislacune of -vraag kon aan meerdere categorieën binnen een dimensie worden toegekend.

ICPC-hoofdstuk	
A. Algemeen	74
B. Bloed	4
D. Spijsverteringsorganen	60
F. Ogen	13
H. Oren	16
K. Hart en vaatstelsel	63
L. Bewegingsapparaat	96
N. Zenuwstelsel	34
P. Psychische problemen	84
R. Luchtwegen	58
S. Huid en subcutis	75
T. Endocriene klieren/Voeding/ Metabolisme	41
U. Urinewegen	17
W/X/Y. Zwangerschap/Anticonceptie/ Geslachtsorganen + borsten (m/v)	70
Z. Sociale problemen	7
Restgroep	107

Huisartsgeneeskundig handelen	
Patiëntgeoriënteerd (persoonsgerichte zorg)	81
Medisch inhoudelijk	580
Patiëntenvoorlichting	14
Gedeelde besluitvorming	6
Kwaliteit van zorg (waaronder onderzoek naar richtlijnen)	106
Pro-actieve zorg	17
Continuïteit van zorg	18
Communicatie	14
Praktijkorganisatie (binnen de praktijk)	52
Kennis en vaardigheden	8
Niet van toepassing	21

Ziektefase	
Etiologie	37
Preventie	49
Screening/vroegdiagnostiek	47
Diagnostiek (op basis van klachten)	177
Prognose	54

Ziektefase (vervolg)	
Behandeling	387
• afwachtend beleid	9
• niet-medicamenteus	135
• medicamenteus	213
• chirurgie	9
• overig	9
Nazorg, nacontrole en monitoring	36
Palliatieve zorg	8
Stervenshulp	1
Hele spectrum of niet gespecificeerd	22
Niet van toepassing	103

Actuele thema's	
Alledaagse aandoeningen	148
Chronische aandoeningen	197
Zeldzame ziekten	5
Infectieziekten	83
Oncologie	30
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)	52
Seksuele klachten	8
Mondzorg	1
Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK)	13
Multimorbiditeit	11
Polyfarmacie	4
Jeugd	58
Ouderen - kwetsbare patiënten	60
Diversiteit	23
Arbeid	1
Spoed	23
E-health	14
Innovatie/modernisering	28
Niet van toepassing	196

Methoden/proces/organisatie	
Epidemiologie (voorkomen, beloop)	252
Uitkomstmaten: bijvoorbeeld uitkomstmaten die belangrijk kunnen zijn voor patiënten, kwaliteit van leven	55
(Kosten)effectiviteit- Doelmatigheid	319
Implementatie van onderzoek	3
Zelfredzaamheid/zelfmanagement	28
Samenwerking - Organisatie van zorg rondom de praktijk - Substitutie - Verwijzing	86
Niet van toepassing	101

Figuur 2. Aantal kennislacunes en -vragen per categorie

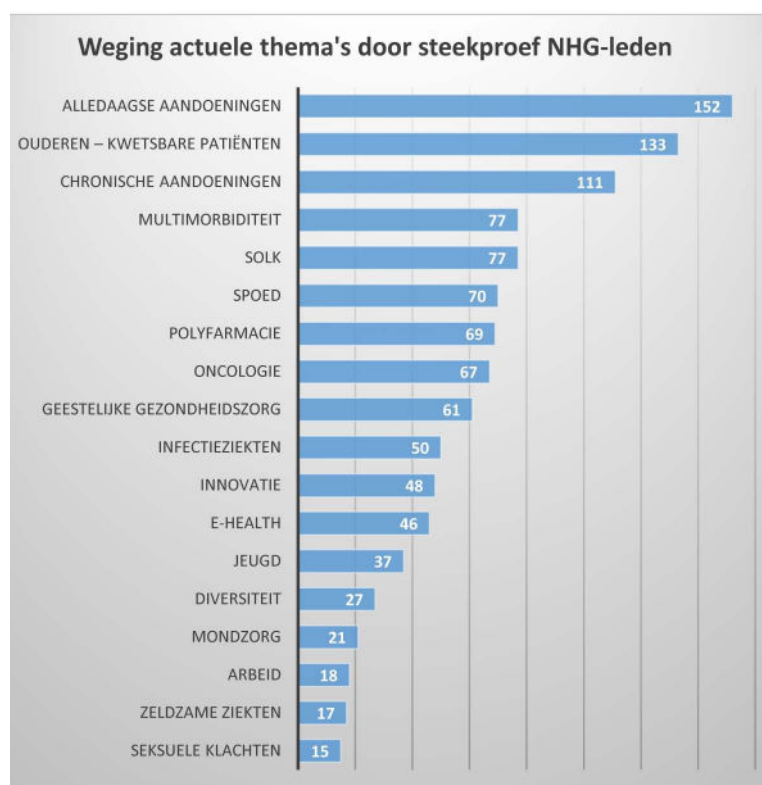
4.3 RESULTAAT VOORPRIORITERING

4.3.1 Prioritering kennislacunes en kennisvragen

Van de 1700 aangeschreven huisartsen namen 232 huisartsen deel (13,6%). Zij prioriteerden 580 kennislacunes (ingedeeld naar tractus/ICPC-hoofdstuk) door één van de zeventien online vragenlijsten in te vullen. 199 kennislacunes werden door de adviesgroepleden geprioriteerd. Dit betrof de kennislacunes en -vragen die vielen in de ICPC-hoofdstukken A (algemeen), B (bloed) en Z (sociale problemen), en de restgroep (zie 3.4.3). De overige acht items zijn niet geprioriteerd, want deze bleken geen kennislacunes of onderzoeksonderwerpen te zijn maar bijvoorbeeld verzoeken om een NHG-Standaard te ontwikkelen, opmerkingen dat scholing op bepaalde onderwerpen nodig is, of adviezen voor beleid.

4.3.2 Weging actuele thema's

232 NHG-leden hebben de actuele thema's gewogen. Iedereen mocht maximaal vijf thema's aangeven. Het getal in de staven (zie hieronder) correspondeert met het aantal huisartsen dat het betreffende thema heeft genoemd.



4.4 GEPRIORITEERDE ONDERZOEKSVRAGEN PER THEMA (ICPC-HOOFDSTUKOVERSTIJGENDE ONDERWERPEN)

Uitgaande van de weging van de lijst van actuele thema's door de NHG-leden (zie paragraaf 4.3.2) aangevuld met onderwerpen uit de andere categorieën (zie paragraaf 4.2) kwam de adviesgroep tot twaalf thema's (onderwerpen die niet in één ICPC-hoofdstuk te vatten zijn), waarbij enkele onderwerpen op inhoudelijke gronden zijn samengevoegd:

1. Alledaagse aandoeningen
2. Ouderen - Kwetsbare patiënten - Multimorbiditeit
3. Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijk Klachten (SOLK)
4. Oncologie
5. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)
6. Infectieziekten
7. E-health - Innovatie/modernisering
8. Jeugd
9. Diversiteit
10. Patiëntgeoriënteerd (persoonsgerichte zorg) – Patiëntenvoorlichting - Gedeelde besluitvorming - Communicatie - Zelfredzaamheid/zelfmanagement
11. Preventie - screening/vroegdiagnostiek
12. Samenwerking - Organisatie van zorg rondom de praktijk - Substitutie - Verwijzing - Spoedzorg

De door de adviesgroepleden voorbereide top-20 per thema werd tijdens de prioriteringsbijeenkomst op 10 oktober 2017 verder geprioriteerd. Er waren 65 deelnemers vanuit de stakeholders; inclusief de leden van de adviesgroep en de discussieleiders waren er 79 personen aanwezig. De twintig kennislacunes en -vragen per thema hingen op posters in de zaal. Alle deelnemers konden met stickers hun eigen top-3 per thema aangeven (zie 3.4.5.).

Hieronder staan per thema de hoogst geprioriteerde items (maximaal 10 per thema). De items staan op volgorde van de steun die ze hebben gekregen tijdens de prioriteringsbijeenkomst. Elk item is gebaseerd op één of meerdere kennislacunes of kennisvragen. Gebruik de ID-nummers om in het [online totaalbestand](#) de oorspronkelijke kennislacunes en -vragen met toelichting op te zoeken. Sommige items zijn bij meer dan één thema geprioriteerd. Ook kunnen diverse items over eenzelfde onderwerp gaan. Sommige items zijn niet gevat in gedetailleerde onderzoeksvragen maar zijn wat breder geformuleerd.

4.4.1 ALLEDAAGSE AANDOENINGEN



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat zijn de effecten (genezing, recidief, complicaties) op korte en lange termijn van corticosteroïdinjecties (subacromiaal en intra-articulair) bij patiënten met schouderklachten in de huisartsenpraktijk?	400
Welke interventies zijn effectief bij functionele maagklachten (= bij gastroscopie geen afwijkingen en geen typische refluxklachten aanwezig)?	390
Wat zijn risicofactoren voor complicaties van veelvoorkomende infecties in de eerste lijn?	227
In hoeverre wordt obstipatie veroorzaakt door bekkenbodempromotiek bij volwassenen?	582
Kunnen concrete adviezen over bewegen of een oefenschema zin hebben bij algemene chronische duizeligheid?	551
Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij mannen?	376
Wat is de effectiviteit van de behandeling met tape/brace in vergelijking met een conservatieve behandeling zonder tapebandage of enkelbrace bij patiënten met enkelbandletsel?	343
Wat zijn bruikbare criteria voor het vaststellen van dehydratie bij ouderen boven de 70 jaar?	451
Wat is de effectiviteit van vezels bij de behandeling van obstipatie bij kinderen en volwassenen bij een normaal voedingspatroon?	379
Wat is het effect van (frequent) voorschrijven van antibiotica bij kinderen op de opbouw/rijping van het immuunsysteem (met name specifieke afweerstoffen)?	637



4.4.2 OUDEREN – KWETSBARE PATIËNTEN - MULTIMORBIDITEIT

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe bevorderen we passend medicatiegebruik bij ouderen (met polyfarmacie/multimorbiditeit)?	174
Welke interventies vanuit de huisartsenpraktijk leveren een bijdrage aan functioneren, zelfredzaamheid en behoud van kwaliteit van leven van (kwetsbare) ouderen?	171 755
Wat is het effect van stoppen met cardiovasculaire medicatie bij 80-plussers en in welke opzichten verschilt dit van dat bij jongere patiënten?	99 753
Wat zijn prognostische criteria waarop je beter kunt besluiten de oudere patiënt niet meer in te sturen vanwege een hoog risico op overlijden in het ziekenhuis?	101
Wat is het effect van starten met medicatie voor cardiovasculair risicomanagement bij 80-plussers?	100
Is protocollaire/programmatische ouderenzorg uitgevoerd door de huisartsenpraktijk kosten-effectief?	742
Wat is de effectiviteit van medicamenteuze symptoombestrijding van een delier (dosering (criteria startdosering), wanneer effect te verwachten, duur, veiligheid)?	290
Wat is de doelmatigheid van farmacotherapeutische optimalisatie bij polyfarmacie in de eerste lijn?	102
Welke (oudere) personen hebben baat bij proactieve zorgcoördinatie? Wanneer is 'disease management' nog afdoende en wanneer moet patiëntgerichte zorg worden ingezet?	170
Hoe kan de medische zorg voor de thuiswonende patiënt met multimorbiditeit optimaal persoonsgericht worden ingericht?	146 733 212

4.4.3 SOMATISCH ONVOLDOENDE VERKLAARDE LICHAAMELIJKE KLACHTEN (SOLK)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat zijn voorspellers voor het beloop van SOLK/chronisch worden van SOLK? Wat zijn prognostisch (on)gunstige factoren?	459 764 186
Wat is de effectiviteit van inzet van een praktijkondersteuner-GGZ of psychosomatisch oefen- of fysiotherapeut in de behandeling van patiënten met SOLK?	462
Als gedurende lange tijd geen oorzaak voor klachten worden gevonden is het moeilijk te zeggen of het gaat om SOLK of een (nog) niet ontdekte zeldzame aandoening. Onderzoek naar verschillen/kenmerken van deze twee groepen kan waarschijnlijk bijdragen aan het diagnostisch traject van deze patiëntengroepen.	167
Welke uitleg werkt het best voor patiënten met SOLK?	763
Hoe kan het persisteren van SOLK en aan SOLK gerelateerd zorggebruik proactief worden voorkomen?	757
Wat is de effectiviteit van stepped care-behandeling van patiënten met SOLK in de huisartsenpraktijk?	461
Onderzoek naar het ontstaansmechanisme van SOLK.	186
Onderzoek naar de psychosociale zorg die een huisarts (of praktijkondersteuner) kan leveren bij patiënten met SOLK.	202
Wat is de effectiviteit van geruistelling van patiënten met SOLK in de huisartsenpraktijk?	460
Onderzoek naar preventie van SOLK.	186



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Oncologische nacontroles en nazorg in de huisartsenpraktijk:	185
• Wat zijn optimale controle-termijnen?	695
• Welke controles zijn zinvol bij nacontrole?	723
• Wat zijn lange-termijn effecten van oncologische behandelingen waar de huisarts mogelijk mee te maken krijgt?	115
• Hoe kijken patiënten en huisartsen aan tegen overheveling van nacontroles en nazorg naar de huisartsenpraktijk?	214
• Hoe kan oncologische nacontrole en nazorg het beste worden georganiseerd in de huisartsenpraktijk?	713
	714
Wat is de optimale rol voor de huisarts/eerste lijn, in samenwerking met de tweede lijn, bij a) begeleiding na diagnose, b) tijdens therapie, c) na therapie en d) in de palliatieve fase en hoe effectief is die rol?	225
	6
Wat is de waarde van een algoritme voor vroegdiagnostiek naar prostaatcarcinoom (Prostaat-wijzer 3+DRE) in de huisartsenpraktijk?	372
Wat betekent de verschuiving van voornamelijk reactieve naar af en toe meer pro-actieve zorg bij oncologie-patiënten voor de rol van de huisarts en de huisartsenpraktijk?	116
Onderzoek naar optimale besluitvorming rondom 'personalised oncological treatment': afstemming tussen het effect van behandeling, de belasting door behandeling, het persoonsgebonden doel van behandeling en de persoonlijke context van de patiënt.	213
Oncologie: Hoe kunnen ondersteuning op het gebied van diagnostische besluitvorming voor de huisarts en de bijhorende communicatie met de patiënt worden verbeterd?	226
	115
Wat is de validiteit van het preventieconsult oncologie?	715
Wat is het risico op mammacarcinoom bij gebruik van de levonorgestrelafgevendende spiraal tijdens oestrogeenmonotherapie voor overgangsklachten?	599
Wat is de voorspellende waarde van laboratoriumonderzoek in de eerste lijn voor het diagnosticeren van colorectaalcarcinoom?	573
Is er behoefte bij huisartsen en hun patiënten aan een ondersteunende keuzehulp die helpt bij het bepalen van het wel of niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek naar darmkanker? En hoe zou die ondersteunende tool eruit moeten zien?	74

4.4.5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (GGZ)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
ADHD bij kinderen: is dit een zinvol diagnostisch label? Wat is de (korte en lange termijn) effectiviteit en veiligheid van behandeling (inclusief medicatie)? (Meerdere vragen geclusterd.)	610 788 609 611 608
Slapeloosheid: wat is de effectiviteit van gedragsmatige behandeling?	379
Wat is de effectiviteit van de rol van de praktijkondersteuner-GGZ bij psychische problematiek?	720
Depressie: wat zijn effectieve interventies (speciale aandacht voor kwetsbare groepen)?	756 111
Etiologie, beloop en preventie van, en behandelingsstrategie bij Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK).	186 743
Hoe om te gaan met gedragsproblematiek bij ouderen (inclusief dementie) en wat zijn effectieve interventies?	3 110
Diagnostiek en prognostiek (triage) van psychosociale problemen bij kinderen en jongvolwassenen.	719
Beïnvloeding van factoren die van belang zijn voor het kunnen stoppen met roken.	151



4.4.6 INFECTIEZIEKTEN

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Welke diagnostische hulpmiddelen zijn bruikbaar voor de huisarts om relevante risicogroepen te herkennen bij infecties?	228
Wat zijn risicofactoren voor complicaties van veelvoorkomende infecties in de eerste lijn?	218 227
Infecties: onderzoek naar diagnostische strategieën om risicogroepen te detecteren.	219
Welke interventies kunnen complicaties voorkomen bij symptomatische patiënten met een veelvoorkomende infectie in de eerste lijn?	230
Wat is de effectiviteit van behandeling van blefaritis/blefaroconjunctivitis? Welke aanpak of behandelcombinatie (combinatiemiddelen met verschillende antibiotica) is het meest effectief?	521
Is de aanbevolen behandelduur (10 dagen) en het doseringsschema (4 maal daags 500 mg) het meest effectief bij de behandeling van cellulitis/erysipelas?	531
Welke preventieve maatregelen zijn effectief en haalbaar om relevante infecties bij risicogroepen te voorkomen?	229
Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij mannen?	376
Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij risicogroepen?	375
Wat is de effectiviteit van het selecteren van subgroepen (bijvoorbeeld op basis van uitslag CRP-test en/of klinisch scoresysteem, ziekte-ernst) bij de antibiotische behandeling van een ongecompliceerde faryngotonsillitis met als doel het verminderen van de klachtenduur?	635

4.4.7 E-HEALTH - INNOVATIE/MODERNISERING



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe kunnen e-health innovaties in de eerste lijn geëvalueerd worden op het gebied van veiligheid, toepasbaarheid en kosteneffectiviteit? Waaraan moeten e-health innovaties voldoen?	766
Hoe kan het huisartseninformatiesysteem (HIS)/ICT in de huisartspraktijk bijdragen aan betere/veiligere/doelmatigere/goedkopere zorg? (Bijvoorbeeld door ICT-gebruik in triage, expertsystemen etcetera.)	118 760
Wat is de effectiviteit van nieuwe manieren om leefstijlinterventies te implementeren?	55
Hoe kunnen huisartsen farmacogenetica/farmacogenetische kennis optimaal toepassen? Wat is daarvoor nodig?	200
Zijn thuisbepalingen en telebegeleiding van hartfalen in de thuissituatie uitvoerbaar en effectief in het voorkomen van opnames?	86
Op welke manier kan de huisarts effectief samenwerken in netwerken van zorgverleners?	162
Hoe kan de eigen regie van de patiënt het beste worden vormgegeven als het gaat om het inzien van het eigen dossier, het maken van afspraken en gezamenlijke besluitvorming?	147
Hoe effectief zijn e-health toepassingen in de huisartsgeneeskunde, met name bij chronische /GGZ-aandoeningen?	738 747 705 718 152
Wat is de betekenis van zelftesten voor (de kwaliteit van) de huisartsenzorg?	169
Wat is de potentiële rol van e-health ten aanzien van de arts-patiëntrelatie?	161



4.4.8 JEUGD

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Diagnostiek en prognostiek (trage) van psychosociale problemen bij kinderen en jongvolwassenen.	719
Heeft interventie op leefstijl/gedrag bij kinderen met obesitas een gunstig effect op de lange termijn?	585
De effectiviteit en bijwerkingen van medicamenteuze behandeling op de lange termijn op het gedrag van kinderen met ADHD (in de eerste lijn).	609 611
Wat is de werkzaamheid/effectiviteit van inhalatiecorticosteroïden bij kinderen van 1-6 jaar die episodisch expiratoir piepen?	294
Optimale behandelduur van medicamenteuze behandeling van kinderen met ADHD.	610
(Kosten)effectiviteit van bloedonderzoek bij kinderen in de eerste lijn (reduceren over- en onderdiagnostiek). Bijvoorbeeld bij kinderen met moeheid.	42
Hoe kan de huisartsenzorg goed inspelen op het verminderen van achterstanden die jongeren met een chronische aandoening ervaren ten opzichte van hun gezonde leeftijdsgenoten (zorg, school, sport, werk en empowerment)?	48
Onderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid van zorg en ondersteuning voor kinderen en jongeren met psychische/psychiatrische problemen en de samenwerking en overdracht naar gemeentelijke voorzieningen, generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ.	149
Wat is de effectiviteit van psycho-educatie op het gedrag van kinderen met ADHD?	608
Kwaliteit en uitvoerbaarheid van de diagnostiek van ADHD bij kinderen in de huisartsenpraktijk.	607



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe kan de huisarts beter inspelen op preventie van chronische ziekten later in het leven van mensen met lage sociaal-economische status (SES)?	50
Welke rol kan de huisartsenpraktijk spelen bij de leefstijladvisering (bijvoorbeeld over roken en overgewicht) bij patiënten met een andere etnische achtergrond of een lage sociaal-economische status?	183 49
Hoe kan de huisartsenzorg goed inspelen op het verminderen van gezondheidsachterstanden bij mensen met een lagere sociaal-economische status?	47
Onderzoek naar de verandering van de rol van de huisarts. Er wordt meer van de huisarts gevraagd door meer diversiteit van de patiëntenpopulatie: bijvoorbeeld meer migranten met andere zorgvragen, patiënten met lage gezondheidsvaardigheden en meer mensen met complexe zorgvragen.	116
Hoe kan de term positieve gezondheid betekenis krijgen vanuit de huisartsenpraktijk voor mensen met lage sociaal economische status (SES)?	51
De (mogelijke) verschillen tussen mannen en vrouwen in acht nemen in onderzoek (bijvoorbeeld in opzet, analyse) én in de zorg (bijvoorbeeld door specifieke aandacht hiervoor in NHG-Standaarden).	53
Behandeling van diabetes mellitus type 2 bij kwetsbare groepen: lage sociaal-economische status, verminderd cognitief functioneren, chronische psychiatrische patiënten, patiënten met een andere etnische achtergrond en zorgmijders.	182
Waarin verschilt de behandeling van acne bij mensen met een gepigmenteerde huid van mensen met een blanke huid? Dit is van belang vanwege het grotere risico op postinflammatoire hyperpigmentatie (PIH) en keloïdvorming bij mensen met een gepigmenteerde huid.	414
Risicoschatting cardiometabole aandoeningen voor personen van Marokkaanse en Hindoe-staanse afkomst.	310
Wat is de invloed van etnische diversiteit op de aanpak van obesitas?	587

4.4.10 PATIËNT-GEORIËNTEERD (PERSOONSGERICHTE ZORG) - PATIËNTENVOORLICHTING - GEDEELDE BESLUITVORMING - COMMUNICATIE - ZELFREDZAAMHEID/ZELFMANAGEMENT



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Welke interventies vanuit de huisartsenpraktijk dragen bij aan beter behoud van zelfredzaamheid bij ouderen? Hoe geef je als huisarts vorm aan een functiegerichte benadering in plaats van een benadering gericht op optimale klinische uitkomsten?	171
Herkennen, signaleren, diagnostiek van dementie. Onderzoek naar samenwerking tussen ouderenpsycholoog en huisarts met als doel langer thuis wonen en overgang naar verpleeghuis beter laten verlopen.	109 3
E-health ter ondersteuning van de arts-patiëntrelatie (zoals gedeelde besluitvorming, zelfmanagement) en het begeleiden van zelfmonitoring.	730 734 161
Onderzoek naar samenwerking binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten, met als doelen onder meer: effectieve zorg, therapietrouw bevordering, patiëntveiligheid, zelfmanagementondersteuning, samenhangende zorg, goede gegevensuitwisseling.	192
Wetenschappelijke onderbouwing van de relatie tussen persoonlijke continuïteit van zorg en kwaliteit en/of doelmatigheid van zorg.	737
De effectiviteit van de non-specifieke aspecten van het consult (positieve communicatie, goede en continue arts-patiëntrelatie, vertrouwen, empathie)	769
Welke vormen van informatie-uitwisseling tussen huisarts en patiënt en tussen huisarts en andere professionals zijn veilig en effectief?	176
Wat is het effect en de doelmatigheid van groepseducatie in de huisartsgeneeskundige zorg?	765
Implementatie van persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk gericht op samen beslissen. Optimaliseren van gedeelde besluitvorming.	160 186



4.4.11 PREVENTIE - SCREENING/VROEGDIAGNOSTIEK

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe kunnen psychisch kwetsbare groepen beter herkend en behandeld worden door middel van 'low intensity' vroeginterventie?	721
Wat is het effect van stoppen met preventieve cardiovasculaire medicatie bij 80-plussers?	99
Wat is de waarde van een algoritme voor vroegdiagnostiek naar prostaatscarcinoom (Prostaatwijzer 3+DRE) in de huisartsenpraktijk?	372
Hoe kunnen mensen (met een verhoogd risico op chronische aandoeningen) een gezonde leefstijl lang volhouden?	148 55 15
Welke diagnostische hulpmiddelen zijn bruikbaar voor de huisarts om relevante risicogroepen te herkennen bij infecties, en daarmee onder- en overbehandeling te voorkomen?	228
Welke interventies zijn effectief voor de preventie van chronische ziekten (later in het leven) van mensen met lage sociaal-economische status?	50 51 47
Hoe kan persoonsgerichte zorg (met name screening en preventie) worden vormgegeven bij kwetsbare groepen zoals mensen met chronische ziekten, binnen de GGZ en jeugd?	60
Hoe kunnen patiënten met een hoog risico om hartfalen te ontwikkelen of patiënten die al hartfalen hebben ontwikkeld (met verminderde of behouden ejectiefractie), beter worden opgespoord?	85 54
Welke invloed heeft de langzame verschuiving van reactieve zorg naar meer pro-actieve/populatiegerichte zorg op de rol van huisarts/ de huisartspraktijk in het gezondheidszorgsysteem?	116
Hoe kan de huisarts beter getraind worden in de beoordeling van verdachte huidafwijkingen?	123

4.4.12 SAMENWERKING - ORGANISATIE VAN ZORG RONDOM DE PRAKTIJK - SUBSTITUTIE – VERWIJZING - SPOEDZORG



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Hoe kunnen oncologische nacontrole en nazorg het beste worden georganiseerd in de huisartsenpraktijk (inclusief onderzoek naar samenwerking huisartsen en medisch specialisten)?	185 695 723 115 214
Onderzoek naar substitutie van zorg (tweede naar eerste lijn): bij welke zorg is dit zinvol, wat zijn de randvoorwaarden, hoe garanderen we kwaliteit?	113
Onderzoek naar de kwaliteit van de triage bij gebruik van het triage-instrument (Nederlands Triage Systeem; NTS bij spoedzorg).	234 698 62 697
Rol van de ICT in de huisartsenpraktijk. Bijvoorbeeld het ondersteunen van de huisarts bij diagnostiek van zeldzame aandoeningen of frequent voorkomende aandoeningen met aspecifieke presentatie.	118
Wat hebben de huisartsen nodig om de groei van de eerstelijnszorg aan te kunnen (met anderhalvelijnszorg, substitutie, taakherschikking etcetera)?	136
Implementatie van persoonsgerichte zorg in de huisartsenpraktijk gericht op samen beslissen: hoe kan de organisatie voor de huisarts faciliterend zijn voor samen beslissen, gericht op inbedding in het multidisciplinair team, de organisatiekenmerken en de aanwezige rolmodellen?	160
Onderzoek naar samenwerking binnen de eerstelijnszorg en daarbuiten, met als doelen onder meer: effectieve zorg, therapietrouw bevordering, patiëntveiligheid, zelfmanagementondersteuning, samenhangende zorg, goede gegevensuitwisseling.	192
Onderzoek naar het vormgeven van persoonsgerichte zorg (onder andere zelfmanagement en maatwerk voor bepaalde doelgroepen) en het effect van persoonsgerichte zorg op de omvang van de zorgvraag en de daarmee gepaard gaande kosten.	66 191
Hoe kan de data-infrastructuur het beste worden ingericht en ontwikkeld ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek?	731
Onderzoek naar passend medicatiegebruik met aandacht voor optimaliseren samenwerking huisarts-apotheker.	174

4.5 GEPRIORITEERDE ONDERZOEKSVRAGEN PER ICPC-HOOFDSTUK

Volgens de in 3.4 beschreven procedure werden de door de NHG-leden geprioriteerde kennislacunes en -vragen tijdens de prioriteringsbijeenkomst op 10 oktober 2017 verder geprioriteerd. Hieronder worden per ICPC-hoofdstuk de hoogst geprioriteerde items (maximaal 10) gepresenteerd. De items staan op volgorde van de steun die ze hebben gekregen tijdens de prioriteringsbijeenkomst. Elk item is gebaseerd op één of meerdere kennislacunes of kennisvragen. De vermelde ID-nummers kunnen gebruikt worden om in het [online totaalbestand](#) de oorspronkelijke kennislacunes en -vragen met toelichting op te zoeken. Sommige items zijn niet gevat in gedetailleerde onderzoeksvragen maar zijn wat breder geformuleerd. Niet alle ICPC-hoofdstukken komen in onderstaande opsomming terug want de daaronder genoemde items, evenals die in de restgroep, werden door de adviesgroep beoordeeld als ICPC-hoofdstuk overstijgend en behorend tot de bredere thema's (zie 4.4), of kregen onvoldoende prioriteit.



4.5.1 SPIJSVERTERINGSORGANEN (ICPC D)

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is de toegevoegde waarde van de CRP bij patiënten in de huisartsenpraktijk met een vermoeden van diverticulitis voor het aantonen van diverticulitis en wat is de toegevoegde waarde bij de prognostiek?	317
Wat is de effectiviteit van het beleid (medicamenteus en niet-medicamenteus) bij patiënten in de huisartsenpraktijk met een ongecompliceerde diverticulitis ten aanzien van de tijd tot genezing en het ontstaan van complicaties?	320
Wat is de effectiviteit van psychosociale interventies ten aanzien van het gebruik van protonpompremmers bij functionele maagklachten? (Verminderen psychosociale interventies bij functionele maagklachten het gebruik van protonpompremmers?)	390
Hoe herken je bekkenbodempromblematiek bij volwassenen met obstipatie?	582
Wat zijn de langetermijneffecten van effectieve psychologische interventies bij patiënten met prikkelbaredarmsyndroom (PDS)?	256 276
Wat is de effectiviteit van protonpompremmers in het voorkomen van maagcomplicaties bij gebruik van acetylsalicylzuur bij (hoog) risicogroepen?	385
Wat is de (kosten)effectiviteit van diagnostiek voor coeliakie bij kinderen met chronische buikpijn?	337
Wat is de kosteneffectiviteit van een calprotectine-bepaling bij volwassenen en kinderen met chronische buikpijn?	336
Wat is de prognostische waarde van een urineweginfectie bij kinderen ten aanzien van obstipatie als onderliggende oorzaak in de eerste lijn?	577
Wat is het effect van laxantia bij kinderen met functionele buikpijn?	340

4.5.2 OGEN (ICPC F)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is het preventieve effect van lokale antibiotica op het voorkomen van infectieuze complicaties bij cornea erosie, na het verwijderen corpus alienum of een roestring in de eerste lijn?	525
Wat is de effectiviteit van behandeling van blefaritis/blefaroconjunctivitis? Welke aanpak of behandelcombinatie (combinatiemiddelen met verschillende antibiotica) is het meest effectief?	521
Wat is het additieve effect van corticosteroïd oogdruppels bij allergische conjunctivitis wanneer antihistaminicum druppels onvoldoende helpen?	523
Wat is de diagnostische waarde van de confrontatiemethode volgens Donders en de Amslerkaart?	646 647



4.5.3 OREN (ICPC H)

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is de effectiviteit van trommelveesbuisjes bij recidiverende otitis media acuta?	437
Wat is de effectiviteit van antibiotica bij otitis media acuta bij volwassenen?	824
Wat is de effectiviteit en veiligheid van lidocaïne-oordruppels versus NSAID-druppels als 'add-on' therapie bij analgetica bij oorpijn door otitis media acuta?	433
Is bij een otitis externa die ondanks lokale behandeling > 3 weken persisteert een kweek zinvol voor beleid ten opzichte van blind behandelen?	499



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is zinvolle cardiovasculaire zorg bij de oudste ouderen? (Meerdere vragen geclusterd.)	99 100 753 92 442 464 741
Wat is het effect van behandeling van personen < 50 jaar met risicofactoren voor hart- en vaatziekten, en met een risicoscore onder de behandelgrens?	336 733
Wat is de rol van persoonsgerichte zorg en nieuwe biomarkers voor hartvaatziekten in de eerste lijn?	56
Hoe kan de diagnostiek van acuut coronair syndroom/pijn op de borst in de eerste lijn verbeterd worden?	89
Hoe kunnen hart- en vaatziekten, inclusief hartfalen, coronair lijden, atriumfibrilleren, veneuze trombose, longembolie en beroerte eerder herkend worden? (Meerdere vragen geclusterd.)	52 85 89 56 54 97 440
Hoe kan transmurale cardiovasculaire zorg optimaal georganiseerd worden?	222 92
Welke methoden voor leefstijladvisering zijn effectief en hoe kunnen deze geïmplementeerd worden in de huisartsenpraktijk?	55 364
Hoe kan bewegetherapie bij chronische ziekten in de eerste lijn geïmplementeerd worden?	235
Hoe kunnen cardiovasculaire richtlijnen beter geïmplementeerd worden?	59

4.5.5 BEWEGINGSAPPARAAT (ICPC L)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat zijn de effecten (genezing, recidief, complicaties) op de korte en lange termijn van corticosteroïdinjecties (subacromiaal en intra-articulair) in de schouder bij patiënten met schouderklachten in de huisartspraktijk?	400 782
Wat is de invloed van vroegdiagnostiek (+ beeldvorming) bij het lumbaal radiculair syndroom (beloop)?	622 509
In welke gevallen van schouderklachten is het zinvol lichamelijk onderzoek en beeldvormend onderzoek te doen?	404 485
Wat is de optimale behandelduur (5 jaar of langer) met bisfosfonaten bij patiënten met een sterk verhoogd fractuurrisico?	359
Herkenning en behandeling van jicht: hoe kan het beter?	103 332
Wat zijn optimale start- en afbouwdoseringen voor corticosteroïden bij polymyalgia rheumatica?	104
Wat zijn prognostische factoren bij patiënten met enkelbandletsel?	342
Wat is de bijdrage van verwijzing (specialistisch handelen) aan het herstel van schouderklachten? Is er een rol voor de gespecialiseerde kaderarts?	409
Wat is de effectiviteit van gangbare behandeling bij artrose van de hand?	313
Wat is de effectiviteit van chirurgische of conservatieve behandeling bij patiënten met een meniscusletsel na trauma gepresenteerd in de huisartsenpraktijk?	362



4.5.6 ZENUWSTELSEL (ICPC N)

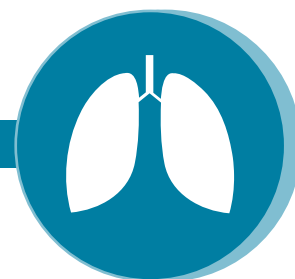
Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat zijn risicofactoren voor intracranieel letsel bij hoofdtrauma in de huisartsenpraktijk?	612
Wat is een effectieve behandeling van frequente spanningshoofdpijn bij jongvolwassenen?	269
Wat is de diagnostische accuratesse van anamnese en lichamelijk onderzoek bij draaiduizeligheid?	549 554
Wat zijn zinvolle verwijzingscriteria (inclusief prodromale verschijnselen) voor de ziekte van Parkinson/Parkinsonisme?	127
Kunnen concrete adviezen over bewegen of een oefenschema zin hebben bij algemene chronische duizeligheid?	551
Ontwikkeling van een diagnostisch algoritme bij de contactreden tremor.	684 685
Wat is de effectiviteit van behandeling van medicatieovergebruikshoofdpijn (MOH) door de huisarts?	272

4.5.7 PSYCHISCHE PROBLEMEN (ICPC P)

Zie paragraaf 3.4.6. Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

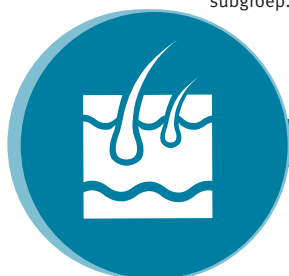
4.5.8 LUCHTWEGEN (ICPC R)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is de effectiviteit van het selecteren van subgroepen (bijvoorbeeld op basis van uitslag CRP-test en/of klinisch scoresysteem, ziekte-ernst) bij de behandeling met antibiotica bij ongecompliceerde luchtweginfecties met als doel het verminderen van klachtduur en verminderen van het risico op complicaties?	635 633
Wat is de diagnostische waarde van CRP bij lage luchtweginfecties bij kinderen?*	803
Wat is de waarde van de saturatiemeter in de besluitvorming insturen/verwijzen versus thuis behandelen?*	807
Wat is de werkzaamheid/effectiviteit van inhalatiecorticosteroïden bij kinderen van 1-6 jaar die episodisch expiratoir piepen?	294
Wat is de effectiviteit van beweegtherapie bij chronische ziekten in de eerste lijn?	235
Wat is de waarde van symptomatische behandeling van acuut hoesten (anticholinergica/anti-hoestmiddelen)?*	808 806
Wat is de beste strategie bij medicatieopbouw en -afbouw bij astma (stappenplan; stap 1-2 en 2-3)? Is deze strategie anders bij verschillende subgroepen van eerstelijns patiënten (phenotypering)?	13
Wat is de effectiviteit van hoge dosis steroïden (nasules/intramusculair/oraal) bij (allergische) rhinitis?	497
Welke COPD-patiënten hebben baat bij LAMA/LABA of een combinatie hiervan?	71
In hoeverre is moeheid een (in)direct gevolg van medicatie bij patiënten met longklachten? Kan moeheid worden meegenomen als uitkomstmaat bij onderzoek?	70 729

* Deze lacunes zijn afkomstig uit de standaard Acuut hoesten 2013 en zijn tijdens de prioriteringsbijeenkomst uitgedeeld in de subgroep. De lacunes zijn niet voorgeprioriteerd door NHG-leden.

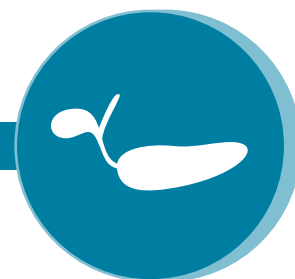


4.5.9 HUID EN SUBCUTIS (ICPC S)

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Zijn moderne wondbedekkers beter dan klassieke methoden (Engels pluksel met indifferente zalf)? Kan er op basis van betere onderbouwing een keuzetabel gemaakt worden?	421
Welke interventie verbetert de diagnostiek van verdachte huidafwijkingen door de huisarts?	123
Wat is de plaats van lokale antimycotica bij onychomycose?	568
Kan zelfmanagement van (constitutioneel) eczeem verbeterd worden door duidelijke interventies + indicaties te formuleren?	275
Zijn de aanbevolen behandelduur (10 dagen) en het doseringsschema (4 maal daags 500 mg) het meest effectief bij de behandeling van cellulitis/erysipelas?	531
Is er een verschil in behandeling van acne bij blanke versus gepigmenteerde huid? Welke behandeling is bij wie optimaal?	414
Zijn nieuwe (dubbellaags) compressiekoussystemen bij patiënten met een ulcus cruris venosum effectiever dan korte-rekzwachtels?	422
Wat is de effectiviteit van steroïden/indifferente middelen bij luieruitslag?	681 682
Wat is de effectiviteit van een dubbele dosering antihistaminica bij urticaria?	691
Is onychomycose/tinea pedis een risicofactor bij diabetes voor ulcera/amputatie?	566

4.5.10 ENDOCRIENE KLIEREN/VOEDING/METABOLISME (ICPC T)



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Diagnostiek, gevolgen en behandeling van subklinische hypothyreoïdie.	141 244
Behandeling van diabetes mellitus type 2 bij kwetsbare groepen: lage sociaal-economische status, verminderd cognitief functioneren, chronische psychiatrische patiënten, patiënten met een andere etnische achtergrond en zorgmijders.	182
Wat is het effect van slaapgebrek en stress op het ontstaan van hart- en vaatziekten en diabetes mellitus?	184
Wat zijn de effecten op lange termijn van eerstelijns leefstijlinterventies voor mensen met overgewicht/obesitas?	46 15
Heeft interventie op leefstijl/gedrag bij kinderen met obesitas een gunstig effect op de lange termijn?	585
Hoe moeten we zorgstraten zoals diabetes mellitus type 2 en cardiovasculair risicomanagement optimaal inrichten (samengaan protocollaire zorg door de verpleegkundige en integrale zorg door de huisarts, het voorkomen van afname van kennis van de huisarts op deze onderwerpen)?	222 211 233
Behandeling van diabetes mellitus type 2 bij ouderen (onder andere voorkomen overbehandeling).	18 208
Is screenen op vitamine-B12-deficiëntie zinvol bij patiënten met diabetes mellitus type 2 die metformine gebruiken?	232 209 286
Wat zijn de gevolgen van restklachten (onder andere vermoeidheid, depressie, concentratieverlies) bij schildklierpatiënten voor hun kwaliteit van leven?	140
Wat is de effectiviteit van zelfmanagement bij patiënten met diabetes mellitus type 2?	210



4.5.11 URINEWEGEN (ICPC U)

Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is de waarde van een algoritme voor vroegdiagnostiek naar prostaatacarcinoom (Prostaat-wijzer 3+DRE) in de huisartsenpraktijk?	372
Wat is het spontane beloop bij een urineweginfectie bij ouderen?	373
Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij risicogroepen?	375 376
Wat is de meest effectieve antibiotische behandeling en behandelduur van een cystitis bij kinderen?	377
Wat zijn effectieve conservatieve behandelingen voor bekkenbodemp Problemen (zoals prolaps en incontinentie) bij mannen en vrouwen?	628 716
Wat is de effectiviteit en veiligheid van de verschillende pijnstillers (NSAID's en opioïden) bij patiënten met hevige koliepijn bij urinesteenlijden?	625



Resultaat prioritering

Onderzoeksvraag / lacune	ID
Wat is de effectiviteit van verschillende behandelingen voor hevig menstrueel bloedverlies bij vrouwen (zowel bij jonge meisjes als perimenopauzaal)?	82
Wat is de effectiviteit op de langere termijn (> 6 maanden) en wat zijn bijwerkingen van vaginaal toegediende oestrogenen bij de behandeling van klachten van urogenitale atrofie?	598
Wat is de indicatie voor testosteronbepaling bij mannen met seksuele klachten (erectiele disfunctie, zin- en opwindingsstoornissen)?	648
Wat is de plaats van point-of-care testen in de huisartsenpraktijk en door de patiënt zelf voor chlamydia en hiv?*	802
Wat is de meest effectieve manier van stoppen met hormoontherapie bij vrouwen met vasomotorische symptomen tijdens de overgang?	600
Wat zijn succesfactoren en barrières voor effectieve partnerwaarschuwing in de huisartsenpraktijk?*	797
Wat is de effectiviteit van orale versus vaginale behandeling met metronidazol van bacteriële vaginose?	475
Wat is de effectiviteit van een hertest na een jaar bij patiënten met een positieve chlamydia test met betrekking tot complicaties en recidieven?*	800
Wat is de effectiviteit van behandeling(en) door de huisarts voor oppervlakkige dyspareunie?	650

* Deze lacunes zijn afkomstig uit de NHG-Standaard Het soa-consult 2013 en zijn tijdens de prioriteringsbijeenkomst uitgedeeld in de subgroep. De lacunes zijn niet voorgeprioriteerd door NHG-leden.

5. BESCHOUWING



5.1 HET PROCES EN DE RESULTATEN

De volgende stappen zijn genomen om te komen tot de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde:

1. Inventariseren van kennislacunes die zijn geformuleerd in het kader van het NHG-Standaardenbeleid.
2. Enquêteren van belangrijke stakeholders voor huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: de beroepsgroep huisartsen, onderzoekers, eerste- en tweedelijns samenwerkingspartners, Patiëntenfederatie Nederland, voor de huisartsgeneeskundige zorg relevante overheidsorganen, en (mogelijke) financiers van huisartsgeneeskundig onderzoek.
3. Ordening van geïnventariseerde kennislacunes en -vragen aan de hand van voor de huisartsgeneeskunde belangrijke algemene dimensies en actuele thema's.
4. Voorprioritering van de volgens de ICPC geordende kennislacunes en -vragen en weging van de actuele thema's via een websurvey met behulp van een steekproef van huisartsen (NHG-leden).
5. Nadere prioritering van de ICPC-hoofdstukken en de ICPC-hoofdstukoverstijgende onderwerpen op een bijeenkomst met deelnemers vanuit de diverse stakeholders.
6. Verwerking, eindprioritering en conceptrapportage van alle input door de Adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde.
7. Becomentariëring van de conceptrapportage door het IOH-R en de staf van het NHG.
8. Afronding rapportage door de adviesgroep.
9. Vaststelling van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde door het NHG-bestuur.

Deze stappen resulteerden in 787 verzamelde kennislacunes en -vragen. Ze zijn over het algemeen sterk praktijkgericht, maar reflecteren tegelijkertijd de belangrijke kernwaarden van de huisartsgeneeskunde, zoals de persoonsgerichte en geïntegreerde benadering, en continuïteit van zorg. De kennislacunes en -vragen zijn geprioriteerd naar thema's (ICPC-hoofdstukoverstijgende onderwerpen) en ICPC-hoofdstuk. De aldus verkregen tabellen vormen gezamenlijk de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Daarbij is een maximum van tien kennislacunes en -vragen per tabel gehanteerd. Soms is het aantal kleiner vanwege de hoeveelheid ingediende vragen en de inhoudelijke weging ervan.

5.2 DE NATIONALE ONDERZOEKSAGENDA HUISARTSGENEESKUNDE IN CONTEXT

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde staat niet op zichzelf, maar past in een brede nationale en internationale ontwikkeling. Zoals de ‘Nationale Wetenschapsagenda’ (2015), de ‘Onderzoeksagenda naar sustainable health’ (NFU 2016), en – meer gericht op preventie en zorg – ‘Onderzoek waarvan je beter wordt; een heroriëntatie op umc-onderzoek’ (Gezondheidsraad 2016). Daarnaast zijn er kennisagenda’s van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten. Ook onderzoeksfinanciers zijn bezig met beleid rond kennisagenda’s (bijvoorbeeld ZonMw) of stellen zelf onderzoeksagenda’s op (bijvoorbeeld de Hartstichting). Op huisartsgeneeskundig gebied heeft het IOH in 1994 samen met de KNAW een overzicht gegeven van de onderzoekszwaartepunten van de Nederlandse afdelingen huisartsgeneeskunde (Lamberts et al, 1994). In 2001 is er een inventarisatie gemaakt van lacunes uit NHG-Standaarden (Tasche 2001) en in 2009 is de Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Healthcare in Europe gepubliceerd, voorbereid door het European General Practice Research Network (EGPRN). Deze is mede gericht op de kerncompetenties van het huisartsenvak, zoals gedefinieerd door de WONCA (Hummers-Pradier 2009, Knottnerus 2010).

De toegevoegde waarde van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde ligt vooral in het nauwgezet benutten van gericht geformuleerde kennislacunes en -vragen die van belang zijn voor de dagelijkse praktijk, en het aanreiken van bredere onderzoeksonderwerpen die voor de toekomst van huisartsgeneeskunde van belang zijn. Daarbij hebben naast huisartsen ook anderen, inclusief patiënten, in alle fasen van het proces inbreng gehad. Van belang is nu dat hierop goed ingespeeld wordt door onderzoeksfinanciers, het wetenschappelijk veld, het beleid, en belangrijke maatschappelijke stakeholders zoals patiëntenorganisaties. Daarvoor zijn in paragraaf 2.3 handvatten aangereikt.

5.3 METHODOLOGISCHE KANTTEKENINGEN

De gevolgde aanpak garandeert een brede input die niet beperkt is tot wat vanuit de wetenschap zelf als relevant wordt aangedragen. Juist een agenda die moet inspelen op wat voor praktijk en samenleving van belang is, vraagt een brede aanpak met ruimte voor de perspectieven van het praktiserende veld, de patiënt, het beleid en de financiers. Die diversiteit is ook terug te vinden in de wijze waarop de onderwerpen beschreven zijn: soms waren deze heel specifiek, soms breder geformuleerd. De nadere uitwerking van de vraagstelling en van de methodologische aspecten is aan de onderzoekers.

De systematische aanpak met de diverse stappen vanaf de eerste input tot en met de uiteindelijke agenda was ook van belang om subjectiviteit tegen te gaan. De eindverantwoordelijkheid berustte bij de breed samengestelde adviesgroep, die overzicht had over het geheel van input en commentaren, en het bestuur van het NHG.

Op het eerste gezicht kan het ingewikkeld lijken dat de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde verschillende ingangen kent. Dit verhoogt naar de overtuiging van de adviesgroep echter de toepasbaarheid ervan voor de diverse doelgroepen. Voor sommigen zal namelijk vooral de ordening naar ICPC-hoofdstuk bruikbaar zijn, terwijl anderen juist meer zullen uitgaan van bredere volksgezondheids- en maatschappelijke thema’s.

Aandachtsgebieden waarop weinig onderzoeksvragen zijn ingebracht én die laag scoorden in de huisartsensurvey zijn niet als zelfstandige thema’s geprioriteerd. Dat neemt niet weg dat het om belangrijke onderwerpen gaat, zoals zeldzame ziekten, seksuele klachten, palliatieve zorg, arbeid en implementatieonderzoek. Al deze onderwerpen zijn in de prioritering meegenomen en beschikbaar in het [online totaalbestand](#) van kennislacunes en -vragen.

De hoog scorende kennislacunes en -vragen worden in brede kring van groot belang geacht. Zij bieden veel mogelijkheden voor relevant onderzoek, ook in multidisciplinair verband. Daarmee is niet gezegd dat onderwerpen die lager scoorden of niet zijn ingebracht, niet voor onderzoek in aanmerking kunnen komen. Voortschrijdende kennis kan een onderwerp immers sterker of nieuw op de kaart zetten. Ook in deze zin kan de onderzoeksagenda helpen, bijvoorbeeld door in een voorstel zulke ontwikkelingen expliciet aan te geven.

Een beperking ligt in de peildatum voor NHG-Standaarden waarvoor kennislacunes opgesteld zijn (september 2016, zie bijlage 4). Dit is deels opgevangen door deskundigen te bevragen. Tegelijkertijd laat dit zien dat de praktijkgerelateerde behoefte aan kennis zich continu ontwikkelt. Die zich steeds ontwikkelende kennisbehoefte zal aandacht blijven vragen over de volle breedte van het vak, ook wat betreft de randvoorwaarden om dat vak ook in de toekomst optimaal te kunnen uitoefenen.

Een andere beperking is de respons van 13,6% bij de prioritering door de steekproef van NHG-leden. Een dergelijk percentage is echter gebruikelijk bij (e-mail)surveys onder huisartsen, die immers druk belast zijn en zeer weinig tijd hebben voor extra activiteiten. Bovendien is het absolute aantal huisartsen dat uiteindelijk heeft gereageerd substantieel ($n=232$), en is het meedenken van huisartsen die voor onderzoek extra gemotiveerd zijn buitengewoon waardevol voor de ontwikkeling van een onderzoeksagenda.

De adviesgroep heeft zich afgevraagd of de kennislacunes uit de (evidence-based) NHG-Standaarden nog aangevuld zouden moeten worden met aanbevelingen voor onderzoek in Cochrane-reviews die voor de eerste lijn relevant zijn. Er is besloten dit niet te doen. In de eerste plaats omdat veel aanbevelingen uit Cochrane-reviews al in de NHG-kennislacunes verwerkt zijn. Ten tweede omdat nu prioriteit is gegeven aan aanvulling van de kennislacunes uit de NHG-Standaarden met vragen vanuit het geconsulteerde veld, ook omdat over veel onderwerpen (nog) geen Cochrane-reviews en NHG-Standaarden bestaan. Daarnaast is het de taak van de onderzoekers om te zijner tijd, als een onderzoek start, de meest recente (versies van) Cochrane-reviews op dat terrein te raadplegen en de daarin genoemde actuele onderzoeksaanbevelingen mee te nemen.

5.4 IMPLEMENTATIETRAJECT

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde is meer dan een overzicht van onderzoeksonderwerpen. Het is vooral een agenderende interventie ten behoeve van relevant en goed onderzoek dat verschil kan maken voor de praktijk, de gezondheidszorg en de gezondheid van patiënten. Die interventie moet uitgedragen en geïmplementeerd worden. Daarom beveelt de Adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde het bestuur van het NHG en het IOH-R aan om op korte termijn een implementatieplan te maken en in gang te zetten. Daarbij hoort in elk geval overleg met de voor deze implementatie relevante stakeholders. Het is van bijzonder belang om in overleg met onderzoeksfondsen, onderzoeksinstituten en de overheid na te gaan hoe de financiële en procesmatige randvoorwaarden voor huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek geoptimaliseerd kunnen worden. Een essentiële randvoorwaarde is ook dat de academische waardering van het toegepaste huisartsgeneeskundige onderzoek niet onderdoet voor de waardering van puur wetenschapsgedreven onderzoek.

Een laatste belangrijke voorwaarde voor implementatie is ruime bekendheid van de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde bij alle beoogde doelgroepen. De adviesgroep adviseert daarom een daarop gericht communicatietraject te ontwikkelen.

5.5 NAAR EEN LEVENDE ONDERZOEKSAGENDA

De onderwerpen en vragen in de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde verdienen nadrukkelijk nader onderzoek. Maar de ontwikkelingen in de wetenschap, de gezondheidszorg en de samenleving schrijden voort. Ook verschijnen er voortdurend nieuwe NHG-Standaarden en herzieningen van NHG-Standaarden die nieuwe kennislacunes opleveren. Het is daarom wenselijk dat de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde zich ontwikkelt als een breed gedragen, levend document. Een levend document dat een continue bron is van relevante onderzoeksvragen en inspiratie voor onderzoekers en onderzoeksorganisaties, en dat voortdurend weer wordt aangevuld met nieuwe input vanuit wetenschap, praktijk en samenleving.

BIJLAGE 1. SAMENSTELLING ADVIESGROEP

De adviesgroep bestond uit:

- **De heer prof.dr. J.A. Knottnerus (André)** – Voorzitter van de Adviesgroep. Tot april 2017 voorzitter van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Vakgroep huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht.
- **De heer dr. F. Dekker (Frans)** – huisarts te Purmerend, lid NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO).
- **Mevrouw dr. F.P. Hohmann (Femke)** – huisarts te Rotterdam, lid NHG-Verenigingsraad.
- **Mevrouw D. Leereveld MSc (Dieuwke)** – adviseur Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.
- **Mevrouw dr. S.A. Ligthart (Suzanne)** – voormalig arts in opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho) en lid landelijke organisatie van aspirant huisartsen (LOVAH) tot juli 2016. Vanaf augustus 2016 huisarts te Amersfoort en vanaf oktober 2016 postdoc AMC-afdeling huisartsgeneeskunde.
- **De heer drs. J.A. Mulder (Jan-Willem)** – beleidsmedewerker Patiëntenfederatie Nederland.
- **De heer prof.dr. G.E.H.M. Rutten (Guy)** – huisarts te Beuningen (tot 2014), Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, afdeling Huisartsgeneeskunde, lid werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R).
- **De heer dr. J.C. van der Wouden (Hans)** – socioloog/epidemioloog, afd. huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde VUmc, Amsterdam Public Health research institute, lid werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R).
- **Mevrouw drs. J.A.M. van Balen (Jacintha)** – huisarts te Nieuwegein, teamleider afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG, projectleider Adviesgroep.
- **Mevrouw dr. D.G. Keuken (Debby)** – wetenschappelijk medewerker NHG, secretaris van de Adviesgroep (tot april 2017).
- **Mevrouw drs. J. Wittenberg (Jolanda)** – wetenschappelijk medewerker NHG, secretaris van de Adviesgroep (vanaf april 2017).

De adviesgroep werd ondersteund door:

- De heer prof. dr. J.S. Burgers (Jako) - hoofd afdeling richtlijnontwikkeling en wetenschap NHG (tot januari 2018), strategisch medisch adviseur NHG (vanaf januari 2018).
- Mevrouw M. van der Zwan (Mirjam) – secretaresse NHG (tot oktober 2016).
- Mevrouw A.P. Wittebol (Anita) – management assistente NHG (vanaf oktober 2016).

Zie voor de belangenverklaringen van de adviesgroepleden www.nhg.org.

BIJLAGE 2. OVERZICHT BENADERDE STAKEHOLDERS VOOR INVENTARISATIE

NHG en aan NHG(-leden) gelieerd	
NHG-Adviesraad Standaarden Afd. R&W	
NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek (CWO)	*
NHG Verenigingsraad	*
NHG-Expertgroepen:	
BOHAG	
CAHAG	*
DiHAG	*
ugynHAG	
HartVaathAG	
Het Beweegkader	
PalHAG	
seksHAG	*
Laego	
PsyHAG	
Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)	
Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde – werkgroep research	
UMCU	*
UMCG	*
MUMC+	*
LUMC	*
AMC	*
Erasmus MC	*
Radboudumc	*
VUmc	*
AIOTHO's via LOVAH	
Eerstelijns samenwerkingspartners	
Federatie Medisch Coördinerende Centra (FMCC)	
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	
InEen	
Landelijke Vereniging van Praktijkhoudende Huisartsen (VPH)	
Onderzoeksinstellingen	
IQ Healthcare	*
NIVEL	*
RIVM	*
Tranzo	
Trimbos-instituut	*
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)	

* heeft gereageerd en kennislacunes of -vragen aangeleverd.

** heeft gereageerd maar geen kennislacunes of -vragen aangeleverd.

Overheid	
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)	*
De Gezondheidsraad	**
Zorginstituut Nederland (ZiN) (voorheen Kwaliteitsinstituut)	
Fondsen	
ZonMw	
Fonds Nuts Ohra (NFO)	*
SGF	*
Aidsfonds	
Alzheimer Stichting Nederland	*
Diabetes Fonds	*
Epilepsiefonds	
Fonds Psychische Gezondheid	
Fonds verstandelijk gehandicapten	*
Hartstichting	*
Hart- en Vaatgroep	
Hersenstichting	
Johanna Kinderfonds	
KWF Kankerbestrijding	
Longfonds	*
Maag Lever Darm Stichting	*
Nederlandse Brandwonden Stichting	
Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting (NCFS)	
Nierstichting	
Prinses Beatrix Spierfonds	
Reumafonds	*
Revalidatiefonds	**
Stichting MS Research	
Innovatiefonds Zorgverzekeraars	**
Wetenschappelijke verenigingen van belangrijke eerstelijns samenwerkingspartners van de huisarts	
Fysiotherapeuten (KNGF)	*
Diëtisten (NVD)	
Verloskundigen (KNOV)	
Apothekers (KNMP)	
Psychologen (NIP)	*
Verpleegkundigen (V&VN)	
Bedrijfsartsen (NVAB)	
Ouderengeneeskunde (Verenso)	*
Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging Voor Seksuologie (NVVS)	*

* heeft gereageerd en kennislacunes of -vragen aangeleverd.

** heeft gereageerd maar geen kennislacunes of -vragen aangeleverd.

Wetenschappelijke verenigingen van belangrijkste specialistische samenwerkingspartners huisarts	
Cardiologie (NVVC)	*
Dermatologie en Venereologie (NVDV)	*
Interne Geneeskunde (NIV)	
Kindergeneeskunde (NVK)	*
Klinische Geriatrie (NVKG)	*
Longziekten en tuberculose (NVALT)	
Maag, Darm en Lever (NVMDL)	
Medische Microbiologie (NVMM)	
Neurologie (NVN)	**
Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)	
Psychiatrie (NVvP)	
Reumatologie (NVR)	*
Urologie (NVU)	
Klinische Chemie (NVKC)	*
Andere relevante stakeholders	
Patiëntenfederatie Nederland (voorheen NPCF)	*
NPV Zorg	*
Zorgverzekeraars Nederland	
Vilans	*
Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP)	*
Diabetes Vereniging Nederland	*
Parkinson vereniging	*
Schildklier Organisatie Nederland	*
Borstkanker Vereniging Nederland (BVN)	*
Nederlandse Vereniging van Hemofilie Patiënten (NVHP)	*
Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten	**
Unie KBO (namens meerdere ouderenbonden)	*
Jan van Es Instituut	*
Stichting Hoormij	

* heeft gereageerd en kennislacunes of -vragen aangeleverd.

** heeft gereageerd maar geen kennislacunes of -vragen aangeleverd.

BIJLAGE 3. BEGRIPPEN EN DEFINITIES

Huisartsgeneeskundig onderzoek: onderzoek naar onderwerpen die relevant zijn voor zorgverlening door de huisarts, al dan niet in samenwerking met andere zorgverleners. Het huisartsgeneeskundig onderzoek omvat onderzoek naar de voor de patiëntenzorg relevante somatische, psychische, sociale en maatschappelijke aspecten, onderzoek naar de organisatie van huisartsenzorg, en onderzoek naar het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Het onderzoek wordt uitgevoerd ter bevordering van het welzijn van de patiënt.

Kennislacune: actueel kennishiaat, bijvoorbeeld uit NHG-Standaarden.

Kennisvraag: mogelijk onderzoeksonderwerp van belang voor de toekomst van de huisartsenzorg.

Thema: ICPC-hoofdstukoverstijgende onderwerpen; breed aandachtsgebied dat meerdere lacunes/vragen omvat.

BIJLAGE 4. BRONNEN INVENTARISATIE KENNISLACUNES UIT NHG-STANDAARDEN, NHG-BEHANDEL- RICHTLIJNEN EN NHG-STANDPUNTEN

A. Algemeen

- Het PreventieConsult module Cardiometabool risico - 2011
- Onderzoek pasgeborene - 2001
- Pijn - 2016
- Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK) - 2013
- Voedselovergevoeligheid - 2010

B. Bloed

- Anemie 2014

D. Spijsverteringsorganen

- Acute diarree - 2014
- Buikpijn bij kinderen - 2012
- Diverticulitis - 2011
- Maagklachten - 2013
- Obstipatie - 2010
- Prikkelbaredarmsyndroom (PDS) - 2012
- Rectaal bloedverlies - 2009*
- Virushepatitis en andere leveraandoeningen - 2016

F. Ogen

- Het rode oog - 2006
- Visusklachten - 2015

H. Oren

- Otitis externa - 2014
- Otitis media acuta bij kinderen - 2014
- Otitis media met effusie bij kinderen - 2014
- Slechthorendheid - 2014

K. Hart-vaatstelsel

- Acuut coronair syndroom - 2012
- Atriumfibrilleren - 2013
- Beroerte - 2013
- Cardiovasculair risicomanagement - 2012
- Diepe veneuze trombose en longembolie - 2015
- Hartfalen - 2010
- Perifeer arterieel vaatlijden - 2014

* Inmiddels zijn er nieuwe kennislacunes beschikbaar (door herziening standaard na september 2016), zie hiervoor de link kennislacunes en onderzoek naast de standaard op www.nhg.org/nhg-standaarden.

L. Bewegingsapparaat

- Artritis - 2009*
- Aspecifieke lagerugpijn - 2005*
- Enkelbandletsel - 2012
- Fractuurpreventie - 2012
- Hand- en polsklachten - 2010
- Lumbosacraal radiculair syndroom - 2015
- Niet-traumatische knieklachten - 2016
- Schouderklachten - 2008
- Traumatische knieproblemen - 2010

N. Zenuwstelsel

- Duizeligheid - 2002*
- Hoofdtrauma - 2015
- Hoofdpijn - 2014
- Perifere aangeziichtsverlamming - 2010
- Ziekte van Parkinson - 2011

P. Psychische problemen

- ADHD bij kinderen – 2014
- Angst - 2012
- Delier - 2014
- Dementie - 2012
- Depressie - 2012
- Problematisch alcoholgebruik - 2014
- Slaapproblemen en slaapmiddelen - 2014
- Stoppen met roken - 2011

R. Luchtwegen

- Acute keelpijn - 2015
- Acute rhinosinusitis - 2014
- Acuut hoesten - 2013**
- Allergische en niet-allergische rhinitis - 2006
- Astma bij kinderen - 2014
- COPD - 2015

S. Huid en subcutis

- Acne - 2007*
- Bacteriële huidinfecties - 2007*
- Decubitus - 2015
- Dermatomycosen - 2008
- Eczeem - 2014
- Lichen sclerosus - 2012
- Psoriasis - 2014
- Ulcus cruris venosum - 2010

T. Endocriene klieren/voeding/metabolisme

- Diabetes mellitus type 2 - 2013
- Obesitas - 2010
- Schildklierandoeningen - 2013

* Inmiddels zijn er nieuwe kennislacunes beschikbaar (door herziening standaard na september 2016), zie hiervoor de link kennislacunes en onderzoek naast de standaard op www.nhg.org/nhg-standaarden.

** Deze kennislacunes waren nog niet beschikbaar tijdens de inventarisatie (september 2016) maar zijn uitgedeeld tijdens de prioriteringsbijeenkomst op 10 oktober 2017. De lacunes zijn niet voorgeprioriteerd door NHG-leden.

U. Urinewegen

- Incontinentie voor urine bij vrouwen - 2015
- Mictieklachten bij mannen - 2012
- Urinesteenlijden - 2015
- Urineweginfecties - 2013

WXY. Zwangerschap/Anticonceptie/Geslachtsorganen man en vrouw

- Amenorroe - 2007
- Anticonceptie - 2011
- De overgang - 2012
- Fluor vaginalis - 2005
- Het SOA-consult – 2013**
- Miskraam - 2004*
- Pelvic inflammatory disease - 2005
- Preventie en vroegdiagnosiek cervixcarcinoom - 2012
- Seksuele klachten - 2015
- Subfertiliteit - 2010
- Zwangerschap en kraamperiode - 2012

NHG-Behandelrichtlijnen

- Brandwonden - 2016
- Dermatitis perioralis - 2016
- Herpes labialis - 2008
- Menstruatie uitstel - 2016
- Misselijkheid en braken door gastro-enteritis - 2016
- Mollusca contagiosa - 2016
- Scabiës - 2008
- Essentiele tremor - 2008
- Luieruitslag - 2008
- Pruritis ani - 2009
- Urticaria - 2008

NHG-Standpunten en Toekomstvisie

- NHG/LHV-Standpunt Geestelijke gezondheidszorg in de huisartsenzorg (2015)
- NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk (2014)
- NHG-Standpunt Huisarts en spoedzorg (2013)
- NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg (2009)
- Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (2012)

In september 2016 waren er geen kennislacunes beschikbaar voor de volgende NHG-Standaarden:

- Kinderen met koorts - 2008* (ICPC A)
- Varices - 2009 (ICPC K)
- Stabiele angina pectoris - 2004 (ICPC K)
- Epicondylitis - 2009 (ICPC L)
- Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis - 2010 (ICPC L)
- Enuresis nocturna - 2006 (ICPC P)
- Astma bij volwassenen - 2015 (ICPC R)
- Borstkanker - 2016* (ICPC WXY)
- Preconceptiezorg - 2011 (ICPC WXY)
- Vaginaal bloedverlies - 2014 (ICPC WXY)

* Inmiddels zijn er nieuwe kennislacunes beschikbaar (door herziening standaard na september 2016), zie hiervoor de link kennislacunes en onderzoek naast de standaard op www.nhg.org/nhg-standaarden.

** Deze kennislacunes waren nog niet beschikbaar tijdens de inventarisatie (september 2016) maar zijn uitgedeeld tijdens de prioriteringsbijeenkomst op 10 oktober 2017. De lacunes zijn niet voorgeprioriteerd door NHG-leden.

BIJLAGE 5. BRIEF AAN STAKEHOLDERS (VOORBEELD)

Aan: geadresseerde

Utrecht, 2 juni 2016

Ons kenmerk: NOW 16-22/uit/DK/mvdz

Geachte relatie,

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke beroepsvereniging van huisartsen, gaat aan de slag met een Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde. Graag willen wij u uitnodigen om kennislacunes in de huisartsgeneeskunde aan te leveren die actueel zijn. Daarnaast vragen wij u aan te geven welke thema's in de komende tien jaar aandacht verdienen binnen huisartsgeneeskundig onderzoek. Hieronder gaan wij kort in op de achtergrond. In de bijlage vindt u meer informatie.

Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

Het doel is te komen tot een landelijke Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde om de onderzoeksvelden in beeld te brengen die de komende jaren aandacht vragen. Daarbij gaat het niet alleen om actuele kennislacunes in relatie tot de NHG-Standaarden, maar ook om huisartsgeneeskundige thema's die in de komende tien jaar wetenschappelijk onderzoek behoeven. Het uitgangspunt is dat het te agenderen onderzoek de patiëntenzorg binnen de huisartsgeneeskunde ten goede komt.

Recent zijn wij met het opstellen van deze onderzoeksagenda gestart. Het project wordt uitgevoerd in samenwerking met de onderzoekssecties van de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde, de Verenigingsraad van het NHG, de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en de werkgroep wetenschap van de Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen. De patiëntenfederatie NPCF en het Kennisinstituut van Medisch Specialisten zijn betrokken als adviseur.

Naast u zullen ook verschillende andere relevante partijen gevraagd worden om lacunes aan te dragen. De organisaties die reageren op deze uitnodiging zullen later in het proces van deze Onderzoeksagenda weer betrokken worden.

Onze uitnodiging

Graag nodigen wij u uit om lacunes in huisartsgeneeskundig onderzoek aan te dragen. U kunt nagaan of een specifieke kennislacune nog niet vermeld staat in het overzicht op www.nhg.org/lacunes. In dit overzicht kunt u zoeken op trefwoorden. Ook kunt u via het aandachtsgebied van een standaard zoeken. U kunt ook zien welke onderzoeken al in Nederland wordt uitgevoerd. Vervolgens vragen wij u om onderzoeksthema's aan te geven die volgens u in de komende tien jaar bijzondere aandacht verdienen.

Onder huisartsgeneeskundig onderzoek verstaan wij het volgende:

Huisartsgeneeskundig onderzoek is onderzoek betreffende onderwerpen die relevant zijn voor zorgverlening door de huisarts, al dan niet in samenwerking met andere zorgverleners.

Het huisartsgeneeskundig onderzoek omvat onderzoek naar de voor de patiëntenzorg relevante somatische, psychische, sociale en maatschappelijke aspecten, onderzoek naar de organisatie van huisartsenzorg, en onderzoek naar het onderwijs in de huisartsgeneeskunde. Het onderzoek wordt uitgevoerd ter bevordering van het welzijn van de patiënt.

Wij willen u vragen om de door u aangedragen kennislacunes en onderzoeksthema's voor de toekomst in volgorde van de door u ervaren prioriteit te rangschikken. U kunt in de toelichting aangeven waarom het onderwerp belangrijk is en waarom onderzoek op dit terrein zou moeten plaatsvinden. Indien mogelijk kunt u hierbij ook aangeven wat voor onderzoek zou moeten plaatsvinden. Voor het aandragen van de lacunes/thema's vragen wij u het bijgevoegde Excelformat te gebruiken.

Wij verzoeken u uiterlijk **30 juni** uw reactie per e-mail op te sturen naar Mirjam van der Zwan m.vanderzwan@nhg.org. Voor vragen kunt u terecht bij dr. Debby Keuken, secretaris van de adviesgroep Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde, via d.keuken@nhg.org.

Wij danken u alvast hartelijk voor uw input.

Met vriendelijke groet,

Dr. R.F. Dijkstra, huisarts
Bestuursvoorzitter NHG

Prof.dr. J.A. Knottnerus
Voorzitter adviesgroep Onderzoeksagenda
Huisartsgeneeskunde

Bijlagen:
Achtergrond Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde
Formulier Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

BIJLAGE 6. OVERZICHT VRAGENLIJSTEN EN RESPONS VOORPRIORITERING NHG-LEDEN PER ICPC-HOOFDSTUK

VOORPRIORITERING KENNISLACUNES EN -VRAGEN via Survey Monkey vragenlijst door steekproef uit NHG-ledenbestand

Nr.	Set	Naam	Aantal items [#]	Steekproef (n)	Respons (n)
1	D-1	Spijsverteringsorganen	30	100	16
2	D-2	Idem	28	100	20
3	FH	Ogen en oren	28	100	8
4	K-1	Hart- en vaatstelsel	32	100	22
5	K-2	Idem	27	100	16
6	L-1	Bewegingsapparaat	46	100	13
7	L-2	Idem	47	100	9
8	N	Zenuwstelsel	31	100	12
9	P-1	Psychische problemen	39	100	11
10	P-2	Idem	38	100	18
11	R-1	Luchtwegen	29	100	11
12	R-2	Idem	26	100	15
13	S-1	Huid en subcutis	35	100	12
14	S-2	Idem	34	100	14
15	T	Endocriene klieren/voeding/metabolisme	38	100	12
16	WXY-1	Zwangerschap/anticonceptie/geslachtsorganen	43	100	12
17	WXYU-2	Idem + Urinewegen	40	100	11
	Totaal		591	1700	232 (13,6%)

Sommige items zijn in meer dan 1 vragenlijst meegenomen.

- Steekproef van 1700 leden uit het NHG-ledenbestand (uit totaal 11.642 praktiserend huisartsen, inclusief aios).
- Vragenlijst verstuurd op 27 juni 2017, reminder verstuurd op 4 juli 2017, vragenlijst gesloten op 10 augustus 2017.

BIJLAGE 7. VOORBEELD VRAGENLIJST PRIORITEREN KENNISLACUNES EN -VRAGEN PER ICPC-HOOFDSTUK

Prioriteren huisartsgeneeskundig onderzoek, onderdeel Spijsverteringsorganen (deel 2 van 2)

Voor de onderzoeksagenda huisartsgeneeskunde zijn in totaal ongeveer 750 kennislacunes en thema's verzameld. Wij vragen u om een klein deel daarvan te prioriteren. Andere huisartsen prioriteren weer andere onderdelen. We realiseren ons dat de kennislacunes en thema's - doordat zij door verschillende partijen zijn aangedragen - heel verschillend geformuleerd zijn (heel algemeen of juist gedetailleerd).

U kunt bij het prioriteren rekening houden met bijvoorbeeld de volgende criteria:

- Hoe vaak komt het voor
- Ernst van het probleem
- Helpt het beantwoorden van de vraag u in uw dagelijkse huisartsenpraktijk.

* 1. Welke 5 van de volgende thema's hebben voor u prioriteit?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Alledaagse aandoeningen | ☐ Seksuele klachten | ☐ Ouderen – kwetsbare patiënten |
| ☐ Chronische aandoeningen | ☐ Mondzorg | ☐ Diversiteit |
| ☐ Zeldzame ziekten | ☐ SOLK | ☐ Arbeid |
| ☐ Infectieziekten | ☐ Multimorbiditeit | ☐ Spoed |
| ☐ Oncologie | ☐ Polyfarmacie | ☐ E-health |
| ☐ GGZ | ☐ Jeugd | ☐ Innovatie |

* 2. Welke prioriteit hebben de volgende 28 kennislacunes of thema's voor u? Wees selectief.

Open het document met [toelichtingen](#) bij de lacunes/thema's in een apart tabblad om makkelijk een toelichting op te kunnen zoeken.

	Laag	Middel	Hoog
1. Rectaal bloedverlies: is er een risicostratificatie te maken voor indicatie voor colonoscopie aan hand van risico-indicatoren? (TOELICHTING)	☐	☐	☐
2. Rectaal bloedverlies: is de arbitraire leeftijdsgrens >50 jaar een terechte grens als risico-indicator, of is deze grens te hoog? (TOELICHTING)	☐	☐	☐
3. Is laboratoriumonderzoek te rechtvaardigen bij rectaal bloedverlies? (TOELICHTING)	☐	☐	☐

BIJLAGE 8. LITERATUURLIJST

Gezondheidsraad. Onderzoek waarvan je beter wordt. Een heroriëntatie op umc-onderzoek. Den Haag: Gezondheidsraad, 2016; publicatienr. 2016/14. ISBN 978-94-6281-085-3.
www.gezondheidsraad.nl/nl/taak-werkwijze/werkterrein/innovatie-en-kennisinfrastructuur/onderzoek-waarvan-je-beter-wordt.

Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FD. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ*. 2011;342:d1028.

Hilbrink M, Ouwens M, Kool T. De haring-tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen: IQ healthcare, Radboudumc, 2013.

Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract* 2009 ;15:243-50

Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Maastricht: European General Practice Research Network (EGPRN), 2009.

Kennisagenda's van de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten
www.kennisinstituut.nl/kennisgebieden/zorgevaluatie/kennisagendas.

Knottnerus JA. Research in general practice. *Lancet* 1996;347:1236-8.

Knottnerus JA. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Healthcare in Europe: a solid basis for innovative research. *Eur J Gen Pract*. 2010 Mar;16(1):2-3.

Kortekaas MF, van de Pol AC, van der Horst HE, Burgers JS, Slort W, de Wit NJ. Towards efficient use of research resources: a nationwide database of ongoing primary care research projects in the Netherlands. *Fam Pract* 2014;31(2):229-35.

Lamberts H, Knottnerus JA, Hofmans SB, Klaassen A (eds). General practice in Dutch academia. Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences (KNAW), 1994.

Mant D, Del Mar C, Glasziou P, Knottnerus A, Wallace P, 6. van Weel C. The state of primary-care research. *Lancet* 2004;364:1004-6.

Nationale Wetenschapsagenda, 2015 www.wetenschapsagenda.nl.

NHG Visie Wetenschapsbeleid 2015-2018. Utrecht: NHG, 2014. www.nhg.org.

Onderzoeksagenda naar sustainable health. Nationaal plan academische geneeskunde, biomedische wetenschap en gezondheidsonderzoek. Utrecht: Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), 2016. www.nfu.nl/nationaalplan.

Tasche MJA, Oosterberg E, Kolnaar B, Rosmalen K. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. Zeventig standaarden doorgelicht. Huisarts Wet 2001;44(3):91-4.

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. NHG/LHV, 2012.

Van Weel C, Rosser WW. Improving healthcare globally: A critical review of the necessity of family medicine research and recommendations to build research capacity. Ann Fam Med 2004;2 Suppl 2:S5-16.

© Nederlands Huisartsen Genootschap

Mercatorlaan 1200

3528 BL Utrecht

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

030 - 282 35 00

www.nhg.org

 [@nhgnieuws](https://twitter.com/nhgnieuws)

 [company/nederlands-huisartsen-genootschap](https://www.linkedin.com/company/nederlands-huisartsen-genootschap)

Voor meer informatie:

Jolanda Wittenberg (j.wittenberg@nhg.org)

en Jacintha van Balen (j.vanbalen@nhg.org)

Januari 2018

