

# Huisartsenpraktijk en academie

## De geschiedenis van de groepspraktijk Antonius Deusinglaan 1959-1998

Ger van der Werf, Leo Veehof

### Inleiding

Tijdens de Woudschotenconferentie in 1959 werd de zorg van de huisarts gedefinieerd met de begrippen continu, integraal en persoonlijk.<sup>1</sup> Een veranderend morbiditeitspatroon had zijn weerslag op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde: van infectieziekten in de eerste helft van de eeuw naar chronische kwalen in de tweede helft; in samenhang hiermee veranderde het ziektebegrip van objectief-instrumenteel naar subjectief-narratief.<sup>2</sup> Daarmee was de aanzet gegeven tot de introductie van een nieuw academie-

### Samenvatting

Van der Werf GTh, Veehof LJG. Huisartsenpraktijk en academie. De geschiedenis van de Groepspraktijk Antonius Deusinglaan 1959-1998. *Huisarts Wet* 2003;46(12):680-4.

In de jaren vijftig werd het vakgebied huisartsgeneeskunde op de kaart gezet. De eerste experimenten met academisering van huisartsenpraktijken, waarin gepoogd werd onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg te integreren, werden uitgevoerd: halverwege de jaren zestig werd in Groningen een universitaire praktijk opgestart.

In de jaren zeventig ging veel energie naar het opzetten van de beroepsopleiding tot huisarts. Huisartsgeneeskunde werd vooral gezien als een ambacht en minder als een wetenschappelijke discipline. Het waren magere jaren voor de universitaire praktijk. Begin jaren tachtig ontstond er landelijke aandacht voor academisering van huisartsenpraktijken. Dat bracht in Groningen nieuw elan. De universitaire groepspraktijk verzorgde een substantieel deel van het onderwijs; er werd gepubliceerd en eind jaren tachtig werd de aanzet gegeven tot een registratienetwerk. Patiëntenbesprekingen dienden daarbij als middel tot reflectie op de zorg, welke vorm kreeg in onderwijs en onderzoek ten dienste van de dagelijkse praktijk.

Voor de komende tijd bepleiten we bezinning op de afstemming tussen academisch-specialistische zorg en academische huisartsenzorg.

Groepspraktijk A. Deusinglaan/Discipliniegroep Huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen, A. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen: dr. G.Th. van der Werf, dr. L.J.G.Veehof, huisartsen.

Correspondentie: g.t.van.der.werf@med.rug.nl

Mogelijke belangenverstremming: GThvdW en LJGV zijn respectievelijk sinds 1972 en 1980 werkzaam in de Groepspraktijk A. Deusinglaan.

misch vakgebied, de huisartsgeneeskunde, dat zich richt op de patiënt als persoon met een gezondheidsklacht.<sup>3</sup>

Vanaf de beginjaren van de huisartsgeneeskunde is nagedacht over de inschakeling van de huisarts en zijn praktijk bij de opleiding tot arts en tot huisarts, en bij wetenschappelijk onderzoek.<sup>4-8</sup> In 1966 ging in Groningen de eerste Nederlandse universitaire huisartsenpraktijk van start.

We beschrijven de geschiedenis van deze huisartsenpraktijk tegen de achtergrond van de gedachtevorming over de academisering van de huisartsgeneeskunde en de academische patiëntenzorg.

### Methode

We hebben een inventarisatie gemaakt van de publicaties die vanuit de praktijk en haar medewerkers zijn voortgekomen. Er zijn enkele publicaties uit de beginjaren van de praktijk. Tussen 1973 en 1983 zijn er geen publicaties te vinden. Vanaf 1987 verschenen er jaarverslagen. Vanaf 1997 zijn de huisartsen van de praktijk nog wel als medewerker bij het onderwijs en het onderzoek van de disciplinegroep huisartsgeneeskunde betrokken, maar de rol van de praktijk als universitaire praktijk is uitgespeeld.

De achtergrond van deze geschiedenis wordt gevormd door de ontwikkeling van het huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderwijs en onderzoek en door de discussie over academisering die vanaf 1980 in *Huisarts en Wetenschap* en *Medisch Contact* op gang komt.

### De begintijd: waar komen de idealen vandaan?

In 1959 lanceerde Van Deen (1914-1992) bij zijn benoeming als hoogleraar sociale geneeskunde in Groningen de idee een universitaire huisartsenpraktijk op te richten. Van Deen was actief betrokken geweest bij de oprichting van het NHG.<sup>1</sup> Hij vertegenwoordigde tegenover de wetenschappelijke bevoleging van Buma, Huygen en Hogerzeil een stroming die een vakmatige benadering van de huisartsgeneeskunde voorstond.

Als voorbeeld voor deze praktijk diende de Edinburgh University General Practice Teaching Unit, een huisartsenpraktijk in de binnenstad van Edinburgh. Deze praktijk telde ongeveer 5000 patiënten en was in 1948 opgericht door Richard Scott, die in 1963 tot eerste hoogleraar in de huisartsgeneeskunde ter wereld werd benoemd. Er werd nauw samengewerkt met maatschappelijk werkers en (wijk)verpleegkundigen. Jaarlijks kregen 144 studenten de gelegenheid in deze praktijk het werk van de huisarts te observeren en zelf in praktijk te brengen. Ook werd er wetenschappelijk onderzoek verricht.<sup>9</sup>

In 1963 wordt de praktijk aan de Deusinglaan in aanbouw beschreven. Doel van de praktijk is vanuit de sociale geneeskunde het terrein van de *medical care* te bestuderen en het functioneren van de huisartsenpraktijk daarin. De inrichting van de praktijk en de praktijkvoering liggen Van Deen na aan het hart: hij is bezig een permanente expositie in te richten. De praktijk zal ook een rol spelen bij het onderwijs aan medische studenten en bij de nascholing aan huisartsen om 'de groeiende verwijdering tussen universiteit en praktiserend huisarts tegen te gaan en de gewenste harmonische uitwisseling tussen praktijk en wetenschap te herstellen'.<sup>10,11</sup> De praktijk zou uit moeten groeien tot een *hometeam*. In 1966 worden gezinsgeneeskunde, *minor ailments* en praktijkvoering als onderwerpen van onderzoek genoemd.<sup>12</sup>

### Jaren van stagnatie

Er werden in 1966 en 1968 twee kleine stadspraktijken aangekocht. Als doelstelling van de praktijk werd geformuleerd: 'De afdeling huisartsgeneeskunde verleent huisartsenhulp aan patiënten en gezinnen van de gemeente Groningen. Hiermee wordt beoogd het verzamelen van gegevens en het verrichten van onderzoek tijdens deze hulpverlening, waardoor de kennis en de ervaring op het gebied van de huisartsgeneeskunde kunnen worden vergroot.'

In 1968 werkten 3 huisartsen in de praktijk. De bedoeling was te groeien tot 800 patiënten per huisarts, een praktijkomvang die in 3 uur werken per dag kon worden verzorgd. In de jaren zeventig vonden vele personele wisselingen plaats. Er werkten wisselend 4 tot 6 meest jonge huisartsen die ervaring als huisarts konden opdoen en behouden in een praktijk die de omvang had van een kleine eenmanspraktijk; deze huisartsen waren betrokken bij de opleiding tot arts en tot huisarts.

Als kaartsysteem werd het systeem gebruikt dat in de dissertatie van Saan was ontwikkeld.<sup>13</sup> Er was regelmatig overleg met specialisten, een maatschappelijk werker en een apotheker. Overleg met wijkverpleegsters bleek niet te realiseren.<sup>14</sup> Er kwam geen hometeam: de praktijk bleef een groepspraktijk.

Ook Van Deen heeft nog enkele jaren in de praktijk als huisarts gepraktiseerd. Hij heeft een probleemgeoriënteerde patiëntenregistratie proberen op te zetten, wat in die tijd voor de komst van computers een buitengewoon arbeidsintensieve werkwijze was. Zijn voorbeeld werd niet gevolgd door de andere huisartsen.

Het bleef voorlopig bij vier publicaties.<sup>14-17</sup> Het overleg met de apotheker en de internist resulteerde in 1972 in een klapper farmacotherapie, later uitgegeven als boek, voor (beginnende) huisartsen.<sup>18</sup>

### Landelijke ontwikkelingen

De landelijke ontwikkelingen vormden geen gunstige voedingsbodem voor een universitaire praktijk. Tussen 1966 en 1970 kregen alle universiteiten een leerstoel huisartsgeneeskunde. Maar de argumentatie voor een universitaire huisartsgeneeskunde die in de oraties gegeven werd, stelde op een organisatorische tweedeling in de gezondheidszorg tussen intra- en extramuraal, tussen

*care* en *cure*; niet op overwegingen van medisch-didactische of wetenschappelijke aard.<sup>8</sup> Er werd prioriteit gegeven aan de ontwikkeling van een beroepsopleiding tot huisarts. Dat huisartsgeneeskunde een bijdrage zou kunnen leveren aan de medische wetenschap kon in die jaren openlijk in twijfel getrokken worden. Moest het paradigma van de huisartsgeneeskunde niet eerder in de hulpverlenersrol gezocht worden?<sup>19</sup> Huisartsgeneeskunde werd gezien als een ambacht, de opleiding tot huisarts als vakopleiding. Vraagverheldering en de inbreng van de 'eigen deskundigheid' van de patiënt vormen de kern van dat vak. Het vak beweegt zich op een nieuw en onbekend terrein dat braak ligt voor toegepast multidisciplinair onderzoek: of dat typisch huisartsgeneeskundig onderzoek genoemd kan worden, zal de tijd leren.<sup>20</sup>

De huisarts is aan twijfel op het gebied van wetenschap nog niet toe, schreef een van de huisartsen van de groepspraktijk in 1979. Hij waarschuwde voor de vorming van een wetenschappelijke elite, die de aansluiting met de beroepsgroep zou verliezen.<sup>21</sup>

### De eerste academiseringsdiscussie

Sinds in 1974 de *Structuurnota Gezondheidszorg* was verschenen, kreeg de overheid steeds meer aandacht voor de versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg. Betrokkenheid van de medische faculteiten bij het veld van extramuraal gezondheidszorg zou leiden tot verbetering in die zorg. De zorg in de praktijken die aan de afdelingen huisartsgeneeskunde waren geaffilieerd zou een voorbeeldfunctie kunnen krijgen voor het gehele veld.<sup>22</sup>

Het initiatief tot samenwerking kwam vanuit de universiteit. De Groot en Knottnerus waarschuwden in 1982 dat de beoogde academisering van de eerste lijn op deze wijze wel eens in het tegendeel van de vermaatschappelijking van de academie zou kunnen omslaan.<sup>23</sup> Dat de huisarts uit het veld ontbrak in de discussie tussen overheid en universiteit is overigens wel te verklaren: in de jaren zeventig was bijna de hele top van het Nederlands Huisartsen Genootschap naar de universitaire huisartseninstituten 'overgelopen' om de beroepsopleiding tot stand te brengen. De huisartsen in 'het veld' hechtten aan hun eigen autonomie en er was weerstand tegen de mogelijke invloed van de universiteit op de patiëntenzorg. Tegenover de universitaire huisartsenwereld die wilde academiseren stond het eerstelijnsveld dat wil 'ont-academiseren', dat is onderwijs en onderzoek direct dienstbaar maken aan het veld.<sup>24</sup>

Vanaf 1984 werd er minder gepubliceerd over academisering; er werden plannen uitgevoerd over het ontwikkelen van eisen die aan opleiders moeten worden gesteld, over vergoedingen voor opleiders en het oprichten van universitaire huisartsenpraktijken.<sup>25</sup>

### Een periode van activiteit

Deze academiseringsplannen brachten in de universitaire praktijk te Groningen een nieuw elan. De smalle doelstelling – het behoud van vaardigheid van medewerkers – was onvoldoende om het voortbestaan van de praktijk te rechtvaardigen. Het waren hectische tijden voor de praktijk. Er werden talloze discussiebij-

eenkomsten met de vakgroep georganiseerd en er verschenen vele interne rapporten over de praktijk.

Er kwamen na tien jaar weer publicaties uit de praktijk voort.<sup>26,27</sup> Verbouwingsplannen voor de praktijk, in 1982 aangekaart, werden in 1985 uitgevoerd. In 1984 promoveerde voor het eerst een huisarts uit de groepspraktijk.<sup>28</sup>

In 1987 werd de vakgroep huisartsgeneeskunde de Tijdelijke Stimuleringsregeling van Universitaire Huisartspraktijken (TSUH) toegewezen. Deze werd aangewend voor een consultevaluatieproject in samenwerking met de opleiding tot huisarts en voor een automatiseringsproject in de praktijk. Het oude kaartstelsel kon nu vervangen worden door het POR-systeem.<sup>29</sup> Het jaar daarop werden van alle patiënten probleellijsten gemaakt. De patiënten werden vanaf dat jaar automatisch opgeroepen voor hun griep-prik.<sup>30</sup> In de groepspraktijk werd een morbiditeits- en medicatie-registratie ontwikkeld die aan de wieg stond van het Registratie Netwerk Groningen, RNG.

In overleg met de faculteit werd een beheers- en bestuursreglement opgesteld en een professioneel statuut. Er kwam een praktijkbestuur. Als doelstelling van de praktijk werd nu geformuleerd: 'De groepspraktijk staat, binnen de grenzen die een goede zorgverlening daaraan stelt ten dienste van onderwijs dat de vakgroep ten behoeve van het basisonderwijs en de beroepsopleiding tot huisarts wordt verzorgd, en van het onderzoek dat in het kader van de vakgroep wordt verricht.'

Er waren nu vier huisartsen werkzaam in de praktijk met ieder bij benadering een halve normpraktijk en een (bijna) volledige aanstelling bij de Rijksuniversiteit. In 1987 werd het eerste jaarverslag gepubliceerd waarin de populatieopbouw van de praktijk werd getoond naar leeftijd en geslacht, type woonverband en sociaal-economische status. Het aantal patiënten, in 1984 nog krap 3000, was in 1987 de 4000 gepasseerd. Het aantal visites en consulten werd vermeld en een eerste aanzet werd gegeven om uit die cijfers een index voor de continuïteit van de zorg af te leiden. Enkele jaren later leidde dat tot een publicatie waarin aangetoond werd dat halftime werkende huisartsen genoeg continuïteit konden garanderen.<sup>31</sup>

## Onderwijs en onderzoek

Vanaf 1985 werd de praktijk structureel ingeschakeld bij het facultaire onderwijs in de klinische vaardigheden. Jaarlijks voerden 200 studenten gesprekken met patiënten uit de Groepspraktijk in het kader van het onderdeel anamnesetraining en gespreksvoering. De huisartsen gaven de begeleiding. Dat was mogelijk omdat de praktijk vlakbij het facultaire onderwijscentrum en het Academisch Ziekenhuis was gehuisvest.

Naast deze anamnesetraining verzorgden de huisartsen een aanmerkelijk deel van het onderwijs van de vakgroep huisartsgeneeskunde, zoals de introductie cursus klinische vaardigheden, de terugkomdagen voor de co-assistenten, de docentvaardigheidstrainingen aan de huisartsdocenten en (de ontwikkeling van) het examen huisartsgeneeskunde.<sup>32,33</sup> De huisartsen waren actief betrokken bij de regionale nascholing.<sup>34,35</sup> De praktijk ontving

jaarlijks tien tot twaalf co-assistenten. Maar als stagebegeleiders voor een haio werden de huisartsen ongeschikt bevonden omdat ze parttime als huisarts werkten.

Er werden regelmatig patiëntenbesprekingen gehouden waarbij belangstellenden van buiten welkom waren. Daaruit kwamen zes casuïstisch getinte publicaties voort, waarvan er drie samen met een co-assistent werden geschreven.<sup>36-41</sup>

Vanaf 1990 werd de TSUH-subsidie aangewend voor de verdere ontwikkeling van het RNG. Nu werden in een aantal praktijken gegevens geregistreerd ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek en onderwijs in de huisartsgeneeskunde.

In 1991 waren er geen externe bezoekers meer bij de patiëntenbesprekingen aanwezig. We ontvingen even later nog maar drie co-assistenten per jaar. De onderwijsinspanningen werden naast de toename van registratieactiviteiten voor het RNG als te belastend ervaren. In 1993 begon een van de huisartsen aan een promotieonderzoek met gegevens uit het RNG. Terugkoppeling naar wat die cijfers betekenen voor de eigen praktijk vond toen niet meer plaats. Twee huisartsen gingen de NHG-supervisieopleiding volgen. De praktijk waarin zich de patiëntenzorg afspeelde met het patiëntgebonden onderwijs enerzijds en de onderwijs- en onderzoeksactiviteiten van de huisartsen anderzijds groeit uiteen. In 1997 werd de anamnesetraining geschrapt uit het facultaire onderwijsprogramma. De TSUH was in 1995 gestopt, maar werd daarna nog enkele jaren door de Ziekenfondsraad overgenomen. In 1998 stopt de subsidie definitief. Ondersteuning van het RNG verliep vanaf dat jaar via de Rijksbijdrageregeling ten behoeve van Academische Ziekenhuizen.<sup>42</sup>

In 1998 verscheen *Spiegel op de huisarts* waarin de eerste ontwikkelingsfase van het RNG werd verantwoord.<sup>43</sup> In 1999 werd het eerste promotieonderzoek met gegevens van het RNG voltooid.<sup>44</sup> De vreugde over deze publicaties werd overschaduwd door zorgen over de voortgang van het RNG en daarmee over de praktijk: blijft er een wetenschappelijk belang of blijven we vooral registreren uit oogpunt van patiëntenzorgbelang? De praktijk was weer wat hij in de beginjaren was geweest: een praktijk waar medewerkers van de discipline groep hun ervaring op peil konden houden.

## Op weg naar het heden

Toen in 1998 de TSUH-regeling stopte, kwam de voorzitter van de Raad van Bestuur van het AZG met het plan om te gaan experimenteren met een integrale zorgketen waarin een academische huisartsgroepspraktijk zou worden opgenomen, aangestuurd onder dezelfde paraplu als de intramurale participanten. Dat dwong ons tot een fundamentele heroriëntatie op onze positie als 'gewone' huisartsen in een praktijk zo nauw verbonden aan de universiteit, zowel door de formele structuur, maar vooral door onze academische taken met onderwijs-, onderzoeks-, en registratieactiviteiten.

In 1998 verscheen een kaal jaarverslag zonder veel cijfers. 'In het afgelopen jaar is duidelijk geworden hoe sterk externe factoren de ontwikkelingen in beleid en organisatie van de Groepspraktijk bepalen. ... er zijn momenten dat werkzaamheden ten behoeve

hiervan als ook activiteiten op het gebied van onderwijs en onderzoek op gespannen voet staan met het leveren van een continue, persoonlijke zorg. Soms lijkt de grens van wat men aan kan bereiken.' De huisartsen voerden discussies over belasting en belastbaarheid; vroegen zich af wat de zin van de registratieactiviteiten was geweest. 'Vele jaren hebben we cijfers geproduceerd over morbiditeit, medicatie, verrichtingen en verwijzingen. De vraag was steeds: wat betekenen deze cijfers voor de kwaliteit van de door ons geleverde patiëntenzorg? We zijn tot de conclusie gekomen dat deze cijfers geschikt zijn voor bij voorbeeld toetsingsprojecten als deze tot het niveau van de individuele patiënten herleid kunnen worden.'

### De academische huisartsenpraktijk

'Onderwijs, opleiding en onderzoek vormen onvoldoende argumenten voor de academische ziekenhuizen om een gedeelte van hun geld door te sluisen naar de huisartsenpraktijk. Dit kan wel gebeuren ter wille van de patiëntenzorg.'<sup>45</sup> Zo was de situatie in 1996, maar nu is het niet anders. Er moet dus een gesprek op gang komen met (academische) specialisten waarin huisartsenzorg wordt afgegrensd van specialistische zorg. Dat gesprek moet onze hoogste prioriteit hebben nu alles om kosten, prijzen en de markt lijkt te draaien.

Patiëntenzorg vormt de kern van de academische huisartsenpraktijk. Die zorg dient gekenmerkt te zijn door een goede organisatie, door continuïteit en door persoonlijke aandacht voor de patiënt. 'Systematische patiëntenbesprekingen vormen een essentieel onderdeel van een kwaliteitssysteem bij een academisch profiel. Zij dienen als momenten van reflectie.'<sup>46</sup> Die reflectie moet vorm krijgen in onderwijs en onderzoek ten dienste van de dagelijkse praktijk: 'Laat het primaat van de boodschap niet verloren gaan onder de hijgerige scoringsdrift die eigen lijkt aan de hedendaagse wetenschapsbeoefening.'<sup>47</sup>

Is het in de huisartsgeneeskunde mogelijk 'academische topzorg' te definiëren? We moeten die vraag niet al te lichtvaardig met 'ja' of 'neen' beantwoorden. Als het focus gericht is op de technologische benadering van de zorg en op de praktijkvoering, zoals Van Deen destijds propageerde, zijn de kwaliteitscriteria eenvoudig. Consequent de NHG-Standaarden volgen maakt de zorg niet tot topklinische patiëntenzorg. De crux is de persoonlijke zorg: omdat de relatie tussen huisarts en patiënt daarin een wezenlijke rol speelt, zijn de criteria voor goede zorg misschien niet anders te geven dan in de vorm van een verantwoording van het individuele geval. De betekenis van het narratief-subjectief ziektebegrip en de context waarin we onze zorg verlenen verdienen nog steeds onze aandacht.

De patiënt is in de loop der jaren het meest veranderd. Dat is in de academiseringsdiscussie volstrekt onderbelicht gebleven. In de jaren zeventig was de mondige patiënt het ideaal, de vraagverheldering de daarbij passende techniek. De mondige patiënt heeft zich tot calculerende consument ontwikkeld. Het woord 'vraag' in 'vraagverheldering' heeft een andere betekenis dan in het begrip 'vraaggerichte of vraaggestuurde zorg'. De medisch his-

toricus Houwaert voorspelde vorig jaar dat het beroep van huisarts zal uitsterven: de uitholling van het vak is al honderd jaar gaande doordat de machtsverhoudingen op de medische markt door specialisering en technologische vernieuwingen totaal zijn veranderd.<sup>48</sup> We zullen ons streven naar persoonsgebonden zorg moeten afgrenzen van de technologische zorg en ons afzetten tegen de commercialisering van de zorg. Ook dat hoort tot de context waarin de zorg aan mensen zich afspeelt.

De afgelopen jaren zijn onderwijs, en daarna onderzoek het focus geweest van academisering van de huisartsgeneeskunde. Daarmee is de grondslag gelegd voor wetenschappelijke reflectie op de zorg voor de patiënt. Nu is de tijd aangebroken om ons te bezinnen op de afstemming tussen academisch-specialistische zorg en academische huisartsenzorg.

De geschiedenis van onze academische groepspraktijk in Groningen laat zien dat een praktijk waarin patiëntenzorg centraal gesteld wordt een brug kan slaan tussen patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs, tussen huisartsenpraktijk en academie.

### Literatuur

- 1 Van der Werf GTh, Zaat J. De geboorte van een ideologie: Woudschoten en de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2001;44:428-35.
- 2 Hogerzeil HHW. De ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde binnen een veranderend morbiditeitspectrum In: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. *De huisarts van toen; een historische benadering*. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 3 Hogerzeil HHW. Een optie voor een duidelijke toekomst. In: In het perspectief van toen; dertig jaar Nederlands Huisarts Genootschap. Lelystad: Meditekst, 1988.
- 4 Van Weel C. Schrijven over de beroepsopleiding. *Huisarts Wet* 1982;25:239-43.
- 5 Van der Velden HGM. Vijftwintig jaar zorgen over de medische opleiding. *Huisarts Wet* 1982;25:281-3.
- 6 Runia E, Van Herk R. De kunst van het haalbare; de verwezenlijking van de beroepsopleiding tot huisarts, 1956-1973. *Huisarts Wet* 1991;34:117-23.
- 7 Aulbers BJM. Opleiding van huisartsen: van ontginning tot ambacht. *Huisarts Wet* 1993;36:177-9.
- 8 Van der Werf GTh. Huisarts en universiteit. in: Aulbers BJM, Bremer GJ, redactie. *De huisarts van toen; een historische benadering*. Rotterdam: Erasmus publishing, 1995.
- 9 Van Deen KJ. Edinburgh University General Practice Teaching Unit. *Huisarts Wet* 1961;4:78-9.
- 10 'Research- en teaching-unit' voor huisartsenpraktijk aan Rijksuniversiteit in Groningen. *Med Cont* 1963;18:597-600.
- 11 Bremer GJ. Huisartsgeneeskunde en universiteit. *Huisarts Wet* 1964;7:222.
- 12 Bruins CP. Universitaire huisartspraktijk te Groningen. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten* 1966;12:213-6.
- 13 Saan M. Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 1966.
- 14 Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Een jaar universitaire groepspraktijk te Groningen. *Huisarts Wet* 1970;13:281-6.
- 15 Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Onderlinge consultatie door partners in een groepspraktijk. *Huisarts Wet* 1973;16:372-4.
- 16 Noordhoff KH. Een nieuwe hemoglobinemeter, werkend volgens de cyanhemiglobinemethode. *Huisarts Wet* 1970;13:97-9.
- 17 Noordhoff KH, Bronts HJ, Buursma A. Een onderzoek naar de nauwkeurigheid van drie hemoglobinemeters; namelijk Atago, Sicca en A.O. Spencer. *Huisarts Wet* 1971;14:479-80.

- 18 Van der Werf GTh, redactie. Medicamenteuze therapie voor de huisarts. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978.
- 19 Dopheide JP. Conferentie huisarts en wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts Wet* 1973;16:346-8.
- 20 Ter Braak EM. Bestaat huisartsgeneeskunde? *Huisarts Wet* 1979;22:246-8.
- 21 Verdenius W. Enkele ontwikkelingslijnen in de huisartsgeneeskunde. In: Dopheide JP, Van der Zee J. *Holland naar de horizon; huisartsgeneeskunde in wijkend perspectief*. Opstellen aangeboden aan Chris Bruins bij zijn afscheid als directeur van het Nederlands Huisartsen Instituut. Utrecht, 1979.
- 22 Van Es JC. Faculteit en eerste lijn; voorstel over de wijze waarop de medische faculteit kan worden betrokken bij de extramurale gezondheidszorg. *Med Cont* 1981;36:179-82.
- 23 De Groot A, Knottnerus A. Academisering van de eerste lijn of vermaatschappelijking van de academie? Het dilemma van professionalisering en democratisering. *Med Cont* 1982;37:37-9.
- 24 Meijer-Eggerdink Ch. Academisering, waar praten we eigenlijk over? Een literatuuronderzoek. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1982. Geciteerd in: Blanken AJ, Oudkerk RH. *Samenwerkt het beter; een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen*. Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- 25 Blanken AJ, Oudkerk RH. Samenwerkt het beter; een onderzoek naar de samenwerking tussen universiteit en huisartsen. Rijksuniversiteit Groningen, 1988.
- 26 Van der Werf GTh, Bremer GJ. Een klinische les? *Ned Tijdschr Geneesk* 1983;127:2265-8.
- 27 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Verwijzen of niet? Kijken naar inter-dokter-verschillen als methode van toetsing. *Huisarts Wet* 1984;27:334-7.
- 28 Van der Werf GTh. Geneeskundige oordeelsvorming onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 1984.
- 29 Ter Braak EM, Van der Werf GTh. Van kaarten, etiketten en computers; over een omschakeling van kaartstelsel met behulp van de computer. *Huisarts Wet* 1989;31:208-11.
- 30 Hofstra ML, Ter Braak EM, Van der Werf GTh, Smith RJA. Een geautomatiseerd zoek- en oproepsysteem voor vaccinatie tegen influenza. *Huisarts Wet* 1990;33:429-32.
- 31 Ter Braak EM, Smith RJA. Continuïteit van zorg bij parttime werkende huisartsen. *Huisarts Wet* 1993;36:47-9.
- 32 Veehof LJG, Van der Werf GTh. De docent-vaardigheidscursus: een les om van te leren. *Huisarts Wet* 1989;32:186-7.
- 33 Veehof LJG, Bremer GJ. Een examen huisartsgeneeskunde. *Med Cont* 1990;45:1093.
- 34 Van der Werf GTh. Huisarts en euthanasie; een pleidooi voor onderlinge toetsing. *Med Cont* 1986;41:1389-90.
- 35 Berendsen A, Van der Werf GTh. Een dag in elkaars keuken; collegiale beelden in de praktijk getoetst. *Med Cont* 1992;47:699-700.
- 36 Van der Werf GTh, Tomasini R. Heb ik hetzelfde als mijn vader? Huisartsgeneeskundige kanttekeningen bij een familie met "schizofrenie". *Huisarts Wet* 1990;33:16-21.
- 37 Ter Braak EM, Boersma A. Geweld tegen vrouwen: krijgt het de aandacht die het verdient? *Huisarts Wet* 1990;33:236-8.
- 38 Bange R, Brandwijk K. Geneesmiddelen bij ouderen: mag het ook iets minder zijn? *Huisarts Wet* 1990;33:426-8.
- 39 Veehof LJG. Meer dan wratjes alleen. *Condylomata Acuminata* in de Huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 1990;33:521-5.
- 40 Van der Werf GTh. Mireille, levenloos in de wieg gevonden ... Een literatuuronderzoek naar wiegendood. *Huisarts Wet* 1990;33:465-71.
- 41 Bange R. Alert blijven tot het einde: een taak van de huisarts bij een verzoek om euthanasie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1991;135:921-3.
- 42 Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde. De academische werkvelden huisartsgeneeskunde; moet de kip met de gouden eieren echt naar de slachtbank? *Med Cont* 1997;52:1272.
- 43 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts; over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Rijksuniversiteit Groningen, 1998.
- 44 Veehof LJG. Polyfarmacy in the elderly [Proefschrift]. Rijksuniversiteit Groningen, 1999.
- 45 Schadé E. Van een academische werkplaats naar een academische populatie. *Huisarts Wet* 1996;39:375-8.
- 46 Crebolder HFJM. Geleerd in de eerste lijn. Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de faculteit der geneeskunde van de universiteit van Maastricht. Universiteit Maastricht, 1999.
- 47 Meijman F. De boodschap en het scorebord [Redactioneel]. *Huisarts Wet* 1997;40:1.
- 48 Houwaert E. Het hoge woord. *Historisch Nieuwsblad* 2002;34-5.