

# Jaarlijkse CaRe dag

Vrijdag 5 oktober 2012 van 09.30 – 17.00 uur

In de Driehoek  
Willemsplantsoen 1c  
3511 LA Utrecht  
[www.indedriehoek.nl](http://www.indedriehoek.nl)

“International collaboration in Primary  
Health Care Research”



Netherlands School  
of Primary Care Research

## Voorwoord

Welkom op de CaRe Onderzoeksschooldag 2012!

Dit jaar vindt de jaarlijkse CaRe-onderzoeksschooldag in Utrecht plaats, georganiseerd door het NIVEL. Het thema van de dag is: "International collaboration in Primary Health Care Research". De onderzoeksschool CaRe laat zelf al zien dat we samenwerken in onderzoek binnen Nederland. Maar samenwerken met onderzoekers en onderzoeksgroepen uit andere landen, dat is een vak apart. In de eerste plaats is het vooral leuk en leerzaam, het staat goed op je CV en je gaat regelmatig op reis naar mooie en minder mooie plekken. Maar er zijn ook nogal wat uitdagingen, bijvoorbeeld het omgaan met mensen in een andere (onderzoeks-)cultuur, het vinden van een balans tussen kwaliteit en haalbaarheid van de uitvoering van het onderzoek in verschillende landen en je weg vinden in de bureaucratische regelgeving van buitenlandse subsidieverleners.

Op de CaRe-onderzoeksschooldag 2012 vertellen onderzoekers uit de vier CaRe-instituten over hun internationale onderzoek. Er is ook een sessie waarin onderzoekers ervaringen uitwisselen over hun internationale samenwerking. Er zijn plenaire lezingen over subsidiemogelijkheden voor internationaal onderzoek en over grote Europese samenwerkingsprojecten met Nederlandse en buitenlandse sprekers. Daarnaast zijn er de vaste onderdelen: de uitreiking van de CaRe-award en je kunt zelf ook nog een prijs winnen bij de quiz. Kortom, we wensen je een inspirerende dag toe!

Namens de organisatiecommissie,

François Schellevis, NIVEL (voorzitter)

### Organisatiecommissie

Jozé Braspenning, NCEBP Nijmegen  
Christel van Gool, CAPHRI Maastricht  
Jeroen Lakerveld, EMGO+ Amsterdam  
François Schellevis, NIVEL Utrecht

### Secretariële ondersteuning

Rachelle Capponi, CAPHRI Maastricht  
Mieke van Leeuwe, NIVEL Utrecht

Programma CaRe Onderzoeksschooldag 5 oktober 2012  
Locatie: In de Driehoek, Willemsplantsoen 1c in Utrecht

## International collaboration in Primary Health Care Research

- 8.30-9.30    Ontvangst
- 9.30-11.00    Plenaire sessie  
                 Voorzitter: François Schellevis (NIVEL)
- 9.30    Opening (Guy Widdershoven, CaRe)  
                 9.45    Uitdagingen voor onderzoek in de eerste lijn: een internationaal perspectief (Jan de Maeseneer, Universiteit Gent)  
                 10.15    Onderzoek naar de organisatie van eerstelijns zorg en performance (Peter Groenewegen, NIVEL)
- 11.00-11.30    Pauze
- 11.30-12.45    Parallelsessies 1<sup>e</sup> ronde
- Presentaties van internationale projecten (1)  
                 Voorzitter: Jeroen Lakerveld (EMGO+)
- 11.30    De APRES-studie: geïntegreerde analyse van antibiotica resistentie en antibiotica prescripties in de eerste lijn in Europa (Evelien van Bijnen, NIVEL)  
                 11.45    Syndromic public health surveillance – Research in Europe, India and China (Alexandra Ziemann, CAPHRI)  
                 12.00    Preventie van obesitas door middel van geïntegreerde strategieën: het design en de methodologie van SPOTLIGHT (Joreintje Mackenbach, EMGO+)  
                 12.15    Implementatie van screening en kortdurende interventies bij patiënten met problematisch alcoholgebruik (Myrna Keurhorst, NCEBP)
- Presentaties van internationale projecten (2)  
                 Voorzitter: Jozé Braspenning (NCEBP)
- 11.30    Development of the Competency Framework in Quality Improvement for General Practitioners/Family Doctors in Europe (Katarzyna Czabanowska, CAPHRI)  
                 11.45    IBenC: Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care (Henriëtte van der Roest, EMGO+)  
                 12.00    Kosten, effecten en kosteneffectiviteit van borstkanker bestrijding in Ghana (Sten Zelle, NCEBP)  
                 12.15    Management van een grootschalig internationaal vergelijkend onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg (Willemijn Schäfer, NIVEL)
- 12.45-13.30    Lunch

- 13.30-14.00 Plenaire sessie  
Voorzitter: Peter Groenewegen (NIVEL)
- Grant possibilities: opportunity or reality (Leo Klomp, Subsidiedesk VU/VUmc)
- 14.00-15.15 Parallelsessie 2<sup>e</sup> ronde
- Presentaties van internationale projecten (3)  
Voorzitter: Christel van Gool (CAPHRI)
- 14.00 Gendered Innovations: onderzoek dat verschil maakt! (Ineke Klinge, CAPHRI)
- 14.15 De meerwaarde van internationaal onderzoek – ervaringen uit de Commonwealth Fund survey (Marjan Faber, NCEBP)
- 14.30 Development of Palliative Care in Central and Eastern Europe (Martin Loucka, EMGO+)
- 14.45 Hoe zorgen we er voor dat Nederland iets heeft aan internationaal vergelijkende studies over de zorg? (Nadine Genet, NIVEL)
- Ervaringen met de uitvoering van internationale projecten  
Voorzitter: François Schellevis (NIVEL)
- 14.00 Het traject van idee tot project (Jeroen Lakerveld, EMGO+)
- 14.15 De uitdagingen van een internationaal project (Miranda Laurant, NCEBP)
- 14.30 Co-ordinating large EU-funded projects: challenges and lessons from two projects (John Paget, NIVEL)
- 15.15-15.45 Pauze
- 15.45-17.00 Plenaire sessie  
Voorzitter: Peter Groenewegen, NIVEL
- 15.45 Ken uw buitenland!? (Wienke Boerma & François Schellevis – NIVEL)
- 16.15 CaRe Award: presentaties en uitreiking CaRe Award (Guy Widdershoven & André Knottnerus, CaRe)
- 16.45 Sluiting (Guy Widdershoven, CaRe)
- 17.00 Borrel

09.45 – 10.15

Uitdagingen voor onderzoek in de eerste lijn: een internationaal perspectief



*Prof.dr. Jan De Maeseneer, Universiteit Gent*

10.15 -11.00

Onderzoek naar de organisatie van eerstelijns zorg en performance



*Prof.dr. Peter Groenewegen, NIVEL*

Europese gezondheidszorgsystemen hebben met een aantal gelijksoortige uitdagingen te maken op het gebied van de vraag naar zorg (complexere zorg door meer multi-morbiditeit, diversiteit etc.) en van de organisatie van zorg (schaalgrootte, menskracht, teamsamenstelling). In het internationale gezondheidszorgbeleid wordt een sterke eerste lijn gezien als de sleutel om deze uitdagingen aan te gaan. Europese gezondheidszorgsystemen verschillen ook in hoe sterk hun eerste lijn is.

Dit roept twee vragen op. De eerste is: wat bepaalt hoe sterk de eerste lijn is en wat voor beleid is ingezet om de eerste lijn te versterken? In mijn presentatie zal ik een overzicht geven van algemene invloeden op eerstelijnsgericht beleid (politiek, economie, waarden) en van specifiek beleid om de eerste lijn te versterken in een selectie van landen.

De tweede vraag is: doen gezondheidszorgsystemen met een sterke eerste lijn het inderdaad beter? De bestaande literatuur op dit gebied vertoont leemten. Die komen wellicht voort uit de selectie van landen die in onderzoeken is gehanteerd, de indicatoren voor performance van de eerste lijn en de manier waarop de sterkte van de eerste lijn is gemeten. Ik zal een analyse presenteren van uitsluitend Europese landen, met een brede set indicatoren voor de sterkte van de eerste lijn en diverse uitkomstvariabelen (kosten, gezondheid, equity).

Ten slotte zal ik het design van een lopende Europese studie presenteren naar kwaliteit en kosten van de eerste lijn in Europa (de QUALICOPC studie).

11.30 – 11.45

De APRES-studie: Geïntegreerde analyse van antibiotica resistentie en antibiotica prescripties in de eerste lijn in Europa



*EME van Bijnen; WJ Paget; FG Schellevis namens de APRES studie-groep NIVEL, Utrecht*

#### Achtergrond

Antibioticaresistentie neemt nog steeds toe en vormt een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Meer dan 90% van alle antibiotica in Europa wordt voorgeschreven in de eerste lijn. Echter, het meeste onderzoek naar antibioticaresistentie betreft ziekenhuispatiënten. De APRES studie ('Appropriateness of prescribing antibiotics in primary health care in Europe with respect to antibiotic resistance') zal antibioticaresistentie en het voorschrijven van antibiotica in de eerste lijn in negen Europese landen onderzoeken.

#### Methode

Dataverzameling is nog bezig en bestaat uit verschillende onderdelen: naast een literatuur onderzoek worden in elk van de 9 landen in samenwerking met een huisartsennetwerk en een nationaal laboratorium neuswatten verzameld, waarna de bacterie *S. aureus* geïsoleerd wordt. Resistentie testen worden in Maastricht uitgevoerd. Eveneens worden de antibioticaprescripties van de afgelopen vijf jaar geanalyseerd. Tenslotte wordt een vergelijking gemaakt van de richtlijnen voor de behandeling van bacteriële huidinfecties.

#### Resultaten

Voor het bepalen van resistentiepatronen zijn 32.630 neuswatten verzameld. De prevalentie van *S. aureus* varieerde per land (gemiddeld 21,4%). Naast de eerste resultaten van de antibioticaresistentie zullen de richtlijnen voor de behandeling van bacteriële huidinfecties gepresenteerd worden. In alle richtlijnen worden Beta-lactams aanbevolen, echter de dosis en duur van de prescriptie varieert. Ook blijkt dat in de richtlijnen nauwelijks wordt verwezen naar kennis omtrent antibioticaresistentie.

#### Conclusie(s)

Dataverzameling is in de afrondingsfase. Eerste resultaten zullen worden gepresenteerd. Uiteindelijk zal APRES een geïntegreerd beeld geven de problemen rondom antibioticaresistentie in de eerste lijn, en aanbevelingen doen voor behandelrichtlijnen in Europa.

11.45 – 12.00

Syndromic public health surveillance – Research in Europe, India and China



*Alexandra Ziemann<sup>1</sup>, Thomas Krafft<sup>1</sup>, Nicole Rosenkötter<sup>1</sup>, Eva Pilot<sup>1</sup>, Helmut Brand<sup>1</sup>  
Department of International Health, School of Public Health and Primary Care (Caphri),  
Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Maastricht University, Maastricht, The  
Netherlands*

The fear of bioterrorism, the experiences with new emerging diseases such as SARS or swine flu or with environmental threats such as heat waves fueled the development of the innovative approach of “syndromic surveillance” to identify population health threats earlier than with laboratory-based disease surveillance methods.

Syndromic surveillance analyses unspecific information routinely collected for other purposes than surveillance to identify unusual aberrations that could indicate a population health threat. Examples for such data sources can be visits to emergency departments or veterinaries, calls to ambulance services or telephone helplines, school absenteeism registries, or web searches. This unspecific approach can monitor expected or unexpected, communicable and non-communicable, natural or man-made health threats, e.g., respiratory symptoms due to a new infectious disease or due to an accident in a chemical plant. The use of existing data sources makes this approach cost-effective and rapid to setup and therefore interesting also for resource-scarce settings.

The Department of International Health is involved in several European and international applied research activities on syndromic surveillance. Our projects focus on developing syndromic surveillance approaches that can work in different regions taking into account different socio-economic and health system organizational backgrounds but at the same time producing comparable results across borders, for example in the Euregio Maas-Rhine. One major result of our work will be practical guidelines for implementing syndromic surveillance systems.

The presentation will showcase examples from our research work on syndromic surveillance in Europe, India and China and will also highlight our experiences working in international collaborations.



12.00 – 12.15

Preventie van obesitas door middel van geïntegreerde strategieën: het design en de methodologie van SPOTLIGHT



*Joreintje Mackenbach<sup>1</sup>, namens het SPOTLIGHT consortium<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup> Het EMGO Instituut voor Onderzoek naar Gezondheid en Zorg, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde. VU Universitair Medisch Centrum, van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: [j.mackenbach@vumc.nl](mailto:j.mackenbach@vumc.nl)*

*<sup>2</sup> Zie [www.spotlightproject.eu](http://www.spotlightproject.eu) voor een overzicht van alle betrokken partners*

**Achtergrond** De prevalentie van overgewicht en obesitas in Europa is hoog en draagt bij aan mortaliteit en de ziektelast van chronische ziekten. Obesitas wordt grotendeels veroorzaakt door leefstijlfactoren zoals lichamelijke activiteit, een zittende leefstijl of overconsumptie van energierijke voeding. Veelbelovend zijn geïntegreerde strategieën om de leefstijl van individuen duurzaam te veranderen, waarbij zowel het individu, de maatschappij en de omgeving worden aangepakt. Echter, er is nog weinig bekend over welke (omgevings)factoren samenhangen met obesitas, welke strategieën effectief zijn, en wat er nodig is om interventies effectief te implementeren. Het door de EU gesubsidieerde SPOTLIGHT project heeft als doel kennis over determinanten van obesitas te vergroten en te combineren, en een evidence-based model te ontwikkelen voor effectieve geïntegreerde preventiemethodes voor volwassenen in Europa.

**Methoden** SPOTLIGHT bestaat uit verschillende deelprojecten, die systematisch literatuuronderzoek doen naar a) individuele en b) omgevingsdeterminanten van overgewicht, c) effectiviteit van bestaande geïntegreerde interventies, d) innovatieve methoden om de omgeving in kaart te brengen. Ook worden geïntegreerde interventies en de bijbehorende faal- en succesfactoren van implementatie in verschillende landen geïdentificeerd. In een groot aantal buurten zal de fysieke omgeving (gemeten met remote satellite imaging) gerelateerd worden aan de gezondheid van bewoners in die omgevingen.

**Discussie** In SPOTLIGHT worden verschillende benaderingen en methodes gecombineerd om een beter begrip te krijgen van de 'obesogeniteit' van omgevingen. Door de resultaten te vertalen naar aanbevelingen voor effectieve en duurzame aanpak hoopt het onderzoeksteam een bijdrage te kunnen leveren aan de preventie van overgewicht en obesitas in Europa.

12.15 – 12.30

## Implementatie van screening en kortdurende interventies bij patiënten met problematisch alcoholgebruik



*Drs. Myrna Keurhorst, Dr. Miranda Laurant, Dr. Ben van Steenkiste, Prof. Dr. Michel Wensing  
UMC St. Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare*

Een Europese trial in huisartspraktijken- de ODHIN studie.

Een deel van de gemiddeld 200 probleemdrinkers in een Nederlandse huisartspraktijk wordt vaak te laat herkend. Knelpunten bij de vroegsignalering liggen zowel bij de probleemdrinker als in het hulpaanbod. Op basis van deze knelpunten zijn een aantal verbeterstrategieën ontwikkeld die de huisarts en ondersteunend personeel helpen de zorg voor patiënten met problematisch alcoholgebruik te verbeteren. Naast Nederland nemen ook Engeland, Spanje, Zweden en Polen deel aan deze studie.

In een cluster randomised controlled trial onderzoeken we het effect van drie verschillende verbeterstrategieën, al of niet in combinatie, op de vroegsignalering en zorg voor probleemdrinkers door professionals in de huisartspraktijk. Deze verbeterstrategieën betreffen scholing en ondersteuning, financiële vergoeding en verwijzing van een patiënt naar een internetsite. Controlegroepen ontvangen uitsluitend een samenvattingkaart van de NHG Standaard Problematisch alcoholgebruik. In totaal zijn er 7 interventiegroepen en 1 controlegroep. Primaire uitkomstmaat is 1) het percentage gescreeende patiënten van alle patiënten die de praktijk bezoeken, en 2) het percentage van alle patiënten met een positieve screeningscore (risicogroep) die een kortdurende interventie hebben ontvangen.

Metingen vinden plaats op niveau van zorgverlener, praktijk en land.

In ieder land worden 24 huisartspraktijken ingesloten in het onderzoek. In Nederland starten we in oktober 2012 met de voormeting.

De studieopzet is na intensief internationaal overleg tot stand gekomen. Voornaamste uitdaging daarbij was en is het continue zoeken naar de balans tussen uniformiteit en pragmatiek om de studie ook landelijk uitvoerbaar te maken.

11.30 – 11.45

## Development of the Competency Framework in Quality Improvement for General Practitioners/Family Doctors in Europe



*Katarzyna Czabanowska*

*Assistant Professor, Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School of Public Health and Primary Care, Department of International Health; Maastricht, the Netherlands.*

**Background:** This study is a part of a large European project entitled “Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology” (InGPInQI) No. 2010-1-PL1-LEO05-11473 financed by European Commission Lifelong Learning Program. The project aims to improve the existing continuous professional development (CPD) programs for GPs/FDs and teachers in family medicine and their competencies in the field of QI.

**Objective:** The aim of this study was to develop a comprehensive list of QI competencies within a framework for continuing professional development for European GPs/FDs.

**Methods:** The study was carried out in three phases building on one another: literature review, consensus development panel and Delphi technique. The initial competency framework in the Quality Improvement for General Practitioners was developed from an extensive worldwide literature review focusing on literature in English from 2000 to 2011 and addressing quality improvement competencies for general practitioners in continuous education programs. After two rounds of Consensus Development Panels changes were made to the initial draft competency framework. Then two rounds of Delphi surveys were carried out in an effort to finalise the framework. We aimed to reach 90-100% consensus. Both surveys were presented through SurveyMonkey, an online survey service, and sent by email to members of the European Association for Quality and Patient Safety in General Practice/ Family Medicine (EQuIP), a network organisation of Wonca Europe.

**Results:** A Quality Improvement Competencies Framework was developed. It consists of a list of 35 competencies organised into the following domains: Patient Care & Safety, Effectiveness & Efficiency, Equity & Ethical Practice, Methods & Tools, Leadership & Management, and Continuing Professional Education.

**Conclusion:** Six thematic groups of competencies emerged covering various aspects of general practitioners'/family doctors' work including clinical, organisational and ethical issues and patient safety. We believe that there is a need to further develop this competency framework which can serve as a useful tool in identifying gaps in knowledge and formulating effective CPD curricula for GPs/FDs in Europe.

11.45 – 12.00

IBenC: Identifying best practices for care-dependent elderly by Benchmarking Costs and outcomes of community care



*H.G. van der Roest, H.P.J. van Hout  
VU medisch centrum, EMGO<sup>+</sup> Instituut, afdeling Huisartsgeneeskunde &  
Ouderengeneeskunde, Amsterdam*

Door de toenemende vergrijzing en de afnemende beroepsbevolking is het noodzakelijk de Europese gezondheidszorg zo kosteneffectief mogelijk in te richten. Goede kwaliteit van zorg voor ouderen thuis, kan mogelijk dure opname voorkomen. Er is nog maar weinig bewijs welk type zorg de best mogelijke uitkomsten behaalt tegen redelijke kosten.

Het doel van IBenC is het identificeren van *best practices* in de zorg voor thuiswonende kwetsbare ouderen, door het benchmarken van kosteneffectiviteit van Europese thuiszorg. Hierin worden de kosten van zorggebruik en de kwaliteit van zorg betrokken.

IBenC gebruikt de interRAI-HC, een gestandaardiseerd instrument dat wereldwijd routinematig wordt ingezet om patiëntuitkomsten en kwaliteit van zorg te meten. Op basis van bestaande (AdHOC project; FP5) en nieuwe patiëntdata, zal een innovatieve benchmark methode worden ontwikkeld voor thuiszorg: Voor kwaliteit van zorg wordt een summary maat ontwikkeld, en zorggebruik gemeten met de interRAI-HC wordt gevalideerd op de bruikbaarheid om formele en informele zorgkosten in te schatten. Deze twee uitkomstmaten worden geïntegreerd in de kosten-kwaliteit van zorg ratio, waarmee thuiszorgorganisaties niet alleen met elkaar, maar ook over landen heen vergeleken kunnen worden. Om *best practices* goed te kunnen beschrijven, worden de zorgcontexten en de kenmerken van de deelnemende thuiszorgorganisaties uitgebreid beschreven.

De resultaten van het IBenC project kunnen (Europese) beleidsmakers ondersteunen bij de organisatie van de gezondheidszorg voor thuiswonende ouderen, doordat het project internationaal vergelijkbare informatie biedt over de kwaliteit, kosten en organisatie van zorg. Hierdoor kunnen ouderen in de toekomst, met goede en betaalbare zorg, mogelijk langer zelfstandig blijven wonen.

12.00 – 12.15

## Kosten, effecten en kosteneffectiviteit van borstkanker bestrijding in Ghana



*Sten G. Zelle<sup>1</sup>, Kofi M. Nyarko<sup>2</sup>, William K. Bosu<sup>2</sup>, Moses Aikins<sup>3</sup>, Laurens M. Niëns<sup>4</sup>, Jeremy A. Lauer<sup>5</sup>, Cecilia R. Sepulveda<sup>6</sup>, Jan A. C. Hontelez<sup>7,1</sup> and Rob Baltussen<sup>1</sup>*

1 Department of Primary and Community Care, Radboud University Nijmegen Medical Center, Nijmegen, the Netherlands

2 Disease Control and Prevention Department, Ghana Health Service, Accra, Ghana

3 Department of Health Policy, Planning and Management, School of Public Health, University of Ghana, Accra, Ghana

4 Institute for Medical Technology Assessment and Institute for Health Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands

5 Costs, Effectiveness, Expenditure and Priority Setting, World Health Organization, Geneva, Switzerland

6 Chronic Diseases Prevention and Management, World Health Organization, Geneva, Switzerland

7 Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Centre Rotterdam, Rotterdam, Netherlands

**Inleiding** In Ghana wordt de strijd tegen borstkanker gekenmerkt door lage awareness, behandelingen in een laat stadium en een slechte overleving. In ontwikkelingslanden met beperkte financiële middelen zoals Ghana, is er behoefte om het geld efficiënt te besteden. Om beleidsmakers in hun keuzes hieromtrent te informeren, vergelijkt deze studie systematisch de kosten en effecten van borstkanker interventies in Ghana.

**Methoden** Een wiskundig model werd gebruikt om de kosten en gezondheidseffecten van borstkanker interventies te schatten. Analyses zijn gebaseerd op de WHO-CHOICE-methode, met gezondheidseffecten uitgedrukt in gezonde levensjaren (DALY's), kosten in 2009 US dollars (US \$) en kosteneffectiviteit ratios (CER's) in US \$ per DALY. Analyses werden zo veel mogelijk gebaseerd op lokale demografische, epidemiologische en economische gegevens.

**Resultaten** Biënnale screening door middel van klinisch borstonderzoek (CBE) van vrouwen in de leeftijd 40 tot 69 jaar, in combinatie met behandeling, lijkt het meest kosteneffectief (1.299 dollar per DALY). Bewustmaking met behulp van massamedia (MAR) lijkt de tweede beste optie (1.364 dollar per DALY). Screening van vrouwen in de leeftijd 40 tot 69 jaar door middel van mammografie (12.908 dollar per DALY) is niet kosteneffectief.

**Conclusies** Zowel CBE screening en MAR lijken economisch aantrekkelijke interventies te zijn. Gezien de onzekerheid over de effectiviteit van deze interventies, is het verstandig om ze alleen gefaseerd in te voeren onder zorgvuldige monitoring en evaluatie. Bovendien is de implementatie ervan alleen zinvol als de capaciteit van borstkanker diagnostiek, verwijst, behandel en eventueel palliatieve services tegelijkertijd wordt verbeterd.

12.15 – 12.30

Management van een grootschalig internationaal vergelijkend onderzoek in de eerstelijns gezondheidszorg



*Willemijn Schäfer*

*NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg*

In 2010 ging het QUALICOPC onderzoek (Quality and Costs of Primary Care in Europe) van start. De studie heeft tot doel de kwaliteit, de kosten en gelijkheid in behandeling en toegankelijkheid ('equity' in het Engels) van de eerstelijnsgezondheidszorg in de Europese landen te evalueren. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een consortium van zes onderzoeksgroepen in Nederland, België, Duitsland, Italië en Slovenië. Het geheel wordt gecoördineerd door het NIVEL, het Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg.

Gegevens worden verzameld in 31 landen (27 landen van de EU, IJsland, Noorwegen, Turkije en Zwitserland). Daarnaast hebben onderzoeksgroepen uit Australië, Canada, Macedonië en Nieuw Zeeland zich bij het onderzoek aangesloten. De gegevensverzameling vindt plaats op drie niveaus: het zorgsysteem, in de huisartsenpraktijk en bij patiënten die de huisartspraktijk bezoeken.

Informatie op praktijk- en patiëntniveau wordt verzameld door middel van vragenlijsten onder huisartsen en hun patiënten. Gegevens op het niveau van het zorgsysteem zullen worden ontleend aan bestaande databestanden.

In elk land wordt gestreefd naar een respons van 220 huisartsen en 2200 patiënten. In elk land is een nationale coördinator aangesteld verantwoordelijk voor de verspreiding voor de dataverzameling.

Als coördinator van het project, probeert NIVEL de dataverzameling op een zo uniform mogelijke wijze te laten verlopen. Verschillende stappen worden ondernomen om betrouwbare en valide data te verzamelen. Tijdens deze presentatie zullen de verschillende fases van het datamanagement proces uiteengezet worden. De deelnemers zullen worden uitgenodigd hun feedback op dit proces te geven.

13.30 – 14.00

Grant possibilities: opportunity or reality



*Leo Klomp, Subsidiedesk VU/VUmc*

14.00 – 14.15

Gendered Innovations: onderzoek dat verschil maakt!



*Ineke Klinge, associate professor of Gender Medicine, CAPHRI, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Dept HES, Maastricht University*

Sinds 2011 leiden Londa Schiebinger en Ineke Klinge de Expert Group *Innovation through Gender* van de Europese Commissie. De opdracht is, voortbouwend op eerdere EU initiatieven, te komen tot een verankering van gender in alle Horizon 2020 prioriteiten. Het project dat onder leiding van deze Expert Group wordt uitgevoerd is getiteld *Gendered Innovations in Science, Health & Medicine and Engineering* en is een samenwerkingsverband tussen de Verenigde Staten (Stanford University) en de EU. De projectwebsite ([www.genderedinnovations.eu](http://www.genderedinnovations.eu)) is sinds november 2011 in de lucht en is bedoeld voor biomedische wetenschappers en andere gezondheidsonderzoekers. De materialen voor de website worden ontwikkeld door internationale experts op de verschillende terreinen en onderworpen aan peer review op internationale workshops waarvan er tot nu toe zes zijn gehouden: Stanford, Berlijn, Maastricht, Parijs, Madrid Harvard, in een aantal gevallen op uitnodiging van ministeries van wetenschap en onderwijs.

Doel van het project is om onderzoekers praktische methoden voor de analyse van sekse, gender en andere factoren te bieden. Daartoe biedt de website definities van de belangrijkste termen op het gebied van sekse, gender en relevante andere concepten, evenals checklists voor verschillende typen van onderzoek. Met de *case studies*, afkomstig uit fundamenteel, klinisch en toegepast onderzoek, wordt geïllustreerd hoe dergelijke analyse methoden leiden tot innovatieve kennis. De voorbeelden over bijvoorbeeld stamcelonderzoek, osteoporose bij mannen, totale knieplastiek operaties, pregnant crash test dummy's, maar ook (bio)medische leerboeken, laten alle zien hoe door toepassing van de Gendered Innovations methoden, nieuwe kennis wordt gegenereerd die de gezondheid van mannen en vrouwen ten goede komt.



14.15 – 14.30

De meerwaarde van internationaal onderzoek – ervaringen uit de Commonwealth Fund survey



*MJ Faber<sup>1</sup>, T van Loenen<sup>1,2</sup> en GP Westert<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup> IQ healthcare, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen*

*<sup>2</sup> RIVM, Bilthoven*

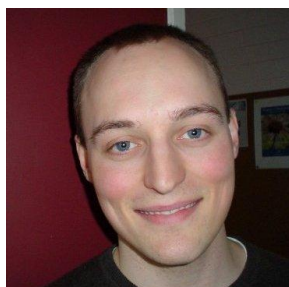
Sinds 2006 participeert Nederland in de jaarlijkse *Commonwealth Fund International Health Policy Survey*. Het doel van dit onderzoek is, om op basis van ervaringen van burgers, patiënten en huisartsen, inzicht te krijgen in het functioneren van gezondheidszorgsystemen van diverse Westerse landen.

De Commonwealth Fund heeft de regie over de survey-inhoud en de onderzoeksmethodiek. Elk land houdt zich strikt aan het methodologische protocol om de vergelijkbaarheid tussen landen en over de jaren te kunnen garanderen. Zodoende is het mogelijk om een valide vergelijking tussen landen te maken en te leren van systemen die kwalitatief hoogwaardige zorg leveren. Grote steekproeven, variërend van 600 tot 4.000 respondenten per land, dragen ook bij aan de validiteit van de resultaten.

De Nederlandse deelname heeft tot nu toe een interessant beeld opgeleverd over ons zorgstelsel. In 2006, net na de doorvoering van de stelselwijziging, maakte Nederland een geweldige indruk: de ervaringen van de Nederlandse huisartsen scoorden op diverse kwaliteitsaspecten hoog. In de periode 2007-2011 veranderde dat beeld enigszins. Op aspecten die te maken hebben met het actief betrekken van patiënten bij hun zorgproces scoort Nederland consequent lager dan andere landen. Daarentegen blijft Nederland relatief hoog scoren als het gaat over het vertrouwen in, de tevredenheid over en de betaalbaarheid van de zorg. De data laten wel zien dat het percentage respondenten dat problemen ervaart langzaam toeneemt. Internationaal onderzoek biedt een waardevolle inblik in ons eigen zorgstelsel. De vergelijking met andere landen bevordert de interpretatie van de resultaten. We kunnen tevens concluderen dat de beleidsdoelen van VWS nog niet behaald zijn.

14.30 – 14.45

#### Development of Palliative Care in Central and Eastern Europe



*Martin Loucka, the International Observatory on End-of-Life Care, Lancaster, UK  
VU Medical Centre / EMGO Institute, Amsterdam (visiting researcher)*

This study is part of the EURO IMPACT project funded by FP7 Marie Curie Initial Training Network scheme. The aim of the European Intersectoral and Multi-disciplinary Palliative Care Research Training (EURO IMPACT) is to develop a multi-disciplinary, multi-professional and intersectorial educational research framework in Europe aimed at monitoring and improving palliative care. The background information about this consortium will be shortly provided with focus on presenter's project about development of palliative care in Central and Eastern Europe. This work is linked to country reports on the development of palliative care which are continuously published by the International Observatory on End-of-Life Care at Lancaster University in the United Kingdom. The aim of this project is to evaluate the methodology of this kind of research, adapt an appropriate method and update several country reports from resource-poor area of Central and Eastern Europe. The difficulties experienced during negotiating with different countries will be presented on examples of two sub-studies about oncologists' attitudes to hospice care and place of death in the Czech Republic and Slovakia.

14.45 – 15.00

Hoe zorgen we er voor dat Nederland iets heeft aan internationaal vergelijkende studies over de zorg



*Nadine Genet*  
NIVEL

Bij internationaal vergelijkend onderzoek in de gezondheidszorg doet zich de vraag voor in hoeverre de resultaten bruikbaar zijn voor nationale overheden en andere stakeholders in afzonderlijke landen. Met ons project beoogden wij om een procedure te ontwikkelen om, ondanks de verschillende context, een zinvolle vertaling van buitenlandse good practices mogelijk te maken. Hierbij werden twee grote Europese studies die het NIVEL onlangs heeft afgesloten als uitgangspunt genomen.

Beleidsprioriteiten in de thuiszorg en eerstelijnszorg werden geselecteerd uit relevante visiedocumenten. Zij vormde de leidraad analyse van de databases en landenrapporten van de twee Europese projecten om eventuele oplossingen hiervoor te vinden. De bruikbaarheid van de kort omschreven geselecteerde oplossingen zijn in interviews besproken met 13 belanghebbenden in de eerstelijnszorg en de thuiszorg.

Momenteel lijkt informatie over hoe de zorg in het buitenland georganiseerd is moeilijk vindbaar. Tijdsgebrek en de gerichtheid op zeer specifieke problemen lijken de interesse in het buitenland te temperen. Obstakels voor het iets doen met de buitenlandse voorbeelden uit de twee projecten bleken dat zij niet aansloten op de huidige specifieke problemen en visie, op de financiële context, dat zij niet pasten binnen de regelgeving of bij de rol van zorgverleners. Verder bleek het aanzien van het land waarvan geleerd werd belangrijk als ook de bewezen effectiviteit. De specifieke interesses van de geïnterviewden moeten in het vervolg vooraf worden vastgesteld aangezien de geïnterviewde verschilden in de uitdagingen die zij relevant vonden en in het niveau waarop zij oplossingen zouden willen zien. Het bleek belangrijk dat de relevantie van het model voor Nederland uitgebreid werd geëxpliciteerd; dat duidelijk was op welk probleem het gericht was in het buitenland en welke argumentatie er daar zat achter het model. De modellen zetten hen aan het denken over de huidige problemen en aanpak daarvan in Nederland, maar het bevestigde ze ook in hun gewenste eigen aanpak.

14.00 – 14.15

Het traject van idee tot project



*Jeroen Lakerveld,  
Het EMGO Instituut voor Onderzoek naar Gezondheid en Zorg, afdeling  
Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde. VU Universitair Medisch Centrum, van  
der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam. E-mail: j.lakerveld@vumc.nl*

Waar begint onderzoek? Vaak met een idee; of met een subsidie-call die aansluit bij je interesses. Of bij een uitnodiging om als partner mee te doen bij een onderzoeksaanvraag. En hoe werkt het verder?

In deze presentatie wordt aan de hand van een voorbeeld een inkijkje gegeven in het traject van idee tot de start van een Europees project. Met name de rol van de coördinator en het projectmanagement in de verschillende fases wordt onder de loep genomen. Het samenstellen van het consortium, het onderverdelen van deelprojecten, de budgetverdeling, etc. Er wordt stilgestaan bij de do's en don'ts, en de mogelijkheden om uit het project te halen wat erin zit.

De presentatie is mogelijk interessant voor diegenen die betrokken zijn bij Europees onderzoek of overwegen om een subsidievoorstel te schrijven.

14.15 – 14.30

## De uitdagingen van een internationaal project



*Dr. Miranda Laurant*  
*UMC St Radboud, Scientific Institute for Quality of Healthcare*

Het klinkt leuk “ik mag op reis naar .....”. De buitenlandse reizen kunnen zeker als leuke bijkomstigheid van participatie in een internationaal project worden beschouwd. Voordelen zijn: 1) kennisverrijking op vele gebieden, 2) het creëren en het vergroten van een internationaal netwerk, en 3) voor degenen die het ambiëren kansen om in het buitenland als onderzoeker te gaan werken. Daarentegen is het grootste nadeel de administratieve rompslomp.

Aan de hand van mijn ervaringen met internationale projecten sta ik in de presentatie stil bij een aantal uitdagingen die een dergelijk project met zich meebrengt, van idee tot afronding van een project:

### *Uitdaging 1: ‘Elevator pitch’.*

Een korte en krachtige formulering van de hypothese die je wilt testen, hoe doe je dat? Waarom in internationaal verband? Hoe overtuig je de commissie? En hoe ga je om met de inbreng van partners?

### *Uitdaging 2: ‘Het consortium’.*

Wie worden de partners? Je bestaande netwerk of ook onbekenden uitnodigen? Hoe verdeel je de taken en het budget?

### *Uitdaging 3: ‘Bewaken van grenzen’.*

Hetzelfde onderzoek uitvoeren in verschillende landen, maar hoe ga je om met de (enorme) verschillen? Een vragenlijst lukt nog wel, maar een RCT is een grote uitdaging. Kiezen tussen pragmatiek en wetenschappelijk verantwoord, het blijft balanceren!

### *Uitdaging 4: ‘Managen’*

Milestones, deliverables, rapportages, meetings, etc. Wie is waarvoor verantwoordelijk? Het vraagt om vooruitzien, afstemmen en bewaken van deadlines.

### *Uitdaging 5: ‘Publiceren’*

Iedereen wil meedoen, maar hoe reëel is dat? Welke afspraken worden gemaakt? Informeel versus formeel?

14.30 – 14.45

## Co-ordinating large EU-funded projects: challenges and lessons from two projects



John Paget, NIVEL

**Background:** The co-ordination of large European research projects is becoming more and more common with the increased Research and Public Health budgets that are being managed by the European Union. These projects often have a large number of partners across Europe, substantial budgets, and involve groups with different cultures and languages. In addition, the projects often have to work in collaboration with international organisations like WHO and ECDC.

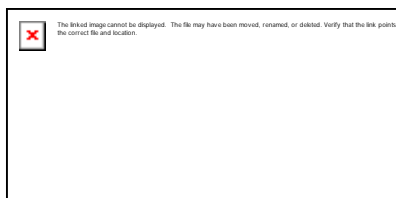
**Methods:** During the past 12 years I have co-ordinated two EU-funded networks: the European Influenza Surveillance Scheme (2000-2008) and the APRES project, which aims to assess the link between antibiotic prescriptions and antibiotic resistance in the community.

**Results:** There are common challenges in the co-ordination of large EU-funded projects: language barriers, cultural differences, differences in the health care systems, EC regulations, EC financial procedures and delays in receiving data from countries. General lessons are: establish a project website, find a good acronym for your project, communicate to your members in simple English and on a regular basis, hold regular face-to-face meetings, if in doubt talk to people in person by phone, produce a Newsletter, keep procedures simple and communicate to the European Commission on a regular basis.

**Conclusions:** There are lots challenges when participating in large EU-funded projects. However, there are many benefits, for example, one has a broader knowledge-base and one discovers new ideas that can be applied to one's own country. In summary, EU-funded projects have their challenges but are worthwhile!

Namens het hele CaRe team wil ik u hartelijk danken voor uw aanwezigheid tijdens de CaRe onderzoeksschooldag 2012. Graag zien wij u weer terug in 2013 in Maastricht!

Indien u opmerkingen en/of vragen heeft dan kunt u contact opnemen met het CaRe secretariaat.



CaRe secretariaat  
[care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl](mailto:care-secretariaat@maastrichtuniversity.nl)

Universiteitssingel 40, room 2.532A  
6229 ER, Maastricht  
Postbus 616, 6200 MD Maastricht  
T 0031 43 3882446