

# Vijfentwintig jaar NHG: terugkoppeling van signaal naar kennis

PROF. DR. H. H. W. HOGERZEIL

Vijfentwintig jaar geleden, op een koude decemberdag met ijs op de wegen, werd het NHG opgericht in een gele, glazen zaal van de Utrechtse schouwburg. Het begon als een idee van mensen met onvrede en onrust over hun huisarts-zijn, die elkaar ontmoetten na een vergadering van de Vereniging voor sociaal-geneeskundigen. Hun conclusie was: het zou anders kunnen, het zou anders moeten en dat zou ook gebeuren...  
Een historisch overzicht door de eerste voorzitter van het Genootschap.

## Inleiding

„Van u wordt een bijdrage verwacht over een historisch overzicht van het NHG”. Zo stond het in de brief van de jubileum-congrescommissie. Dat kan natuurlijk niet. Het blijkt dat het NHG zozeer deel is geweest van je eigen denken en bezig zijn, dat het achteraf alleen mogelijk is een impressie te geven van die zaken waarvan je nu vermoedt dat ze toen een rol speelden. Het is een retrospectie waarin je altijd gelijk hebt, omdat een vergelijkend onderzoek niet mogelijk is. Vanuit het heden is de verklaring van hetgeen toen gebeurde, altijd waarheid, maar de vraag is of de gedachten van toen nu waarheid zijn geworden.

Het begon als een idee van mensen met onvrede en onrust over hun huisarts zijn, die elkaar ontmoetten of opzochten na een Haagse vergadering van de Vereniging voor sociaal-geneeskundigen. Hun conclusie was: het zou anders kunnen, het zou anders moeten en dat zou ook gebeuren.

Ideeën ontwikkelden zich, namen verschenen op een papiertje, er kwam een voorlopig bestuur, er werd een enquête gestuurd naar alle huisartsen. Er kwamen adhesiebetuigingen. Sommigen werden lid. Velen keken het eerst eens aan. Er verscheen een artikel in *Medisch Contact*. Het eerste congres werd uitgeschreven. Een eigen tijdschrift, waarvan de eerste exemplaren werden gestencild en in een blauw kaftje waren gestoken. Een hardwerkende kern, in-

ventief, elkaar aanvullend, wetenschappelijk georiënteerd, allen overtuigd van het nut, de rechtmatigheid en de rechtvaardigheid van het eigen handelen voor een algemene zaak. Goede adviseurs op alle medische raakvlakken waren op afroep beschikbaar: Heringa in *Medisch Contact*; Melief in de KNMG; Hornstra, die ons onderdak bood; Groen, die zichzelf in het NHG herkende; Frese in de LHV; Buma, die in zijn boek *De huisarts en zijn patiënt* verwoord had wat wij beoogden.

Voor allen die erbij betrokken waren, was het NHG een beweging. Zo voelde men het aan en zo moest het eigenlijk ook heten. Een beweging die het handelen van de huisarts wetenschappelijk zou funderen en terugbrengen bij de essentie van het vak: hulpverlenende zorg aan mensen in medische nood. Men meende dat dit niet gebeurde en dat de mens niet kreeg wat hij behoefde. Het kon, moest en zou anders. Beweging, verandering, heroriëntatie.

Het zou interessant zijn de geschiedenis van het NHG te beschrijven. Er zijn vele anekdotes. Er zijn vele notulen. Er zijn congresverslagen, redes, studies, rapporten. Er zijn verslagen van de CWO, waarin haarfijn beschreven werd hoe anderen hun onderzoek zouden moeten doen. De adviezen werden niet altijd in dank afgenomen, zodat veel zaken verzandden. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk bleek moeilijker dan men had gedacht. Een dergelijke historische studie vergt echter uitgebreid bronnenonderzoek, cultuurhistorische vergelijking, internationale enca-

drering, politieke oriëntatie, waarvoor mij de kennis en de tijd ontbreken.

In het jaar van oprichting van het NHG kwam ook een nieuwe Gezondheidswet tot stand, met een nieuwe formulering van het Geneeskundig Staatstoezicht, waarbij het onderzoek van de gezondheidstoestand van de bevolking door de Inspectie – waar het sinds 1865 had thuisgehoord – verdween. Geen wonder dat de Peilstations grote belangstelling van de Inspectie en het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (nu Volksgezondheid en Milieuhygiëne) kregen. Het is een van de zeer goede vruchten van het NHG.

De proefschriften van de huisartsen zouden ons kunnen leren dat epidemiologische studies (*Aulbers; Bos; Huygen; Löwenberg*), praktijkbeschrijving (*Bremer; Ten Cate; Van Deen; Jansen-Emmer*) en evaluatie van zorg (*Dijkhuis; Hogerzeil; Ruhe*) veel aandacht kregen. Maar dit alles zou toch niet (kunnen) verklaren waarom het NHG werd opgericht. Dat dit gebeurde, was immers niet zozeer een historisch feit, als wel een zich in de tijd herhalend historisch fenomeen, naar mechanisme gelijk, naar vormgeving anders.

De oprichting van het NHG was een reactie op een situatie, een terugkoppeling naar de basisprincipes van gezondheidszorg, zoals men die ziet optreden in de geschiedenis van de medische professie en haar wetenschappelijke fundering, wanneer zich de behoefte voordoet aan een nieuwe gezondheidszorg door veranderende patronen van ziekten of klachten of van de leefsituaties waarin deze klachten en symptomen zich voordoen. Ik denk aan mensen als Guérin, Coronel, Virchow, Ross, Heye, Saltet, Florence Nightingale, McKensie, Frye, Burger, Penn. Deze willekeurig aangehaalde namen zijn geen beroemdheden op natuurwetenschappelijk gebied, hoewel zij hierin zeer goed thuis waren, maar veeleer vertalers van maatschappelijke signalen naar geneeskundige basistheorieën, behoeften en oplossingen. Huisartsgeneeskunde is het toepassen van wetenschappelijke kennis en ervaring bij het oplossen van een medisch-theoretisch te verklaren klacht of symptoom in de leefsituatie van de patiënt: een antwoord op een individueel probleem binnen een algemeen theoretisch kader.

Ten tijde van de oprichting van het NHG gaf het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen aanleiding tot allerlei frustraties, omdat de mogelijkheid tot uitwerking en bespreking van de vraagstelling

met mede-huisartsen ontbrak. Er waren geen ontmoetingsmogelijkheden voor huisartsen die in een wetenschappelijke benadering geïnteresseerd waren, er waren geen instituten, geen hoogleraren, geen mentoren, geen referentiekaders, geen tradities. Er was in ons land geen specifiek huisartsenblad voordat *huisarts en wetenschap* bestond. Alleen *Medisch Contact* en het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* publiceerden wel eens iets over dit vakgebied.

De frustratie dat men nergens onderzoek over het eigen vakgebied kwijt kon, het gevoel dat er niettemin problemen bij de praktijkpopulatie bestonden die een nieuwe aanpak vergden, en de ervaring dat men in de nieuwe benadering te kort schoot door gebrek aan kennis, inzicht en vaardigheden, vormden de drie hoofdmotieven om het NHG op te richten. Elk van deze drie motieven zal ik kort toelichten.

### Frustratie en onvrede

De onvrede en frustratie besloegen een breed terrein, dat zich uitstreckte van een simpele afgunst tot een correcte analyse van onjuiste verhoudingen in de organisatie van de gezondheidszorg. Indien men de afleveringen van *Medisch Contact* uit de jaren vijftig nog eens doorbladerd, zal men daarin meer dan één artikel tegenkomen over de financiële positie van de huisarts, het ziekenfondsbesluit en de praktijkkosten. De LHV slaagde erin een aantal regelingen tot stand te brengen onder leiding van Landheer. Het NHG kon de wetenschapsbeoefening in haar vaandel schrijven, dankzij het feit dat door anderen gezorgd was voor een goede financiële regeling der praktijkvoering. Het is belangrijk zich dit zeer praktische feit te herinneren, voordat men zich hooggestemd laat wegdrijven in idealisme. Ook de huisarts van destijds had een Maslov-natuur, waarbij de fysieke behoeften aan de sociale en culturele waarden voorafgingen.

De praktische resultaten van de LHV leidden tot een ontplooiing van de eigen identiteit van de huisarts en tot een herbenning op zijn werk. De specialistenregistratie had de specialist boven de rest van de professie verheven in aanzien, verdiensten, onderzoekfaciliteiten, zelfverzekerdheid en gedistantieerde saamhorigheid. De „besten” werden specialist. Door specialistisch onderzoek werd de medische wetenschap bepaald. Het onderwijs werd door specialisten gegeven en de exameneisen wer-

den door hen opgesteld. De medische wetenschap was ziekenhuiswetenschap, de geldstroom ziekenhuis-gericht. Het zou onjuist zijn deze situatie aan de specialisten te wijten, die hun vak enthousiast beoefenden, maar een tegenwicht ontbrak.

LHV en de in het verborgen werkende schoolartsen en bedrijfsartsen met een onduidelijk gestructureerd NIPG, waren geen antwoord op een ontwikkeling die zich sedert het begin van deze eeuw had voorgedaan: een opsplitsing tussen de specialist en de rest. Goed bezochte KNMG-congressen en een gezamenlijk gelezen *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waren niet in staat die kloof te overbruggen, waardoor een eigen benadering van het gezondheidsprobleem nodig werd, met een eigen praktijkvoering, eigen wetenschappelijk onderzoek en eigen methoden.

### De huisarts als indicator van het actuele gezondheidsprobleem

De huisarts opereert in de alledaagse werkelijkheid. Hij hoort wat er gaande is, hij weet wat er leeft, wat er gedacht en verwacht wordt, welke problemen actueel zijn. Hij is betrokken bij de resultaten van de zorgverlening. Hij ontmoet in zijn spreekkamer de gehandicapte, de WAO-gerechtigde, de chronisch zieke. Men raadpleegt hem over geboortenregeling en bejaardenhuisvesting. Hij hoort de vage klachten en hij ziet het niet (meer) kunnen functioneren. Hij was de eerste die de maatschappelijke gevolgen van de chemotherapie als een geheel nieuw gezondheidsprobleem onderkende. De chemotherapie maakt het de huisarts mogelijk infectieziekten die vroeger letaal verlieten, en psychiatrische stoornissen die tot dan toe opname in een ziekenhuis noodzakelijk maakten, zelf thuis te behandelen. Maar de chemotherapie had ook een keerzijde: resistentie, gewenning, verslaving, iatrogene effecten. Alleen bij een goede indicatiestelling en een spaarzaam gebruik bleek het gewenste effect bereikt te kunnen worden. Dit fenomeen – door grote beginsuccessen de belofte van nieuwe mogelijkheden, maar op langere termijn een „tovenaarsleerling-effect” – zullen we nog in allerlei gedaanten tegenkomen.

Naast het lijden van de patiënt, dat onverminderd aanwezig bleef, kwam het onwelbevinden van de „client”. Psychische klachten waarop geen psychiatrische diagnoses als neurose of psychose pasten, gingen tijdens het spreekuur een

rol spelen. Het waren relationele problemen, in werk, in gezin, in huwelijk, in buurt. De wegwerpmens kreeg geen relaties aangeboden en zocht hulp bij allerlei professies, waaronder de huisarts. Het gedrag werd in de presentatie van de klacht een aparte factor, die zorg behoefde. Gedrag was niet meer een gevolg van ziekte, maar een grootheid sui generis. De omgeving werd herkend en ook erkend als een ziekmakende factor; het milieu deed zijn intrede in het oorzakelijk medisch denken: abiotisch, fysisch-chemisch, psychohygiënisch, relationeel, nucleair, toxicologisch. Toenemende welvaart, het ontstaan van subculturen, secularisatie, waardenverschuiving, verandering in voedingsgewoonten en bewegingspatronen, gebruik van andere genotmiddelen, misten hun uitwerking niet op klacht, symptoom en presentatie. Zonder nadere analyse en zonder wetenschappelijk getoetst onderzoek waren velen er door dagelijkse ervaring intuïtief zeker van, dat het probleemaanbod veranderde en dat het antwoord op de nieuwe vraag in de eerste plaats van de huisarts zou moeten komen en niet van de kliniek. Dit gevoel van het nieuwe in het probleemaanbod vond zijn weerslag in de behoefte aan eigen wetenschappelijk onderzoek van het gezondheidsprobleem door de huisarts, welke behoefte een belangrijke rol speelde bij de oprichting van het NHG.



ACH, COLLEGA SMIT,  
WE DOËN TOCH OOK  
MAAR WAT....

## De huisarts als indicator van de stand der gezondheidszorg

Gezondheidsproblemen worden het eerst voorgelegd aan de huisarts. Hij is de verkenner en de bestemmer van de gezondheidszorg. Aan en in de huisarts worden dan ook de problemen van de professe bij de uitvoering van de gezondheidszorg het eerst duidelijk. Als de presentatie van het probleem verkeerd wordt geïnterpreteerd of als gelijke woorden (klachten) door patiënt en arts voor ongelijke begrippen worden gebruikt, loopt er iets mis in de hulpverlening.

Tegenover nieuwe problemen van onnipotente medicamenten, gedrag, verandering van gewoonten, waardenverschuivingen en milieu moest de huisarts een nieuwe benadering vinden. Hij was hierop tijdens zijn opleiding niet voorbereid en vond hiervoor geen steun in de gangbare concepties van ziekzijn en ziektegedrag, of in de voor hem toegankelijke literatuur. Het medisch model en het geneeskundig model functioneerden goed als het gezondheidsprobleem veroorzaakt werd door een biologisch proces, met een duidelijk verband tussen biologisch substraat, klacht en therapie. Beide benaderingen werkten minder goed bij een handicap of een chronische aandoening en in het geheel niet bij gedragsstoornissen, relationele of sociale conflicten. Het gebruik van een chemisch-technisch middel zonder fundamentele kennis van de aandoening, het ontstaan van de klacht en de presentatie van het probleem, werkte verkeerd uit. Het bleef echter verleidelijk de technische mogelijkheden te gebruiken bij klachten die naar woord en gedrag op biologische processen leken, naarmate het medicament een groter spectrum bestreek, basaler werkte en het vertrouwen van de patiënt in een dergelijke handelwijze toenam.

Maar oude geneeskundige waarden werden holle woorden. Levensverlenging tot iedere prijs werd een twijfelachtige uitspraak. Het medicament bij een niet-behandelbare klacht, de operatie bij een hopeloos geval werden ethisch geladen onderwerpen. Geneeskundig ingrijpen op basis van een verkeerde woord-interpretatie kon een macabere vertoning worden.

De huisarts beschikt niet over de diagnostische middelen waarmee hij was opgeleid en de pogingen hem hiervan te voorzien strandden op organisatorische klippen of financiële vooroordelen. Dit maakte de huisarts afhankelijk van de specialist en wanneer hij een klacht ten

onrechte verwees, had dit meestal fixatie van de klacht in het medisch kanaal tot gevolg. De huisarts ging dan ook op zoek naar oplossingen die een adequate behandeling garandeerden zonder als vanzelfsprekend naar de specialist te voeren.

Juist in die tijd deed zich de opkomst voor van de psychosomatiek, die uitnemend paste bij de behoefte van de huisarts: geneeskundig denken zonder fixatie in de medische kanalen. Maar bij de psychosomatiek deed hij dezelfde ervaring op als bij de chemotherapie: gewenning, verslaving en iatrogene effecten bleken mogelijk.

De huisarts hield van dit avontuur de biografische anamnese over en een psychosomatische manier van denken, die bijzonder waardevol bleek voor zijn begripsvorming. Het bracht hem er ook toe meer aandacht te besteden aan de gespreksvoering. Er werd geëxperimenteerd met Balint-groepen. „The doctor as a drug” werd een gevlugeld woord. Waarom is moeilijk vast te stellen, maar het was belangrijk dat de huisarts hierdoor over zijn eigen probleem leerde na te denken, zodat hij zich eindelijk de vraag begon te stellen waarmee hij eigenlijk bezig was in zijn wetenschapsbeoefening en wat zijn taak en functie in de gezondheidszorg was.

Bij dat nadenken ontdekte hij terloops dat er nog andere mensen in de gezondheidszorg werkzaam waren, behalve hijzelf. Dit leidde tot samenwerkingsverbanden waarvoor door de overheid premies werden uitgelooft. Maar de ervaring opgedaan met de chemotherapie, kwam altijd weer terug, doordat de huisarts bleef denken in het alles-effect, zoals hij dat in de sequentie van afwijking-symptoom-klacht-therapie had geleerd. Steeds weer bleek dat het anders was, anders ging, anders opgevat moest worden. Hij werd er soms moe en depressief van.

De trias klacht-probleem-presentatie bleek moeilijk in één patroon te beschrijven, met één methode te behandelen, in één theorie te verklaren of te vangen. Het contact met allerlei andere wetenschappen leerde de huisarts veel, maar loste zijn eigen problemen niet op. Hij bleef voor een keuzeprobleem staan, als hij zijn eigen functioneren in de maatschappij, in de relatie met zijn patiënt en in de bewaking van de gezondheidstoestand van de bevolking moest beschrijven; hij was daarmee een voorbeeld van de situatie waarin de gehele medische professe verkeerde.

De omvang van het keuzeprobleem, de

onzekerheid, het besef deel uit te maken van een gemeenschap waarin gezondheidsproblemen voorkomen, en de behoefte aan nadenken zijn in deze vijftieng jaar toegenomen. De huisarts weet dat bepaalde stoornissen een indicatie vormen voor een medicamenteuze of operatieve therapie, waarbij de kans op een goede uitkomst voorspelbaar is. Hij heeft in de afgelopen jaren tevens geleerd bij bepaalde klachten aan te geven hoe groot de kans is, dat er een behandelbaar biologisch substraat gevonden wordt dat de klacht kan verklaren. Deze wetenschap maakt het hem mogelijk af te wachten en niet in te grijpen. Als hij dat wil, is hij in staat de patiënt duidelijk te maken, dat hij zijn eigen probleem kan en moet oplossen, zoals hij ook kan aangeven of het om een stationair defect gaat dat niet verder behandeld kan worden en ook niet behandeld hoeft te worden.

Naast deze verworven kennis – en die kennis is groot voor vijftieng jaar – blijven de vele ondefinieerbare en ongrijpbare problemen bestaan die hem worden voorgelegd, maar waarbij het begrip voor de essentie van het probleem ontbreekt en waarbij iedere aanpak in therapeutische zin faalt. Een goed voorbeeld hiervan vormen de WAO-gerechtigden en de ZW-patiënten; samen 20 procent der beroepsbevolking en eens allemaal door hun huisarts als verkenner en bestemmer der gezondheidszorg gezien, aangesproken en geadviseerd. Deze groep van rond een miljoen mensen vormt niet alleen een gigantisch medisch probleem, maar ook een sociaal en een menselijk probleem. Een stuwmeer omringd door een wal van gezondheidszorg, wachtend op Godot of een doorbraak. De massaliteit van de problematiek waarvoor de huisarts gesteld werd, en het gevoel van onvermogen dat hij bij het zoeken naar een antwoord ondervond, vormden een derde motief om anderen op te zoeken en samen in een genootschap iets te beginnen.

## Werkterrein en mogelijkheden

Drie factoren – frustratie over het gebrek aan mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek, verandering van probleem aanbod en de behoefte aan andere vormen van hulpverlening – vormden de vruchtbare bodem voor een nieuwe wetenschapsbeoefening, waaraan bij vele huisartsen behoefte bestond. Doel was terugkoppeling naar een basisconceptie waarmee het gezondheidsprobleem in de maatschappij

vanuit een aantal kerndisciplines begrepen kon worden.

De huisarts werkt in een maatschappij. De omgeving van de mens ontmoet hij in de gezondheidsstoornis van het lichaam, in het gedrag van zijn patiënt en in de manier waarop de klacht wordt gepresenteerd. De mens die bij hem komt, is deel van en deelnemer aan die maatschappij, zoals de huisarts zelf deel en produkt is van zijn cultuurperiode, afhankelijk in zijn handelen van de heersende opvattingen en de stand der wetenschap.

Het werkterrein van de huisarts is onbegrensd, maar zijn mogelijkheden zijn (zeer) beperkt. De onbegrensdheid van zijn werkterrein komt voort uit zijn werken in de maatschappij als primaire meldingspost. Iedereen kan er terecht, ongeacht het soort klacht, probleem of presentatie. Waarom men met „iets” naar de huisarts gaat en wat men van hem verwacht, is goeddeels onbekend. De huisarts stelt zich alles-ontvangend op. Aan die opstelling is de noodzaak van selectie inherent: is het een gezondheidsprobleem, is het een huisartsprobleem, wat wordt er gevraagd, wat kan het antwoord zijn, wat moet het antwoord zijn? De selectieve diagnostiek wordt bij een veranderend probleem-aanbod steeds belangrijker, omdat met het veranderend probleem-aanbod, de kans op grensoverschrijding toeneemt. De worsteling met het registratieprobleem, de verwijzing, de formulering van de eerstelijns gezondheidszorg – naast ambulante geestelijke gezondheidszorg, basisgezondheidszorg en sociale gezondheidszorg – tonen aan hoeveel valkuilen er zijn waarin men volstrekt onvoorbereid terecht kan komen, als men zich niet bedient van een scherpe, eenduidige terminologie en geen goed begrippenkader opbouwt om selectiemechanismen tot stand te brengen.

Het is de taak van de huisarts als primaire post, als verkenner en bestemmer om probleem-aanbod, interpretatie en mogelijkheid van gezondheidszorg op elkaar af te stemmen. Dat is moeilijk, maar het is zijn vak. Dat vak vergt voortdurende bezinning op het selectievraagstuk, studie en onderzoek; onderzoek van een relatief grote moeilijkheidsgraad, omdat hierbij uiteenlopende kerndisciplines van de medische wetenschap gebruikt moeten worden: de bionomie of gezondheidsleer als leer der wetmatigheden in de betrekkingen tussen een organisme en zijn omgeving, de humane biologie als leer van de organismische levensverrichtingen (*Von*

*Bertalanfy*) van de mens, de pathologie als leer van afwijkende kenmerken en eigenschappen van het organisme, de medische psychologie, de wijsgerige antropologie, de methodologie en, als men ook de zorg hierbij wil betrekken, de wetenschap van de beïnvloeding der afwijkende processen en abionomische omgevingsfactoren. Dat hierbij een eenduidige classificatie van termen en problemen voorwaarde is voor betrouwbaar en valide onderzoek, behoeft in ons land met belangrijke publikaties hierover (*Oliemans; Lamberts; Huygen en Van der Velden*) niet te worden onderstreept. Het belang van de klacht en het klagen is hierbij een apart onderwerp (*Bremer*).

Bij dit vijftienvijftigjarig bestaan kan men zich afvragen of het functioneren als huisarts in een alles omvattend aanbod van problemen, een doel is dat bereikt wordt door het maken van bewuste keuzen voor gezondheidsproblemen op basis van kennis van ziekte, presentatiegedrag en bepaaldheid door de omgeving. Het antwoord kan zijn: „Ik denk het niet, omdat men de vraagstelling waarmee een antwoord mogelijk wordt, wellicht nog onvoldoende zorgvuldig heeft geformuleerd”. In de eerste plaats is de Woudschoten-formule voor het NHG even moeilijk als de WHO-definitie van gezondheid voor de gezondheidszorg. Beide houden te weinig rekening met het individu-zijn, het uniek-zijn van de mens en de hiermee verbonden eigenschappen en risico's, en beide geloven te veel in de macht en mogelijkheden van de hulpverlening en structurering van de maatschappij.

Een tweede punt is de gebondenheid van patiënt en huisarts aan maatschappij en omgeving. De huisarts geeft individuele geneeskunde aan een individu, maar hij doet dat binnen een maatschappij en een omgeving die de uitkomst mede bepalen en een spanningsveld scheppen tussen mens, maatschappij, omgeving en hulpverlening.

Gezondheidsproblemen en huisartsgeneeskunde maken een voortdurende terugkoppeling naar basisconcepties en kerndisciplines, benevens onderzoek en reflexie nodig. Al het andere is training, beroepsopleiding, vaardigheid, toepassing. Men kan het doel en de aanwezigheid van de huisarts in de maatschappij nog steeds op dezelfde wijze formuleren als bij de oprichting van het NHG: een symbiose van wetenschapsbeoefening en dienstverlening bij de oplossing en besturing van gezondheidsproblemen van de individu of zijn gezin in de thuis-

situatie; een terugkoppeling van signaal naar kennis, van verkenning van het probleem naar bestemming van de zorg.

- Aulbers, B. J. M. Erfelijk aangeboren doofheid in Zuid-Holland. *Diss. Amsterdam*, 1959.
- Bertalanfy, L. von. Het biologisch wereldbeeld. *Bijleveld, Utrecht*, 1965.
- Bos, G. J. Klinische vormen en epidemiologische gegevens betreffende infectie door het ECHO type 9 virus. *Diss. Leiden*, 1958.
- Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. *Diss. Utrecht*, 1964.
- Bremer, G. J. Over klagen, in het bijzonder het klagen bij de dokter. *Stafleu, Alphen aan den Rijn*, 1980.
- Cate, R. S. ten. De praktijkhulp van de huisartspraktijk. *Diss. Amsterdam*, 1956.
- Deen, J. K. van. Arbeidsanalyse in een platelandspraktijk. *Diss. Groningen*, 1952.
- Dijkhuis, H. J. P. M. Anticoagulantia in de huisartspraktijk. *Diss. Utrecht*, 1962.
- Hogerzeil, H. H. W. Resultaten in een huisartsenpraktijk. *Diss. Utrecht*, 1954.
- Huygen, F. J. A. Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Een studie uit de algemene praktijk. *Diss. Utrecht*, 1948.
- Huygen, F. J. A. en H. G. M. van der Velden. Gewone ziekten. *Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Nijmegen*, 1981.
- Jansen-Emmer, E. M. Bijdrage tot de kennis van het aandeel van de huisarts in de geneeskundige verzorging van de Amsterdamse bevolking. *Diss. Amsterdam*, 1958.
- Lamberts, H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord: Een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsgeneeskunde I. (1974) *huisarts en wetenschap* 17, 455-473; Idem II, resp. III. (1975) *huisarts en wetenschap* 18, 7-39, resp. 61-73.
- Löwenberg, A. Causes of coughing in Groningen general practice. *Diss. Groningen*, 1959.
- Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. *Stenfert Kroese, Leiden*, 1969.
- Ruhe, H. A. M. Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954. *Diss. Utrecht*, 1957.