

65 jaar wetenschap in H&W: wat heeft de patiënt hieraan?

Chris van Weel, François Schellevis

Een terugblik op de wetenschap in 65 jaar Huisarts en Wetenschap (H&W) mag in deze jaargang niet ontbreken. We laten zien hoe de huisartsgeneeskunde zich tot een eigenstandig terrein van wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde, na een lange traditie van promotieonderzoek van huisartsen over voor de praktijk belangwekkende onderwerpen. Dit is uniek voor Nederland en verklaart waarschijnlijk de ontvankelijkheid van de discipline voor wetenschappelijk onderzoek. Die receptiviteit leidde tot een fase waarin evidencebased medicine centraal stond. In die periode kwam ook internationale samenwerking met publiceren in internationale tijdschriften tot stand en maakten dubbelpublicaties hun opwachting in de kolommen van H&W. Daardoor kwam de focus in H&W te liggen op de vraag wat wetenschappelijk onderzoek de zorg voor de persoon van de patiënt, de populatie waar de huisartsenpraktijk voor staat, te bieden heeft.

In deze historische beschouwing richten wij ons op de vraag hoe het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde zichtbaar is in publicaties in de 65 jaargangen van H&W. Aan de hand van de ontwikkeling van het onderzoek in de huisartsgeneeskunde beschrijven wij hoe H&W deze ontwikkeling zichtbaar maakte. We onderscheiden achtereenvolgens 4 fasen in de ontwikkeling van dat onderzoek:

- de pioniersfase: onderzoek voordat H&W bestond
- de emancipatiefase: onderzoek ter onderbouwing van de huisartsgeneeskunde als aparte discipline
- de evidentiefase: wetenschappelijke onderbouwing van het huisartsgeneeskundig handelen
- de persoonsgerichte fase: nadruk op de praktische toepasbaarheid van huisartsgeneeskundig onderzoek

Omdat we de rol van H&W in de loop van de tijd niet los kunnen zien van ontwikkelingen van de wetenschap in het algemeen – ook al voordat H&W voor het eerst verscheen – en van internationale ontwikkelingen in het huisartsgeneeskundig onderzoek, plaatsen we onze bevindingen in deze context.

PIONIERSFASE

De rol van Nederlandse huisartsen in onderzoek en wetenschap is niet goed te begrijpen zonder de periode te be-



Laboratoriumonderzoek door huisarts W. Vasbinder, 1944.

Bron: Nationaal Archief

schouwen die voorafging aan de formele erkenning van de huisartsgeneeskunde als wetenschappelijke discipline. Dit is de periode vóór de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de beroepsopleiding tot huisarts, en voor de verschijning van het eerste nummer van H&W – de tijd dat huisartsgeneeskunde nog geen erkenning had als apart specialisme. In deze ‘pre-universitaire’ periode komen 2 relevante ontwikkelingen naar voren.

Huisartsen en proefschriften

Ook toen er nog geen formele academische basis voor de huisartsgeneeskunde was, bestond er binnen de beroepsgroep een traditie om onderzoek te doen en daarbij aansluiting te zoeken bij de academie. Het met succes afgerond hebben van een academische promotie vormt sinds jaar en dag de hoogste academische graad. In de periode 1900-1940, en zelfs ook al daarvoor, zijn er steeds huisartsen geweest die een proefschrift

DE KERN

- *Huisarts en Wetenschap* (H&W) laat in 65 jaargangen de ontwikkeling van het huisartsgeneeskundig onderzoek zien.
- Al voor de verschijning van de eerste jaargangen van H&W deden [huis]artsen promotieonderzoek over voor de praktijk relevante onderwerpen.
- In de eerste decennia was H&W het platform voor onderzoeksartikelen die de ontwikkeling van het vakgebied in Nederland weerspiegelden.
- In de jaren 1960–1985 lag de nadruk in H&W op artikelen over morbiditeitsonderzoek ter onderbouwing van de erkenning van de huisartsgeneeskunde als een zelfstandige discipline.
- In de fase van evidencebased medicine werden onderzoeksartikelen vooral in Engelstalige tijdschriften gepubliceerd, gevolgd door dubbelpublicaties in H&W.
- Momenteel ligt in H&W de nadruk op publicaties over persoonsgerichte huisartsgeneeskunde, waarin de context van de patiënt, wetenschappelijke kennis en praktijkervaring tezamen het huisartsgeneeskundig handelen bepalen.

hebben geschreven.¹ Zij representeerden een bescheiden deel van de praktiserende (huis)artsen, maar hun aandeel hield door de tijd heen gelijke tred met de toename van het aantal practici. De onderwerpen die in deze proefschriften aan de orde kwamen gaven ook inzicht in de gezondheidsproblemen waarvoor de huisarts zich in de eerste helft van de 20e eeuw gesteld zag: van infectieziekten en deficiënties tot anticonceptie en cardiovasculair risicomanagement.²⁻⁵ Deze pre-universitaire traditie werd daarmee een van de factoren die de wetenschapsbeoefening door huisartsen in latere jaren vormgaf. In het Verenigd Koninkrijk, waar de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde grote parallellen vertoont met die in Nederland, kent wetenschapsbeoefening en het publiceren erover ook een lange traditie, maar die speelde zich af zonder academische inbedding. Gepromoveerde huisartsen waren – en zijn er nog steeds – een grote uitzondering. De aansluiting bij de academie verklaart naar alle waarschijnlijkheid deels waarom de kwaliteit van het Nederlands huisartsgeneeskundig onderzoek – gemeten aan de impact van internationale publicaties – zo sterk is.⁶

Grenzen van het medisch model

Een tweede ontwikkeling betreft het onderzoek dat in de periode 1945–1960 werd gedaan en dat sterk onder invloed stond van het proefschrift van Buma.⁷ In deze periode werd veel samengewerkt met de sociale geneeskunde en sociale psychiatrie, en werden de grenzen van het medisch model opgezocht en overschreden. Voor de ontwikkeling van het vakgebied en de missie van het NHG waren publicaties van Querido en Weyel gezichtsbepalend.^{8,9} In de integrale benadering stond de

persoon die de ziekte had centraal, wat botste met het medisch model en zijn focus op ziekte. Dit genereerde onderzoek waarin naast huisartsen ook psychologen en sociologen een bepalende rol speelden, en waarin de huisartsenpraktijk verbonden werd met sociaal-maatschappelijke actie en eigen modellen ontwikkelde voor een geïntegreerde, multidisciplinaire en persoonsgerichte benadering.¹⁰⁻¹⁶ Trendsetter in dit verband was Crebolder: diens proefschrift was het eerste dat geheel was gebaseerd op in H&W gepubliceerde artikelen.¹⁷ Alle publicaties in artikelvorm, proefschrift of rapport waren in die periode Nederlandstalig, waarmee het wetenschappelijke discours zich vooral in eigen kring afspeelde. Er bestond anno 1970 dus een in 70 jaar ontwikkelde, unieke, in de gezondheidszorg trendsettende wetenschapstraditie in de huisartsgeneeskunde. Die was echter buiten de landgrenzen – met uitzondering van Vlaanderen – niet toegankelijk. Er bestond tot dan toe dan ook geen internationale samenwerking op het gebied van het huisartsgeneeskundig onderzoek.

EMANCIPATIEFASE

In deze tweede fase, ruwweg van 1960 tot 1985, lag de nadruk van het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde op de registratie van morbiditeit in de huisartsenpraktijk. Voor de erkenning van de huisartsgeneeskunde als een eigen discipline binnen de geneeskunde vormde het systematisch documenteren van de gezondheidsproblemen waarvoor patiënten de huisarts raadplegen een belangrijke basis. Pioniers als Buma waren hiermee al eerder begonnen in hun eigen praktijk, gevolgd door het eerste grootschalige Intermitterende Morbiditeitsonderzoek (IMO) in 1966–1967, onder auspiciën van de NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en het Nederlands Huisartsen Instituut.⁷ Publicaties in H&W en het proefschrift van Oliemans doen hiervan verslag.¹⁸⁻²¹ Het IMO gaf geen inzicht in het beloop van ziekten in de huisartsenpraktijk; daarvoor was een continue registratie nodig. In 1971 startte de Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) Nijmegen in 4 huisartsenpraktijken, op initiatief van Huygen vanuit de universitaire afdeling Huisartsgeneeskunde in Nijmegen. De CMR vormde de basis voor een groot aantal artikelen in H&W, voor academische proefschriften, voor informatie en een leerboek voor het onderwijs in de huisartsgeneeskunde in de basis- en beroepsopleiding en voor het toonaangevende boek van Huygen over gezinsgeneeskunde.^{22,23} In diezelfde tijd startte ook een landelijk netwerk van huisartsenpraktijkenpeilstations (Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations), geïnitieerd door de (toenmalige) Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid. Deze peilstationpraktijken richtten zich op de registratie van een jaarlijks vastgestelde selectie van ziektebeelden, waaronder influenza. Samenvattingen van de jaarverslagen van deze peilstations werden jaarlijks in H&W gepubliceerd.²⁴ Ervaringen met het registreren van morbiditeit in de huisartsenpraktijk leidden tot de behoefte aan een op de huisartsgeneeskunde toegesneden classificatiesysteem van gezondheidsproblemen. De destijds bestaande – van oorsprong



De 65 jaargangen van H&W vormen een reflectie van de manier waarop wetenschap en praktijk zich hebben ontwikkeld.

Foto: Shutterstock

Britse – E-lijst en *International Classification of Diseases and Causes of Death* (ICD) voorzagen niet in diagnoses zoals huisartsen die stellen en die vaak een voorlopig karakter hebben. Lamberts ontwikkelde – op basis van de morbiditeitsregistratie in praktijken rond Rotterdam – de RFE- (*Reason For Encounter*) en de ICHPPC (*International Classification of Health Problems in Primary Care*) classificaties, later gevolgd door de ICPC (*International Classification of Primary Care*). In de 25e jaargang van H&W verscheen een complete tabel met incidentie- en prevalentiecijfers van alle RFE-codes op basis van deze registratie.²⁵

Voor de morbiditeitsregistratie in Nederland was het Verenigd Koninkrijk het grote voorbeeld. Het onderzoek van Pickles over de verspreiding van besmettelijke ziekten over verschillende dorpen op het Britse platteland kan worden gezien als het eerste epidemiologische onderzoek in de huisartsenpraktijk.²⁶ In 1955-1956 participeerden 171 huisartsen gedurende een jaar in een morbiditeitsregistratie in het kader van de *First National Morbidity Survey*, in 1970-1971 gevolgd door een tweede. Deze *surveys* waren de inspiratiebron voor de Nederlandse (eerste) Nationale Studie naar Ziekten en Verrichtingen in de huisartsenpraktijk in 1987-1988, die niet alleen de registratie van morbiditeit, maar ook die van verrichtingen omvatte.²⁷

EVIDENTIEFASE

In de kwart eeuw die hierop volgde stond evidencebased

medicine (EBM) centraal in het huisartsgeneeskundig onderzoek en H&W. Al in de jaren 80 verschenen verslagen van huisartsgeneeskundige conferenties ter onderbouwing van het handelen in de praktijk.²⁸ De publicatie van de eerste NHG-Standaard luidde een tijdperk in van publicaties van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor het handelen van huisartsen.²⁹

De NHG-Standaarden kwamen en komen tot stand na het doorlopen van een zorgvuldige procedure waarin het analyseren van wetenschappelijke literatuur, systematische reviews en meta-analyses een belangrijke plaats heeft. De Cochrane Collaboration, opgericht in 1993, zette de standaard voor de methodologie van systematische reviews en meta-analyses, en werd een belangrijk platform voor kennis op basis van wetenschappelijke publicaties. In het jaar 2000 startte een rubriek in H&W met een samenvatting van de uitkomsten van systematische literatuuroverzichten uit de Cochrane database die relevant zijn voor huisartsen.³⁰ De ontwikkeling van de NHG-Standaarden maakte ook duidelijk dat nog veel wetenschappelijke kennis ontbrak, in het bijzonder voor de setting van de huisartsenpraktijk. Een eerste systematische inventarisatie van deze kennislacunes verscheen in 2001.³¹ Inmiddels kent iedere NHG-Standaard ook een aparte bijlage met belangrijke onderzoeksvragen die nog om beantwoording vragen.

De belangstelling voor EBM vertaalde zich niet in een toe-

name van artikelen in H&W over randomized clinical trials, systematische reviews en meta-analyses in die periode. Een belangrijke oorzaak hiervoor was dat proefschriften geen monografieën meer waren, maar steeds vaker bestonden uit een bundeling van publicaties in internationale (Engelstalige) wetenschappelijke tijdschriften. Een wetenschappelijke publicatie in H&W, een niet geïndexeerd Nederlandstalig tijdschrift, die niet traceerbaar is in internationale bibliografische bestanden, telt niet mee bij de kwaliteitsbeoordeling van een proefschrift. De redactie van H&W speelde hierop in door de mogelijkheid van zogenaamde dubbelpublicaties aan te bieden, een Nederlandstalige bewerking voor de lezers van H&W van een reeds elders gepubliceerd artikel. Hiervan werd veel gebruikgemaakt, getuige bijvoorbeeld 26 dubbelpublicaties (tegenwoordig: praktijkgerichte bewerking) in de jaargang 2005.³² Er waren dan ook steeds meer huisartsen die promoveerden. Verschenen er in het decennium 1980-1989 43 dissertaties van praktiserende huisartsen, in 1993 en 1994 werden 68 proefschriften gepubliceerd op basis van onderzoek dat voor huisartsen relevant is.^{33,34} Deze trend zette zich voort, mede door de introductie van het aioto-traject (assistenten in opleiding tot onderzoeker) in 1998, waarin huisartsen in opleiding (aios) hun opleiding tot huisarts combineren met een promotieonderzoek.³⁵

PERSOONSGERICHTE FASE

In de laatste decennia is een verschuiving zichtbaar van EBM naar *evidence based practice*, waarin het handelen van huisartsen niet alleen bepaald wordt door wetenschappelijke kennis, maar ook door de eigen ervaringen van huisartsen, daarbij rekening houdend met de voorkeuren, normen en waarden van patiënten. Deze verschuiving kwam onder andere tot stand doordat steeds duidelijker werd dat door de strenge selectiecriteria van veel *clinical trials* een zeer homogene patiëntengroep werd geïncludeerd. Deze patiënten zijn niet representatief voor de patiënten die Nederlandse huisartsen dagelijks zien, bijvoorbeeld wat betreft leeftijd, sociaaleconomische status, etnische afkomst of multimorbiditeit. Daarmee rees twijfel over de toepasbaarheid van de resultaten van deze trials, en dus over die van de daarop gebaseerde NHG-Standaarden, op de patiëntenpopulatie van huisartsen. Ook kregen in deze jaren patiëntenorganisaties een steeds belangrijker rol in de gezondheidszorg en werden bijvoorbeeld *informed consent*, *shared decision making* en aandacht voor de context en leefomgeving van de patiënt in het handelen van huisartsen steeds meer vanzelfsprekend.

Ruimte voor kwalitatief onderzoek

Deze verschuiving naar persoonsgerichte huisartsgeneeskunde is ook zichtbaar in H&W. Zo werd ruimte gemaakt voor kwalitatief onderzoek, naast het traditionele kwantitatieve onderzoek. In 2004 publiceerde de redactiecommissie de richtlijnen voor auteurs van artikelen waarin verslag gedaan wordt van kwalitatief onderzoek. In de jaargangen daarna verschenen steeds meer onderzoeksartikelen over de communicatie met

patiënten, over de kwaliteit van de zorg vanuit het perspectief van patiënten (hetgeen ook onderdeel uitmaakt van de in 2005 gestarte NHG-praktijkaccreditering), over gendersensitieve huisartsgeneeskunde en over wijkgericht werken. In de derde herziening van de eerste NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 wordt aanbevolen om de toepassing van de richtlijn te personaliseren, dat wil zeggen rekening te houden met de leeftijd, diabetesduur en intensiteit van de behandeling.³⁶ De implementatie van de NHG-Standaarden is ook een terugkerend onderwerp van onderzoeksartikelen in H&W: hoe wegen huisartsen de wetenschappelijke inzichten, zoals verwoord in de richtlijnen, hun eigen huisartsgeneeskundige expertise en de voorkeuren van patiënten in het handelen in de dagelijkse praktijk?³⁷ Ook voor de dubbelpublicaties in H&W van artikelen die reeds elders zijn gepubliceerd vraagt de redactie nu om een praktijkgerichte bewerking van het oorspronkelijke onderzoeksartikel.

TOT SLOT

De 65 jaargangen van H&W vormen naast een cumulerende bron van wetenschappelijke kennis op huisartsgeneeskundig gebied ook een reflectie van de manier waarop praktijk en wetenschap zich hebben ontwikkeld. Klonk in de eerste jaren de pioniersfase nog sterk door, een professie op zoek naar zijn conceptuele eigenheid en de vraag naar de rol van onderzoek en wetenschap daarbij – met het op gang komen van wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van de huisartsgeneeskunde als aparte discipline brak een periode aan waarin onderzoeksverslagen de kolommen van het tijdschrift domineerden. Onderzoek voor de praktijk, onderzoek waar de praktijk zich naar diende te richten. Dit is bij uitstek de fase geweest waarin de huisartsgeneeskunde zich verzekerde van een academische basis, en in deze periode deed zich ook de internationalisering van het huisartsgeneeskundig (*primary care*) onderzoek voor, als belangrijke verandering. Veel Nederlands onderzoek werd primair in internationale tijdschriften gepubliceerd, met dubbelpublicaties in H&W om de communicatie met het eigen professionele veld te blijven onderhouden.

Een wezenlijke verandering in de aard van de kolommen van het tijdschrift voltrok zich toen de complexiteit van de relatie wetenschap en praktijk duidelijk werd: nieuwe kennis en een onderzoeksverslag op zich boden doorgaans onvoldoende basis voor het veranderen van de zorg aan patiënten. De evidentiefase vormde, en vormt nog steeds, de periode waarin het daadwerkelijk kwam tot het wetenschappelijk onderbouwen van het huisartsgeneeskundig handelen. H&W verlegde de redactionele nadruk op het wegen van de kracht van onderzoeksverslagen, op de analyse van de relatie van uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek tot de patiëntenpopulatie in de eerste lijn. Feitelijk was dit de bekroning van de emancipatie van de huisartsgeneeskunde als eigenstandige discipline: aan de kwaliteit van het gerealiseerde onderzoek ontleende de huisartsgeneeskunde het gezag om met succes de complexe relatie met de dagelijkse praktijk aan de orde te kunnen stellen.

Je zou kunnen zeggen dat daarmee het primaat tussen praktijk en wetenschap bij de praktijk kwam te liggen – de persoonsgerichte fase, waarin duidelijk is dat de individualiteit van de patiënt, de persoon die zorg ontvangt, en de populatie waaraan zorg wordt geboden in belangrijke mate de toepasbaarheid van (huisartsgeneeskundig) onderzoek bepalen. In feite zijn we daarmee terug bij de zoektocht van de jaren 1950-1970, maar dan op een wezenlijk hoger niveau: terug bij de vraag wat onderzoek de praktijk te bieden heeft. Met als constante factor H&W – de naamgeving van het tijdschrift is nog steeds actueel –, dat in belangrijke mate heeft bijgedragen aan dit proces, dat hoogst dynamisch is geweest en nog steeds is, met al vanaf de eerste jaargang de vraag wat patiënt en populatie er beter van worden. ■

LITERATUUR

1. Bremer GJ. Hora Est. Proefschriften van huisartsen 1900-1995 [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Publishing, 2000.
2. Scheltema JMW. De pokkenepidemie te 's-Gravenhage in 1894 [proefschrift]. Leiden: Universiteit van Leiden, 1900.
3. Sterneberg H. Zuigelingenvoeding en zuigelingensterfte te Nijmegen en de middelen ter verbetering [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1907.
4. Moors JPC. Gezinsregeling. Een onderzoek in een huisartspraktijk naar gedrag en houding tegenover gezinsregeling [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1970.
5. Van Ree JW. Het Nijmeegs Interventie Project [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1981.
6. Glanville J, Kendrick T, McNally R, Campbell J, Hobbs FDR. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis. *BMJ* 2011;342:d1028.
7. Buma JT. De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen. Schets ener encyclopaedie der geneeskunst [proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1949.
8. Querido A, Van der Meulen LHD, Willemse WJZ. Inleiding tot een integrale geneeskunde. Leiden: Stenfert Kroese, 1955.
9. Weyel JA. De mensen hebben geen leven. Haarlem: Bohn, 1972.
10. Van Eijk JThM. Levensgebeurtenissen en ziekte [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1979.
11. Smits AJA. Kind, huisarts en gezin [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1978.
12. Lamberts H. Het sociale model in de huisartsgeneeskunde, tegenover, naast, in, dankzij of ondanks het medische model. *Huisarts Wet* 1972;15:369-83.
13. Riphagen FE. Zeven vette jaren. Een beschrijvende analyse van multidisciplinaire samenwerking in Rotterdam-Ommoord [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1980.
14. Op 't Root JHM. Een beschrijving van de voorbereiding en van vier jaar samenwerking in een project van gecoördineerde eerstelijnsgezondheidszorg in Rotterdam Ommoord [doctoraalscriptie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1973.
15. Nederlands Huisartsen Genootschap. Methodisch werken. Utrecht: NHG, 1977.
16. Nederlands Huisartsen Instituut. Verslag van de werkconferentie over samenwerking tussen huisartsen, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1972.
17. Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1977.
18. Oliemans AP, De Waard F. Morbiditeit in de huisartspraktijk (1). *Huisarts Wet* 1969;12:309-24.
19. Oliemans AP, De Waard F. Morbiditeit in de huisartspraktijk (2). *Huisarts Wet* 1970;13:24-8.
20. Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk (3). *Huisarts Wet* 1970;13:354-62.
21. Oliemans AP. Morbiditeit in de huisartspraktijk [proefschrift]. Leiden: Universiteit Leiden, 1969.
22. Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, 1990.
23. Huygen FJA. Family Medicine. The medical life history of families. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1978.
24. Anonymus (Uit het Nederlands Huisartsen Instituut). Vier jaar continue morbiditeitsregistratie in de huisartspraktijk door middel van peilstations. *Huisarts Wet* 1974;17:407-13.
25. Lamberts H. Incidentie en prevalentie van gezondheidsproblemen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1982;25:401-14.
26. Pickles, W. Epidemiology in country practice. Bristol: John Wright & Sons, 1939.
27. Bensing J, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1991;34:51-61.
28. Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. *Huisarts Wet* 1980;23:13-5.
29. Mulder JD, Cromme PVM, Rutten GEHM, Zuidweg J. Huisarts en diabetes type II. Een verantwoording voor de NHG standaard. *Huisarts Wet* 1989;32:7-13.
30. Assendelft WJJ, Zaat JOM, Meijman FJ. Systematische literatuuroverzichten voor de huisarts. Een Cochrane-rubriek in *Huisarts en Wetenschap*. *Huisarts Wet* 2000;43:29-31.
31. Tasche MJA, Oosterberg E, Kolnaar BGM, Rosmalen K. Inventarisatie van lacunes in huisartsgeneeskundige kennis. *Huisarts Wet* 2001;44:91-4.
32. Zaat J, Gerritsma F. H&W in 2005 en plannen voor 2006. *Huisarts Wet* 2006;49:165-6.
33. Touw-Otten FWMM. Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde II. Ontwikkelingen in de proefschriften van praktiserende huisartsen in de decade 1980-1989. *Huisarts Wet* 1991;34:141-5.
34. Anoniem. Huisartsgeneeskundige onderwerpen. 68 dissertaties in 2 jaar. *Huisarts Wet* 1995;38:98.
35. Den Engelsens C, Knottnerus BJ, Dinant GJ. Het aiothotraject, 15 jaar na de start. *Huisarts Wet* 2014;57:226-30.
36. Rutten G, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling B, Van de Laar F, Bilo HJG, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). *Huisarts Wet* 2013;56:512-25.
37. Grol R, Braspenning J, Dijkstra R, Hulscher M, Wensing M. Implementatie van NHG-Standaarden: succes of probleem? *Huisarts Wet* 2010;53:42-6.

Van Weel C, Schellevis FG. 65 jaar wetenschap in H&W: wat heeft de patiënt hieraan? *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-2101-y.
Radboudumc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. C. van Weel, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, chris.vanweel@radboudumc.nl. Amsterdam UMC, locatie VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: prof. dr. F.G. Schellevis, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde, voormalig senior-onderzoeker Nivel. NHG, NHG-Werkgroep Geschiedenis Huisartsgeneeskunde, Utrecht: prof. dr. C. van Weel; prof. dr. F.G. Schellevis.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.