

De academische werkplaats huisartsgeneeskunde

Harry Crebolder, Wim Stalman

Inleiding

Alleen dankzij een intensieve samenwerking met de huisartsenpraktijk kunnen universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde hun taken vervullen op het terrein van medisch onderwijs, huisartsopleiding en wetenschappelijk onderzoek. Die samenwerking tussen universiteit en veld heeft geleid tot diverse soorten netwerken. De intensiefste samenwerking is de academische werkplaats of universitaire huisartsenpraktijk. Wij kiezen voor de eerste naamgeving omdat deze gebruikt wordt in het Advies van de Raad Gezondheidszorgonderzoek en omdat de werkplaats niet per se op of nabij het terrein van het academisch ziekenhuis hoeft te liggen, wat bij een universitaire huisartsenpraktijk het geval is.¹

Sinds de vorming van universitair medische centra (UMC), waarbij de faculteit der geneeskunde met het academisch ziekenhuis (en soms ook de faculteit der gezondheidswetenschappen) samengingen, komt ook de patiëntenzorg binnen het bereik van de afdelingen huisartsgeneeskunde.² De afdelingen kunnen via academische werkplaatsen participeren in de academische zorgketen en zijn dan in principe vergelijkbaar met de overige klinische afdelingen van een UMC. Maar er zijn belangrijke verschillen. De patiëntenzorg in

Samenvatting

Crebolder HFJM, Stalman WAB. De academische werkplaats huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 2003;46(12):685-9.

Rondom ieder universitaire afdeling huisartsgeneeskunde zijn netwerken van huisartsenpraktijken gegroeid ten behoeve van medisch onderwijs, huisartsopleiding en wetenschappelijk onderzoek. Door de vorming van universitaire medische centra (UMC) – een samengaan van de faculteit der geneeskunde en het academisch ziekenhuis – komt ook de patiëntenzorg binnen het bereik van de afdeling. Het model van de academische werkplaats lijkt aangewezen om invulling te geven aan de huisartsgeneeskundige representant van een klinische afdeling van een academisch ziekenhuis, met een drievoudig takenpakket: onderwijs en opleiding, onderzoek en patiëntenzorg. Kansen en bestuurlijke consequenties worden beschreven, evenals de betekenis voor huisarts en patiënt.

Universiteit Maastricht, Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: prof.dr. H.F.J.M. Crebolder, emeritus hoogleraar; VU medisch centrum, onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde EMGO-instituut Amsterdam: prof.dr. W.A.B. Stalman, hoogleraar.

Correspondentie: harry.crebolder@hag.unimaas.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

de huisartsenpraktijk vindt buiten de deur (extramuraal) plaats en de topklinische zorg van een academisch ziekenhuis is niet zonder meer te vertalen naar de academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Ook de bestuurlijke en organisatorische relatie tussen de afdeling huisartsgeneeskunde en de academische werkplaatsen verschilt van de relatie in de intramurale academische setting. We gaan in dit artikel in op de huidige stand van zaken van de academische huisartsgeneeskunde en de kansen voor de verdere academisering.

Stand van zaken

In 1973 werd de opleiding huisartsgeneeskunde ingesteld. Pas in 1977 hadden alle Nederlandse universiteiten een leerstoel huisartsgeneeskunde. Het onderwijs in de huisartsgeneeskunde tijdens de medische studie verschilde tot het *Raamplan* in 1994 per universiteit, maar is sindsdien expliciet geformuleerd.³ Huisartsgeneeskunde is nu een van de twaalf academische medische kern-disciplines. Dezelfde verscheidenheid gold het wetenschappelijk onderzoek. De totstandkoming van landelijke onderzoekscholen en in het bijzonder van CaRe in 1995 plaatste het extramuraal onderzoek op de wetenschappelijke landkaart.⁴

Vanaf 1980 is de gedachtevorming gaande over academisering van huisartsenpraktijken.⁵ Mulder beschreef in 1982 het profiel van een academische werkplaats eerstelijnsgezondheidszorg met daarin het drievoudige takenpakket: onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg.⁶ In Groningen is in navolging van de Edinburg General Practice Teaching Unit al in 1966 een universitaire huisartsenpraktijk opgezet, die nog steeds functioneert.⁷ Ook de afdeling huisartsgeneeskunde in Rotterdam (Mathenesserlaan) heeft van 1969 tot 1991 een vergelijkbare praktijk gehad. Bij de extramurale kliniek van de Vrije Universiteit ging het om een samenwerking met huisartsenpraktijken in Amsterdam, West-Friesland en Twente. Deze werd door het wegvallen van de benodigde financiën als structuur in 1998 opgeheven. Lange tijd had de VU ook eigen huisartsenpraktijken, een in Amsterdam-Zuid en een in Amstelveen. In 1995 werden die praktijken geprivatiseerd. Bij de Universiteit Maastricht is de patiëntenzorg onderdeel van het takenpakket geworden via systematische patiëntenbesprekingen in academische werkplaatsen.⁸ De inbedding van de patiëntenzorg in de universitaire afdelingen is dus fragmentarisch en lokaal zeer verschillend ingevuld.

Vormen van samenwerking

In de loop der jaren zijn rondom iedere universitaire afdeling netwerken van huisartsenpraktijken gegroeid: van losse verbanden

en affiliatiepraktijken tot stevig in de universiteit verankerde academische werkplaatsen. Die netwerkvorming had niet alleen betrekking op onderzoek, maar ook en vooral op het medische onderwijs en de huisartsopleiding. Samenwerking kan verschillende vormen aannemen.

Losse praktijken. De huisartsenpraktijk is bereid op incidentele basis studenten te ontvangen en/of gegevens te verzamelen voor omschreven onderzoeksprojecten. De nadruk van de relatie ligt op uitwisseling.

Affiliatiepraktijken. Deze praktijken hebben contractuele afspraken om over een langere periode (jaren) deel te nemen aan academische taken. Het kan dan gaan om uitwisseling van studenten en huisartsen-in-opleiding, registratie en systematische deelname aan onderzoeks- en zorginnovatieprojecten.

Academische werkplaatsen. In tegenstelling tot de losse praktijken en affiliatiepraktijken is het takenpakket van academische werkplaatsen breder en intensiever. Naast de reguliere taken gaat het om ontwikkeling en innovatie op de drie genoemde terreinen en hun onderlinge wisselwerking.⁹

Financiering

De realisatie en instandhouding van deze omvangrijke netwerken is afhankelijk van de aanwezige financiële middelen. Een adequate vergoeding van de tijdsinvestering van de huisartsen en de in de praktijk te maken onkosten is een essentiële voorwaarde.⁹ Terwijl voor incidentele medewerking en affiliatiecontracten facultaire vergoedingen bestaan, moeten de extra gelden voor de academische werkplaatsen uit andere bronnen komen. Pas sinds kort komen hiervoor op sommige plaatsen gelden beschikbaar uit de Rijksbijdrageregeling voor academische ziekenhuizen, bijvoorbeeld ten behoeve van zorginnovatie.¹⁰

Opbrengst

De opbrengst van de diverse vormen van samenwerking van universiteit en veld is slechts in grote lijnen aan te geven.

Als onderdeel van de medische opleiding lopen binnenkort jaarlijks ruim 2600 co-assistenten stage in de huisartsenpraktijk. Daarnaast zijn er nog andere, per faculteit wisselende, oriënterende en praktijkstages, wetenschaps- en keuzestages. Ongeveer 1000 huisartsen zijn als huisartsopleider verbonden aan een universiteit. En nog enige duizenden huisartsen zullen incidenteel meedoen aan door de universiteit geïnitieerde onderzoeks- en/of zorginnovatieprojecten. Die aantallen kunnen niet zonder meer worden opgeteld, omdat veel huisartsen meerdere studenten ontvangen en begeleiden en meedoen aan meer dan één project. Op basis van de al vele jaren bestaande en groeiende interactie tussen universiteiten en het grote aantal huisartsen in de diverse netwerken mag een wederzijdse beïnvloeding verondersteld worden, zowel op de kwaliteit van het handelen in de huisartsenpraktijk als op de onderwijs- en onderzoeksprogramma's van de universitaire afdelingen.

Uit een inventarisatie in 1997 bleek dat ruim 200 huisartsenpraktijken en meer dan 300 huisartsen, voornamelijk uit affiliatieprak-

De kern

- ▶ De inbedding van de patiëntenzorg in de universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde is fragmentarisch en lokaal verschillend ingevuld.
- ▶ Patiëntenzorg hoort thuis in het takenpakket van een volwaardige universitaire afdeling huisartsgeneeskunde.
- ▶ Sinds de vorming van universitair medische centra bestaat de mogelijkheid deel te nemen in de academische ketenzorg. De academische werkplaats lijkt daarvoor een geschikt model.
- ▶ Deze werkplaatsen ressorteren bestuurlijk onder de universitaire afdeling.

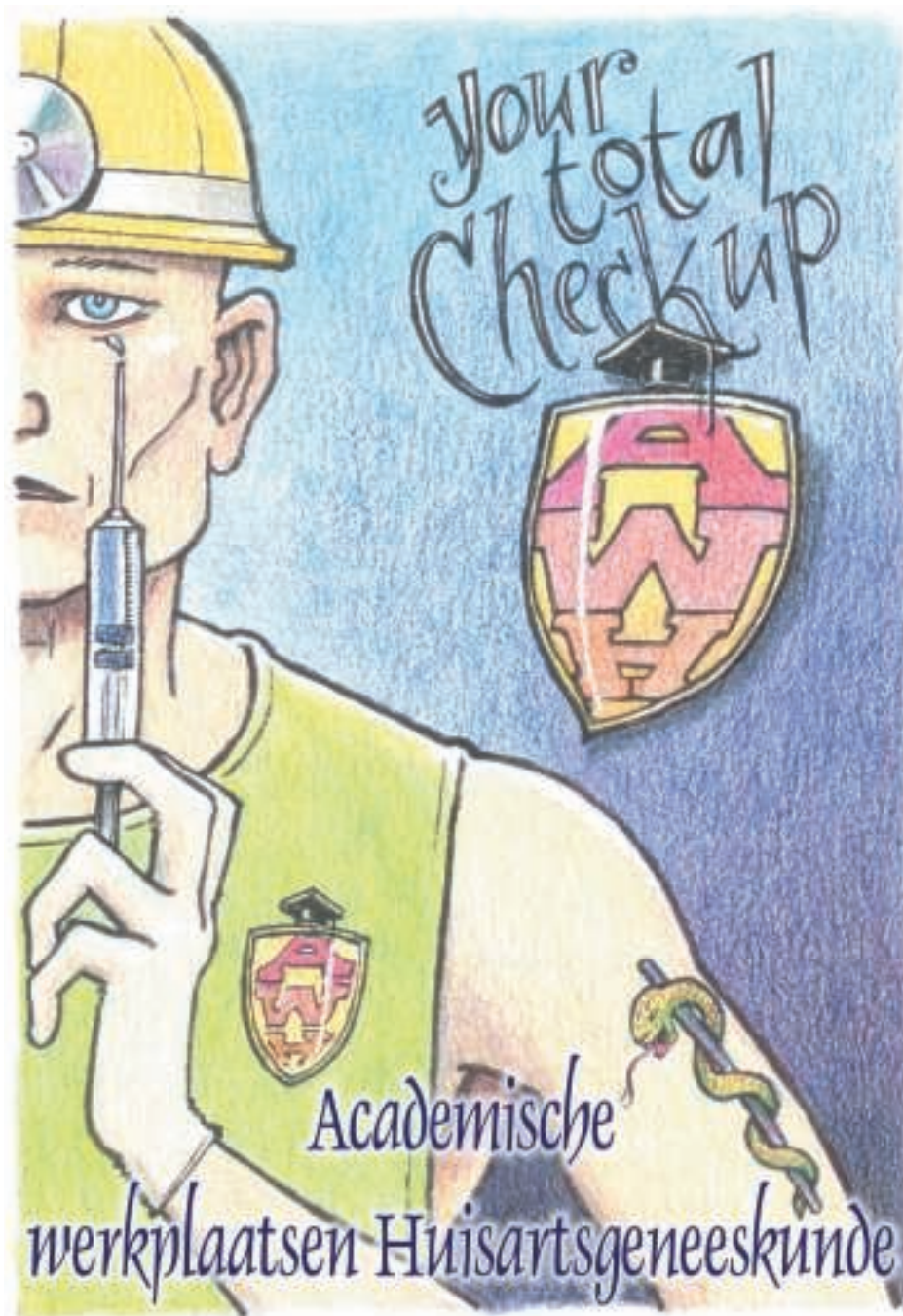
tijken en academische werkplaatsen, intensief betrokken waren bij de taakvervulling van de medische faculteiten.¹¹ Een belangrijk deel van de opbrengst kwam voort uit de door de afdelingen opgezette registratiesystemen, die het huisartsgeneeskundig handelen in kaart brengen.¹² Samen met de al bestaande landelijke registraties zoals LINH en de periodieke NIVEL-onderzoeken is er steeds actuele informatie beschikbaar over de huisartsgeneeskundige epidemiologie van gepresenteerde klachten, morbiditeit, verrichtingen, zorgprocessen en kwaliteit. Deze informatie kan gerelateerd worden aan richtlijnen en standaarden (kwaliteitsbewaking) en teruggekoppeld naar de huisarts voor het structureren en bewaken van de zorg (monitoring). Voor de totstandkoming van vele NHG-Standaarden werd en wordt gebruikgemaakt van deze registratiesystemen. Bij twee universitaire afdelingen vormden de gegevens van het eigen registratiesysteem de basis voor een leerboek huisartsgeneeskunde.^{13,14} Tientallen proefschriften kwamen tot stand als uitvloeisel van de samenwerking tussen academie en veld en honderden wetenschappelijke artikelen werden geproduceerd waarvan een groot aantal in vooraanstaande internationale tijdschriften. Praktijken uit de netwerken fungeerden als broedstoof voor innovatie in de zorg en de evaluatie daarvan.¹⁵⁻¹⁷

Systematische registratie en evaluatie van de opbrengst op alle terreinen heeft (nog) niet plaatsgevonden. Het instrument van Doorn et al. kan daartoe een aanzet geven.¹⁸ Dit bevat 70 items, onderverdeeld naar onderwijs, huisartsopleiding, onderzoek en registratie, en patiëntenzorg. Binnen elk van deze categorieën is onderscheid gemaakt tussen uitvoering van taken en ontwikkeling; een onderscheid dat ook is aangebracht tussen de academische taken binnen de verscheidene vormen van samenwerking.

Ontwikkelingen en kansen

Medisch onderwijs en huisartsopleiding

Patiënt- en praktijkgebonden onderwijs is cruciaal voor het medisch onderwijs. Immers, contextgebonden leren en een beroepsgerichte leeromgeving zijn van doorslaggevende betekenis voor de kwaliteit van het leerproces.¹⁹ Alleen in de praktijk kan de student of haio de stap maken van *competence* (het bezit van kennis en vaardigheden) naar *performance* (het verantwoord handelen in de praktijk).²⁰ Nader onderwijskundig onderzoek naar de exacte opbrengst van de bijdrage van praktijksituaties is echter nodig.



Tekening: Jeroen Zaat

In de academische werkplaatsen, maar ook in geïnteresseerde affiliatiepraktijken kunnen pilotprojecten worden opgezet, toetsvragen worden voorbereid en de implementatie van nieuwe inzichten in het medisch curriculum en de huisartsopleiding worden bevorderd. De ontwikkeling van het adoptieprogramma heeft in dergelijke praktijken plaatsgevonden.²¹ In dit programma wordt de student vanaf het einde van het tweede studiejaar tot halverwege het vierde jaar als het ware door een huisarts geadopteerd. Hij verblijft één dag per zes weken in de praktijk en ontmoet casuïstiek die is gerelateerd aan hetgeen in theorie is geleerd en geoefend in het *skillslab*.

Onderzoek

De bestudering van 'gewone ziekten' en hun natuurlijk beloop, langetermijneffecten van behandelingen, de betekenis van co-

morbiditeit en continuïteit is alleen in de huisartsenpraktijk mogelijk. Uitdagingen zijn dan zorgbehoeften en effecten van zorg op de patiënt meetbaar te maken, inzicht te verwerven in de betekenis van de context in relatie tot de klacht of het probleem en indicatoren te ontwikkelen voor ziektelast en te bereiken gezondheidswinst.²² Daarnaast zijn continuïteit, bejegening, toegankelijkheid en bereikbaarheid van de zorg voor de patiënt van grote betekenis. Dit geldt ook voor de privacy van de patiënt die steeds meer onder druk komt door de schaalvergroting van de voorzieningen en het daarmee groeiende aantal hulpverleners. Vanuit de werkplaatsen kan worden bijgedragen aan publicaties, het refereren van projectvoorstellen, het genereren van onderzoekbare vraagstellingen, aan experimenten met ICT en projecten in de eigen praktijk. Ten slotte kan de werkplaats voor de daar werkza-

me huisartsen een stimulans zijn om zelf te publiceren en te promoveren.

Gezondheidszorg

Al in de jaren zeventig is veel onderzoek gedaan naar wat nu ingrediënten van modernisering genoemd worden: samenwerken met elkaar en andere disciplines, delegeren van taken, praktijkondersteuning, wijkgerichtheid en scheiding tussen de organisatie van de praktijk en het primaire proces. Een andere ontwikkeling is dat ziekenhuizen veranderen tot instellingen waar vooral complexe diagnostiek en interventies plaatsvinden en de patiënt zo kort mogelijk verblijft. Hierdoor neemt de verblijfsduur in de extramurale setting toe, zowel vóór als na opname: het ziekenhuis 'extramuraliseert'.²³ Om het verblijf in de keten van zorg die zo ontstaat functioneler en rationeler te maken, heeft het concept 'transmurale zorg' een hoge vlucht genomen. Als gevolg daarvan zijn vele zorginnovatieve projecten en programma's ontwikkeld, binnen en buiten de universitaire netwerken.

Ten aanzien van de patiëntenzorg in academische werkplaatsen maakt Schadé onderscheid tussen voorbeeldzorg en topklinische zorg.²³ Bij voorbeeldzorg denkt hij aan het consequent toepassen van de NHG-Standaarden, monitoring van categorieën patiënten, systematische bespreking van spoedgevallen en overleden patiënten en gestructureerde samenwerking met andere eerstelijnsdisciplines.

Onder huisartsgeneeskundige topklinische zorg verstaat hij het uitproberen van nieuwe diagnostische en therapeutische procedures. Die kunnen liggen op het terrein van verschuiving van technologie van intra- naar extramuraal, op experimenten met taakdelegatie (praktijkondersteuning) en specialistische consultatie in de huisartsenpraktijk (gezamenlijk consult).

Met dat alles is niet gezegd dat dergelijke activiteiten beperkt zouden zijn tot academische werkplaatsen. In vele andere praktijken worden verbeterprojecten uitgevoerd en staat innovatie hoog in het vaandel. Volgens Schadé – en wij zijn het daarmee eens – ligt de extra taak en verantwoordelijkheid bij academische werkplaatsen in het evalueren van deze innovatieve activiteiten met als belangrijke vraagstelling of de procedures deel kunnen gaan uitmaken van het standaardpakket van de huisarts. Verder kunnen academische werkplaatsen, op termijn, een consultatieve functie of referentiefunctie vervullen ten behoeve van andere praktijken (in de hagro).²³ Op die manier ingevuld vormen zij de huisartsgeneeskundige representant van een klinische afdeling van een academisch ziekenhuis.

De ervaring leert dat met name grotere groepspraktijken en gezondheidscentra de kern van het netwerk van huisartsenpraktijken vormen die met de universiteit samenwerken. Daar is in principe voldoende infrastructuur en personele bezetting. Naar ons inzicht is een totale patiëntenpopulatie van ten minste 50.000 nodig om de hierboven aangeduide taken van de academische werkplaatsen te kunnen vervullen.

De in korte tijd ontstane huisartsenposten vormen een nieuw type voorziening. Indien deze als voorpost van de Spoedhulp

functioneert, krijgt de rol van poortwachter een nieuwe invulling.²⁴ Vanwege de omvangrijke presentatie van (acute) morbiditeit is het een unieke leerplaats voor de (huis)artsopleiding. Bovendien kan de onderlinge samenwerking en afstemming tot (transmurale) werkafspraken en protocollen leiden. Iedere universitaire afdeling zou een intensieve vorm van samenwerking moeten opbouwen met ten minste één huisartsenpost, bij voorkeur gerelateerd aan een UMC.

Bestuurlijke en organisatorische aspecten

Een sterke deelname van de afdeling huisartsgeneeskunde in het strategische beleid van het UMC is nodig. De afdeling kan dan invloed uitoefenen als het gaat om de relevantie en uitvoerbaarheid van de facultaire programma's en het verwerving van voldoende financiële middelen.

Een netwerk van academische werkplaatsen wijkt aanzienlijk af van andere klinische afdelingen in een universitair medisch centrum. De intramurale afdelingen zijn grote organisaties die op één locatie zijn ondergebracht, terwijl de huisartsgeneeskundige werkplaatsen kleine organisaties zijn, verspreid over de regio. Het belangrijkste verschil echter betreft de eigendoms- en gezagsverhouding. Intramuraal ressorteren medewerkers, infrastructuur, logistiek en beleid via de hoofden van afdelingen volledig onder het gezag van de raad van bestuur van het UMC terwijl er in de relatie met de extramurale werkplaatsen (nog) geen sprake is een hiërarchische verhouding. Het ligt voor de hand een dergelijke verhouding ook te realiseren ten aanzien van academische werkplaatsen. De eerste modelpraktijken die volgens dit principe gestuurd worden (VU medisch centrum Amsterdam en Rijksuniversiteit Groningen) openen in 2004 hun deuren.²⁵

Huisarts en patiënt

Heeft een huisarts er iets aan om in een dergelijke werkplaats te praktiseren? In zijn algemeenheid geldt dat werken in een academische werkplaats de huisarts kansen biedt om voorop te lopen in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde en om bij te dragen aan de verdieping van het huisartsenvak.

Men kan zich op maat scholen in klinische vaardigheden (differentiatie) en didactische vaardigheden, onderzoeksmethoden en technieken. De NHG-kaderopleidingen bieden in dit opzicht vele mogelijkheden. Men kan deelnemen aan de beleidsvorming van de academische afdeling en zo richting geven aan beleid.

Wat betekent het voor patiënten om ingeschreven te zijn in een dergelijke academische werkplaats? Een nadeel is dat de eigen huisarts vaker afwezig is, dat zij vaker met studenten te maken krijgen en het verzoek zullen krijgen aan wetenschappelijk onderzoek deel te nemen. Maar ook patiënten in andere praktijken zullen meer dan in het verleden te maken krijgen met in deeltijd werkende huisartsen, met opleiding en onderzoek. Mogelijke voordelen voor de patiënt in een academische werkplaats zijn een betere kwaliteitsborging en uitvoeriger aandacht voor zijn klachten.

Conclusie

De positionering van de huisartsgeneeskunde als academische discipline binnen het UMC is pas afgerond als een behoorlijk aantal academische werkplaatsen van voldoende omvang een structureel en vitaal onderdeel vormen van de universitaire afdeling. Onder deze voorwaarden kan een planmatige wisselwerking van zorg, onderzoek en onderwijs ontstaan. Die stap vraagt dan wel om 'ondernemende' universitaire afdelingen huisartsgeneeskunde, die inhoudelijke sturing en verantwoordelijkheid durven te koppelen aan werkgeverschap en eindverantwoordelijkheid voor medewerkers, infrastructuur, logistiek én beleid. Het effect van een dergelijke stap reikt naar onze overtuiging verder dan uitsluitend het academisch werkveld, doordat het een krachtige stimulans biedt aan de dynamiek en verdere uitbouw van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Om dit te bereiken zijn visie, leiderschap, volharding en durf nodig.

Literatuur

- 1 Raad voor Gezondheidsonderzoek. Werkplaats buiten het academisch ziekenhuis (advies 21). Den Haag, 2000.
- 2 Lamberts SWJ. Kwetsbaarheid van wetenschappelijk onderzoek in universitair-medische centra. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:52.
- 3 Leerdoelen in de huisartsgeneeskunde. De invulling van het raamplan 1994. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1996.
- 4 Discipline report on (bio)medical and health sciences research in the Netherlands 1998. Amsterdam: KNAW, 1999.
- 5 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;7:179-82.
- 6 Mulder JD. Academische werkplaats eerstelijns gezondheidszorg. Med Cont 1982;26:761-3.
- 7 Bruins CP, Noordhoff KH, Verdenius W. Een jaar universitaire groepspraktijk in Groningen. Huisarts Wet 1970;13:281-6.
- 8 De Kock CA, Crebolder HFJM, Beusmans GMHJ, Gielen-van Steenberghe Horrocks. Patiëntbesprekingen in academische praktijken. Opzet en eerste inventarisatie. Med Cont 1997;52:1177-8.
- 9 Zwietering PJ, Hobma SO. Academische huisartsgeneeskunde bedreigd. Tekort aan geld en mogelijkheden. Med Cont 2002;57:663-6.
- 10 Crebolder HFJM. Geleerd in de eerste lijn [Afscheidsrede]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2002.
- 11 Van Weel C, redactie. Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Verslag Resultaten Academische Werkveld Huisartsgeneeskunde 1992-1997. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1998.
- 12 Metsemakers J. Huisartsgeneeskundige registraties. Editie 3. Onderzoeksinstituut ExTra/Capaciteitsgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht/Instituut Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
- 13 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 14 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/ Bunge, 1999.
- 15 Vierhout WPM, Knottnerus JA, Van Ooij A, Crebolder HFJM, Pop P, Wesselingh-Megens AMK, et al. Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. Lancet 1995;346:990-4.
- 16 Vlek JFM, Vierhout WPM, Knottnerus JA, Schmitz JFF, Winter J, Wesselingh-Megens AMK, et al. A randomised controlled trial of joint consultations with general practitioners and cardiologists in primary care. Br J Gen Pract 2003;53:108-12.
- 17 Van Son L, Vrijhoef B, Van Hoef L, Crebolder HFJM, Beusmans GMHJ. De praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk. Een exploratief onderzoek in academische werkplaatsen. Huisarts Wet 2004; in druk.
- 18 Doorn B, Kocken RJJ, Crebolder HFJM, Dinant GJ, Knottnerus JA. Huisartsgeneeskundige Academiserings Lineaal Maastricht (HALMA). Validering van een meetinstrument voor academische huisartspraktijken. Huisarts Wet 1999;42:267-70.
- 19 Van Berkestijn LGM. Over de vernieuwing van de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2002;45:248-52.
- 20 Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998.
- 21 Crebolder HFJM, Metsemakers JFM, Op 't Root JMH, Bartholomeus P, Bouhuijs P, Boshuizen HPA. Patiëntgebonden onderwijs in de huisartspraktijken binnen de artsopleiding; het programma van de Rijksuniversiteit Limburg. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1320-3.
- 22 Bouter LM, Knottnerus JA. Beoordeling van de maatschappelijke relevantie van toegepast gezondheidsonderzoek: het belang van publiceren in nationale tijdschriften. Ned Tijdschr Geneesk 2000;144:1178-82.
- 23 Schadé E. Van een academische werkplaats naar een academische populatie. Huisarts Wet 1996;39:375-8.
- 24 Van Uden CJT, Van Dongen AWM, Guldemond-Hecker Y, Fiolet JFBM, Winkens RAG, Crebolder HFJM. Het poortwachterschap hersteld. Med Cont 2003;58:1482-5.
- 25 Stalman WAB. Brug naar de toekomst [Oratie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2001.