

Promotieonderzoek door huisartsen in de jaren 1971-1995

G.J. BREMER
L.R. KOOIJ

Bremer GJ, Kooij LR. Promotieonderzoek door huisartsen in de jaren 1971-1995. Huisarts Wet 1999;42(13):605-8,625.

Doel De vraag die in dit onderzoek getracht wordt te beantwoorden, luidt: welke ontwikkelingen hebben zich gedurende de laatste 25 jaar in het promoveren van huisartsen voorgedaan? Daartoe werden 159 proefschriften van Nederlandse huisartsen, geschreven tussen 1971 en 1995, geanalyseerd. Het gaat om proefschriften van huisartsen geschreven tijdens hun beroepsuitoefening.

Methode Een dertigtal gegevens betreffende de huisarts-promovendus, het promotieonderzoek, het proefschrift en de promotie werden in een databestand opgenomen. De genoemde periode wordt in drie tijdperken verdeeld, waardoor drie groepen van proefschriften ontstaan, die met elkaar worden vergeleken.

Resultaten Vooral de laatste acht jaar zijn veel proefschriften verschenen; dit wordt voor een groot deel door externe financiering veroorzaakt. Het aantal solistisch werkende huisartsen dat promoveert daalt; zij die promoveren werken meestal in een samenwerkingsverband, vooral in duopraktijken. Het aantal vrouwelijke promovendi stijgt. Als aandachtsgedebied scoort vooral de morbiditeit hoog. Terwijl vroeger de infectieziekten veel werden onderzocht, zijn dat de laatste tijd vooral de chronische ziekten. Huisartsen promoveren tegenwoordig op een oudere leeftijd dan vroeger. Vrijwel al het promotieonderzoek wordt tegenwoordig extern gefinancierd; promoveren op eigen kosten is zeldzaam geworden.

Conclusies Het meest opvallende van het promotieonderzoek van huisartsen is de zeer sterke diversiteit van onderwerpen. Tenslotte worden enkele aanbevelingen gegeven, onder andere dat de onderwerpen van toekomstig promotieonderzoek door de huisartsen zelf moeten worden vastgesteld.

prof.dr. G.J. Bremer, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde; dr. L.R. Kooij, huisarts.
Correspondentie: G.J. Bremer, Lutsborgsweg 9c, 9752 VS Haren.

Inleiding

Wij bezitten een verzameling van 400 proefschriften, geschreven door huisartsen tijdens hun beroepsuitoefening in de periode 1900-1995. Het ligt voor de hand zich af te vragen welke veranderingen zich in het verloop van die tijd in het promotieonderzoek van huisartsen hebben voorgedaan.^{1,2} In deze studie richten wij ons op de laatste 25 jaar: de periode 1971-1995. In dit artikel wordt een enkele keer aan de gehele verzameling gerefereerd.

De vraagstelling van dit onderzoek luidt als volgt: welke veranderingen hebben zich de laatste 25 jaar voorgedaan in het promoveren en het promotieonderzoek van huisartsen.

Methode

Uit de proefschriften is veel informatie te halen, maar het was tevens nodig een enquête onder de in deze periode gepromoveerde huisartsen te houden.

De periode is verdeeld in drie kortere perioden die met elkaar vergeleken kunnen worden. In een databestand is een dertigtal gegevens betreffende de huisarts, het onderzoek, het proefschrift en de promotie ondergebracht.

Een classificatie moest worden aangebracht in 'aandachtsvelden', het object van het onderzoek en de ICPC-code.^{3,4} Dat in de proefschriften vooral 'ziekten' werden bestudeerd, lag voor de hand. Een indeling van de proefschriften op basis van de ICPC-code leek daarom logisch, hoewel deze code primair bedoeld is om tijdens een patiënt-huisartscontact de 'ziekte' of de 'klacht' te inventariseren.⁴

Resultaten

In de periode 1971-1995 promoveerden 163 huisartsen tijdens hun beroepsuitoefening als huisarts. Zij schreven 159 proefschriften: er waren acht dubbelpromoties bij. Omdat vier huisartsen promoveerden met een niet-huisarts, waren er van deze 16 promovendi 12 huisartsen.

De periode 1971-1995 is verdeeld in drie tijdsperioden die met elkaar zijn vergeleken om de veranderingen te kunnen aantonen (tabel 1):

- 1971-1979 met 37 proefschriften: 37 huisarts-promovendi;
- 1980-1987 met 38 proefschriften: 38 huisarts-promovendi;
- 1988-1995 met 84 proefschriften: 88 huisarts-promovendi.

In de derde periode is dus het meeste gepromoveerd.

Het percentage vrouwen onder de huisarts-promovendi nam gestaag toe: in de gehele onderzochte periode was dit bijna 10 procent; dit steeg naar bijna 15 procent in de derde periode.

Van de gepromoveerde huisartsen hadden er 61 de huisartsopleiding gevolgd; in de eerste periode niet één, in de tweede vier en in de laatste periode 57.

Van de huisartsen werkte 32 procent als solist, 29 procent in een duopraktijk, 19 procent in een groepspraktijk en ruim 20 procent in een gezondheidscentrum. Terwijl in de eerste periode 74 procent als solist werkzaam was, was dat in de laatste periode bijna 14 procent. Uit *figuur 1* blijkt tevens dat het vooral de duopraktijken en de gezondheidscentra zijn die gepromoveerde huisartsen hebben 'gelveerd'. Het voltijds werken als huisarts daalde van 75 procent van de promovendi in de eerste periode naar 22 procent in de derde periode. Vrijwel altijd was de promovendus daarbij in deeltijd verbonden aan een vakgroep huisartsgeneeskunde.

De meeste promoties vonden in Nijmegen plaats (20%), direct gevolgd door de Universiteit van Amsterdam (15%). Dat was over de totale periode het geval (tabel 2). De laatste acht jaar had Maastricht de leiding, gevolgd door Nijmegen.

Het percentage promoties met een (hoogleraar)-huisarts als eerste promotor bedroeg over de gehele periode ruim 62 procent. Dit percentage steeg in de drie perioden van 35, naar 55, tot 77 procent. Het aantal promotoren per promovendus steeg. Eén promotor komt weinig meer voor: de laatste acht jaar nog slechts in 17 procent van de gevallen.

Onderzoek in de eigen praktijk vond in

ongeveer de helft van de gevallen plaats (52%). In de derde periode iets minder: 49 procent. Onderzoek 'samen met andere huisartsen' komt steeds vaker voor. In de eerste periode in 35 procent van de gevallen, in de tweede periode in 50 procent en in de derde periode in 83 procent van het promotieonderzoek. Opgemerkt moet echter worden dat wij onder samenwerken ook verstonen het promoveren op gegevens die andere huisartsen via de registratienetwerken hadden verzameld.

De patiënt was uiteraard dikwijls het 'onderzoeksobject'. In de gehele periode in 72 procent van de gevallen. Dit percentage steeg de laatste tijd, hoewel niet veel: van 62, naar 66, tot 78 procent.

De huisarts zelf was in ruim een kwart van de proefschriften het 'onderzoeksobject': totaal 26 procent. Het percentage steeg in de drie perioden van 11, naar 24, tot 34 procent. De huisarts als 'object van onderzoek' kwam vóór 1970 vrijwel niet voor.

Van de totaal 159 proefschriften konden er 94 met 52 ICPC-codes voorzien worden.⁴ Sommige ziekten werden diverse malen onderzocht:

Drie maal bestudeerd

- A96 Dood/overlijden
- K75 Acuut myocard infarct
- K91 Atherosclerose
- L03 Lage rugpijn zonder uitstraling
- R95 Emfyseem / COPD
- R96 Astma
- X11 Climacteriële symptomen/klachten

Vijf maal bestudeerd

- K85/86 Verhoogde bloeddruk

Zeven maal bestudeerd

- T90 Diabetes mellitus

Dubbeltellingen komen voor, doordat in enkele proefschriften verschillende ziekten of klachten onderzocht worden. In 65 proefschriften wordt geen bepaalde ziekte onderzocht, maar een ander onderwerp.

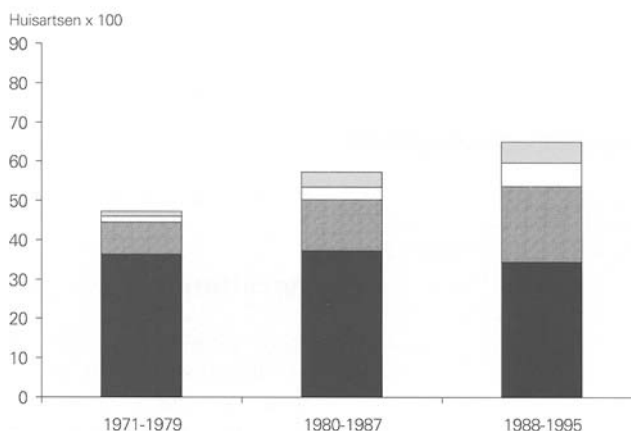
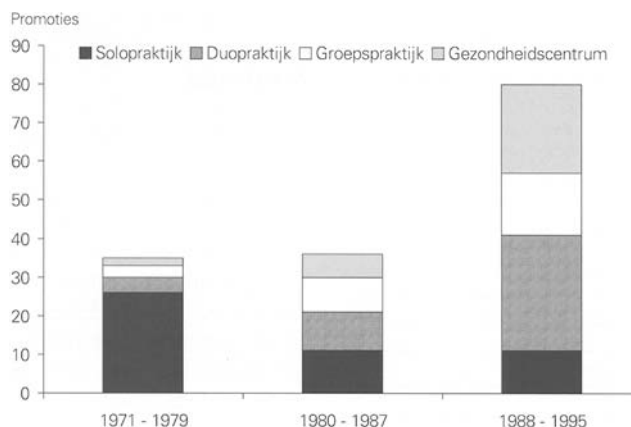
Wat 'aandachtscvelden' betreft: in *tabel 3* zien we dat 'morbiditeit' het hoogste scoort, gevolgd door 'gedrag van huisartsen'.

Tabel 1 Proefschriften van huisartsen, 1971-1995

Aantal	Totaal	1971-1979	1980-1987	1988-1995
Proefschriften	159	37	38	84
Huisartsen	163	37	38	88
Beroepsopleiding gevolgd	61	—	4	57
Voltijd huisarts	65	27	19	19
Aanstelling huisartseninstituut	70	6	14	50
Vrouwen	16	1	2	13

Tabel 2 Plaats van de universiteit waar de promotie plaatsvond, 1971-1990

Plaats	Aantal	Percentage
Amsterdam (UvA)	25	15
Groningen	14	9
Leiden	11	7
Maastricht	21	13
Nijmegen	32	20
Rotterdam	20	13
Twente	1	—
Utrecht	23	15
Amsterdam VU	11	7
Wageningen	1	—



Figuur 1 Aantal promoties (boven) en totaal aantal huisartsen (onder) naar praktijkvorm en naar periode

Tegenwoordig worden er nogal wat dissertaties in het Engels geschreven: bijna

30 procent in de gehele periode.⁵ Ook dit percentage nam toe. In de laatste acht jaar

verschenen 35 van de 83 dissertaties in het Engels: ruim 40 procent.

Een curriculum vitae komt steeds meer in de proefschriften voor, in de gehele periode in bijna de helft van de gevallen. Promoveren op artikelen komt ook bij huisartsen steeds vaker voor. In de gehele periode in 27 procent van de promoties, in de laatste acht jaar in ruim 40 procent van de promoties.

De financiering van het promotieonderzoek is in *tabel 4* zichtbaar gemaakt. Wanneer er sprake is van duidelijke sponsoring, noemen wij de financiering commercieel.

Ten slotte: het tijdsbestek tussen arts-examen en promotie. De top ligt hier bij 10-15 jaar. In vroeger jaren lag deze top op jongere leeftijd. In de periode 1946-1970 tussen 5 en 15 jaar en in de periode 1900-1945 zelfs tussen 5 en 10 jaar. Dat betekent dat men tegenwoordig later promoveert (*figuur 2*).

Beschouwing

De beperking van het materiaal tot 'proefschriften geschreven door huisartsen die promoveerden tijdens hun werkzaamheden' sluit een aantal proefschriften uit die wel in de huisartspraktijk waren bewerkt: totaal 14. Deze huisartsen hadden ten tijde van hun promotie de huisartspraktijk verlaten.

Het meest opvallende van proefschriften van huisartsen is wel de zeer sterke diversiteit in onderwerpen. De belangstelling van een generalist kan – wanneer zij zich moet bepalen op één onderwerp – ook niet anders dan uiteenlopend zijn. De onderwerpen variëren van voedingsgewoonten tot geboorteregeling, van dementie tot otitis media, van het gezin tot het protestantse ziekenhuis.

De diversiteit neemt echter in verloop van de tijd af. Het percentage 'diversen' in de indeling naar 'aandachtsgebied' bedroeg tussen 1900 en 1995 in drie perioden (1900-1945, 1946-1970 en 1971-1995) respectievelijk 31, 21 en 15 procent, wat als een bewijs daarvoor kan gelden. Waarschijnlijk wordt dit mede veroor-

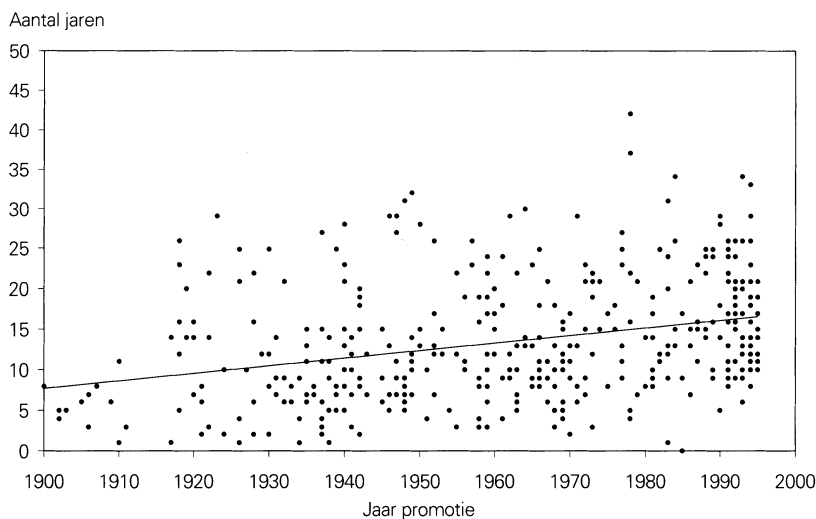
Tabel 3 Verdeling van de proefschriften naar 'aandachtsvelden' in de drie perioden (n= 159)*

Periode	Percentage totaal	1971-1979 n=38	1980-1987 n=38	1988-1995 n=87
Morbiditeit	40	8	13	42
Bevolkingsonderzoek	11	6	6	5
Gedrag huisartsen	14	3	3	16
Praktijkvoering	4	1	2	3
Diagnostiek e.d.	9	4	3	8
Procreatie en seksualiteit	6	5	1	3
Voeding	1	2	–	–
Geschiedenis der geneeskunde	3	2	2	–
Diversen	16	6	8	10

* In de tabel komen dubbeltellingen voor.

Tabel 4 Financiering van het promotieonderzoek in de drie perioden

Financiering	1971-1995 n=159	1971-1979 n=37	1980-1987 n=38	1988-1995 n=84
Privé	23	12	10	1
Eerste geldstroom	47	9	15	23
Tweede geldstroom	12	–	–	12
Derde geldstroom	128	22	25	81
Ideëel	75	21	15	39
Commercieel	53	1	10	42



Figuur 2 Relatie tussen promotiejaar en aantal jaren tussen artsexamen en promotie

zaakt door het feit dat vroeger meer huisartsen als solist 'privé' promoveerden, terwijl er tegenwoordig meer gepromoveerd wordt vanuit samenwerkingsverbanden op onderwerpen die liggen binnen de voorkeursgebieden van de medische faculteiten. Hierbij is samenwerken van verschillende onderzoekers op één terrein vaak geboden. Soms ook zoekt de individuele huisarts aansluiting bij de onderzoekslijn van de vakgroep.

Het lijkt erop dat de sterke toename van het aantal proefschriften in de laatste periode wordt veroorzaakt door de – tijdelijke – stimuleringsregelingen. Deze hebben tussen 1983 en 1995 ongeveer 57 dissertaties opgeleverd, dat is 50 procent van de 114 dissertaties die in die tijd zijn verschenen. Het zou speculatief zijn om nu te zeggen dat zonder deze regelingen het aantal proefschriften van huisartsen in de toekomst met 50 procent zou dalen, maar dat het ophouden van deze regelingen invloed zal hebben, is wel zeer aannemelijk.

Bij eerder onderzoek is gebleken dat het percentage gepromoveerde huisartsen sinds 1960 is afgenomen.⁶

Promoveren door vrouwelijke huisartsen kwam vroeger vrijwel niet voor. Hoe snel de situatie op dit punt veranderd is, moge blijken uit het feit dat het aantal gepromoveerde vrouwelijke huisartsen vóór 1971 twee bedroeg en daarna 16. Van deze 16 gepromoveerden behaalden er 13 na 1987 de doctorsgraad. De eerste vrouwelijke huisarts die in Nederland promoveerde was Wilhelmina Johanna de Bouvé, huisarts te Katwijk aan Zee, die 18 januari 1940 in Leiden promoveerde op een proefschrift met de titel 'De motoriek als persoonlijkheidskenmerk van het kind'.⁷

Dat er in samenwerkingsverbanden meer gepromoveerd wordt, ligt betrekkelijk voor de hand. Vooral de duopraktijken leveren tegenwoordig veel promovendi.

Het in deeltijd werken als huisarts is een ontwikkeling die vooral na 1970 heeft plaatsgevonden. Dit was min of meer noodzakelijk, doordat steeds meer huisartsen bij het onderwijs werden betrokken. In diezelfde tijd ontstonden de samenwerkingsverbanden – groepspraktijken en ge-

zondheidscentra – en later vooral duopraktijken.

Dat Nijmegen zo hoog scoort in het aantal promovendi, mag geschreven worden op het conto van Huygen, die bij 27 huisarts-promovendi de eerste promotor was. Overigens is een vergelijking tussen de verschillende universiteiten niet geheel correct, omdat de leerstoelen huisartsgeneeskunde niet op hetzelfde tijdstip zijn ingesteld.

Wat de aandachtsvelden betreft: binnen de groep 'morbiditeit' (63 dissertaties) nemen de infectieziekten niet meer zo'n grote plaats in als vroeger: 12 dissertaties, waarvan drie over urineweginfecties. De tuberculose komt niet meer voor; de laatste dissertatie over tuberculose is van de huisarts Van der Reep in 1959.⁸

Het morbiditeitsonderzoek richt zich de laatste jaren vooral op 'chronische ziekten', als wij dit slecht omschreven begrip hier mogen gebruiken. Proefschriften met als onderwerp de medische historie – vaak ook voor de niet-arts interessant – worden zelden meer door huisartsen geschreven, terwijl dit vroeger allerm minst zeldzaam was.

In dissertaties die bestaan uit de samenvoeging van een reeks artikelen ontbreekt nogal eens een cumulatieve literatuurlijst, waardoor het moeilijk is om na te gaan of een bepaald artikel in het proefschrift is verwerkt.

Vroeger was het heel gewoon dat men op eigen kosten promoveerde; in de periode 1900-1945 was dat het geval bij meer dan 85 procent van de huisartsen. Daarbij moet men zich realiseren dat de universiteit altijd ook kosten voor haar rekening nam, al was het alleen maar de werktijd van de promotor. Wat opvalt is het vrijwel verdwijnen van deze privé-betaling en de sterke toename van de derde geldstroom: van de 84 promotieonderzoeken werden er 81 (mede) door de derde geldstroom gefinancierd. In 42 gevallen was er daarbij sprake van sponsoring, vrijwel steeds door de farmaceutische industrie. In de meeste gevallen betrof het hierbij sponsoring van druk- en/of verspreidingskosten van het proefschrift.

Een vraag die bij de bestudering van de

proefschriften ook bij ons opkwam is wie de 'onderzoekagenda' bepaalt. Voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is dit een belangrijk probleem; in de aanbevelingen komen wij hierop terug.^{9,10}

Aanbevelingen

Naar aanleiding van het bovenstaande doen wij de volgende aanbevelingen:

- De onderwerpen van promotieonderzoek door huisartsen moeten bij voorkeur door huisartsen zelf gekozen worden. De hoogleraren huisartsgeneeskunde moeten vooral ervaren huisartsen op dit punt consulteren en eventueel stimuleren tot het stellen van nieuwe vragen.
- Er moet een fonds komen ter ondersteuning van promotieonderzoek door huisartsen, onder andere met het geld van de farmaceutische industrie. Slechts in dat geval ontstaat er geen ongewenste binding tussen de farmaceutische industrie en een individuele huisarts. Het beheer van dit fonds moet liggen bij huisartsen die geen binding hebben met de universiteit.
- Het verdient aanbeveling enkele problemen die tot nog toe weinig aandacht hebben gekregen in een promotieonderzoek nader te analyseren.

Lijst

De lijst met de titels van de 159 proefschriften is te verkrijgen door storting van NLG 12,50 (dat is inclusief portokosten) op gironummer 578385 t.n.v. G.J. Bremer te Haren onder vermelding van 'Proefschriften'.

Dankbetuiging

Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door bijdragen van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Onderlinge Levensverzekeringsmaatschappij voor Artsen (OLMA) en de Vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. In het bijzonder bedanken wij drs. K.H. Groenier, methodoloog, voor zijn slimme adviezen.

Literatuur op pag. 625.

len. Wél ontbijten heeft in ieder geval een gunstig effect op het plasmacholesterol, de voedingsstatus, afname van de hoeveelheid tussendoortjes en mogelijk ook op schoolprestaties. In dit onderzoek werden de voedingsgewoonten van ruim 400 kinderen op de leeftijd van 5, 8, 11 en 14 jaar geïnventariseerd door het invullen van vragenlijsten bij een bezoek aan de schoolarts.

Van de basisschoolkinderen had 5 procent de voorafgaande dag het ontbijt overgeslagen, van de middelbare-schoolkinderen 13 procent. Overslaan van het ontbijt kwam vaker voor bij meisjes dan bij jongens, bij kinderen uit eenoudergezinnen en bij leerlingen van grotestadscholen, en minder vaak bij een vader met minimaal een HBO-opleiding. De combinatie overslaan van ontbijt, inactiviteit en roken kwam voor bij 55 procent van de meisjes van 16 jaar die beroepsvoorbereidend onderwijs volgden, tegen slechts 8 procent van de jongens die het gymnasium bezochten.

Joost J. den Otter

Diabetes en hypertensie

UK Prospective Diabetes Study Group.

- Tight blood pressure control and risk of macrovascular complications in type-2 diabetes. *BMJ* 1998;317:703-12.
- Efficiency of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:713-9.
- Cost effectiveness analysis of improved blood pressure control in hypertensive patients with type 2 diabetes. *BMJ* 1998;317:720-6.

Mogensen EA. Combined high blood pressure and glucose in type 2 diabetes: double jeopardy [Editorial]. *BMJ* 1998;317:693-4.

Ruim 1100 patiënten met diabetes mellitus type 2 in combinatie met hoge bloeddruk (gemiddeld 160/94 mmHg) werden ingedeeld in twee vergelijkbare groepen. Bij de ene groep werd gestreefd naar een bloeddruk <150/85 mmHg, bij de andere groep werd een maximale bloeddruk van 180/105 mmHg acceptabel geacht.

Na een observatieperiode van gemiddeld negen jaar bleek dat alle vasculaire afwijkingen bij de groep met de streng gecontroleerde bloeddruk verminderd waren en dat vooral het optreden van microvasculaire afwijkingen kon worden voorkomen. Om de nagestreefde bloeddrukverlaging te bereiken moesten vaak drie middelen worden gebruikt.

Een van de daarbij gebruikte antihypertensiva was een ACE-remmer: in ruim de helft van

de gevallen captopril en voor de rest atenolol. Beide middelen leverden een vergelijkbare bloeddrukdaling op. Ook was er geen verschil tussen beide groepen in het optreden van macro- en microvasculaire complicaties. Wel staakten op de lange duur meer atenololgebruikers deze medicatie, vooral wegens bronchospasmen, claudicatio intermittens en impotentie.

De patiënten in de streng gecontroleerde groep gebruikten veel meer geneesmiddelen en consulteerden de diabetesverpleegkundige vaker dan de 'vrijere' groep. Deze extra kosten waren echter lager dan de kosten van ziekenhuisopnamen en de behandeling van nierfalen en retinopathie in de 'vrijere' groep, en hierbij is het grotere aantal sterfgevallen en de verminderde kwaliteit van het leven nog buiten beschouwing gelaten.

De conclusie is dat verlaging van de bloeddruk de grootste rol speelt bij het voorkomen van vasculaire complicaties bij diabetes. Streng instellen van de diabetes voorkomt vooral microvasculaire complicaties.

H.G. Frenkel-Tietz

Campylobacter jejuni

Smith KE, Besser JM, Hedberg CW, et al.

Quinolone-resistant campylobacter jejuni infections in Minnesota, 1992-1998. *N Engl J Med* 1999;340:1525-32.

Wegener HC. The consequences for food safety of the use of fluoroquinolones in food animals [Editorial]. *N Engl J Med* 1999;340:1581-2.

In de loop van zes jaar is de incidentie van Campylobacter-enteritis in Minnesota verdriedubbeld. Hierbij steeg het aantal chinolonresistente gevallen van 2 tot 10 procent. De meeste infecties waren te herleiden tot buitenlandse besmettingen, maar in de laatste jaren werden ook besmettingen van binnenlandse origine vastgesteld. Dit wordt in verband gebracht met chinolonen, die sinds 1995 toegestaan zijn in de kippenfokkerij. Uit kweken van 14 van in totaal 95 kippenproducten werd een chinolonresistente Campylobacter geïsoleerd.

In het editoriaal wordt uitgelegd dat het gewicht van de kippen stijgt door toediening van chinolonederivaten. Campylobacter-enteritis is een 'self-limiting disease'. Men bedenke echter dat deze aandoening voor ouderen en immuungecompromitteerde patiënten fataal kan zijn, indien er geen adequate antibioticabehandeling mogelijk is.

H.G. Frenkel-Tietz

Promotieonderzoek door huisartsen

Literatuur (vervolg van pag. 608)

- 1 Bremer GJ. Studies uit de huisartspraktijk. Proefschriften van huisartsen 1900-1979. Huisarts Wet 1981;24:336-40.
- 2 Bremer GJ. Promoveren door huisartsen II. Huisarts Wet 1988;31:92-4.
- 3 Touw-Otten F. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1981.
- 4 Boersma JJ, et al. ICPC. International Classification of Primary Care. Derde druk. Utrecht: NHG, 1994.
- 5 Meijman FJ. Publications in Dutch on general practice research. In: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Medical Committee. General practice research in Dutch Academia. Amsterdam, 1994: 47-53.
- 6 Kooij LR, Bremer GJ. Gepromoveerde huisartsen. Huisarts Wet 1998;41:333-5.
- 7 De Bouvé WJ. De motoriek als persoonlijkheidskenmerk van het kind [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1940.
- 8 Van der Reep AFM. Tuberculose in een platelandspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1959.
- 9 Meijman FJ. Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1997;40:261-3.
- 10 Zaat JOM. Tussen volkorenbrood en cake. De spagaat van het huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1998;41:369-71. ■

Het classificeren van deelcontacten met de ICPC

Vervolg literatuur van pag. 612

- 12 Van der Lei J, Bohnen AM, Van Bommel JH. Computerondersteunde besluitvorming: een nog niet vervulde belofte. Huisarts Wet 1994;37:427-30.
- 13 Middelkoop BJC. Twee jaar Rohapro. Rapport Afdeling Epidemiologie en Beleid. Rotterdam: GGD Rotterdam en Omstreken, 1993.
- 14 Höppener P, Knottnerus JA, Metsemakers JFM, et al. Het Registratienet Huisartsenpraktijken van de Rijksuniversiteit Limburg: een geautomatiseerd steekproefbestand voor huisartsgeneeskundig onderzoek. Huisarts Wet 1990;33:66-9.
- 15 Brouwer HJ. Probleem of episode? In: Bijblijven 13/4, 'Huisarts en automatisering', 1997: 26-30. ■