

HORA EST

HORA EST
PROEFSCHRIFTEN VAN HUISARTSEN
1900-1995

DISSERTATIONS BY GENERAL PRACTITIONERS
1900-1995

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus, Prof.dr. P.W.C. Akkermans
en volgens besluit van het College voor Promoties.
De openbare verdediging zal plaatsvinden op
Woensdag 28 juni om 15.45 uur

Door

GEERT JACOB BREMER

Geboren te Opsterland
13 juli 1924



ERASMUS PUBLISHING
Rotterdam 2000

PROMOTIECOMMISSIE

PROMOTOREN:

PROF.DR. M.J. VAN LIEBURG
PROF.DR. B. MEYBOOM-DE JONG

OVERIGE LEDEN:

PROF.DR. B.W. KOES
PROF.DR. J.M.W. BINNEVELD
PROF.DR. E.S. HOUWAART

Voor Nelly Steinder en Joke Thomassen

SPREUKEN 31:10-12

© 2000 G.J. Bremer, Erasmus Publishing, Rotterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 ^j het Besluit van 20 juni 1974, *Stb.* 351, zoals gewijzigd bij Besluit van 23 augustus 1985, *Stb.* 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

NUGI 730

D / 2000 / 41 / 06

Pantaleon Reeks nr. 35

Boekvormgeving: Designworks, Chris Geurts

Erasmus Publishing

Glashaven 14-A

3011 XH Rotterdam

Omslagillustraties: op de voorzijde van het omslag staat een afbeelding van H.J. Kars, pedel aan de Rijksuniversiteit Groningen van 1872-1906, op de achterzijde een foto van Mevr. I.K. Olthuis-de Vries, pedel aan dezelfde universiteit sinds 1991 (Foto: R. van Ewijk).

INHOUD

Voorwoord 9

I INLEIDING 13

- I.1 Doelstelling van het onderzoek 15
 - I.2 Over de bronnen: 400 proefschriften 19
 - I.3 Twee dissertaties: 1906 en 1991 25
 - I.4 Iets over de boeken: enkele bibliografische notities 30
- Nabeschuwing 36

II VERANDERINGEN IN DE TIJD 37

- II.1 Het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen in Nederland gedurende de periode 1900-1957 39
 - II.2 Literatuur over promoveren in het bijzonder literatuur over promoveren door huisartsen 49
 - II.3 Veranderingen van de wettelijke voorschriften voor het promoveren 54
- Nabeschuwing 62

III DE METHODE VAN HET ONDERZOEK. CLASSIFICATIE, PERIODISERING 65

- ## IV DE BEWERKING VAN DE GEGEVENS: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK. DE PROEFSCHRIFTEN 1900-1995 75
- Nabeschuwing 101

INHOUD

V ENKELE ASPECTEN VAN DE INHOUD	103
V.I De aandachtsvelden	105
Inleiding	105
V.I.1 Proefschriften over infectieziekten	106
V.I.2 Proefschriften over de geschiedenis der geneeskunde	111
V.I.3 Proefschriften over hart- en vaatziekten	115
V.I.4 Proefschriften over preventief (periodiek) geneeskundig (bevolkings-) onderzoek	118
V.I.5 Proefschriften met een psychiatrisch onderwerp	121
V.I.6 Verloskundige proefschriften	127
V.I.7 Proefschriften over voeding	130
V.I.8 Proefschriften over samenwerking van de huisarts met anderen	132
V.I.9 Proefschriften over wetten, instellingen en voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid	135
V.II Literatuurverwijzingen in de proefschriften	137
Nabeschouwing	142
VI PROMOTIEONDERZOEK DOOR HUISARTSEN: 1971-1995	149
Nabeschouwing	157
VII PROEFSCHRIFTEN TIJDENS HET INTERBELLUM	163
Nabeschouwing	173
VIII STELLINGEN OVER ONDERZOEK EN PROMOVEREN	175
Nabeschouwing	180
IX AANTAL GEPROMOVEERDE HUISARTSEN IN NEDERLAND	187
Nabeschouwing	192
X NABESCHOUWING EN AANBEVELINGEN	195
XI SAMENVATTING	203
Summary	213
Literatuur	219
De dissertaties alfabetisch op auteurs	227
Bijlagen	245
In de tekst gebruikte afkortingen	253
Register	255
Curriculum vitae	257

VOORWOORD

Dit proefschrift gaat over vierhonderd proefschriften. Proefschriften van huisartsen. Die boeken interesseren mij al lang, want ik heb altijd de hoop gehad dat een studie van die boeken mij een inzicht zou geven in de wetenschappelijke belangstelling van mijn collega's.

Aan de Nederlandse hogescholen kan men de doctorsgraad verkrijgen 'na het afleggen van een doctoraalexamen en na het schrijven en verdedigen van een proefschrift met de daaraan toegevoegde stellingen. Al vanouds kan men cum laude promoveren of verdienstelijke personen honoris causa'.

Het woord Doctor is een Latijns woord, dat leraar betekent, een eretitel, die reeds in de twaalfde eeuw aan uitstekende geleerden gegeven werd. Zo noemde men Albertus Magnus: doctor universalis en Thomas van Aquino: doctor angelicus.

Allengs kreeg de term aan de academiën de betekenis van een waardigheid waartoe iemand door de leraren van die instelling bevorderd werd.^{1,2}

Volgens de tegenwoordige Nederlandse promotiereglementen moet een proefschrift zijn: 'een proeve van bekwaamheid tot het zelfstandig beoefenen van de wetenschap'.

In de Wet tot regeling van het hooger onderwijs van 1877 (Art. 15; *Stbl.*102) staat dat een proefschrift bestaat uit 'eene uitgewerkte verhandeling over een onderwerp, behoorende tot de wetenschap, waarin het doctoraat wordt verlangd, ...'

De betekenis van een promotie is in de loop van de geschiedenis veranderd. 'In de 20e eeuw wordt de promovendus geacht de wetenschap te verrijken met nieuwe inzichten. De 17e eeuwse jonge geleerde werd gezien als een gezelschap die zijn meesterproef moest afleggen. Er werd niet van hem verwacht dat hij nieuwe waarheden zou ontdekken'.³ Volgens Huizinga moet het verlenen van de doctorstitel de erkenning zijn van 'wetenschappelijke rijpheid'.⁴

Over de promotie zelf zal de lezer in deze studie weinig aantreffen. Een promotie is een spel. Huizinga definieert spel als ‘...een vrijwillige handeling of bezigheid, die binnen zekere vastgestelde grenzen van tijd en plaats wordt verricht naar vrijwillig aanvaarde doch volstrekt bindende regel, met haar doel in zich zelf, begeleid door een gevoel van spanning en vreugde en door een besef van “anders zijn” dan het “gewone leven”’.⁵ Aan het einde van dat spel krijgt de promovendus het diploma uitgereikt, soms getuigschrift, doctoraatsbul of simpelweg bul genoemd. De tekst is in het Latijn geschreven. Omdat de meesten van ons die taal niet meer kunnen lezen volgt hier de Nederlandse vertaling:⁶

Rector en College van Decanen van de ...Universiteit groeten U.

Weloverwogen is door onze voorouders het gebruik ingesteld dat universitaire studenten - studenten in de edele kunsten en wetenschappen – voordat zij hun kunde in het dagelijks leven gaan beoefenen als bewijs dat zij hun academische studiën met lof voltooid hebben publiekelijk getuigenis en bewijs van hun kennis en ijver afleggen.

Toen daarom de zeergeleerde ... geboren te ... aan de academische wetten had voldaan en om de hoogste eer, hem verschuldigd vanwege zijn geleerdheid, vroeg hebben wij, om hem te helpen in deze eervolle zaak zowel een onderzoek naar zijn vorderingen in de vakken bij de ... faculteit ingesteld als hem gehoord bij de verdediging van zijn proefschrift, getiteld ...

Toen hij zich daarbij in alle opzichten zo voortreffelijk getoond had, dat hij ons zijn geleerdheid en zijn nauwgezetheid bewezen had, hebben wij hem het eervolle bewijs van zijn voortreffelijkheid, dat hem toekomt, toegekend.

Daarom hebben wij hem ... op grond van de ons verleende bevoegdheid plechtig tot doctor bevorderd en uitgeroepen en hem alwat aan rechten en eerbewijzen aan een rechtmatig benoemde doctor gewoonlijk pleegt toebedeeld te worden, verleend.

En opdat hiervan zekerder en meer betrouwbaarder bewijs is hebben wij ervoor gezorgd dat hem dit Diploma, hier in het openbaar ondertekend door de Rector Magnificus, Promotor(en) en de Actuarius en bevestigd met het grootzegel van de universiteit, aan hem overhandigd wordt.

(Plaats en datum, ondertekend door de rector magnificus, de promotor en de actuarius)

Deze studie gaat over wetenschappelijke belangstelling van huisartsen. Het is de taak van de huisarts de wetenschap in zijn dagelijkse werk toe te passen. Het opstellen van een standaard door het NHG bijvoorbeeld is wetenschappelijk werk, het oplossen van de problematiek bij het toepassen van deze standaard in het individuele geval is het werk van de huisarts.

De kleine groep huisartsen die het NHG op 29 december 1956 te 11,51 uur heeft opgericht, sprak over de huisarts en het hervinden van zijn eigen geneeskunst.⁷

G.J. Bremer

Noten

- 1 Tekst en inhoud van dit voorwoord zijn voor een deel ontleend aan de Grote Winkler Prins Encyclopedie, 6e druk, 1953 en de 9e druk, 1985. Daarbij is gekeken naar de lemma's: universiteit, doctor en promotie. De tekst over universiteit uit de 6e druk is van de historicus J. Huizinga.
- 2 Veel informatie over de genoemde onderwerpen is te vinden in Walter Rüegg, *A history of the university in Europe*.
- 3 Wilde, *Van disputatio tot proefschrift*. p.3.
- 4 Huizinga, De doctorstitel. (1919) *Verzamelde werken VIII*. p.417-420 en 424-426.
- 5 Huizinga, *Homo ludens*. p.28.
- 6 De vertaling is van Mevrouw Dr L.M. Schure.
- 7 *Huisarts en Wetenschap* 1957;1:6. (februari)

HORA

HOOFDSTUK I

Inleiding

DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

OVER DE BRONNEN: 400 PROEFSCHRIFTEN

TWEE DISSERTATIES: 1906 EN 1991

IETS OVER BOEKEN: ENKELE BIBLIOGRAFISCHE NOTITIES

NABESCHOUWING

I.1 — DOELSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Nu de huisartsgeneeskunde al meer dan vijftiwintig jaar geleden een universitaire discipline is geworden, is het moeilijk zich voor te stellen waarom dat pas zo laat het geval was.

Meer dan honderd jaar nadat door de wetten van Thorbecke het begrip arts zijn intrede deed – in 1865 – werd het woord huisarts de officiële benaming voor een beroep dat eigenlijk al lang vóór 1865 bestond.¹ Tussen 1865 en 1975 studeerde men voor arts en dat betekende studeren voor huisarts. Tussen 1957 – met de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap – en 1974 – met de stichting van huisartseninstituten aan alle Nederlandse Universiteiten – ontstond het officieel geregistreerde beroep huisarts met een specifieke beroepsopleiding en werd de huisartsgeneeskunde een erkende wetenschap met universitair onderwijs en onderzoek.² Dat huisartsen ook onderzoekers konden zijn, is pas laat tot de universitaire geneeskunde doorgedrongen. Van enige stimulans was van die kant dan ook nauwelijks sprake. Misschien ook daarom hielden huisartsen zich vóór Wereldoorlog II zo zelden met wetenschappelijk onderzoek bezig. En als het al gebeurde dan was dat incidenteel en een strikt persoonlijke zaak. Een huisarts was practicus, paste de wetenschap toe, en dat was al meer dan genoeg.

In het *Maandblad van de Nederlandsche Vereeniging van huisartsen*, uitgegeven door het 'Comité voor medische beroepsbelangen', dat van 1926-1940 uitkwam, zal men vergeefs naar een bijdrage over wetenschappelijk onderzoek zoeken.³

In de grote vragenrubriek in dit blad, dat bijna vijftien jaar lang uitkwam, komen problemen bij het doen van wetenschappelijk onderzoek ook niet ter sprake. Klaarblijkelijk werden de huisartsen niet betrokken bij de wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde. Dat is tegenwoordig anders. Hoe – op welke wijze – heeft deze verandering plaatsgevonden?

Huisartsen publiceerden vroeger inderdaad zelden. Bij een analyse van de inhoud van het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde* tussen 1900 en 1957 bleek dat in deze ruim halve eeuw 58 huisartsen 77 wetenschappelijke artikelen in dat tijdschrift geschreven hadden. Niet zoveel als men rekent dat er in die tijd duizenden huisartsen gepraktiseerd hebben.⁴

Behalve door het publiceren van artikelen konden huisartsen hun wetenschappelijke belangstelling natuurlijk ook tonen door het doen van een promotieonderzoek. Het bleek dat er tussen 1900 en 1979 in totaal 237 huisartsen gepromoveerd waren tijdens de uitoefening van hun beroep: gemiddeld drie per jaar.⁵ Ook niet zoveel gezien het aantal huisartsen dat in Nederland al die tijd werkzaam was en was geweest.

In 1953-1954 werden in het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde* dertig artikelen gepubliceerd over 'Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap van 1900 tot 1950'. Er worden in deze artikelen ongeveer 1200 Nederlandse onderzoekers genoemd, waarvan 22 huisartsen, van wie er vijftien met hun proefschrift.^{6,7} Ook uit deze cijfers blijkt dat huisartsen weinig wetenschappelijk onderzoek hebben verricht in deze halve eeuw, wat te meer opvalt omdat zij al die tijd de grootste groep medische beroepsbeoefenaren zijn geweest.⁸

Drie publicaties dus die de vraag oproepen óf en hoe veranderingen – en misschien wel ontwikkelingen – in het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen hebben plaatsgevonden.

De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden gepubliceerd in tijdschriftartikelen en in dissertaties. Zoals gezegd hebben huisartsen in de eerste helft van deze eeuw zó weinig in wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd dat een analyse van deze publicaties weinig zal opleveren.⁴ Opgemerkt moet worden dat er door huisartsen ook nauwelijks in buitenlandse tijdschriften werd gepubliceerd en dat er naast het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde* vrijwel nooit in andere Nederlandse tijdschriften verslag werd uitgebracht van eigen wetenschappelijk onderzoek door huisartsen.⁹

Het ligt daarom voor de hand om door een analyse van het promotieonderzoek van huisartsen te trachten een antwoord op onze vraag te zoeken. Het is ook begrijpelijk om bij deze studie promotieonderzoek als bron van informatie te kiezen omdat promotieonderzoek al vanaf 1865 in ongeveer hetzelfde duidelijk omschreven kader plaatsvindt, omdat de kwaliteit van dat onderzoek min of meer gegarandeerd is door de 'externe beoordeling' ervan en omdat de onderzoeker herkenbaar blijft omdat hij een titel mag voeren. Vanaf 1900 hebben Nederlandse huisartsen enkele honderden proefschriften geschreven, een aantal dat een analyse zeker mogelijk moet maken.

In de hier beschreven studie wordt daarom getracht een antwoord op bovenstaande vragen te geven door de proefschriften van huisartsen te analyseren die zij geschreven hebben in de periode 1900-1995.

Nauwkeuriger geformuleerd is de doelstelling van het onderzoek een beschrijving te geven van de veranderingen (ontwikkelingen) die zich in het promotieonderzoek van huisartsen hebben voorgedaan aan de hand van de dissertaties die deze huisartsen in de periode 1900-1995 hebben geschreven.

Deze studie is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk I.2 wordt een beschrijving gegeven van de wijze waarop deze proefschriften zijn achterhaald en verzameld. Om een eerste indruk te geven van de veranderingen die zich in het promotieonderzoek hebben voorgedaan worden in I.3 twee proefschriften met elkaar vergeleken: een studie uit 1906 en een uit 1991. In I.4 wordt vervolgens een algemene bibliografische beschouwing over de reeks proefschriften gegeven.

Het bleek dat de wettelijke voorschriften ten aanzien van het promoveren in de bestudeerde periode verschillende malen waren bijgesteld en aangepast. Het was logisch dat dit ter sprake moest komen want promovendi hebben in de eerste plaats met deze voorschriften te maken. Hoofdstuk II.3 geeft een overzicht van deze wettelijke veranderingen. Dát huisartsen wetenschappelijk onderzoek verrichtten was, zoals we beschreven hebben, zeker in het begin van de twintigste eeuw een zeldzaamheid. Maar dat is veranderd. Deze verandering komt in hoofdstuk II.1. Bovendien was het nodig in II.2 iets te zeggen over de veranderingen die optraden in het promoveren in het algemeen en het promoveren van huisartsen.

In hoofdstuk III staat vermeld welke kenmerken van het onderzoekmateriaal zijn gebruikt om de reeks proefschriften in een databestand onder te brengen. De gebruikte kenmerken en termen worden in dit hoofdstuk nauwkeuriger omschreven.

Vervolgens wordt in hoofdstuk IV dat bestand geanalyseerd. Een chronologische lijst van de proefschriften maakt direct zichtbaar dat de wetenschappelijke belangstelling van de huisartsen in verloop van de tijd veranderde. Wat opvalt is dat er tijden geweest zijn waarin bepaald onderzoek plaatsvindt en ander onderzoek nauwelijks of veel minder. Geringschattend zou men kunnen zeggen: de onderwerpen van het promotieonderzoek zijn door de mode bepaald. Touw-Otten sprak van aandachtsvelden en deze speciale aandacht was, leek het, een teken des tijds.¹⁰ Conform de indeling van Touw-Otten zijn de proefschriften in bepaalde groepen, 'aandachtsvelden', verdeeld en door deze boeken chronologisch te plaatsen kon gedemonstreerd worden hoe de 'mode' deze aandachtsvelden bepaalde. Deze aanpak – dus niet ieder proefschrift apart maar per speciale groep – bleek mogelijkheden te bieden om de relatie met de tijdsperiode te bekijken. In hoofdstuk V komen enkele van deze aandachtsvelden ter sprake. In dit hoofd-

stuk wordt tevens aandacht geschonken aan de literatuur die de huisartsen bij hun studie gebruikt hebben. Daarnaast lag het voor de hand een bepaalde tijdsperiode te onderzoeken omdat veranderingen in het promotieonderzoek binnen (en tussen) deze perioden duidelijk aantoonbaar waren. Zo is er speciaal aandacht besteed aan de laatste 25 jaar (hoofdstuk VI) en aan het interbellum: de periode 1919-1940. (hoofdstuk VII) Ten slotte is in hoofdstuk VIII een aantal stellingen uit de proefschriften genoteerd die gaan over (wetenschappelijk) onderzoek verricht door huisartsen.

Omdat het snel duidelijk werd dat niet alle noodzakelijke informatie direct beschikbaar was, is samen met L.R. Kooij, huisarts, een enquête onder gepromoveerde huisartsen gehouden. Uit deze samenwerking is hoofdstuk IX ontstaan, een hoofdstuk dat inmiddels als artikel in *Huisarts en Wetenschap* is verschenen.¹¹ Ook hoofdstuk VI is in samenwerking met Kooij geschreven en zal eveneens, in gecomprimeerde vorm, in dat blad gepubliceerd worden.

Met nadruk wil ik er op wijzen dat het niet de bedoeling van deze studie kan zijn ieder proefschrift apart op zijn wetenschappelijke, eventueel methodische, kwaliteiten te beoordelen. Dat moet onmiddellijk duidelijk zijn bij een willekeurig voorbeeld. Zo schreef J. Sanders in 1918 een proefschrift *Ziekte en sterfte bij joden en niet-joden te Amsterdam. Vóór iemand een wetenschappelijk gefundeerd oordeel over een dergelijk promotieonderzoek kan geven is een aparte studie nodig van de stand van de wetenschap ten aanzien van het onderwerp van dat proefschrift in die tijd.*¹² En deze redenering geldt voor ieder proefschrift. Het gaat er dus, kort gezegd, niet om dat ik ga opponeren.

Deze studie gaat over proefschriften van huisartsen. Over welke proefschriften precies komt nog ter sprake. In ieder geval niet alleen over proefschriften van huisartsen die specifiek gericht zijn op hun eigen werk. Het verhaal geeft dus een overzicht van de belangstelling van huisartsen in de beschreven periode.

Deze belangstelling is zeer breed. In veel proefschriften wordt een ziekte onderzocht, in andere patiënten, proefdieren, medicamenten of laboratoriumgegevens. Soms is er sprake van een historisch onderzoek, soms van een filosofische verhandeling. Epidemiologische gegevens kunnen worden bewerkt of de resultaten van een bepaalde behandeling. Bij het onderzoek van patiënten kan er sprake zijn van een lichamenlijk onderzoek, maar ook kunnen patiënten worden geïnterviewd of getest.

Kortom het bestudeerde promotieonderzoek is zo divergent van inhoud en opzet dat een classificatie van de toegepaste onderzoeksmethode niet is op te stellen. Touw-Otten en Meijman stelden wel een classificatie op van wat zij 'huisarts-geneeskundig' onderzoek noemen, maar het gebied waarop het promotieonderzoek van huisartsen zich begeeft is veel ruimer dan alleen dát onderzoek.^{13, 14}

De volgende toelichting lijkt hier nog nodig. Op enkele plaatsen in de tekst wordt dezelfde conclusie uit het onderzoek getrokken. Dat ligt voor de hand omdat deze conclusies zich ook bij verschillende onderdelen van het onderzoek presenteerden. Dat bijvoorbeeld het aantal vrouwelijke huisartsen dat promoveerde toeneemt blijkt in hoofdstuk IV en VI en dat wordt dan ook in deze beide hoofdstukken vermeld.

In de tweede plaats moest er in deze studie uiteraard veel naar de onderzochte proefschriften worden verwezen. Om het de lezer gemakkelijk te maken hebben wij gebruik gemaakt van het desbetreffende nummer in de alfabetische lijst van de dissertaties (Hoofdstuk XIII, p. 175) voorafgegaan door de letter D. Dat zoekt gemakkelijker dan alleen de vermelding van de naam van de huisarts, terwijl tevens ook de ondertitel van de dissertatie gelezen kan worden. Bovendien staat hier ook aangegeven of er van het boek een handelseditie bestaat.

Noten

- 1 Aulbers en Bremer, *De huisarts van toen*. 35-40.
- 2 Ibid. 51-66.
- 3 Ibid. 129-158. m.n.143.
- 4 Bremer en Vesseur, Publicaties van huisartsen.
- 5 Bremer, Studies uit de huisartspraktijk.
- 6 *Aandeel van Nederland in de vooruitgang*.
- 7 Aulbers en Bremer, 115-128.
- 8 Ibid. 159-165.
- 9 Ibidem. 156. Zie ook: Bremer en Van Seijen, 53.
- 10 Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde*. 73.
- 11 Kooij en Bremer, Gepromoveerde huisartsen.
- 12 D315.
- 13 Touw-Otten, m.n.158.
- 14 Meijman, Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek, D238.

I.2 — OVER DE BRONNEN: 400 PROEFSCHRIFTEN

Als bronnen voor ons onderzoek beschikken wij over een reeks van bijna 400 proefschriften door huisartsen geschreven in de periode 1900-1995.

Bij het verzamelen van deze dissertaties – waarmee in ongeveer 1960 een begin gemaakt werd – bleek al snel dat uit de titel van het boek lang niet altijd – ja, meestal niet – geconcludeerd kon worden of de studie door een huisarts geschreven was of dat het onderzoek in de algemene praktijk had plaatsgevonden. Het proefschrift van H. Hondelink (1929) bijvoorbeeld vormde een nuttige, maar

toch vrij zeldzame uitzondering: *Gegevens verzameld naar aanleiding van een kinkhoest-epidemie in een overzichtelijke algemeene praktijk*. Deze dissertatie is gevonden door systematisch de catalogi van de Bibliotheca medica Neerlandica door de te nemen.^{1,2} Meestal ging het minder gemakkelijk. Soms moest het voorwoord gelezen worden om de juiste informatie te krijgen, maar meestal was per boek wel enige tijd lezen nodig om te besluiten of het in de reeks thuishoorde. Voortdurend was de vraag:

Wanneer is een dissertatie een dissertatie geschreven door een huisarts?

Deze vraag was minder eenvoudig te beantwoorden dan in het begin leek, maar het antwoord bepaalde wel of het boek in de reeks opgenomen moest worden. Een eerste wet voor de onderzoeker is immers een duidelijke omschrijving te geven van de bronnen van zijn onderzoek.³

Enkele beslissingen konden vrij eenvoudig genomen worden. Het begrip ‘dissertatie’ was niet moeilijk te omschrijven. Besloten werd dat het om proefschriften moest gaan waarmee de auteur aan een Nederlandse universiteit de doctorsgraad gehaald had. Buitenlandse proefschriften vielen dus buiten de reeks, evenals de proefschriften waarop in Nederlands-Indië gepromoveerd was. Het ging om proefschriften geschreven door Nederlandse huisartsen. Of deze proefschriften nu bewerkt waren binnen een medische- of een andere faculteit deed niet ter zake. Overigens bleek pas later dat drie promoties niet in een medische faculteit hadden plaatsgevonden.⁴ Ook medisch-historische studies vielen dus binnen de reeks hoewel een medisch-historisch proefschrift strikt genomen geen medisch proefschrift is.

Met het begrip ‘huisarts’ lag het moeilijker. In het begin leek het eenvoudig: een huisarts is iemand die de algemene praktijk uitoefent. Maar al spoedig bleek dat dat niet altijd duidelijk was. Zo tussen 1900 en 1930 waren er nogal wat artsen met een ‘half-specialisatie’ en tevens werd duidelijk dat een gepromoveerde huisarts lang niet altijd een huisarts was die als huisarts een proefschrift geschreven had. Een nogal voor de hand liggende vondst. Besloten werd dat een ‘huisarts’ een dokter was die in het artsenjaarboek niet als specialist vermeld stond, maar wel spreekuur hield. Later – na 1973 – werd de term huisarts alleen gebruikt voor artsen die als zodanig geregistreerd stonden en toen was het probleem opgelost. Soms was de dissertatie geschreven vóór het artsexamen, vaker kwam het voor dat een arts een dissertatie schreef voor hij zich als huisarts vestigde.

Niet zeldzaam was het, vooral vroeger, dat men zich als jong arts vestigde – meestal in een stad – eenvoudig wachtte op patiënten en ondertussen een onderzoek deed aan een universiteitskliniek of laboratorium waarop men dan promoveerde als huisarts. De vraag was: wat is een dissertatie van een huisarts? Een juist antwoord op deze vraag klemde temeer omdat de onderwerpen soms ver van

het praktische werk van de huisarts afstonden. Er waren nogal wat huisartsen die promoveerden of gepromoveerd waren op een pre-klinisch onderwerp.⁵

Om vooral praktische redenen werd besloten dat het alleen ging om proefschriften waarvan de promotie had plaatsgevonden in de tijd dat de huisarts als zodanig werkzaam was. Alle andere afbakeningen hadden het nadeel dat er een vrij grote groep dissertaties ontstond waarvan het twijfelachtig was of deze boeken wel konden dienen als bron voor het onderzoek. Het genoemde criterium is duidelijk: twijfelgevallen komen niet voor.

Het ging in principe om twee categorieën dissertaties: de studies die al verschenen waren en die nog zouden verschijnen.

Eerst volgt nu een beschrijving van het bijeenbrengen van de reeds verschenen studies. In Nederland is geen speciale registratie aanwezig van de gezochte boeken. In de Universitaire Jaarboeken of Alba Promotoria staat niet vermeld of een arts huisarts was, noch waar hij was gevestigd. Deze bronnen waren dus voor het samenstellen van de reeks van weinig waarde. Daarom zijn andere bronnen geraadpleegd die wel de nodige informatie verschaffen. Dat waren:

1. Diverse jaargangen van het *Geneeskundig Adresboek voor Nederland*;⁶
2. De jaargangen van het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde* van 1900 tot 1957;
3. Het adressenbestand van het Nederlands Huisartsen Instituut;
4. Boekbesprekingen in *Huisarts en Wetenschap*, het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Medisch Contact*;
5. *Dutch Medical Biography* van G.A. Lindeboom;⁷
6. Diverse andere bronnen en
7. Persoonlijke mededelingen.

Overigens is de nodige informatie lang niet altijd uit één bron verkregen, meestal was een combinatie noodzakelijk. Het meeste kwam voor dat uit een *Geneeskundig Adresboek* bleek dat huisarts A, gevestigd te B., gepromoveerd was. Vervolgens werd de titel van diens dissertatie gevonden in de Catalogus van de Bibliotheca medica Neerlandica, waarna het boek uit een universiteitsbibliotheek gehaald werd om het nader te bestuderen.

AD 1. *Het Geneeskundig Adresboek*

Vanaf 1900 zijn de Artsenjaarboekjes – de Geneeskundige Adresboeken – bekeken. Daarin staan de artsen vermeld met hun adres en nadere beroepsaanduiding, het jaar van hun artsexamen en het jaar van hun promotie. De algemene artsen – de huisartsen – zijn daarbij vrij gemakkelijk te vinden, bovendien blijkt er direct uit óf en wanneer zij gepromoveerd zijn.

Is dat vóór het artsexamen dan vielen de desbetreffende dissertaties niet in de reeks. In twijfelgevallen werden de dissertaties – die meestal vermeld stonden in de *Catalogus van de Bibliotheca medica Neerlandica* – opgevraagd bij een universiteitsbibliotheek en nader bestudeerd. Was de arts in het buitenland gepromoveerd, wat tussen 1900 en 1917 niet zeldzaam was, dan stond dat in het boek vermeld en kon ook dat proefschrift buitengesloten worden.

AD 2. *Het Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde*

Alle jaargangen van dit tijdschrift – van 1900 tot en met 1957 – zijn doorgenomen met de bedoeling wetenschappelijke publicaties van huisartsen op het spoor te komen.⁸

Daarbij is ook gelet op besprekingen van dissertaties en op de *In Memoriae* in die periode. In deze besprekingen werd vaak vermeld of de promovendus huisarts was en waar, en als een gepromoveerde huisarts bleek te zijn overleden werd de titel van zijn proefschrift in het *In Memoriam* vrijwel altijd vermeld.

AD 3. *Het adressenbestand van het Nederlands Huisartsen Instituut*

Na 1970 zijn belangrijke gegevens betreffende de Nederlandse huisartsen door het NHI geregistreerd. Ook uit dit bestand werden weer de adressen van een aantal gepromoveerde huisartsen verkregen.

Gepromoveerde (nog levende) huisartsen vermeld in de genoemde bronnen kregen een enquêteformuliertje thuis toegezonden. Allen stuurden deze formuliertjes keurig ingevuld terug. Op deze manier mist men echter soms de huisartsen die, eenmaal gepromoveerd in de huisartspraktijk, later de huispraktijk verlieten.

AD 4. *Boekbesprekingen*

Boekbesprekingen in het *Nederlands(ch) Tijdschrift voor Geneeskunde*, *Huisarts en Wetenschap* en *Medisch Contact* leverden soms nuttige gegevens op. Overigens zijn de criteria niet duidelijk waarom het ene proefschrift wel, en het andere niet besproken wordt.

AD 5. *G.A. Lindeboom: Dutch Medical Biography. 1984*⁷

Een interessante bron was voor ons dit boek van Lindeboom dat in zijn geheel is doorgenomen om gepromoveerde huisartsen op het spoor te komen. Het boek mag dan misschien niet altijd geheel betrouwbare informatie bieden, samen met de andere genoemde bronnen was het voor het onderzoek nuttig. De auteur vermeldt bijvoorbeeld of de desbetreffende arts 'general practice' beoefende. De biografie loopt tot 1975.

AD 6. *Diversen*

In de literatuurlijsten van de gevonden dissertaties staan dikwijls de proefschriften vermeld van collegae-huisartsen die hetzelfde, of nagenoeg hetzelfde, onderwerp hebben bewerkt. Door deze lijsten te bestuderen werden soms weer nieuwe vondsten gedaan.⁹ Ook is een oproep in *Huisarts en Wetenschap* geplaatst, die een enkele nieuwe vondst opleverde.

De proefschriften uitgekomen nadat besloten was de boeken te verzamelen waren natuurlijk eenvoudiger te signaleren en/of te bemachtigen. Via boekbesprekingen in medische periodieken, via de Geneeskundige Adresboeken en later door persoonlijke contacten met collegae was dat niet zo moeilijk.

Tenslotte is een enquête gehouden onder alle in Nederland gepromoveerde huisartsen.¹⁰ Het lag voor de hand over de opgedane ervaringen met het verzamelen van alles aan collegae te vertellen. Dat resulteerde soms in het ten geschenke krijgen van nieuwe proefschriften: 'van een oom die vroeger huisarts is geweest'. In 1981 was het mogelijk een artikel over dit onderwerp te publiceren.⁸

Inmiddels was ook besloten dat de reeks in 1900 moest beginnen. Een arbitraire beslissing, maar een ander tijdstip was niet op redelijke gronden vast te stellen. Later bleek deze formele keuze niet eens zo slecht te zijn, zoals uit het hoofdstuk over de veranderingen in de wettelijke voorschriften zal blijken.

In het genoemde artikel worden ook alleen dissertaties besproken geschreven door artsen die ten tijde van hun promotie de huisartspraktijk uitoefenden.⁸ Totaal waren dat 237 studies. Van deze proefschriften waren er 110 in de huisartspraktijk bewerkt. Er wordt in het artikel een lijst van deze 110 dissertaties gegeven, waarbij erop wordt gewezen hoe belangrijk het is voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde dat dit materiaal nauwkeurig wordt bestudeerd. Inmiddels had Touw-Otten daartoe reeds een eerste belangrijke stap gezet.¹¹

De reeks proefschriften die gebruikt wordt als bron van deze studie bestaat dus uit proefschriften geschreven door Nederlandse huisartsen tussen 1900 en 1995 die in Nederland tijdens hun beroepsuitoefening gepromoveerd zijn.

Het toepassen van deze criteria heeft voor- en nadelen. Een voordeel is dat de reeks nu duidelijk is omschreven en af te grenzen, twijfelgevallen bestaan theoretisch niet. Overigens betekende dit niet dat alle noodzakelijke kenmerken van een bepaalde dissertatie ook direct vastgesteld konden worden. In enkele gevallen moesten zelfs bij familieleden naspeuringen worden gedaan. Vooral het antwoord op de vraag of de desbetreffende huisarts nog als huisarts in functie was tijdens het promoveren was niet altijd eenvoudig te achterhalen. Het was bijvoorbeeld

niet zeldzaam dat een huisarts vlak vóór zijn promotie het vak verliet, 'om het wat kalmer aan te doen' in een ambtelijke functie, waarbij de promotie gezien kon worden als een 'kroon op het werk'. Soms was een promotieonderzoek het begin van een carrière als specialist en promoveerden huisartsen op een onderzoek binnen dat specialisme nog tijdens het functioneren als huisarts. Dit soort informatie was vaak moeilijk te verkrijgen maar bepaalde wel of de dissertatie tot de reeks behoorde. Wat dat betreft werd het later gemakkelijker want de meeste dissertaties werden toen voorzien van een curriculum vitae waarin dit alles netjes vermeld staat. Nog later, toen steeds meer huisartsen part-time gingen werken, ontstond het probleem wat verstaan moest worden onder de formulering 'tijdens hun beroepsuitoefening'. We hebben ons toen geconformeerd met het antwoord van de huisarts zelf op een desbetreffende vraag in de enquête.¹⁰ Desondanks kwamen er – sporadisch – twijfelgevallen voor omdat niet alle gegevens te achterhalen waren. Deze boeken werden dan niet in de reeks opgenomen.

Een nadeel van de gebruikte omschrijving is uiteraard dat een aantal dissertaties buiten de reeks viel. Dit is bijvoorbeeld het geval met proefschriften van huisartsen die vóór hun artsexamen of vóór, of tijdens, hun beroepsopleiding promoveerden. Opgemerkt moet worden dat het vrijwel niet voorkwam dat er tijdens de beroepsopleiding werd gepromoveerd, ook niet toen deze opleiding langer dan één jaar duurde. Ook de proefschriften van de artsen die juist vóór de promotie het vak hadden verlaten mochten niet meedoen. Vooral dit laatste was soms jammer omdat het hier weleens ging om belangwekkende studies. (Zie Bijlage I)

Om bruikbare proefschriften op het spoor te komen was het uiteraard nodig ook 'onbruikbare informatie' te achterhalen. Zo zijn gedurende de periode 1965-1985 ongeveer 120 gepromoveerde huisartsen geënquêteerd en later nog eens 160: totaal 280 huisartsen, waarvan 70 zonder positief resultaat. Totaal werden ruim 115 proefschriften uit de Amsterdamse en Groningse UB bestudeerd die niet bruikbaar bleken te zijn. Om tot de reeks van de ongeveer 400 proefschriften te komen was het nodig ruim 650 proefschriften te bestuderen.

Verrassend was dat bij de enquêtes bleek dat enkele artsen de titulatuur voor hun naam vermelden zonder gepromoveerd te zijn.

Noten

- 1 De dissertatie van Hondelink heeft nummer D162. (Cat. BMN. II,86)
- 2 De bibliotheek van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (de Bibliotheca medica Neerlandica) heeft drie catalogi uitgegeven die aangeduid worden met Romeinse cijfers: Cat. BMN I, II of III. De cijfers na deze vermelding geven de pagina aan waar de literatuur vermeld staat. De bibliotheek is ondergebracht in de Amsterdamse Universiteitsbibliotheek.
- 3 Gerits, *Hoe verzamelen*.

- 4 Zie: D393, D298 en D303.
 5 Hornstra, Promoveren door huisartsen.
 6 Adresboek Nederland.
 7 Lindeboom, *Dutch Medical Biography*.
 8 Bremer, Studies uit de huisartspraktijk.
 9 Het antiquariaat Sweris in Leiden is zeer behulpzaam geweest bij het signaleren van bepaalde dissertaties.
 10 Kooij en Bremer, Gepromoveerde huisartsen.
 11 Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde*. (Academisch Proefschrift).

I.3 — TWEË DISSERTATIES: 1906 en 1991

Om een eerste indruk te krijgen hoe het promotieonderzoek van huisartsen in het verloop van de tijd veranderd is, zijn twee proefschriften met elkaar vergeleken: een oud en een modern proefschrift, speciaal daarvoor uitgekozen omdat bleek dat veel veranderingen daardoor al gedemonstreerd konden worden.

Het eerste proefschrift bestudeert een fysiologisch onderwerp, het tweede een onderzoeksmethode die voor de huisarts van belang is.

A.H. van den Berg, *Over den invloed van het Wielrijden op de werking van het hart*. Academisch Proefschrift. Utrecht, 1906.

Op maandag 17 december 1906 des namiddags te 2 uren promoveerde Anthonie Hendrik van den Berg, geboren te Utrecht, arts te Midwoud (N.H.), aan de Rijksuniversiteit te Utrecht op het proefschrift: *Over den invloed van het Wielrijden op de werking van het hart*. De promotor was Prof.Dr. H. Zwaardemaker, hoogleraar in de fysiologie aan de genoemde universiteit.

Op het slappe omslag van het boek staat de titel van het boek en de naam van de auteur. Het woord Wielrijden staat met een hoofdletter geschreven, ook op de titelpagina.

De dissertatie, opgedragen 'AAN MIJNE OUDERS', is van het formaat: 22 x 14,5 cm en is 123 pagina's dik. De titelpagina is door de drukker gezet in letters uit vijftien verschillende lettercorpsen. (Zie afbeelding titelpagina) Op deze titelpagina staat vermeld waar de auteur geboren is, niet wanneer, wel dat hij ARTS TE MIDWOUD (N.H.) is. Hoe oud hij bij zijn promotie was blijft onbekend.

Het proefschrift is geschreven 'ter verkrijging van den graad van doctor in de geneeskunde ... na machtiging van den rector magnificus ... volgens besluit van den senaat der universiteit tegen de bedenkingen van de faculteit der geneeskunde te verdedigen op Maandag 17 December 1906, des namiddags te 2 uren ...'.

De 12 stellingen – waarvan er drie gaan over het onderwerp van het onderzoek – staan gedrukt op de laatste drie pagina's van het proefschrift.

In het dankwoord, veertien regels groot, memoreert de schrijver het feit dat hij zeven jaar tevoren was afgestudeerd, hij bedankt twee personen: zijn promotor en zijn vriend Dr. A.G. Olland, die hem bij de proeven terzijde stond. Een woord van dank aan het Oud-Studentenfonds, dat hem en zijn vriend in 1897 in de gelegenheid stelde het laboratorium van Prof. Marey in Parijs te bezoeken, mocht ook 'in dit boekje niet ontbreken'. In dat laboratorium verrichtte de auteur, samen met Dr. Olland, zijn onderzoek met behulp van een door hen ontworpen plethysmograaf.

Na een eerste hoofdstuk van 55 pagina's, met een historisch overzicht en een bespreking van de literatuur, volgen 46 pagina's waarin het eigen onderzoek beschreven wordt. De schrijver vermeldt in het eerste hoofdstuk in vijftig voetnoten de publicaties van ruim zestig onderzoekers waarvan de oudste stamt uit 1732, dus over een periode van bijna 175 jaar. De auteurs worden in de tekst in de oorspronkelijke taal – Duits, Frans en Engels – geciteerd. Van een aantal geciteerde auteurs ontbreken de voorletters. Na de beschrijving van het eigen onderzoek volgen drie pagina's met negen conclusies, terwijl het laatste hoofdstuk 'Theoretische toelichting en praktische gevolgtrekking', van 12 pagina's, eindigt met vijf algemene gevolgtrekkingen waarvan ik hier een drietal overneem: (pagina 118) (I.) Het wielrijden veroorzaakt ook bij geoefende rijders een positief chronotropen invloed op den hartslag; (II) Het wielrijden veroorzaakt ook bij geoefende rijders een snel voorbijgaande verhoging van den bloedsdruk van peripheren oorsprong; (III.) Voor gezonde menschen is wielrijden geoorloofd, mits de snelheid waarmee gereden wordt en de duur van den rit beperkt blijven binnen een zekere mate, zóódanig, dat de polsfrequentie niet meer toename vertoont dan 50% en deze binnen een uur na het rijden weder nagenoeg geheel verdwenen is.

Ter toelichting:

Etienne-Jules Marey (1830-1904) was een Franse fysioloog die de bloedsomloop heeft onderzocht, de polsslag en de bloeddruk. Vijf van zijn publicaties staan vermeld in Garrison and Morton.^{1,2} Hij construeerde een sfygmograaf, een 'polschrijver' en vond de plethysmograaf uit, een toestel waarmee de veranderingen in het volume van een lichaamsdeel worden opgetekend die het gevolg zijn van de hoeveelheid bloed die het bevat. Van den Berg werkte in het laboratorium van Marey in de zomer van 1897.

A.G. Olland promoveerde op *Invloed van het weer op het sterftecijfer* (Amsterdam, 1896). De auteur spreekt in zijn studie over de plethysmograaf Olland-van den Berg.

Geert-Jan Dinant, *Diagnostic value of the erythrocyte sedimentation rate in general practice*. Academisch proefschrift. Maastricht, 1991.

Over den invloed van het Wielrijden op
de werking van het hart.

— * —
PROEFSCHRIFT
TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE UTRECHT
DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE

Dⁿ. S. D. VAN VEEN,

VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAU DER UNIVERSITEIT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN
FACULTEIT DER GENEESKUNDE

op Maandag 17 December 1906, des namiddags te 2 ure

door
ANTHONIE HENDRIK VAN DEN BERG

GHESCHIEDENIS-ARTS
ARTS TE MIDWOUDE (NH)

— * —
UTRECHT
J. VAN BOEKHOVEN
1906

DIAGNOSTIC VALUE OF
THE ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE
IN GENERAL PRACTICE

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht,
op gezag van de Rector Magnificus,
Prof. mr. M.J. Cohen,
volgens het besluit van het College van Dekanen,
in het openbaar te verdedigen op
donderdag, 4 april 1991 om 14.00 uur

door

Geert-Jan Dinant
geboren te Eindhoven

Titelpagina's van de proefschriften van Van den Berg en Dinant.

Op donderdag 4 april 1991 om 14.00 uur promoveerde Geert-Jan Dinant, geboren 29 november 1955 te Eindhoven, part-time huisarts te Stein in Limburg, aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op het proefschrift *Diagnostic value of the erythrocyte sedimentation rate in general practice*. Aan de ommezijde van de titelpagina staat dat de promotor is Prof. Dr. J.A. Knottnerus, co-promotor is Dr. J.W.J. Wersch. De eerstgenoemde is 'gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde'.

De beoordelingscommissie bestaat uit vijf man, waarvan vier hoogleraar. Onderaan de pagina staat vermeld dat de uitgave van het proefschrift mede mogelijk gemaakt is door een financiële bijdrage van E. Merck Nederland B.V. te Amsterdam, de Stichting Dr.Ir. van de Laar te Heerlen en de firma Coulter Electronics Nederland te Mijdrecht. Het boek heeft een glossy omslag met een rode abstracte illustratie die duidelijk verwijst naar het onderwerp. De dissertatie is van het formaat: 24x16,5 cm en 162 pagina's dik. Van de elf stellingen, op een los stellingenblad, gaan er zes over het onderwerp van het onderzoek.

Op de titelpagina staat dat het proefschrift is 'ter verkrijging van de graad van doctor ...', op gezag van de Rector Magnificus..., volgens het besluit van het College van Dekanen, in het openbaar te verdedigen op donderdag, 4 april 1991

om 14.00 uur...'. De auteur is geboren in Eindhoven, op het titelblad staat niet wanneer. (Zie afbeelding titelpagina)

Uit het Curriculum vitae op pagina 154, van dertien regels in het Engels, blijkt dat de auteur op 29 november 1955 in Eindhoven is geboren, in 1983 zijn artsdiploma in Utrecht heeft gehaald en ook daar zijn huisartsopleiding in 1986 volgde. Hij had een aanstelling als universitair hoofddocent bij het instituut voor huisartsgeneeskunde te Maastricht en volgde een speciale onderzoekersopleiding van één jaar. Tijdens het promotieonderzoek werkte hij part-time als huisarts. Bij de promotie was hij 36 jaar oud.

In het dankwoord – twee pagina's groot, in het Nederlands geschreven – worden 28 mensen bedankt.

De dissertatie bestaat in hoofdzaak – 122 van de 154 pagina's – uit een reeks reeds tevoren gepubliceerde of nog te publiceren artikelen, geschreven door de promovendus samen met vier andere onderzoekers, waaronder zijn promotor en co-promotor.

De 13 literatuurlijsten in het boek omvatten gezamenlijk 300 publicaties waarvan de oudste stamt uit 1933, bijna zestig jaar oud. Er is geen cumulatieve literatuurlijst. De publicaties zijn conform de Vancouver voorschriften vermeld, in de dissertatie ontbreekt een ISBN. Op pagina 123 begint een General discussion van 15 pagina's, kennelijk door de auteur alleen geschreven. De Summary omvat drie pagina's evenals de Nederlandse Samenvatting.

Ik citeer uit de Samenvatting uit de zes voornaamste conclusies (pagina 150):

- 1 Ter voorkoming van onbetrouwbare testuitslagen in de huisartspraktijk dient de BSE-bepaling nauwkeurig te worden uitgevoerd, hetgeen vooral inhoudt het gebruik van zorgvuldig gereinigde, of wegwerp bepalingsbuizen. Het bloedmonstertransport per auto, en waarschijnlijk ook trillingen, beïnvloeden de betrouwbaarheid niet...'
- 3 De BSE-bepaling draagt bij aan een nauwkeuriger vaststelling van de diagnose in de huisartspraktijk en is een waardevolle test voor het geruststellen van de patiënt en de dokter wanneer geen inflammatoire aandoeningen of maligniteiten worden verwacht.
- 6 De diagnostische waarde van laboratoriumonderzoek dat interessant is voor de huisartsgeneeskunde moet worden onderzocht in de huisartspraktijk. De betreffende begrippen verdienen een verdere introductie bij huisartsen.

De dissertatie eindigt met drie bijlagen van zes pagina's.

Opmerking: De auteur vermeldt niet in zijn proefschrift dat de bezinkingsnelheid van bloed voor het eerst is onderzocht door de Zweedse internist Alf Vilhelm Westergren in 1921.³

Tabel 1 Twee proefschriften		
HUISARTS	A.H. VAN DEN BERG	GEERT-JAN DINANT
Jaar van de promotie	1906	1991
Universiteit	Utrecht	Maastricht
Promotor	H. Zwaardemaker	J.A. Knottnerus
	Fysiologie	Huisartsgeneeskunde
Copromotor	—	+
Promotiecommissie	—	Vijf personen
Titel van de huisarts	Doctor in de geneeskunde	Doctor
Aanstelling bij de universiteit	Nee	Ja
Tijd artsexamen-promotie	7 jaar	8 jaar
Praktijksituatie	Solist	Groepspraktijk
Onderzoek bewerkt in de huisartspraktijk?	Nee	Ja
Taal van het proefschrift	Nederlands	Engels
Aantal pagina's	118	162
Hoofdstukken als artikel geplaatst?	nee	ja
Samenvatting	Ontbreekt (wel conclusies)	In twee talen
Aantal stellingen,	12	11
waarvan over het onderwerp	3	6
Curriculum vitae	Ontbreekt	Aanwezig
Subsidie	Ideëel	Ideëel en commercieel

In Tabel 1 is een aantal aspecten aangegeven waarin de proefschriften van elkaar verschillen.

Niet alles is vermeld: bijvoorbeeld de voornaam van Dinant staat op de omslag van het boek, de voornaam van Van den Berg niet en de spelling van de Nederlandse taal is in de proefschriften niet identiek. De vergelijking van de twee proefschriften levert voor de beantwoording van de doelstelling van het onderzoek in ieder geval op dat bij het beschrijven van de verschillen vier aspecten aan bod moeten komen: kenmerken van de huisarts-promovendus, kenmerken van de promotie, van het proefschrift en uiteraard van het onderzoek.

Voor de tegenwoordige lezer is het ook opvallend dat de auteur van het eerste onderzoek kennelijk van oordeel was dat hij een bijdrage kon leveren aan de kennis van de hart-fysiologie.

Noten

1 Garrison, *History of Medicine*.

2 Morton, *A Medical Bibliography*.

3 Westergren, *Studies of the suspension stability of the blood*.

1.4 — IETS OVER DE BOEKEN: ENKELE BIBLIOGRAFISCHE NOTITIES

In 1987 schreef Voorn: 'Wat doet een lezer meestal met een proefschrift? Men kijkt de stellingen door, te beginnen met de laatste. Men leest de samenvatting en is of wordt men geïnteresseerd, dan worden de beschouwing en de samenvattingen bij de verschillende hoofdstukken doorgenomen. De schrijver behaalt de doctorstitel en het proefschrift gaat de kast in. Het monnikenwerk van vele jaren komt weinig of niet ten goede aan het vak. Weinig gegevens uit deze rijke verzameling vinden hun weg naar het onderwijs en de nascholing en nog minder zijn de consequenties voor de patiëntenzorg'.¹

Vervolgens geeft de schrijver het advies dat er in het boek duidelijke aanwijzingen moeten staan 'hoe de gegevens toegankelijk kunnen worden gemaakt' voor onderwijs, nascholing en patiëntenzorg. Ook Van Lieburg gebruikt de term toegankelijk, maar als zelfstandig naamwoord: *Woord en boek in de geschiedenis van de geneeskunde. Een beschouwing over de toegankelijkheid van medische kennis.*² Toegankelijk wordt in *Van Dale* omschreven: '— 5. (van onstoff.zaken), geraadpleegd, bestudeerd ... kunnende worden: de literatuur over dit onderwerp is moeilijk toegankelijk; ...'.

In zijn oratie noemt Van Lieburg in feite twee vormen van toegankelijkheid. In de eerste plaats spreekt hij over de toegankelijkheid van de medische taal. Hij wijst onder andere op het gebruik van het Latijn in vroeger tijden waardoor leken werden buitengesloten.

In de tweede plaats spreekt Van Lieburg over de toegankelijkheid in de zin van al of niet moeilijk vindbaar. Het gaat dan over de kwantiteit: over het zeer grote aantal medische publicaties. Een probleem dat overigens al in 1850 speelde en dat toen de oorzaak was van de populariteit van referatenbladen, de enige mogelijkheid om in die tijd op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen in de geneeskunde.³ De auteur wijst er ook op dat de medische databanken in het midden van de jaren zestig zijn ontstaan en daarom niet zo geschikt zijn om bepaalde literatuur vóór die tijd op het spoor te komen.

Het komt mij voor dat *Van Dale* spreekt over deze tweede vorm van toegankelijkheid, het onderwerp waar ook Voorn over spreekt en waar mijn betoog vooral over handelt.

Het probleem is ook op een ander niveau signaleerd. Kouwenhoven poneert dat de academische geschriften (hoofdzakelijk dissertaties) 'in de nationale algemene bibliografieën tot een ietwat verwaarloosde categorie' behoren. Hoewel deze boeken tegenwoordig door de Brinkman zoveel mogelijk worden opgenomen.^{4,5} Nu

zijn proefschriften in het buitenland vaak niet eenduidig te definiëren, maar dat is in Nederland wel het geval. In Nederland is een proefschrift een wetenschappelijk werkstuk op grond waarvan men de doctorsgraad behaalt aan een universiteit of hogeschool en een goede registratie van dergelijke studies zou niet zo moeilijk behoeven te zijn. Desondanks ontbreekt het ook in Nederland aan een goede doorlopende bibliografie van proefschriften. Kouwenhoven noemt wel enkele pogingen op dat gebied, maar meestal zijn deze gestaakt of blijft het bij een jaarlijkse opsomming van proefschriften uitgekomen aan één universiteit. Sinds 1992 worden er blijkbaar weer nieuwe pogingen gedaan om dit probleem definitief op te lossen.⁶ Ook internationaal is de situatie onoverzichtelijk. Er bestaat dan ook een bibliografie van de bibliografieën.⁷

Een goede bibliografie is zowel voor de wetenschapper, de verzamelaar, de handelaar als de bibliothecaris onmisbaar, zij het voor elk van hen vanuit verschillende oogpunten. Een bibliografie inventariseert en beschrijft alle publicaties over een bepaald onderwerp of een bepaalde persoon: het is de beschrijving van een al of niet uitvoerige reeks boeken, tijdschriftartikelen of titels van tijdschriften.

Formeel gaat het hier dus niet om een bibliografie want de onderwerpen zijn niet identiek, maar de 'bedoeling' is hetzelfde. Door het grote aantal 'vakken' zijn de onderwerpen uiteraard zeer uiteenlopend, dikwijls zeer gespecialiseerd en daardoor ook slechts van belang voor een klein lezerspubliek.

Een zoekstelsel gebaseerd op termen in de titel is ontoereikend en een algemeen gehanteerde trefwoordenlijst ontbreekt. Waarschijnlijk ook omdat zo'n lijst niet eenvoudig samengesteld kan worden. Nu werken ook de universiteiten op dit punt weinig systematisch. Slechts in het promotiereglement van de Erasmus Universiteit wordt aan de promovendus het advies gegeven het proefschrift op te laten nemen in *Dissertation Abstracts International*, waarbij het adres in de V.S. opgegeven wordt waar inlichtingen verkrijgbaar zijn.⁸ Deze onduidelijkheid is daarom onbegrijpelijk omdat de bibliografische beheersing van academische geschriften in het kader van de wetenschapsbeoefening 'uiterst belangrijk is', zoals Kouwenhoven dat formuleert.⁴ Het Bibliografisch Centrum van de Groningse Universiteitsbibliotheek geeft in een serie bladen een 'Gebruikersinstructie' uit waaronder ook een blad van vier pagina's over proefschriften.⁹

Proefschriften zijn in ieder geval vaak van belang omdat de auteur zich veel moeite heeft getroost de desbetreffende literatuur uitputtend te bestuderen. De Nederlandse huisarts die van plan is een bepaald (promotie)onderzoek op te zetten dient zich dan ook goed te laten adviseren omdat dit probleem niet simpel is op te lossen. De vraag: bestaan er proefschriften (van huisartsen) over het onderwerp waarin ik geïnteresseerd ben, is niet gemakkelijk te beantwoorden. Zoeken op auteursnaam is niet mogelijk en zoeken op 'onderwerp' of op 'trefwoord'

Verkenning in

Een boek dat zelden een boek wordt, is een proefschrift. Een boek is een publieke zaak; de meeste proefschriften blijven onzichtbaar. Een boek is er om gelezen te worden; een proefschrift dient ter verkrijging van de graad van doctor. Het functioneert één dag, die van de promotie, net als het rokkostuum dat door de promovendus gedragen wordt.

Een boek wordt besproken; een proefschrift wordt aangevallen, wat wil zeggen: heel licht bespikt, en het wordt verdedigd, wat betekent dat de promovendus de bal hoog in de tribune schiet, hetgeen niet wordt afgestraft als tijd rekken.

Een boek zet je na lezing in de kast, een proefschrift wordt meteen in de kast gezet. Een boek vertelt iets nieuws; een proefschrift is voor de helft samenvatting van wat anderen in vroegere proefschriften geschreven hebben. Een boek is voor iedereen; een proefschrift voor de auteurs van andere proefschriften. Een boek is af; een proefschrift is een „onderzoek naar”, een „verkenning in”, een „voorstel tot”. De rest volgt nooit.

In de Utrechtse Universiteitsbibliotheek staan de proefschriften in een apart, zeer fraai gebouw, elke universiteit haar eigen kleur. Alle proefschriften waren, bij mijn bezoek, thuis. Een mausoleum.

Er zijn, gelukkig, proefschriften die er herkenbaar uitzien. Ze zijn te koop, gewoon in een winkel, ze worden gelezen, besproken, in een krant zelfs. Ze zijn boek geworden. En daarmee publiek bezit. Ze zijn af. En de schrijver laat zijn titel in de aula achter. Liever een boek dan een bui, liever lezers dan aanvallers. Die proefschriften verdienen een eigen kleur en een eigen kamer in de bibliotheek.

Wanneer heeft u het laatst een proefschrift gelezen?

KEES FENS

levert vaak niet de juiste publicaties op. Door het lezen van literatuurlijsten in andere dissertaties komt men vaak wel verder, maar of een proefschrift al dan niet door een huisarts geschreven is, is vaak niet eenvoudig vast te stellen.

Een goede historische oriëntatie behoort bij een onderzoek en is in ieder geval absoluut noodzakelijk wanneer het een onderzoek betreft dat ook vroeger voor artsen interessant was. Wat dit betreft kan de lezer in proefschriften soms onwaarschijnlijke omissies aantreffen. Het niet vermelden van de naam Westergren in een proefschrift over de bloedbezinking behoort tot zo'n genant verzuim. (D83)

De meeste moderne geneeskundige proefschriften gaan vaak niet verder terug dan tien of twintig jaar waardoor soms uiterst relevante literatuur gemist wordt. Zaat (1991) heeft als tiende stelling in zijn proefschrift (D397): 'Het feit dat literatuuronderzoek via een CD-ROM-lezer zo gemakkelijk en snel gaat, houdt het gevaar in dat de onderzoeker niet verder in de tijd terugkijkt dan het jaartal van het eerste schijfje. Zo wordt de literatuur straks elke 10 tot 20 jaar verrast met herontdekkingen'.

Als voorbeeld geef ik een recent uitgekomen proefschrift met de titel: *Palliative care in general practice*. (Schuit, 1999)¹⁰ De term palliatief of palliative komt niet voor in de titels van 400 door huisartsen geschreven proefschriften, zodat op titel zoeken geen zin heeft. Het onderwerp komt echter – al of niet zeer uitvoerig – in drie proefschriften van huisartsen ter sprake (D125, D334 en D318): Deze drie proefschriften worden niet genoemd in de studie van Schuit.

Dit is misschien niet zo vreemd want hoe had Schuit deze boeken moeten vinden? Er bestaat geen officieel trefwoordenregister waarin men kan zoeken naar dissertaties. In de spaarzame proefschriften waarin wel trefwoorden vermeld staan worden bijna alleen termen uit de titel van het boek vermeld. Opvallend is deze omissie echter zeker omdat de drie genoemde dissertaties geschreven zijn door latere hoogleraren huisartsgeneeskunde, hetgeen als bekend had mogen worden verondersteld.

Dat de oudste literatuurverwijzing in het proefschrift van Schuit uit 1975 stamt is opmerkelijk omdat het onderwerp artsen al eeuwenlang heeft beziggehouden. Er zijn wel redenen te noemen waarom proefschriften slecht 'geïnteriseerd' worden. In de reglementen van de instellingen worden niet altijd duidelijke voorschriften gegeven over de vorm waarin een proefschrift uitgegeven moet worden of over de wijze waarop het moet worden geciteerd. Omdat een promovendus in de meeste gevallen niet over veel geld beschikt is de vorm soms zeer eenvoudig. Bibliofielen kunnen hun hart hier niet ophalen. Gestencilde exemplaren met een ringbandje waren niet zeldzaam. De zuinigheid waarmee de promovendus soms zijn proefschrift moet uitgeven leidt er tevens toe dat er schijndissertaties van enkele pagina's worden gedrukt met alleen het voorwerk, de inhoud, de samenvattingen en het stellingenblad. Deze zijn dan bedoeld voor

niet-deskundige familieleden. Daar komt bij dat de oplage van proefschriften uiterst gering is en zelden de 200 exemplaren overschrijdt. In ieder geval moeten er exemplaren zijn voor de promotor, de promotiecommissie, de hoogleraren die het boek hebben besteld en voor de pedel. Deze laatste dienen dan voor het interbibliothecair ruilverkeer. Het gevraagde aantal loopt bij de verschillende universiteiten nogal uiteen, maar soms wordt daarvoor een financiële vergoeding gegeven. Ten slotte wil de promovendus uiteraard een aantal exemplaren in bezit hebben maar dat aantal zal meestal de honderd niet overschrijden. Een gangbaar misverstand is te denken dat weinig exemplaren weinig kosten en veel exemplaren veel meer. Het prijsverschil tussen 100 en 500 exemplaren is slechts gering en bedraagt hoogstens een paar honderd gulden. Het is van belang dat een promovendus dat weet want veel gepromoveerden hebben er later spijt van weinig proefschriften te hebben besteld.

De vraag of er een proefschrift over een bepaald onderwerp bestaat geschreven door een huisarts kan – wat Nederland betreft gedurende de periode 1900-1995 – worden beantwoord door de hier vermelde lijst door te nemen. Omdat het om niet meer dan een paar honderd titels gaat vergt deze zoekactie hoogstens enkele uren.

Soms biedt een uitgever de promovendus aan het boek uit te geven in ruil voor de auteursrechten. Vooral wanneer een uitgever het proefschrift in een reeks kan onderbrengen kan een uitgave zakelijk verantwoord zijn. Deze oplossing is voor de promovendus aan te raden omdat zijn boek dan gegarandeerd goed wordt uitgegeven en verspreid. Deze gang van zaken is in de bèta- en gamma-wetenschappen niet zeldzaam maar komt toch ook in de geneeskunde voor. Omstreeks 1960 gaf Van Gorcum in Assen bijvoorbeeld een reeks uit getiteld: *Elementen voor de kennis der volksgezondheid* waarin zes proefschriften van huisartsen zijn uitgekomen. Vooral wanneer daarbij vermeld kan worden dat de reeks verschijnt onder redactie van enkele bekende hooggeleerden is een uitgave kennelijk lucratief.

De boeken in de genoemde reeks waren voor moderne begrippen prachtig uitgegeven. De handelseditie is dan identiek met het proefschrift, op de titelpagina en het omslag na. Het stellingenblad wordt nooit in een handelseditie opgenomen en ook het curriculum vitae wordt meestal weggelaten.

De vierhonderd hier bestudeerde proefschriften hebben vrijwel alle hetzelfde octavo-formaat, wat tegenwoordig betekent 24 x 15,5 cm. Sommige promovendi prefereren een groter formaat wat voor verzamelaars en bibliotheken irritant kan zijn. In de reeks van 400 komt dat een enkele maal voor. Nog storender is het uitgeven van één dissertatie in twee delen: een tekstgedeelte en een deel met tabellen.

Het verzamelen van boeken (proefschriften) mag een kunst genoemd worden die verschillende technieken vereist.¹¹ Vrijwel alle 400 dissertaties zijn in ons

bezit. Veel exemplaren – vooral uitgekomen vóór 1960 – moesten bij antiquariaten of op veilingen gekocht worden. Het is dan opvallend dat proefschriften op het gebied van de geschiedenis der geneeskunde en van de psychiatrie het kostbaarst zijn. Zoals gezegd: een bibliofiel zal geen proefschriften verzamelen omdat deze boeken zo mooi zijn uitgegeven. In geen enkele dissertatie wordt een colofon aangetroffen. De auteur heeft alle aandacht geschonken aan de inhoud van zijn proefschrift en had weinig oog voor ‘uiterlijkheden’. Wat dat betreft was dat in de tweede helft van de vorige eeuw anders. De proefschriften waren toen vaak ‘goud op snee’ en soms versierd met een prachtige afbeelding van Minerva, met uil en schild, in gouddruk of in reliëf op het voorplaat afgebeeld.

Het meest opvallende proefschrift in onze reeks is dat van Sypkens Smit (D346), prachtig uitgegeven met mooie illustraties. Dat ook de inhoud bijzonder goed is blijkt uit het feit dat de auteur cum laude gepromoveerd is. Ook tegenwoordig zijn er gelukkig uitzonderingen. In 1998 promoveerde J.J. van Heijst in Groningen en zijn boek kreeg de vermelding te behoren tot de vijftig best verzorgde boeken van Nederland in 1998.¹²

De toegankelijkheid van de proefschriften van de huisartsen op het gebied van het taalgebruik is in zijn algemeenheid redelijk goed. Storend is soms het slechte Engels, het teveel gebruik van afkortingen en het ontbreken van een cumulatieve literatuurlijst wanneer dat wel geboden is.

Enkele boeken zouden met een betere opmaak aan waarde winnen. De lezer moet zich snel kunnen oriënteren: (na de stellingen) eerst het titelblad en de inhoud, vervolgens de samenvatting. Niet alle promovendi kunnen schrijven. De kunst van het goed formuleren wordt onderschat vandaar dat ik hier met instemming een stelling uit een van de proefschriften citeer (D376, stelling 3): ‘Bij wetenschappelijke publicaties is de betekenis van een taalkundig adviseur zeker zo belangrijk als die van een statisticus’.

Noten

- 1 Voorn, Proefschriften.
- 2 Lieburg, *Woord en boek*.
- 3 Bremer, *Algemeen geneeskundige tijdschriften*.
- 4 Kouwenhoven, p.201.
- 5 Brinkman's *Cumulatieve Catalogus van Boeken*.
- 6 Persoonlijke mededeling: Dr. A.A.H. Verhoeven.
- 7 Reynolds, *Guide to thesis and dissertations*.
- 8 Dissertation Services, V.S.
- 9 U.B.Groningen. Bibliografisch Centrum. Gebruikersinstructie. z.j.
- 10 Schuit, *Palliative care*.

11 Haan, *Verzamelen is ook een kunst*.

12 Heijst, *Academisch Proefschrift*.

Zie ook: *Universiteits Krant Groningen*, September 1999.

NABESCHOUWING

Bij het formuleren van de doelstelling van het onderzoek bleek het moeilijk te zijn een betrekkelijk eenvoudig begrip als ‘een proefschrift van een huisarts’ nauwkeurig te omschrijven, wat nodig was omdat deze omschrijving de grootte van de onderzoekspopulatie bepaalde. Het uitzoeken welke proefschriften door een huisarts geschreven zijn was veel werk omdat een bibliografie op dit punt ontbreekt. Dit laatste is niet in het belang van de huisartsgeneeskunde.

Reeds het vergelijken van twee proefschriften – een uit 1906 en een uit 1991 – leverde ideeën op voor het verdere onderzoek. Wie van de gedachte uitgaat dat het proefschrift uit 1991 op veel punten kwalitatief beter zou zijn dan dat uit 1906 komt bedrogen uit. Opvallend is dat de Franse, Duitse en Engelse literatuur in 1906 in de oorspronkelijke taal geciteerd wordt.

In het proefschrift uit 1991 ontbrak een historische inleiding, een omissie die in dit geval nauwelijks toelaatbaar geacht moet worden. Ook stond in het boek geen cumulatieve literatuurlijst waardoor het veel tijd neemt om naar een bepaalde publicatie te zoeken.

Het feit dat de promotor en de copromotor aan het proefschrift uit 1991 hebben mee geschreven lijkt mij geen goede ontwikkeling.

Ondanks de zeer uitgebreide moderne zoekmogelijkheden zijn proefschriften over een bepaald onderwerp soms moeilijk te vinden omdat er geen goede bibliografieën van deze boeken bestaan.

HORA

HOOFDSTUK II

*Veranderingen
in de tijd*

HET WETENSCHPELIJK ONDERZOEK VAN HUISARTSEN
IN NEDERLAND GEDURENDE DE PERIODE 1900-1957

LITERATUUR OVER PROMOVEREN IN HET BIJZONDER
LITERATUUR OVER PROMOVEREN DOOR HUISARTSEN

DE WETTELIJKE VOORSCHRIFTEN BETREFFENDE
HET PROMOVEREN

NABESCHOUWING

II,1 — HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK VAN
HUISARTSEN IN NEDERLAND GEDURENDE DE PERIODE
1900-1957

De huisarts Rietema uit Uithuizermeeden schreef in 1904 een groot artikel – 24 pagina's – in het *Nederlandsch Tijdschrift schrift voor Geneeskunde*: 'Tuberculose en erfelijkheid'.¹

Deze bijdrage inspireerde Doyer, huisarts te Warffum, tot het verrichten van een (promotie)-onderzoek in 1920. (D95)

Het onderzoek van Rietema 'loopt over alle sterfgevallen aan tering en andere tuberculeuze processen, die sedert 1 Januari 1890 tot 1 Jan. 1904 zijn voorgekomen in de gemeente Uithuizermeeden, in het uiterste N.O. van ons land gelegen op alluvialen kleibodem'. Het betrof 82 sterfgevallen. Uithuizermeeden ligt slechts enkele kilometers van Warffum verwijderd. Rietema schrijft aan het slot van zijn artikel: 'Omdat men, uit den aard der zaak, een onderzoek als dit het best kan verrichten in kleine plaatsen, waar iedereen iedereen kent; omdat, vooral in deze zaken, de praktiserende geneesheer tot oordeelen bevoegd is en zich tot dusver, in ons land, nog weinig heeft laten hooren, heb ik mij de moeite van dit onderzoek getroost, en zal ik niet nalaten het voort te zetten.'

Rietema komt aan het eind van zijn bijdrage tot de volgende conclusie: 'Een gezond mensch uit een gezond geslacht krijgt geen tuberculose'. Deze uitspraak heeft tot veel discussie aanleiding gegeven en niet alleen Doyer heeft gereageerd. Dat de tuberculose door een bacterie werd veroorzaakt wist men sinds 1882 na de onderzoekingen van Koch, maar waarom de ene mens ziek werd na een besmetting en de andere niet bleef een raadsel.

Het proefschrift van Doyer is het vervolg op een antwoord op een prijsvraag, uitgeschreven door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Genees-

kunst in de jaren 1915 en 1916 die luidde: 'Men verlangt statistische en andere gegevens, ten deele op eigen ervaring en onderzoek bijeengegaard, omtrent het familiair en hereditair voorkomen van één of meer der volgende ziekten: stofwisselingsziekten (niersteen- en galsteenziekten mede inbegrepen), nierziekten, hart- en vaatziekten, tuberculose of carcinoom'. Nadat de auteur het handschrift in 1916 had ingezonden is hij doorgegaan met het verzamelen van gegevens en was daardoor in staat in 1920 een proefschrift te schrijven.

Ik schrijf dit alles hier op omdat de publicatie van Rietema ook aanleiding heeft gegeven tot een bijdrage van Burger in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in 1904 waarin hij zegt '... in de praktijk der huisartsen ligt, voor de aetiologie van vele ziekten, kostelijk materiaal voor de statistiek verborgen'.²

Doyer vraagt zich af: '... hoe 't komt, dat betrekkelijk maar zoo zelden huisartsen dat kostelijke materiaal van wetenschappelijke questiën inderdaad gaan bewerken'.³

Maar Burger verklaart dat aldus: 'Slechts vergete men niet, dat het opdelven van deze schatten meer vereischt dan een oogenblikkelijke geestdrift, doch dat geduld, volharding en bovenal objectiviteit onmisbare voorwaarden zijn, en dat tenslotte toch weer de samenwerking van velen noodig is om tot betrouwbare resultaten te komen'.

Doyer, die Burger citeert, vervolgt dan met: 'Het is zeker verleidelijk voor den arts met wetenschappelijke neigingen om daaraan offerende zich eenigermate te blijven gevoelen "man van de wetenschap" en daardoor vrij te blijven van "de slavernij der praktijk" ... , doch aan den anderen kant mag de vraag gesteld worden of wij, praktiseerende artsen in die slavernij der praktijk niet ons hoogste ideaal hebben te zien bij het dienen der lijdende menschheid'.

Het is opvallend dat hier een vraag aan de orde komt die daarna in huisartsenkringen bijna nooit ter discussie gesteld is, de vraag: moet de huisarts nu wel zo nodig wetenschappelijk onderzoek verrichten en is het niet beter dat hij al zijn beschikbare tijd aan zijn patiënten besteedt? Doyer en Burger zijn overigens, voor zover ik kon nagaan, de eersten die dit probleem aan de orde stellen.

Dat huisartsen zelden wetenschappelijk onderzoek deden was duidelijk. Zo schreven in de periode 1857-1900 slechts 23 huisartsen in totaal 29 wetenschappelijke artikelen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*.⁴ Het doen van wetenschappelijk onderzoek door de praktiseerende arts werd tijdens de opleiding ook niet gestimuleerd en de rol van deze arts op wetenschappelijk gebied werd door docenten niet duidelijk geformuleerd.

Zo eindigde Wenckebach zijn oratie 'Experiment en kliniek' bij de aanvaarding van het hoogleraarschap in de geneeskunde aan de universiteit te Groningen op 9 februari 1901 met de volgende woorden gericht aan zijn aanstaande leerlingen:

Uit ervaring ben ik bekend met de moeilijkheden der geneeskundige praktijk, Uw voorland, zooals die wordt uitgeoefend ver van een wetenschappelijk middelpunt, te midden eener landelijke bevolking, waar de arts alle onderdeelen van de geneeskunst moet uitoefenen, klaar moet staan om zonder deskundige hulp te doen, wat zijn hand vindt om te doen, veel geleerden ballast over boord werpend, steeds den kern der zaak in het oog houdend, als meer beschaafd en ontwikkeld mens de humaniteit betrachtend, een helper in alle nooden; en ook ken ik de praktijk in de stad, met hare mindere vermoeienissen en minder zware verantwoordelijkheid, maar ook minder innerlijke voldoening; waar een aan weelde gewend publiek voor iedere kleine ongesteldheid de uiterste zorgen en de verfijnde behandelingsmethoden der hedendaagsche geneeskunst en verpleegkunst verlangt. Bekend met die eischen zal ik U, als ge om practischen raad vraagt, het antwoord niet schuldig blijven. En waar het op wetenschappelijk gebied mij nog mangelt aan de noodige positieve kennis, welnu, daar zullen wij samen leeren wat wij nog niet kennen.⁵

Wenckebach mag een groot onderzoeker geweest zijn, voor zover ik kon nagaan heeft hij gedurende zijn tien jaar durend hoogleraarschap in Groningen slechts één huisarts als promovendus gehad en diens dissertatie ging over patiënten die in de kliniek waren opgenomen. (D123)

In die tijd – het begin van de twintigste eeuw – toen iedereen zeer onder de indruk was van de wetenschappelijke vooruitgang op veel gebieden, werd ook voorgesteld – het was in 1905 – om twee verschillende theoretische opleidingen voor artsen te maken: een beperkte kortdurende voor praktiserende artsen en een langere voor toekomstige wetenschappers en specialisten om zo de gewone artsen van overbodige ballast te ontdoen. Ik citeer nu Goudsmit, die ook vermeldt dat de Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst een dergelijk voorstel niet accepteerde want er moest eenheid van stand blijven; kwaliteitsverschil tussen artsen bestond door de wetten van Thorbecke niet meer.⁶ Wanneer docenten van mening zijn dat de geneeskundige opleiding vooral een wetenschappelijke opleiding behoort te zijn moet (de methode van) het wetenschappelijk onderzoek in het onderwijs worden opgenomen. Wanneer zij vinden dat het primair gaat om het beroep van arts te kunnen uitoefenen is dat niet zo nodig.

Straub pleit in 1910 voor de wetenschappelijke vorming van de geneeskundige, maar beseft dat hij een mening verkondigt die door de overheid nauwelijks serieus wordt genomen.

Nog steeds konden in die tijd slechts studenten tot doctor in de geneeskunde promoveren die Grieks en Latijn hadden geleerd. Hij schrijft: 'De wetgever beschouwt de medische faculteit als een soort zoetigheidsautomaat. Werpt men er een gymnasiast in, dan komt er een geleerde uit den doctorstitel waardig. Werpt men er een H.B.-scholier in, dan krijgt men een arts met praktische bekwaamheden, ...?'⁷

Voor de overheid was het geen probleem hoe de medische opleiding georiënteerd moest zijn: de humaniora waren van meer belang dan de natuurwetenschappen; een klassieke vorming was voor de opleiding tot geneesheer een absolute voorwaarde. Pas na jaren discussie en nadat vijf Nederlanders de Nobelprijs voor natuurkunde en chemie hadden gekregen, van wie er vier de HBS hadden gevolgd, raakte de overheid ervan overtuigd dat de exacte vakken van belang waren en konden ook HBS'ers, dank zij de wet Limburg in 1917, promoveren. In deze discussie speelde de Groningse hoogleraar in de fysiologie H.J. Hamburger een grote rol. De Nobelprijswinnars waren J.H. van 't Hoff, 1901 (scheikunde), H.A. Lorentz, 1902 (natuurkunde), P. Zeeman, 1902 (natuurkunde), J.D. van der Waals, 1910 (natuurkunde) en H. Kamerlingh Onnes, 1913 (natuurkunde).^{8,9,10}

Straub schrijft: 'Hoe kan iemand in zichzelf de gaaf voor experimenteel onderzoek ontdekken, als hij nooit in zijn studie-tijd aan zulk werk de hand heeft gehad?'. Slechts 'sommige alleruitstekendsten', en hij noemt dan Donders, hebben dat niet nodig. Pas veel later heeft Straub zijn zin gekregen en ook toen kon men nauwelijks spreken van een wetenschappelijke opleiding waarbij de student zelf tijdens zijn studie een onderzoek moest doen. Hoogstens was er sprake van het schrijven van een scriptie of het kiezen van een 'keuzeonderwerp' voor een examen, maar lang niet overal was dat nodig, dat varieerde per faculteit. De individuele student die dat wilde kwam echter wel aan zijn trekken: om mee te werken aan onderzoek werd hij een tijdje assistent van een hoogleraar.

Dat alles wil uiteraard niet zeggen dat de student niet impliciet de wetenschap kreeg voorgeschoteld. De opleiding bestond al vanouds uit pre-kliniek en kliniek en de pre-kliniek was 'wetenschap' die een arts nodig had. Maar dat een student een wetenschappelijke bijdrage leverde aan die vakken kwam tijdens de studie zelden voor. Echt wetenschappelijk – in de zin van kritisch en met twijfel over de juistheid van een standpunt – was de medische studie niet. Ook het feit dat de geschiedenis der geneeskunde binnen het medisch curriculum in Nederland als vak vrijwel altijd heeft ontbroken, heeft er mede toe bijgedragen dat jonge artsen vaak weinig wetenschappelijk ingesteld hun leerstof slikten. Medisch wetenschappelijke dwalingen, die bij de studie van deze geschiedenis onmiskenbaar aan het licht komen, werden daardoor tijdens de medische opleiding ook zelden besproken.

Eenmaal afgestudeerd lag het voor de hand dat de toekomstige specialist zich meer dan de huisarts tot het wetenschappelijk onderzoek voelde aangetrokken. Hij volgde zijn opleiding dikwijls in hetzelfde instituut waar dat onderzoek plaatsvond en kwam daarbij in contact met veel anderen, onder andere met hoogleraren, die hem stimuleerden om die richting te kiezen. Bovendien was een promotieonderzoek in een specialistisch onderwerp in het begin van de medische specialisatie een krachtig wapen in de concurrentiestrijd. De pas afgestudeerde arts – die automa-

tisch huisarts was – stapte na een lange studie meestal snel in een praktijk en daarna was het doen van wetenschappelijk onderzoek bijna niet meer mogelijk.

Hoe gering de betekenis van wetenschappelijk onderzoek voor de praktisch werkende huisarts was, blijkt wel uit de memoires van zeven huisartsen. Terwijl vijf van deze huisartsen zelf gepromoveerd waren, bespreekt slechts één van hen – Scheltema – de problematiek van het doen van wetenschappelijk onderzoek. (Zie Bijlage II: Memoires van huisartsen) Behalve dat promoveren nauwelijks de positie van een huisarts verbeterde, werkten ook de universiteiten volgens Scheltema niet mee. Hij schrijft in 1917: ‘De inrichting van ons hooger onderwijs, waardoor het slechts aan de Hoogleraren is gegeven, een onbezorgde blijvende positie aan de centra der wetenschap in te nemen, en waar overigens voor den wetenschappelijke arts weinig of geen gelegenheid is zich een doorlopend houdbare werkring te verschaffen, maakt het voor den, naar wetenschap dorstende, onmogelijk zijn roeping te volgen’.¹¹ Daarbij kwam nog dat de kosten van een promotieonderzoek vrijwel geheel voor rekening van de dokter zelf kwamen, wat betekende dat vooral de rijken zich iets dergelijks konden permitteren. Tot ongeveer 1965 waren de kosten ook niet fiscaal aftrekbaar. Dat er desondanks hier en daar door huisartsen gepromoveerd werd is eigenlijk nog een wonder.

Het was de Engelse huisarts James Mackenzie – zelf een gerenommeerd onderzoeker op cardiologisch gebied – die in verschillende publicaties erop wees dat de vooruitgang van de geneeskunde vooral te verwachten is van het onderzoek dat huisartsen in hun eigen praktijk kunnen verrichten.^{12,13} De huisarts wordt geconfronteerd met het begin van alle ziekten en juist dan valt er therapeutisch veel te bereiken. Hij vestigt er de aandacht op hoe absurd het is dat huisartsen vaak opgeleid worden door mensen die zelf nooit huisarts zijn geweest. De argumenten van Mackenzie waren zo overtuigend dat verschillende auteurs in Nederland onder de indruk kwamen en hem – ook veel later nog – citeerden. Hoe het ook zij, in 1932 schrijft Korteweg op verzoek van de redactie in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* een artikel ‘Plattelandsarts en wetenschap’.¹⁴

Korteweg – eigenlijk een Nederlandse Mackenzie – was toen bijna tachtig jaar en had internationaal naam gemaakt met zijn onderzoek in de huisartspraktijk op het gebied van de malaria.¹⁵ Hij schrijft:

In drieërlei opzicht is de arts ten plattelande boven zijn collega in de stad en vooral boven den ziekenhuisarts in het opdoen van ervaring bevoorrecht : hij houdt zijn patiënten lang in het oog, velen van hun geboorte tot ... ja, tot hun dood of zijn eigen dood of verdwijnen; hij kent hun afstamming en hun afstammelingen; hij ziet de epidemieën op zijn dorp, ik zou haast willen zeggen ‘in reïncultuur’ Twee hulpmiddelen zou ik in het bijzonder den arts ten plattelande daarbij aan de hand willen doen: dwing uzelf den ziekten een naam te geven en maak er korte aantekeningen van

Dat aantekeningen maken was klaarblijkelijk een bezigheid die weinig voorkwam want wij beschikken nauwelijks over morbiditeitsonderzoek in de huisartspraktijk in Nederland vóór de tweede wereldoorlog. Wel werd hier en daar, blijkens publicaties in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, de aandacht gericht op één of meer bepaalde ziekte(n) maar van een morbiditeitsregistratie vóór WO II is zelden sprake.¹⁶ Nu kan het ontbreken van aantekeningen veroorzaakt worden door een gebrek aan diagnostische kennis, want op het gebied van de verloskunde en de infectieziekten hebben de huisartsen wel aantekeningen gemaakt, maar dat lijkt onwaarschijnlijk.

Ook uit de memoires van huisartsen blijkt niet dat zij tijdens hun werk veel opschreven waaruit zij konden citeren, zodat wij wel tot de conclusie moeten komen dat er in het begin van deze eeuw minder werd geregistreerd en genoteerd dan tegenwoordig. Bijna alles in deze gedenkschriften is 'beschouwing' en het ontbreekt vooral aan preciese aanduidingen die juist historisch interessant zijn. Als Scheltema beschrijft dat de koets als vervoermiddel vervangen werd door de fiets, moeten wij als lezers maar raden wanneer dat zo ongeveer heeft plaatsgevonden want een jaartal vermeldt hij niet.

Dat het registreren klaarblijkelijk geen probleem vormde was duidelijk want er werd nooit – voor zover ik kon nagaan – over geschreven door de huisartsen zelf.¹⁷ Slechts Schuurman Stekhoven beschrijft een nuttig kaartstelsel voor het systematisch noteren van belangrijke literatuur.¹⁸ In 1951 bleek bij een onderzoek van Querido dat 35% van de door hem onderzochte huisartsen een kaartstelsel had en in 1960 vond Van der Wielen dat dit bij iets meer dan de helft van de door hem bestudeerde praktijken het geval was.^{19,20} Veel huisartsen gebruikten in die tijd het Quick (registratie) Stelsel van de firma Donders uit Haarlem, een losbladig notitieboek dat meeging tijdens de visites.

Over wetenschappelijk onderzoek door huisartsen is tot de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1956 weinig geschreven. Ik noem een drietal publicaties.

Wiersma – hoogleraar psychiatrie en neurologie in Groningen – publiceert in 1933 een artikel: 'De huisarts en de opbouw der medische wetenschap', en ook hij begint met het citeren van Mackenzie en ook hij wijst erop dat de huisarts de aangewezen persoon is die de beginsymptomen van ziekten moet beschrijven. Tevens geeft Wiersma aanwijzingen op dit terrein en vestigt er de aandacht op dat het vooral de 'subjectieve symptomen' zijn die slecht zijn onderzocht.²¹ In zijn latere publicatie *Ter overdenking voor huisarts en student*, gaat hij nog verder en geeft daarbij instructies hoe de arts deze beginsymptomen kan onderzoeken.²²

In 1949 promoveerde de huisarts Buma op een proefschrift waarmee hij een prijsvraag won uitgeschreven door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij

tot bevordering der Geneeskunst bij haar 100-jarig bestaan. (D56) Ook deze auteur was geïnspireerd door Mackenzie en fundeerde zijn uitspraken op een morbiditeitsonderzoek verricht in de eigen praktijk. Zijn promotor – G.C. Heringa – schreef in het voorwoord bij de handelseditie:

Zijn werk, uit de praktijk van de huisarts zelf geboren, is een diepgaande studie geworden over het beroep en de opleiding van de geneesheer, een studie van een zodanige breedte en algemeenheid dat daarop de ondertitel 'schets ener encyclopaedie der geneeskunst' ten volle past. Het is tevens een studie over de patiënt en toont als zodanig de mogelijkheid van een meer menskundige ('anthropologische') geneeskunst. (D56)

Ten slotte wil ik hier wijzen op een publicatie van Hornstra, hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht, over 'Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts', de tekst van een pre-advies aan de universiteit en lezing gehouden in Utrecht ter gelegenheid van het 320-jarig bestaan van deze universiteit. Ook Hornstra begint met het citeren van Mackenzie: 'The progress of medicine will be hampered and delayed till the general practitioner becomes an investigator', en hij wijst erop, conform deze uitspraak van Mackenzie, hoe belangrijk het is dat de huisarts wetenschappelijk onderzoek verricht.²³

De eerste huisarts die de problematiek samenvat is Huygen die op verzoek op het ledencongres van de KNMG in oktober 1956 een voordracht houdt over: 'De huisarts en de wetenschap'. Huygen, de latere voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap, wijst er daarbij op dat het probleem primair bij de huisarts zelf ligt en dat het wetenschappelijk peil van het werk van de gemiddelde huisarts te wensen overlaat.²⁴

In 1960 werd het reeds geciteerde onderzoek van Van der Wielen gepubliceerd *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg*, waarin de huisarts er niet zo best afkomt. Hoewel de voorzitter van het NHG scherpe kritiek op dit onderzoek had, was het wel duidelijk dat het werken van de huisarts verbetering behoeft.^{20,25} Een speciaal tijdschrift voor de huisarts bestond niet en de gemiddelde dokter moest een keuze maken uit tijdschriften die vooral nascholing gaven.²⁶ Hoever de thuis ploeterende huisdokter afstond van de wetenschap bleek uit de voordracht die professor Hulst in 1954 hield op het ledencongres van de KNMG over het lezen van medische literatuur: 'Ik wil wel zeggen, dat ik numeriek denk aan 3 à 4 wekelijks verschijnende tijdschriften en daarnaast 5 à 10 maandelijks, resp. 3-maandelijks periodieken'.²⁷ Van der Wielen kwam tot de conclusie dat de gemiddelde huisarts geabonneerd was op één of twee Nederlandse tijdschriften.²⁰ De huisarts heeft, volgens Huygen, een eigen wetenschappelijk specifieke taak.²⁴ Meer huisartsen waren trouwens tot dezelfde conclusie gekomen want eind 1956 wordt het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht dat als

doel heeft (Artikel 2 van de Statuten) ‘de bevordering van een wetenschappelijk gefundeerde uitoefening der geneeskunde door huisartsen’.²⁸

De ontwikkeling gaat daarna snel, want een van de eerste taken van het nieuwe genootschap is het ontwerpen van een systeem voor de patiëntenregistratie, de ‘groene kaart’, die meer dan dertig jaar door vrijwel alle huisartsen gebruikt zal worden. Daarnaast organiseerde het Genootschap gedurende enkele jaren een speciaal ‘jaaronderzoek’ waar vele huisartsen aan meewerkten, een duidelijk bewijs dat huisartsen wel degelijk een goed wetenschappelijk onderzoek konden uitvoeren. De resultaten van deze jaaronderzoeken werden voor een deel in dissertaties gepubliceerd: D305 en D159. Het heeft geen zin op deze plaats de ontwikkelingen nogmaals te beschrijven, want over wetenschappelijk onderzoek van en door huisartsen is nadien veel gepubliceerd.²⁹

Waarom de huisarts tevoren vrijwel nooit tot wetenschappelijk onderzoek gekomen was, werd op allerlei gronden verklaard.³⁰

- 1 Een arts is nooit als wetenschappelijk onderzoeker opgeleid en ook tijdens zijn studie wordt hij zelden tot het zelfstandig doen van onderzoek gestimuleerd.
- 2 De huisarts werkt bijna altijd als solist, betrekkelijk geïsoleerd en heeft weinig gesprekspartners waarmee hij zijn (wetenschappelijke) problemen kan bespreken; Van de 106 artikelen – waarin een verslag wordt uitgebracht van een wetenschappelijk onderzoek – geschreven door huisartsen in *het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* tussen 1857 en 1957 – waren er 103 door één auteur geschreven.³¹
- 3 De huisarts heeft meestal niet zoveel tijd – en dus geld – om naast zijn gewone werk nog iets extra’s te doen. Er is een tijd geweest, vooral vóór de tweede wereldoorlog, dat pas gevestigde huisartsen in een stad – vooral in een universiteitsstad – in het begin hun tijd vulden met het doen van onderzoek in een plaatselijk ziekenhuis of laboratorium, maar later komt dat weinig meer voor.
- 4 De huisarts beschikt meestal over te weinig ‘materiaal’ om gefundeerde wetenschappelijke conclusies te trekken. De onderzoeksresultaten van huisartsen zijn niet zo vaak te generaliseren en moeilijk reproduceerbaar.
- 5 De huisarts mist door zijn werken de nodige distantie om wetenschappelijke uitspraken te kunnen doen; hij is te veel bij zijn patiënten betrokken om ‘objectief’ te kunnen zijn.
- 6 Doordat iedereen weet waar de studie heeft plaatsgevonden kan publicatie over bepaalde gevallen aanleiding geven tot herkenbaarheid waardoor de arts zijn beroepsgeheim kan schenden. Huygen schreef zijn ‘levenswerk’ *Family medicine, the medical life history of families* in het Engels.³²
- 7 Het doen van wetenschappelijk onderzoek houdt in ‘zich beperken’. Een promotie-onderzoek vergt minstens enkele jaren studie, een lange tijd waarin

men zich met slechts één beperkt onderwerp bezighoudt. Meer het werk voor een specialist dan voor een huisarts.

8 En tenslotte – misschien de belangrijkste factor waar Wiersma als eerste op heeft gewezen – de pas afgestudeerde arts kiest het vak huisarts omdat hij zich primair tot de algemene praktijk met de vele onbegrepen klachten voelt aangetrokken, terwijl de meer wetenschappelijk ingestelde arts terugverlangt naar ‘het laboratorium, kliniek en sectiekamer’ om als specialist te kunnen werken aan de medische wetenschap.²¹

Dat er in een reeks artikelen over ‘Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap van 1900-1950’ 22 huisartsen worden genoemd – waaronder 15 met hun dissertatie – is daarom des te opvallender.³³

Wij kunnen stellen dat aan de oproep van Mackenzie in het begin van de eeuw door een enkele huisarts – dus incidenteel – gehoor is gegeven en dat de kwaliteit van dat onderzoek klaarblijkelijk niet zo slecht was.³⁴

Het heeft nog geruime tijd geduurd voor de ‘huisartsgeneeskunde’ een duidelijke wetenschappelijke status verworven had. Pas in 1974 was er aan iedere universiteit een leerstoel in de huisartsgeneeskunde gevestigd en in 1975 kreeg de eerste arts die de beroepsopleiding gevolgd had zijn erkenning als huisarts. Meer dan honderd jaar nadat de eerste arts was afgestudeerd.

Interessant is dat de vraag – die in het begin van deze eeuw speelde – ‘Moet in het medisch curriculum de wetenschappelijke vorming centraal staan of gaat het vooral om een beroepsopleiding?’ niet duidelijk is beantwoord.

Uit publicaties blijkt dat medische studenten hier en daar wel degelijk met het doen van wetenschappelijk onderzoek geconfronteerd worden maar dat schijnt niet overal het geval te zijn.³⁵ De onderwijsvisitatiecommissie constateerde in 1997 dat de wetenschappelijke vorming bij vrijwel alle faculteiten in meer of mindere mate tekortschiet, terwijl dat aspect wel als zeer belangrijk wordt geacht.³⁶

De term ‘beroepsopleiding’ voor huisartsen wordt ook niet meer gebruikt. Het is ‘huisartsopleiding’ geworden en tijdens deze, nu driejarige opleiding, moeten de aanstaande huisartsen ook een wetenschappelijk onderzoek verrichten. Recent is er voor hen die dat wensen een opleiding tot huisarts en onderzoeker ingesteld waardoor de verplichte driejarige opleiding tot zes jaar wordt verlengd.³⁷ Een scheiding dus tussen praktiserende huisartsen en huisartsen-onderzoekers.

Ditmaal heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst niet geprotesteerd zoals in 1905.

Noten

- 1 Rietema, Tuberculose en erfelijkheid.
- 2 Burger, Volksgeloof en besmettelijkheid.
- 3 D95, p.2.
- 4 Dalen van, Bremer, Publicaties van huisartsen.
- 5 Wenckebach, *Experiment en Kliniek*.
- 6 Goudsmit, *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts*.
- 7 Straub, *De wetenschappelijke vorming der geneeskundigen*.
- 8 Beukers, Het fenomeen Hamburger.
- 9 Hamburger, *Herziening van ons voorbereidend hooger onderwijs*.
- 10 Berkel van, *Citaten uit het boek der natuur*.
- 11 Scheltema, p.57. Zie Bijlage: Memoires van huisartsen.
- 12 Mackenzie, *Symptoms and their interpretation*.
- 13 Idem, *The future of medicine*.
- 14 Korteweg, Plattelandsarts en wetenschap.
- 15 Idem, *Epidemiologische en klinische ervaringen*.
- 16 Hendriks, *De frequentie van geslachtsziekten*. Een morbiditeitsregistratie verricht in 1938 staat in D306.
- 17 Toen ikzelf in 1953 de praktijk in Nieuwkoop van mijn voorganger overnam was er één map met specialistenbrieven – vaak met de hand geschreven – als archief aanwezig.
Terwijl mijn voorganger in deze grote praktijk 25 jaar gewerkt had. Jarenlang moest ik – met een stempeltje op mijn verwijsbrieven – de specialist erop wijzen dat hij van iedere patiënt in zijn brief adres en geboortedatum moest vermelden, want dat gebeurde zelden.
- 18 Schuurmans Stekhoven, Literatuur Recherche.
- 19 Querido, *The efficiency of medical care*.
- 20 Wielen van der, *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel*.
- 21 Wiersma, De huisarts en de opbouw der medische wetenschap.
- 22 Idem, *Tèr overdenking voor huisarts en student*.
- 23 Hornstra, Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts.
- 24 Huygen, De huisarts en de wetenschap.
- 25 Hogerzeil, Kritische beschouwing.
- 26 Bremer, Algemeen geneeskundige tijdschriften.
- 27 Hulst, Het lezen van medische literatuur.
- 28 Nederlands Huisartsen Genootschap. *Statuten en Huishoudelijk Reglement*. Utrecht 1979.
- 29 Huisarts en Wetenschap. *Cumulatief register. Onder het lemma: Wetenschappelijk onderzoek, methodologie en publicaties*. Utrecht. Zie ook: Meijman, *Een getalsmatige bibliografische analyse*.
- 30 Bremer, De huisarts en het medisch wetenschappelijk onderzoek.
- 31 Vesseur en Bremer/Dalen van en Bremer, Publicaties van huisartsen.
- 32 Huygen, *Family medicine*.
- 33 Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap.
- 34 Nederlandse huisartsen publiceerden over hun wetenschappelijk onderzoek vrijwel alleen in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Slechts enkele huisartsen schreven in die tijd in het *Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde*. Zie: Bremer, Algemeen geneeskundige tijdschriften en Bremer en Van Seijen, Duizend bevallingen.
- 35 Dekker, Wetenschappelijke vorming.
- 36 Stoelinga, Waarom moeten artsen eigenlijk wetenschappelijk gevormd worden?
- 37 Kooij, Opleiding tot huisarts.

II.2 — LITERATUUR OVER PROMOVEREN IN HET BIJZONDER LITERATUUR OVER HET PROMOVEREN DOOR HUISARTSEN

Literatuur over promoveren

De eerste voor ons belangrijke publicatie is van In 't Veld-Langeveld die in 1953 een onderzoek verrichtte in opdracht van het Prins Bernhard Fonds naar de financiële aspecten van de academische promotie.¹ Het aantal promoties aan de Nederlandse universiteiten was na de oorlog duidelijk verminderd, maar uit dit onderzoek bleek dat deze daling al vóór de oorlog was begonnen.

De auteur enquêteerde de gepromoveerden uit de jaren 1947, 1948 en 1949. Van de afgestudeerden promoveerde 27%: het meest in de faculteit der letteren en wijsbegeerte (45%) en de wis- en natuurkunde (43%) terwijl het percentage in de medische faculteit 23 bedroeg. Meer dan de helft van de gepromoveerden had voor de promotie al gepubliceerd (53%), bij de geneeskundigen bedroeg dit 48%. De schrijfster noemt als meest waarschijnlijke oorzaak van de daling de wijzigende samenstelling van de academische bevolking. Van de financiële kosten van een promotie onderzocht zij alleen de moeilijkheden verbonden aan de uitgave van het proefschrift. Deze blijken niet gering te zijn en veel promovendi betalen deze kosten uit spaargeld en door middel van leningen: 'Praktiserende medici brengen de gehele som uit hun spaargeld op'. Subsidies hebben geen groot aandeel in de bestrijding van de drukkosten. Als extra probleem wordt gesteld dat de kosten van een dissertatie niet als verwervingskosten van het inkomen mogen worden afgetrokken. Proefschriften zijn in het algemeen ook vrijwel onverkoopbaar en daardoor worden deze geschriften vaak ook zo goedkoop mogelijk uitgegeven. Voor vrienden en familieleden, die niet deskundig waren in het vak, werd een schijndissertatie samengesteld met het voorwerk van het proefschrift, de samenvatting en het stellingenblad – zo ongeveer tien pagina's – wat weer wat geld uit-spaarde. Verbetering van de economische positie zit er bij gepromoveerden ook niet in. Van de artsen geeft meer dan 80% op geen economisch voordeel van het promoveren gehad te hebben.

In 1983 publiceerde Buis *Het schrijven van een proefschrift*, een verslag van een onderzoek gebaseerd op een enquête onder 215 gepromoveerden.² Het onderzoek vond plaats in opdracht van de Academische Raad en de voorzitter van deze raad schrijft in een Ten Geleide dat het 'opvallend (is) hoe weinig systematisch onderzoek over deze de universiteiten kenmerkende activiteit werd verricht'. Deze opmerking treft men in alle publicaties aan die ik over dit onderwerp bestudeerde.

Het onderzoek betrof 215 gepromoveerden in de periode 1966-1980 afgestudeerd in vier faculteiten, waaronder geneeskunde met 51 gepromoveerden. De respondenten werden onder andere ondervraagd naar het leereffect van het promoveren en naar het profijt ervan.

Het bleek dat nu bij meer gepromoveerden de dissertatie maatschappelijke profijt had afgeworpen dan bij het eerst genoemde onderzoek, maar dat dat bij de medici nog steeds het geringst was (37%). Artsen promoveerden op een gemiddelde leeftijd van 37 jaar en besteedden 5,3 jaar (bruto) aan hun promotieonderzoek. Er bestonden op deze punten overigens grote verschillen tussen de faculteiten. De begeleiding door de promotor vormde het meest genoemde knelpunt, financiële problemen speelden minder vaak een rol. In de conclusies schrijft de auteur: 'Eén van de meest opvallende uitkomsten van het onderzoek is het sterke verband dat blijkt op te treden tussen de satisfactie die men – retrospectief – rapporteert en het maatschappelijke profijt dat men van de promotie heeft getrokken...'

Wat betreft de te verwachten animo om te promoveren tonen de medici zich desondanks optimistisch. De auteur adviseert (op macro niveau) onder punt één: 'Het verdient aanbeveling aandacht te besteden aan de 'intellectuele interactie' tussen de universitaire en de buiten-universitaire samenleving'.

In 1991 schreef Zandvoort, namens het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, een rapport *Promoveren in Nederland; Kwantitatieve ontwikkelingen*, dat voor ons slechts een beperkte betekenis heeft, omdat de auteur alle faculteiten bespreekt en wij vooral geïnteresseerd zijn in huisartsen die tijdens hun beroepsuitoefening promoveren.³ Het onderzoek beslaat de periode 1950-1990 en het blijkt dat het percentage afgestudeerden dat in de periode 1930-1940 promoveerde minstens even hoog was als het naoorlogse maximum. De onderzoeker heeft het percentage gepromoveerden bepaald door het aantal promoties te relateren aan het aantal afgestudeerden tien jaar tevoren. Ook bij de sector 'Gezondheid', zoals hij dat noemt, waarmee wel artsen zullen zijn bedoeld. Het percentage varieerde tussen 1955 en 1985 – per vijf jaar – zonder een duidelijk stijgende lijn, tussen de 16 en 23. Het aantal bij 'de sector Gezondheid' ligt 'in de middenmoot'.

De auteur bespreekt vooral de resultaten van het AIO-stelsel – Assistent in Opleiding, een personeelscategorie bij de universiteit – dat voor onze studie nauwelijks van belang is.

Ook de vierde publicatie die wij hier noemen is, blijkens de titel, voor ons slechts van geringe betekenis: *De rituele dans rond de doctorstitel*, met als ondertitel *De discussie over het promoveren in de geesteswetenschappen in Nederland, circa 1900-1990*.⁴ De auteur merkt op dat het schrijven van een dissertatie lange tijd beschouwd werd als een afronding van de studie, maar dat in de jaren dertig en veertig de doctorstitel aan status verliest. In de weinige publicaties over het

onderwerp, zegt hij, wordt zelden de kardinale vraag aan de orde gesteld 'waarom promoveren van belang is en voor wie'.

Promoveren, promovendi en de academische selectie is een proefschrift uit 1996 waarin Sonneveld, socioloog en directeur van een onderzoeksschool aan de universiteit van Amsterdam, zijn ervaringen beschrijft met het promotieonderzoek in zijn faculteit. De ondertitel van het proefschrift luidt *De collectivisering van het Nederlandse promotiestelsel, 1984-1995*. Hoewel ook dit onderzoek weinig te maken heeft met ons onderwerp – het bespreekt vooral de problematiek van de AIO's, de Assistent In Opleiding – zijn de uitspraken van de auteur toch enigszins van toepassing op de situatie aan de medische faculteiten.⁵ 'De romantiek van het promoveren is voorbij'⁶ en in de keuze van het promotie-onderwerp gaat het vooral om de uitvoering van projecten. Sonneveld wijdt veel aandacht aan de verhouding promotor-promovendus, een onderwerp waar weinig over geschreven is. Daarbij komt ook het mislukken van een promotieonderzoek ter sprake, een niet zo zeldzame aangelegenheid, uiteraard ook in andere faculteiten. Zo schrijft Huygen: 'Zelf heb ik herhaaldelijk meegemaakt dat promovendi het vroeg of laat lieten afweten' en Querido zegt zelfs – nadat hij met mensen met promotieplannen een afspraak gemaakt had om een voorlopig werkplan te maken – : 'In meer dan de helft van de gevallen hoorde je dan nooit meer iets en had je enige moeite de geleende boeken terug te krijgen.' Zowel Huygen als Querido merken op dat het vooral om een gebrek aan motivatie bij de kandidaat gaat.^{7,8} Dit is eigenlijk ook de conclusie van Van der Wielen die in 1960 schrijft over de huisartsen die hij bezocht: 'Ruim 7% is gepromoveerd, meestal kort na het afstuderen en voor de vestiging. Van de 15% die promotieplannen koesteren, zijn slechts weinigen daarmee bezig. De overige omstandigheden doen ook vermoeden, dat het bij de meesten bij voornemens zal blijven'.⁹

Literatuur over het promoveren door huisartsen

Een uitvoerige studie over het onderwerp in de titel genoemd is het proefschrift van de sociologe E. Touw-Otten *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde. Een analyse van dissertaties en enkele wegen tot structurering van huisartsgeneeskunde als discipline*.¹⁰ Zij onderzocht 145 dissertaties geschreven door huisartsen tijdens hun beroepsuitoefening in de naoorlogse periode van 1945 tot 1979. Het doel van haar onderzoek was echter anders dan het onze: 'Centraal in deze studie staat de wijze waarop de theorievorming tot deze complexe problemen in de wetenschapsbeoefening van de huisartsgeneeskunde heeft plaatsgevonden en zou kunnen plaatsvinden', en: 'Het doel van deze studie is een aanzet te geven voor een gestructureerde wetenschapsbeoefening in de huisartsgeneeskunde'.¹¹

Het gaat ons erom een beschrijving te geven van de veranderingen in het promotieonderzoek van huisartsen in de periode 1900-1995. De methode van het onderzoek van de huisartsen hebben wij niet onderzocht, laat staan dat wij deze methoden hebben beoordeeld of met elkaar hebben vergeleken. Desondanks hebben wij wel gebruik kunnen maken van enkele uitgangspunten van haar onderzoek. Vooral het classificeren van de proefschriften bleek niet eenvoudig omdat vooral de onderwerpen van deze 400 proefschriften zeer uiteenliepen. Touw-Otten verdeelt de onderwerpen over enkele 'aandachtsvelden', en deze verdeling hebben wij van haar overgenomen. Later, in 1991, schreef Touw-Otten een vervolgstudie over hetzelfde onderwerp waarbij zij ditmaal 43 proefschriften geschreven tussen 1980 en 1989 behandelt.¹² Belangrijke conclusies waartoe zij komt betreffen de ontwikkelingsfase van de huisartsgeneeskunde als wetenschap op de volgende twee terreinen. Wat de organisatie betreft bevindt de huisartsgeneeskunde zich door de academisering en professionalisering in een volwassen stadium, maar 'de cognitieve, inhoudelijke aspecten bevinden zich nog in een fase van theoretische onrijpheid'.¹³ Aan het einde van haar studie geeft zij een reeks adviezen om het (promotie-)onderzoek van huisartsen te verbeteren. Sturing van de wetenschapsontwikkeling zou daarbij noodzakelijk zijn. Bovendien moet het beleid ten aanzien van onderzoek verbeterd worden. Zij geeft ook daartoe een aantal adviezen. In 1991, constateert zij dat de onderwerpen van de dissertaties nu veel meer horen tot het 'wetenschapsgebied van de huisartsgeneeskunde', maar dat het aantal praktiserende huisartsen dat promoveert de laatste jaren is afgenomen.¹²

Terwijl Touw-Otten spreekt over het wetenschapsgebied of studieterrain van de huisartsgeneeskunde, dit gebied of terrein tracht te beschrijven en haar aandacht vooral daarop richt, wordt in ons onderzoek vooral nagegaan wát huisartsen onderzoeken, zonder daarbij te trachten het specifieke onderzoeksgebied van de huisarts te omgrenzen of te definiëren.¹⁴ Bovendien hebben huisartsen naast dissertaties uiteraard ook andere wetenschappelijke publicaties geschreven.^{15,16,17,18} Wij bespreken in dit hoofdstuk dus slechts een deel van de 'wetenschapsbeoefening' door huisartsen.

'Promoveren door huisartsen' is de titel van een artikel uit 1960 van Hornstra, hoogleraar sociale geneeskunde in Utrecht van 1950 tot 1968, de promotor met de meeste huisartsen-promovendi.¹⁹ Hornstra bespreekt in dit artikel globaal de problematiek en wijst er onder andere op dat de werksituatie van de huisarts niet zodanig is dat hij naast zijn dagelijkse bezigheden ook nog veel wetenschappelijk onderzoek kan doen. Hij verdeelt de onderwerpen die huisartsen in hun proefschriften behandelen in enkele groepen en komt tot de conclusie dat van de 60 dissertaties geschreven door huisartsen na de oorlog er 15 zijn die 'betrekking hebben op een onderwerp, ontleend aan de eigen praktijk'. Hij schrijft dan: 'Het aantal dissertaties van huisartsen over onderwerpen in de huisartspraktijk mag

in de toekomst ongetwijfeld worden gehanteerd als maat voor de bloei van het NHG'. Dat was in een tijd dat het NHG nauwelijks vier jaar bestond en het nog zeven jaar zou duren voor de eerste hoogleraar 'in de geneeskunde van de huisarts' in Utrecht werd benoemd.

In 1981 verschijnt een artikel van Bremer over proefschriften van huisartsen, 1900-1979. Van de in totaal 237 dissertaties geschreven door huisartsen – die als huisarts gepromoveerd zijn – waren er 110 'waarin een onderzoek wordt beschreven dat heeft plaatsgevonden in de eigen praktijk en/of waarin gegevens vermeld staan die verkregen zijn met hulp van andere huisartsen'. De auteur noemt enkele doelstellingen van zijn publicatie: een overzicht geven van de onderwerpen van het onderzoek en suggesties doen om bepaald onderzoek nog eens te verrichten. Bovendien kan er ook een inventarisatie gemaakt worden van de problemen waarmee huisartsen geconfronteerd worden wanneer zij wetenschappelijk onderzoek willen doen, want in veel proefschriften komen deze ter sprake.²⁰

In 1983 schrijft Bremer een korte bijdrage over 'Promoveren door huisartsen' waarin hij enige informatie geeft over het doen van (promotie-)onderzoek in de huisartspraktijk. Hij noemt de diensten die de universitaire huisartseninstituten daarbij kunnen verlenen.²¹ In 1988 volgt een tweede artikel met dezelfde titel waaruit blijkt dat vooral huisartsen verbonden aan universitaire huisartseninstituten promoveren. Promoveren door vrij gevestigde huisartsen komt weinig meer voor: zestien in acht jaar. Enkele mogelijke redenen waarom het promoveren door huisartsen zo zeldzaam blijft worden besproken.²² In 1984 schrijft Huygen over zijn ervaringen als promotor.⁷ Hij geeft nuttige raad aan aanstaande promovendi. Dat huisartsen zo weinig promoveren wijt hij vooral aan de korte beroepsopleiding van één jaar. Ten slotte, in 1987, publiceert Voorn een artikel, dat wij al eerder geciteerd hebben.²³ Het behandelt enkele recent verschenen proefschriften en de auteur wijst op het merkwaardige feit dat van de onderzoeksresultaten weinig gebruik wordt gemaakt. 'Het monnikenwerk van vele jaren komt weinig of niet ten goede van het vak'. Op dit feit had Touw-Otten ook al gewezen; 'Men begint als het ware iedere keer van voren af aan'.²⁴ Van Lieburg noemt proefschriften zelfs de stiefkinderen van de wetenschap.²⁵

Samenvattend kunnen wij zeggen, dat tussen 1960 en 1991 over promoveren door huisartsen in Nederland één dissertatie en enkele artikelen geschreven zijn, waarbij vooral de dissertatie van Touw-Otten van belang is. De misschien belangrijkste conclusie die na het lezen van deze literatuur getrokken kan worden is dat de huisartsen zich bij hun promotieonderzoek, na ongeveer 1985, meer gaan richten op het eigen werkgebied. Maar er promoveren minder huisartsen en met de wetenschappelijke resultaten beschreven in de proefschriften wordt te weinig gedaan.

Noten

- 1 In 't Veld-Langeveld, *De financiële aspecten*.
- 2 Buis, *Het schrijven van een proefschrift*.
- 3 Zandvoort, *Promoveren in Nederland*.
- 4 Benders, *De rituele dans rond de doctorstitel*.
- 5 Sonneveld, *Promotoren, promovendi en de academische selectie*.
- 6 Zo werd over het promoveren in de *Volkscrant* van 13 juni 1996 geschreven.
- 7 Huygen, Over het promoveren door huisartsen.
- 8 Querido, *Doorgaand verkeer*. p. 233.
- 9 Wielen van der, p. 54.
- 10 Touw-Otten F, Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde.
- 11 Idem, p. 173.
- 12 Touw-Otten F, *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde* Deel II.
- 13 Idem, 10) p.182.
- 14 Zo schreef de latere hoogleraar huisartsgeneeskunde in Leiden H.J.P.M. Dijkhuis (1926-1992) als motto in zijn dissertatie: '*Huisartsgeneeskunde is geneeskunde*'. (D82)
- 15 Vesseur en Bremer, Publicaties van huisartsen.
- 16 Dalen van en Bremer, Publicaties van huisartsen.
- 17 Goossens, *Bibliografie*.
- 18 Meijman, *Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek*, D238.
- 19 Hornstra, Promoveren door huisartsen.
- 20 Bremer, Studies uit de huisartspraktijk.
- 21 Bremer, Promoveren door huisartsen.
- 22 Bremer, Promoveren door huisartsen II.
- 23 Voorn, Proefschriften, wat doen we ermee.
- 24 Idem 10, p. 125.
- 25 Van Lieburg, *persoonlijke mededeling*.

II.3 — VERANDERINGEN VAN DE WETTELIJKE VOORSCHRIFTEN VOOR HET PROMOVEREN

Terwijl de promotie als universitaire plechtigheid sinds meer dan honderd jaar vrijwel op dezelfde manier verloopt, zijn de wettelijke en universitaire voorschriften wat het promoveren betreft voortdurend aangepast aan de maatschappelijke en wetenschappelijke ontwikkelingen.^{1,2}

Het is goed de geschiedenis op dit punt te laten beginnen in 1815 toen door het 'Organiek Besluit' – een Koninklijk besluit van Koning Willem I – 'nopens de organisatie van het hooger onderwijs in de noordelijke provinciën' – de provinciale hogescholen: Leyden 1575, Groningen 1614 en Utrecht 1636, onder één wet werden geplaatst (*Stbl.* 14). Vóór die tijd had iedere hogeschool een eigen bestuur.

In het jaar 1818 heeft daarna een reorganisatie plaatsgevonden van de geneeskundige staatsregeling – die nog dateerde uit de Franse tijd – waardoor, zoals

Van Lieburg het uitdrukte, de drie principes bevestigd werden die het medische beroep verdeelden: de scheiding universitair/niet universitair, de scheiding geneeskunde/heel- en verloskunde en de scheiding stad/platteland.³ Op het gebied van de geneeskundige verzorging bestonden twee soorten geneeskundigen: de eerste geneeskundige stand, die zijn opleiding had ontvangen aan de universiteiten, en de tweede geneeskundige stand die deze op een andere manier had verkregen.

De geneeskundige wetten van Thorbecke uit 1865 (*Stbl.* 58-61), onder andere 'regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige', vereenvoudigde de gecompliceerde toestand buitengewoon: slechts universitair opgeleide artsen werden bevoegd en na de Wet op het Hoger Onderwijs van 1876/1877 (resp. *Stbl.* 102 en 101), waarin de wetten van Thorbecke nader uitgewerkt werden, stierf de tweede geneeskundige stand gewoon uit. Zo verviel echter wel de regel dat men door een promotie de bevoegdheid verkreeg. Men onderscheidde vóór die tijd zelfs drie verschillende promoties: tot *medicinae doctor*, *doctor chirurgiae* en *doctor artis obstetriciae*, die alledrie een verschillende bevoegdheid gaven.⁴ Er bestond in het begin een verbod op de combinatie van deze medische bevoegdheden, een verbod dat door de wet, in 1838, (*Stbl.* 10) weer werd opgeheven.

Vóór 1815 kon men nog alleen op stellingen promoveren maar in het Organiek Besluit was al bepaald dat dit niet meer mogelijk was. Alleen geneesheren konden, na tot *doctor medicinae* gepromoveerd te zijn, op stellingen promoveren tot *doctor chirurgiae* en tot *doctor artis obstetriciae*. Slechts de juristen kregen het recht om op stellingen te promoveren later weer terug, zelfs tot 1921. Opgemerkt moet worden dat in Nederland, tot ongeveer 1850, nog overal de dissertaties in het Latijn werden geschreven. Een met gunstig gevolg afgelegd praktisch staatsexamen was na de invoering van de wetten van Thorbecke (1865) nodig 'tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige' waarbij de geslaagde de titel van arts verwierf.²

In juni 1876 werden de academische senaten door de minister uitgenodigd om uit elke faculteit twee leden af te vaardigen, die gezamenlijk faculteitsgewijze, dus in vijf commissies van zes leden, adviezen moesten uitbrengen over de inrichting van het onderwijs.

Drie universiteiten: Leiden, Groningen en Utrecht en vijf faculteiten: Godgeleerdheid, Rechtsgeleerdheid, Wis- en natuurkunde, Geneeskunde en Letteren en Wijsbegeerte. Het eindrapport werd in januari 1877 in Leiden opgesteld onder voorzitterschap van de Leidse rector magnificus. Dat eindrapport had als opschrift: 'Ontwerp van 't academisch statuut', een oude naam waarmee vroeger het koninklijk besluit van 1815 ten aanzien van deze punten werd aangeduid. Het academisch statuut regelt 'de examens en promotiën ... en het ambtscostuum'.⁵ De wet van 1876 werd in oktober 1877 ingevoerd (*Stbl.* 101).

De medische faculteiten behielden formeel de doctoraten in de geneeskunde, de heelkunde en de verloskunde en pas in 1920 schafte men deze splitsing af en schreef een promovendus een 'Academisch Proefschrift ter verkrijging van den graad van doctor in de geneeskunde'. In de wet werd ook de buitengewoon hoogleraar vervangen door lector maar in 1905 keerden deze functionarissen aan de rijksuniversiteiten weer terug. De lectoren werden in 1980 allen hoogleraar. Privaat docenten, toegelaten om bepaalde vakken te doceren, verschenen ook pas officieel in de wet van 1876. Zij waren uitsluitend aangewezen op inkomsten uit colleges geven. Sedert de wet op het wetenschappelijk onderwijs (1960, *Stbl.* 559) is ook deze docent in Nederland verdwenen, behalve aan de universiteit van Amsterdam.⁵

Huizinga schrijft in 1919 dat in de wet van 1877 veranderingen ten aanzien van het promoveren tot stand kwamen waarmee hij het niet eens is. Zijn grote bezwaar was dat er in deze wet achttien doctoraten ingesteld werden in plaats van de oorspronkelijke vijf: iedere faculteit één. De wetgever heeft de betekenis van de doctorstitel miskend en hem aangezien voor 'eene acte van bekwaamheid in een bepaald vak' terwijl het moest zijn 'de erkenning van wetenschappelijke rijpheid', volgens Huizinga.⁶

Hoewel het promoveren na 1865 de geneeskundige bevoegdheid op geen enkele wijze meer vergrootte, stonden er in de wet van 1876 duidelijke voorschriften inzake dat promoveren (ART. 14-26). Van Lieburg schrijft de sterke daling die zich na 1870 in het aantal promoties voordeed toe aan het van kracht worden van de wetten van Thorbecke van 1865 waardoor promoveren eigenlijk formeel niet meer nodig was.⁴ In het begin was het wetenschappelijke peil van deze proefschriften dan ook ook niet bijzonder hoog. Zoals De Wilde ten aanzien van proefschriften opmerkt: 'De 17e eeuwse jonge geleerde werd gezien als een gezelschap die zijn meesterproef moest afleggen', eerst in de 20e eeuw wordt 'de promovendus geacht de wetenschap te verrijken met nieuwe inzichten'.⁷

Zo schreef in 1879 Aletta Jacobs haar dissertatie van 48 pagina's in enkele maanden.^{8,9} Haar proefschrift bevindt zich in de Groningse universiteitsbibliotheek, ingebonden met dertien andere proefschriften in één band. Gemiddeld zijn deze veertien proefschriften 53 pagina's groot. Deze dissertaties waren eigenlijk meer scripties en zouden in Duitsland een 'doktorarbeit' genoemd worden.

Later, na ongeveer 1900, kregen deze boeken in Nederland meer inhoud en moest er meer werk voor verzet worden. De Duitse 'Habilitation' werd nu een voorbeeld, een proefschrift waarmee men in Duitsland de universitaire leerbevoegdheid kreeg, eigenlijk ook de betekenis van het promoveren tot doctor in de middeleeuwen.

Terwijl in 1865 zowel gymnasiasten als HBS'ers geneeskunde konden studeren, was het promoveren slechts gereserveerd voor leerlingen van het gymnasium.

HBS'ers moesten eerst een aanvullend staatsexamen Grieks en Latijn afleggen. Dit probleem heeft bijna vijftig jaar lang een grote rol gespeeld. Nadat Thorbecke in 1863 de HBS als school had ingesteld kwamen er steeds meer HBS'ers die een universitaire studie wilden volgen. Dit werd hun moeilijk gemaakt omdat een 'klassieke opleiding' voor een universitaire studie vereist was. HBS'ers konden wel studeren maar zij konden geen universitaire examens afleggen – dus ook geen doctoraalexamen – waardoor zij later niet konden promoveren, maar wel arts konden worden. Dit was merkwaardig want zij legden dezelfde examens af als de gymnasiasten, alleen waren dat staatsexamens. Omdat dat aanvullende staatsexamen Grieks en Latijn ongeveer een jaar studie vergde, was dat een forse hindernis. Overigens werd er in het begin frequent met vrijstellingen gewerkt en waren er 'overgangsmaatregelen' waardoor sommige kandidaten toch konden studeren of promoveren. Aletta Jacobs bijvoorbeeld kreeg een vrijstelling om te kunnen studeren – zij had de HBS niet gevolgd – en om te promoveren – zij had geen 'klassieke' opleiding ontvangen.^{10,11} HBS'ers promoveerden daarom tussen 1877 en 1917 in Duitsland want de Duitse titel kon ook in Nederland gevoerd worden en de Duitse Doktorarbeit was hoogstens enkele maanden 'Arbeit'. Er promoveerden in die tijd enkele honderden HBS'ers in Duitsland en toen dat na omstreeks 1900 problemen van Duitse kant opleverde, in België. Deze problemen werden na zeer veel discussies – die al vóór 1880 begonnen – opgelost door de wet Limburg in 1917. (*Stbl.* 616) (zie p. 41-42)

Hoe hoog deze problematiek vooral ook door geneeskundigen werd opgenomen blijkt uit bijdragen over dit onderwerp in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* in het begin van de twintigste eeuw.¹¹ Het was een zeer principiële kwestie: velen waren van oordeel dat voor de studie in de geneeskunde een klassieke opleiding onontbeerlijk was. In 1916 werd een vereniging opgericht ter 'Wettelijke gelijkstelling in Nederland en in de koloniën van klassieke en niet-klassieke opleiding als voorbereiding tot universitaire studiën', met een bestuur van 30 belangrijke Nederlanders, waarin de Groningse hoogleraar H.J. Hamburger en het kamerlid J. Limburg een belangrijke rol speelden. Reeds in 1917 werd een wetsvoorstel door Limburg ingediend en nog datzelfde jaar aangenomen.¹² Door deze wet konden zowel gymnasiasten als HBS'ers direct na hun eindexamen met een universitaire studie beginnen en na hun doctoraal examen ook promoveren. In de artikelen van de wet van 1876 (*Stbl.* 102) (Art. 14 tot en met 26), die het promoveren regelden, kwamen onderwerpen ter sprake die later in het academisch statuut en de universitaire reglementen steeds weer genoemd werden.

Voor geneeskundigen waren van belang de artikelen: 'om tot de promotie te worden toegelaten', artikelen betreffende het proefschrift (de taal en de stellingen), de promotor, de promotie, het diploma, en de mogelijkheid om cum laude te promoveren. Er was zelfs een artikel dat het ambtscostuum van de hoogleraren

regelde. (ART. 25) Men werd tot de promotie toegelaten als men een doctoraal examen met gunstig gevolg had afgelegd en een proefschrift had geschreven met minstens twaalf stellingen. (ART. 14) In de wet stond dat het proefschrift en de stellingen in de Nederlandsche taal geschreven moesten zijn (na overleg kon dat ook een andere taal zijn), en 'het proefschrift bestaat in eene uitgewerkte verhandeling over een onderwerp, behoorende tot de wetenschap, waarin het doctoraat wordt verlangd, ...'. (ART. 15) De promotor – door de faculteit aangewezen: een harer leden – moest zijn goedkeuring geven en toezien dat in het proefschrift en de stellingen niets voorkomt strijdig met de openbare orde of de goede zeden. (ART. 17) In de wet kon de doctorandus nog kiezen tussen een publieke of een private promotie (ART. 20). De publieke promotie geschiedde ten overstaan van de senaat, de private promotie ten overstaan van leden van de faculteit waarin men wenste te promoveren. Veel verschil tussen beide promoties bestond er niet. De publieke promotie ging met meer uiterlijk vertoon gepaard.⁷

In Het Leidse Album Promotorum staat vermeld dat men vóór 1880 promoveerde volgens het 'Organieke Besluit van 2 Augustus 1815 No. 14'. In 1880 staat er: 'Alle promotiën, waarbij het tegendeel niet wordt vermeld, zijn privaat' en na september 1883 zijn alle promoties zonder uitzondering privaat.¹³

Het onderscheid wordt overigens eerst in 1963 officieel in het academisch statuut afgeschaft. Vastgesteld werd in 1876 ook dat de promotie één uur duurde. (ART. 20) Bovendien stond in ART. 25: 'Het ambtscostuum der hoogleeraren bij de publieke promotie, even als bij andere plegtige gelegenheden, is de toga van zwarte zijde, de muts van zwart fluweel, met zwarte onderkleeding en witte das en bef'. Cum laude promoveren, tegenwoordig een zeldzaamheid, was vroeger bijna gewoon, maar alleen wanneer er 'bewijzen van meer dan gewone bekwaamheid zijn gegeven.' (Art. 22) Om een voorbeeld te geven: in Leiden promoveerden gedurende de cursus 1868-69 in totaal 27 geneeskundigen, waarvan zes magna cum laude, zeventien cum laude en vier zonder nadere aanduiding.¹³ In Utrecht promoveerden in 1919 negen geneeskundigen waarvan vijf cum laude, in 1935 veertien geneeskundigen waarvan geen enkele cum laude.¹⁴

In 1921 werd een en ander door het academisch statuut voor het eerst nauwkeuriger geregeld. Dergelijke regelingen waren noodzakelijk om het promoveren overal identiek te laten verlopen. Een 'eis van deugdelijkheid', zoals dat in de wet wordt genoemd.¹⁵ De onderscheiding tussen een private en een publieke promotie bestaat dan nog steeds.

Bij het ambtscostuum van de hoogleeraren is de zwarte onderkleeding, witte das en bef weggelaten en er moeten minstens zes stellingen zijn 'die betrekking hebben tot de vakken van de betrokken faculteit en niet mogen slaan op het onderwerp van het proefschrift.

Ten aanzien van andere nader toe te voegen stellingen is de doctorandus vrij'. De promotor moest nog steeds toezien dat er niets strijdig was met de openbare orde.¹⁶

Hoewel het academisch statuut verschillende malen is aangepast, veranderde er wat betreft het promoveren pas iets in 1981.¹⁷ In het statuut (ART. 112-127) (Wet twee-fasen structuur Wetenschappelijk Onderwijs, 1981) worden nu de meer algemene voorschriften geregeld, maar wordt tevens bepaald dat de instellingen een promotiereglement moeten vaststellen.

Bovendien wordt nu vastgesteld dat men kan promoveren op 'een aantal afzonderlijke wetenschappelijke verhandelingen, die alle of voor een deel reeds openbaar zijn gemaakt, mits zij onderling met betrekking tot een bepaald onderwerp voldoende samenhang vertonen'. Dat wil zeggen dat het promoveren op artikelen nu officieel mogelijk wordt.

Tevens staat er: 'Het proefschrift kan door één persoon, dan wel, onder in het promotiereglement te stellen voorwaarden, door twee of drie personen in vereniging worden geschreven.'

Er wordt tevens bepaald hoelang emeriti nog als promotor kunnen optreden en dat de senaat een promotiecommissie moet instellen die 'bestaat uit de promotor en ten minste drie hoogleraren ...'. Bovendien is er geen verschil meer tussen een private en een publieke promotie. Over het ambtscostuum van de hoogleraren wordt niets meer gezegd.

In een slotopmerking van de toelichting staat vermeld dat in het ontwerp van Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs 1981 (WWO) 'is voorzien in de mogelijkheid van toelating tot de promotie van afgestudeerden uit het hoger beroeps-onderwijs door het college van dekanen in individuele gevallen'. Nog weer later, in 1989 in de nieuwe WWO, is de 'delegatie-opdracht aan het Academisch Statuut vervallen: alle noodzakelijke bepalingen zijn in de wet opgenomen en voor het overige kunnen de instellingen de procedures nader vorm geven in het promotiereglement.'

De Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek van 1992 (WHW, *Stbl.* 593) – in werking getreden in 1993 – regelt nu in de artikelen 7.18 – 7.23 de promoties waarbij als belangrijke verandering staat vermeld dat de toekenning geschiedt door het college voor promoties, identiek met het college van dekanen, in de reglementen de promotiecommissie genoemd. Deze commissie stelt ook het promotiereglement vast.

In de wet staat aangegeven wat er geregeld moet zijn in dat reglement. In de paragraaf Titulatuur staat in ART. 7.22 (WHW, 7e aanvulling, december 1994): (1.) Degene die op grond van de promotie, ..., het doctoraat heeft verkregen, is gerechtigd de titel doctor te voeren. (2.) De titel doctor wordt uitsluitend gevoerd

door degenen die daartoe op grond van het eerste lid gerechtigd zijn. (3.) De titel doctor wordt, afgekort tot dr, voor de naam geplaatst.¹⁸ Nadrukkelijk staat achter de titel dr geen punt. Degene die de titel voert zonder daartoe gerechtigd te zijn is strafbaar op grond van artikel 435 Wetboek van strafrecht. Hij wordt gestraft met een geldboete van maximaal 5000 gulden.¹⁹

Zelf heb ik acht promotiereglementen – van 1970 tot 1996 – van de Groningse Universiteit bestudeerd. Dergelijke reglementen werden en worden aan aanstaande promovendi ter voorlichting uitgereikt en kregen dus pas na 1989 een wettelijk vastgestelde betekenis. Door de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW, 1992, *Stbl.* 593) en de Wet modernisering universitaire bestuursorganisatie (1997, *Stbl.* 117) waren er weer veranderingen nodig in de promotiereglementen van de instellingen.

In het najaar 1998 beschikten de instellingen over reglementen uit de volgende jaren: Leiden 1995, Groningen 1996, Utrecht 1997, Amsterdam 1998, Amsterdam VU 1996, Nijmegen 1995, Rotterdam 1998 en Maastricht 1994. Bij een vergelijking blijken de voorschriften niet overal geheel identiek te zijn.

De toekenning van het doctoraat gebeurt nu overal door het college van promoties. De beoordeling van het proefschrift vindt plaats nadat de promotor zijn fiat heeft gegeven, waarna eerst een kleinere commissie dan de promotiecommissie het proefschrift beoordeelt. Correcties en/of aanvullingen kunnen niet worden aangebracht, alleen aan de VU in Amsterdam mogen suggesties voor verbeteringen en/of veranderingen worden gegeven, maar de promovendus kan deze naast zich neerleggen.

Wat het proefschrift betreft: in Leiden, Utrecht en Maastricht moet er een (bondig) curriculum vitae in staan. In Utrecht en aan de VU Amsterdam wordt niets meer over stellingen gezegd. Deze mogen dus ontbreken, in Nijmegen wordt dat expliciet aan de promovendus overgelaten.

Aan alle universiteiten promoveert men tot simpel doctor, alleen in Groningen bestaan nog tien verschillende doctoraten. Aan de Universiteit van Amsterdam, Groningen, Maastricht, Nijmegen en Rotterdam is het mogelijk dat de promovendus, vóór de plechtigheid begint, een korte uiteenzetting van zijn proefschrift geeft. Ten slotte vermeldt Rotterdam de mogelijkheid van een Europees doctoraat en wordt in Nijmegen iets gezegd over dankbetuigingen en over de reclame die in het proefschrift mag staan. In Nijmegen wordt aangeraden het proefschrift van een ISBN te voorzien. In alle reglementen worden voorschriften gegeven over het verlenen van een cum laude en over het doctoraat honoris causa.²⁰

In 1998 verscheen het proefschrift van Baggen waarin hij de ontwikkelingen in het universitaire onderwijs in Nederland in de periode 1815-1960 beschreef.

Volgens Baggen is het niet zo dat de universiteiten zich altijd in een ivoren toren hebben verschanst maar deze instellingen hebben steeds een veranderend concept wat betreft de vorming door het onderwijs gehanteerd.

Het onderwijs was erop gericht de student zelfstandigheid te leren. Voor ons betoog is interessant dat hij daarbij drie uitgangspunten voor vernieuwingen onderscheidt.

Zelfstandig leren denken: vorming door het onderwijs volgens het Organiek Besluit (1815); zelfstandig leren studeren en praktiseren: onderwijsvorming volgens de Wet op het Hooger Onderwijs (1876) en zelfstandig leren onderzoeken: volgens de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs (1960).²¹

In ruim 150 jaar: zelfstandig leren denken, zelfstandig leren studeren en praktiseren en zelfstandig leren onderzoeken. Als deze visie juist is mogen we in de toekomst veel promotieonderzoek verwachten.

In de loop van de geschiedenis hebben zich bij het promoveren allerlei misstanden voorgedaan die dan weer op allerlei manieren bestreden werden. Er is een tijd geweest dat een promotie te lang duurde en om deze reden is de duur op één uur vastgesteld. Van Rijnberk noemt de promotieplechtigheid soms een persiflage omdat alles tevoren afgesproken is en hij vermeldt dat proefschriften kant en klaar te koop zijn, maar gelukkig is dat 'hier te lande nog bijna geheel onbekend'.²² Tegenwoordig zijn er weer andere misstanden: de farmaceutische industrie heeft het onderzoek en/of de uitgave van het proefschrift gesponsord en heeft soms ook invloed op de tekst.

Om dit hoofdstuk te eindigen citeer ik Van Rijnberk: 'Dit doctoraat geeft geen enkel recht: het is slechts een voorrecht den titel te mogen voeren, een onderscheiding, een eer, waarop men terecht trotsch mag zijn'.²³ Desondanks verklaart de promotor bij de uitreiking van het diploma in zijn toespraak tot de jonge doctor: 'bij deze u, ... te bevorderen tot Doctor en u alle rechten te verlenen die door Wet of gewoonte aan het Doctoraat zijn verbonden'. In Utrecht en Maastricht wordt behalve op de rechten ook op de plichten 'jegens wetenschap en samenleving' gewezen.

Noten

- 1 Rijnberk, *Inleiding tot de studie der geneeskunde*.
- 2 Houwaart, *De modernisering van de gezondheidszorg*.
- 3 Van Lieburg, *De tweede geneeskundige stand*.
- 4 Van Lieburg, *De medische promoties*.
- 5 Groen, *Het wetenschappelijk onderwijs*.
- 6 Huizinga, *De doctorstitel*.
- 7 De Wilde, *Van disputatio tot proefschrift*.
- 8 Jacobs, *Over de localisatie*.
- 9 Jacobs, *Herinneringen*.

- 10 De Wilde, *Nieuwe deelgenoten*.
- 11 Straub, Volksgeloof. Pekelharing, Het doctoraat.
Burger, De doctorstitel en Burger, De herziening.
- 12 Hamburger, *Herziening*.
- 13 Lieburg M.J. van en Lieburg. F.A. van, *Album Promotorum*.
- 14 Album Promotorum Utrecht.
- 15 Eerste bijvoegsel tot de *Nederlandsche Staats-Courant* van Donderdag 10 Mei 1877, No. 109.
- 16 Smidt, *Het Academisch Statuut*.
- 17 Wet twee-fasen structuur wetenschappelijki onderwijs.
- 18 Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek.
- 19 Deze gegevens verkreeg ik van de Algemeen Hoofdinspecteur voor de Gezondheidszorg. Staats-toezicht op de Volksgezondheid.
- 20 Zie de genoemde Promotiereglementen.
- 21 Baggen, *Vorming door wetenschap*.
- 22 Zie 1), p. 113.
- 23 Zie 1), p. 114.

NABESCHOUWING

De vraag of praktiserende huisartsen ook wetenschappelijk onderzoek moeten doen is nog steeds niet definitief beantwoord. In de eerste helft van de twintigste eeuw werd dat van deze artsen niet verwacht, maar er waren een paar vooraanstaande onderzoekers die er op wezen dat dergelijk onderzoek noodzakelijk was om de geneeskunde verder te brengen.

Het blijkt dat vooral Mackenzie en Hornstra op dit punt een grote invloed hebben gehad. In de tweede helft van deze eeuw – vooral nadat de huisartsgeneeskunde een officiële universitaire status had gekregen – werd natuurlijk geponeerd dat praktiserende huisartsen aan de wetenschap dienden bij te dragen. Maar het percentage huisartsen dat werkelijk zo'n bijdrage levert bleef klein – enkele procenten – ondanks het feit dat tijdens de specifieke huisartsenopleiding het doen van wetenschappelijk onderzoek een onderdeel van het curriculum vormde.

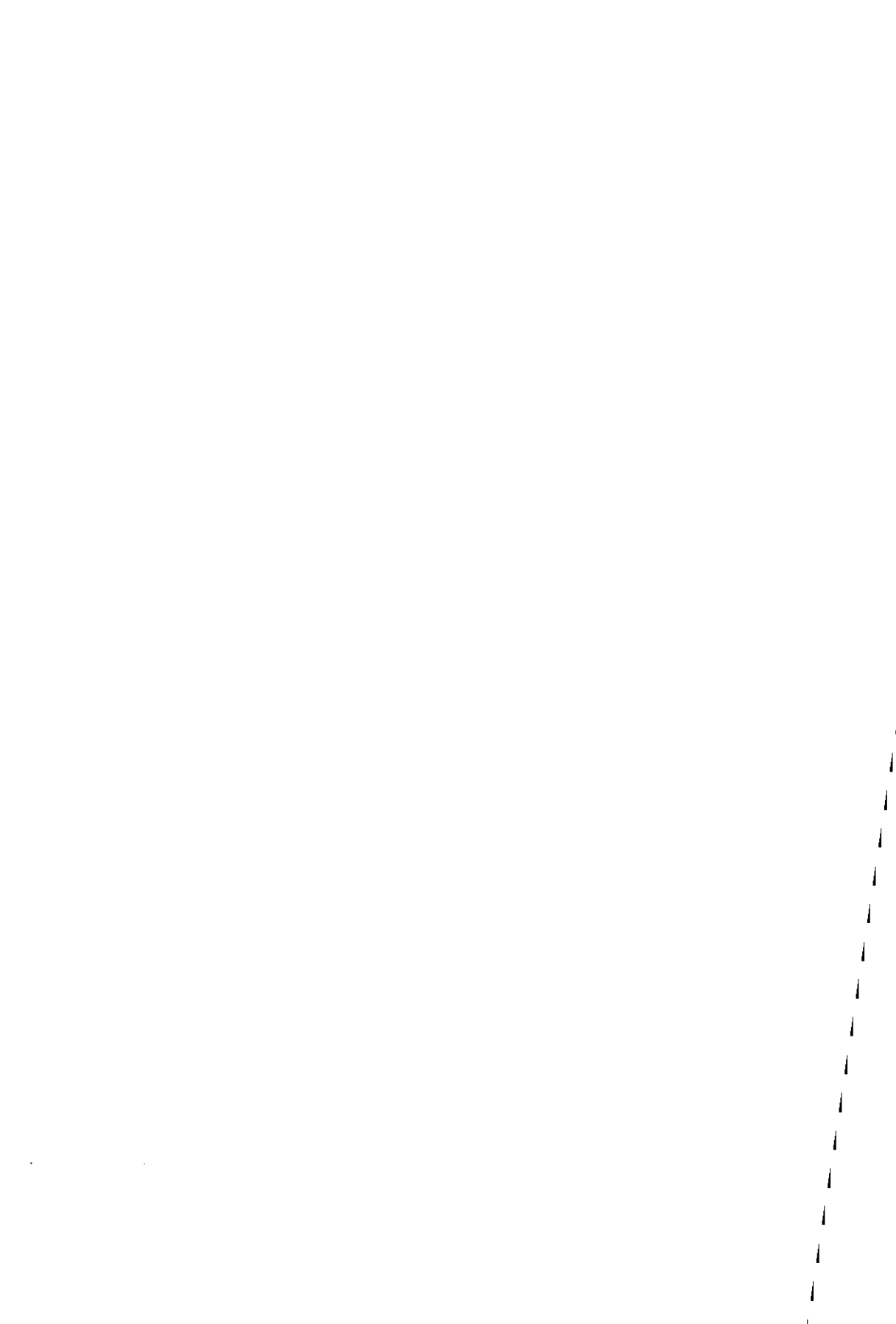
Bijna alle auteurs die een studie gemaakt hebben over promoveren en promotieonderzoek memoreren dat er op dit terrein zo weinig onderzoek is verricht. Terwijl de officiële voorschriften de formele kanten van het promoveren betreffen is bijvoorbeeld over de problematiek van de individuele promovendus weinig bekend en spelen problemen tussen promovendus en promotor zich in het duister af.

Hoeveel tijd een promotieonderzoek in beslag neemt is ook nauwelijks bekend, maar dat schijnt per faculteit zeer uiteen te lopen. Promotieonderzoek mislukt ook nogal eens, maar hoe frequent dat gebeurt weet niemand. Hoogleraren hebben het jus promovendi, maar of er aan dat recht ook plichten verbonden zijn is onduidelijk.

Vóór 1865 kreeg een geneeskundige zijn bevoegdheid door te promoveren, na 1865 heeft een promotie voor de carrière van een arts geen enkele formele betekenis meer en of de doctorstitel voor zijn verdere loopbaan enige waarde heeft is onduidelijk. Alleen voor een benoeming tot hoogleraar is de doctorstitel tegenwoordig bijna altijd een voorwaarde.

Onduidelijk is ook of de inhoud van het promotieonderzoek van invloed is op de latere loopbaan.

Bij een studie van de schaarse literatuur op dit gebied blijkt hoe uiteenlopend promotieonderzoek in de verschillende faculteiten verloopt en hoe moeilijk het is in algemene termen over deze universitaire activiteiten te spreken. Het onderwerp van deze studie – promotieonderzoek door huisartsen – heeft dan ook zoveel specifieke aspecten dat het nauwelijks mogelijk is tot uitspraken over promotieonderzoek in het algemeen te komen. Daarbij komt nog dat promotieonderzoek vooral na 1995 door het AIO-stelsel sterk is veranderd, zodat voorspellingen op dat gebied onmogelijk zijn en het onderwerp ‘promotieonderzoek door huisartsen’ een historisch onderwerp dreigt te worden.



HORA

HOOFDSTUK III

De methode van het onderzoek

Classificatie,
periodisering

DE METHODE VAN HET ONDERZOEK
CLASSIFICATIE, PERIODISERING

III — DE METHODE VAN HET ONDERZOEK. CLASSIFICATIE EN PERIODISERING

Uitgaande van de doelstelling van het onderzoek was het uiteraard de vraag hoe de beschrijving van de reeks proefschriften aangepakt moest worden. Dat er een databestand opgesteld moest worden waarin een aantal kenmerken van het promotieonderzoek opgenomen moest worden, was duidelijk. Zoals wij reeds beschreven hebben in de eerste twee hoofdstukken was het ook duidelijk dat het daarbij ging om een classificatie van de kenmerken, van de auteur/huisarts, van de promotie, van het onderzoek en van het proefschrift. Vooral het vergelijken van de twee proefschriften in paragraaf I.3 bracht ons op dat idee.

Dat de periode 1900-1995 verdeeld moest worden in meerdere kortere perioden die met elkaar konden worden vergeleken lag ook voor de hand. Het gaat om de veranderingen die in het promotieonderzoek in het verloop van de tijd hebben plaatsgevonden.

Reeds bij oppervlakkig bestuderen van de afzonderlijke boeken bleek dat er nogal wat dissertaties waren waarin hetzelfde onderwerp werd bestudeerd zonder dat nu zo direct duidelijk was wat onder het begrip 'onderwerp' verstaan moest worden.

Touw-Otten gebruikte het begrip 'aandachtveld' en maakte een goede indeling die wij overgenomen hebben.¹ Het was daardoor mogelijk de reeks proefschriften in groepen in te delen naar 'aandachtveld' waarbij veranderingen in de tijd zichtbaar werden toen deze proefschriften in chronologische volgorde geplaatst werden.

Het lag ook voor de hand dat in het tijdperk 1900-1995 bepaalde perioden van het promotieonderzoek apart bestudeerd werden. Wij hebben daarvoor de laatste

25 jaar gekozen, omdat gedurende die tijd veel is veranderd (Hoofdstuk VI), en ook het interbellum omdat die periode vaker apart bestudeerd is. (Hoofdstuk VII)

DE REEKS PROEFSCHRIFTEN: KENMERKEN EN CLASSIFICATIES

Er wordt nu een overzicht opgesteld van de gegevens die betreffende de auteur, de promotie, het onderzoek en de dissertatie zijn verzameld, op een formulier zijn ondergebracht en vervolgens zijn ingevoerd in een databestand om bewerkt te kunnen worden. De meeste van deze gegevens zijn duidelijk en gemakkelijk te achterhalen, andere vereisten nogal wat onderzoek om ze op te sporen. Soms lukte het niet ook nuttige informatie boven water te krijgen.

Om het bestand goed in kaart te kunnen brengen is bij de gepromoveerde huisartsen een enquête gehouden. (Zie Bijlage V) Een enkele maal kwam later aan het licht dat bepaalde informatie niet gebruikt kon worden. Dit kwam dan mede door het feit dat de onderzoeksperiode bijna een eeuw besloeg waardoor sommige termen in het begin een andere betekenis hadden dan aan het eind. Dat was het geval bij de onderscheiding platteland/stad. Het moeilijkste was het overigens een classificatie te maken van het onderzoek zelf.

In dit hoofdstuk bespreken wij deze verzamelde informatie en schrijven daarbij ook iets over de problemen die zich bij dit verzamelen en indelen voordeden. (Zie Bijlage III: Beoordelingsformulier)

1 De auteur/huisarts/promovendus

Uiteraard zijn van belang: naam, geslacht, geboortedatum, universiteit en jaar van afstuderen, het al of niet gevolgd hebben van de beroepsopleiding en jaar van afstuderen en universiteit van deze opleiding. Zoals wij vermeld hebben ging het steeds om huisartsen die promoveerden tijdens hun beroepsuitoefening. De vraag in de enquête: Was u praktiserend huisarts ten tijde van uw promotie: werd met ja beantwoord. Het ging dus niet om de tijd waarin het onderzoek plaatsvond, want dat duurt vaak – zeker ‘bruto’ – enkele jaren en er zijn huisartsen die in die tijd assistentie in de praktijk hadden.

De beroepsuitoefening kon plaatsvinden in verschillende werk-situaties: als solist, in een duo-praktijk, in een groepspraktijk of in een gezondheidscentrum. Ook werd de plaats vermeld waar de huisarts zijn beroep uitoefende en er werd bij aangegeven of dit een dorp of een stad betrof. Belangrijk was – vooral na ongeveer 1970 – of de arts in deeltijd de praktijk uitoefende of full-time werkzaam

was. Tenslotte werd vermeld of de arts een aanstelling had bij de universiteit, waarbij dan tevens genoteerd werd of dat een aanstelling was bij een vakgroep of afdeling huisartsgeneeskunde of bij een andere afdeling.

Bij het opzoeken van deze gegevens deden zich enkele problemen voor. Het gegeven dat merkwaardigerwijze het moeilijkste te verkrijgen was – vooral in het begin van de twintigste eeuw – was de geboortedatum van de auteur. Wel wordt altijd de geboorteplaats op het titelblad genoteerd: e pago Soeterwoude ... maar de geboortedatum heeft tot ruim 1960 steeds ontbroken. Vroeger was kennelijk de geboorteplaats belangrijker dan de geboortedatum.

In de latere proefschriften worden deze persoonsgegevens bijna altijd vermeld, maar een curriculum vitae werd pas laat, en lang niet altijd, in een proefschrift opgenomen.

Ook de universiteit van afstuderen wordt meestal niet in het proefschrift genoemd, hoewel deze vaak wel uit het dankwoord te halen is.

De beroepsopleiding van de huisarts begon in 1973, duurde eerst één jaar, werd in 1988 tot twee jaar verlengd en per september 1994 tot drie jaar. De eerste arts werd huisarts in 1975. Veel gepromoveerde huisartsen hebben dus alleen het arts-examen afgelegd.

Een mogelijkheid die wij niet voorzien hadden was het feit dat er nogal wat artsen waren die promoveerden als waarnemer of als assistent bij een huisarts, zonder zich ergens definitief gevestigd te hebben. Van alle afgestudeerde huisartsen is 25% nooit als huisarts gevestigd geweest, wat ons niet bekend was.² De onderscheiding stad/platteland (dorp) leek van belang want vroeger sprak men vaak van 'plattelandsarts' – klaarblijkelijk een speciaal beroep – en een verschil in honorering bleef soms tot na 1950 bestaan. Men kon toen nog huisarts zijn in de 'dunbevolkte gebieden', het abonnementshonorarium van de ziekenfondsen was daar hoger.

Maar een goed criterium voor de onderscheiding stad/platteland was moeilijk te vinden. Eerst leek de grens vastgesteld te kunnen worden bij het aantal inwoners van de plaats van vestiging – bijvoorbeeld bij 20.000 inwoners – maar dat was vaak nauwelijks te achterhalen. Bovendien bleek een plaats die vroeger dorp genoemd werd (Zuilen, Overschie) later een stadsdeel te worden. Wij hebben dus slechts de plaats van vestiging vermeld zonder een verdere aanduiding. Dit gegeven is echter niet verder gebruikt. Of de arts full-time als huisarts werkzaam was, of niet, bleek vaak uit het voorwoord van het boek, bovendien is dat bij de enquête gevraagd. Het part-time werken als huisarts komt vooral de laatste tijd voor.

2 *De promotie*

Bijna al de gegevens waren gemakkelijk te achterhalen want zij staan steeds in het boek vermeld, soms op de achterzijde van het titelblad. Alleen met promotoren en co-promotoren werd rekening gehouden, de eerstgenoemde promotor werd als eerste promotor genoteerd. Een enkele maal – vooral vroeger – was het specialisme van de promotor niet te achterhalen of werd een specialisme niet overal met dezelfde term aangeduid.

Een vak als ‘Sociale geneeskunde’ bijvoorbeeld kwam aan verschillende universiteiten nogal eens onder een andere naam voor (geneeskundige politie, gezondheidsleer, hygiëne).

‘Hoogleraar sociale geneeskunde’ noemden wij die hoogleraren die als zodanig in een bibliografie genoemd werden.³ Dat is niet onbelangrijk, want ongeveer 70 huisartsen zijn bij een hoogleraar sociale geneeskunde gepromoveerd, bijna allen in de periode dat er nog geen leerstoelen huisartsgeneeskunde bestonden.

3 *Het onderzoek*

De gegevens ondergebracht onder deze term leverden de meeste problemen op, maar ook weer lang niet allemaal. Of het onderzoek verricht was in de eigen praktijk was relevant en meestal niet zo moeilijk vaststelbaar, maar het was niet zeldzaam dat een deel van dat onderzoek, beschreven in hetzelfde proefschrift, buiten de eigen praktijk had plaatsgevonden, in een laboratorium bijvoorbeeld. Of andere huisartsen hadden meegeholpen was vaak eenvoudig vast te stellen. Bijna altijd werd dat in het voorwoord of in de inleiding vermeld. Een dergelijke medewerking was soms noodzakelijk omdat één huisartspraktijk te weinig gegevens voor het onderzoek zou opleveren.

Een indeling van het onderzoek op basis van de onderzoeksmethode hebben wij – zoals gezegd – niet gemaakt. Een indeling op basis van trefwoorden gebruikt in bibliotheken, was niet toepasbaar, omdat er in de lijsten veel te veel specialistische termen voorkwamen of omdat deze indeling juist veel te grof was.⁴ Dergelijke classificaties zijn trouwens ook met andere bedoelingen opgesteld. Ook een classificatie op basis van de medische specialismen was niet mogelijk omdat een grote groep proefschriften dan niet ingedeeld kon worden.

Wel hebben wij een indeling van het onderzoek toegepast aan de hand van het onderwerp, het ‘aandachtveld’, dat in het proefschrift werd bestudeerd. Ook een indeling op basis van het onderzochte ‘object’, de ‘analyse eenheid’, was mogelijk. Touw-Otten gebruikte het begrip ‘aandachtveld’ en wist de door haar onderzochte dissertaties in negen groepen onder te brengen zonder dat de (negende) restgroep te groot werd.⁵ (Zie Bijlage IV)

Een indeling aan de hand van het studie-object – de ‘analyse-eenheid’ – lag voor de hand en bleek redelijk goed mogelijk. Soms werden meerdere objecten onderzocht waardoor er soms dubbelstellingen ontstonden. Een bepaalde ziekte was nogal eens het studie-object en om deze reden is – voor zover dat mogelijk was – het ICPC nummer genoteerd waaronder deze ziekte in de desbetreffende classificatie is opgenomen.⁶ Nu is de ICPC – International Classification of Primary Care – een classificatie van de symptomen/klachten en diagnoses/ziekten die de dokter waarneemt of stelt bij zijn ontmoeting met de individuele patiënt. Om deze reden zijn sommige dissertaties, ondanks het feit dat bijvoorbeeld symptomen of ziekten het onderwerp van onderzoek zijn, toch niet in dit systeem onder te brengen. Bijvoorbeeld de proefschriften D125 en D275.

Een enkele keer werden door de huisarts gegevens bewerkt die door anderen verzameld waren. Vroeger vooral door de Inspectie voor de Volksgezondheid, tegenwoordig door de peilstations waar morbiditeitsonderzoek wordt verricht: de universitaire (academische) werkvelden huisartsgeneeskunde. Het onderwerp heet dan ‘Gegevens verwerkende registratie’. Het ligt voor de hand dat bij het aandachtsveld ‘Geschiedenis der geneeskunde’ literatuur het object van onderzoek is.

Het begrip ‘subsidie’ gaf weer andere problemen. Terwijl vroeger huisartsen meestal promoveerden op eigen kosten – de universiteit droeg soms impliciet aan deze kosten bij – komt het na de tweede wereldoorlog steeds vaker voor dat er sprake is van een subsidiegever. Omdat deze subsidiegevers in het proefschrift altijd genoemd worden, is deze informatie eenvoudig op ons formulier overgenomen. Het bleek echter dat de vorm waarin deze subsidie gegeven werd, uiteenliep en dat de gebruikte terminologie soms onduidelijk was, zodat een logische indeling ook niet toegepast kon worden. Het was bijvoorbeeld niet zeldzaam dat alleen het uitgeven en het verspreiden van het proefschrift voor rekening van een sponsor kwamen.

4 Het proefschrift

Onder deze term hebben wij ondergebracht: de taal waarin het proefschrift is geschreven, het aantal pagina’s van het boek en het al of niet aanwezig zijn van een curriculum vitae. Tevens werd genoteerd in welke taal de samenvatting geschreven was, of er een handelseditie van het boek was verschenen, of er een herdruk was uitgekomen en of er hoofdstukken in het proefschrift als tijdschriftartikel gepubliceerd waren of werden.

Ook de taal waarin de samenvatting is geschreven werd vermeld. Vooral vroeger was er nogal eens geen samenvatting, maar sloot men een proefschrift af met een Slotbeschouwing, een Nabeschouwing, een Tot besluit of met Conclusies, al of niet met een vertaling. Er is ook een tijd geweest dat het gewoon was dat er een samenvatting was in drie talen.

Of er een handelseditie of een herdruk van het proefschrift was uitgegeven moest apart worden nagegaan. Sommige proefschriften zijn als handelseditie in bepaalde reeksen verschenen. Van enkele dissertaties bezitten wij alleen deze handelseditie, het stellingenblad ontbreekt dan. Bij bijzonderheden werd tenslotte aangegeven: met wie een dubbelpromotie had plaatsgevonden, of de auteur nog een andere studie had gevolgd, of het boek van een historische inleiding voorzien was, enzovoort. Met veel van deze informatie is later niets gedaan.

Bij het bewerken van de gegevens deden zich problemen of vragen voor. In de eerste plaats werd het duidelijk dat vooral na ongeveer 1980 het promotieonderzoek van vrij veel huisartsen door speciale 'stimuleringsregelingen' – die tevoren niet bestonden – gefinancierd was. Het heeft vrij veel werk gekost voor het duidelijk werd hoe een en ander was geregeld.

Daarnaast bleek het later van belang te zijn de literatuur in de proefschriften nader te analyseren omdat er op dit punt in het verloop van de tijd nogal wat veranderd was. Om de gebruikte literatuur bij het schrijven van de proefschriften nader te analyseren zijn steekproeven uit de reeks genomen omdat deze werkwijze voldoende bruikbare gegevens bleek op te leveren. Aan deze 'literatuurverwijzingen' is een speciale paragraaf gewijd. (V. II)

PERIODISERING

De chronologische indeling van de proefschriften in groepen was nodig om door vergelijking van deze groepen de veranderingen duidelijk te maken. De vraag was welke indeling de voorkeur verdiende. In principe zijn er twee mogelijkheden: (a) de indeling vindt plaats aan de hand van belangrijke historische gebeurtenissen of veranderingen die waarschijnlijk van invloed zijn geweest op het doen van wetenschappelijk onderzoek door huisartsen; of (b) de indeling vindt plaats door de chronologisch geplaatste boeken eenvoudig in twee of drie gelijke groepen te verdelen.

AD. A. In het nu volgende overzicht zijn deze belangrijke gebeurtenissen of veranderingen na 1900 aangegeven. Voor een groot deel hebben wij deze in Hoofdstuk II besproken.

1917: Wet Limburg waardoor ook HBS'ers konden promoveren; 1930: het instellen van de specialisten registratie waardoor het duidelijk werd welke artsen huisarts en welke artsen specialist waren; 1940-1945: Tweede wereldoorlog; 1941: Ziekenfondsbesluit; 1956: oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap nadat er vele jaren – vooral na de Tweede Wereldoorlog – over de huisarts en zijn werk-

zaamheden gediscussieerd was; 1960: de Woudschoten Conferentie die een grote invloed gehad heeft op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland;⁷ 1967-1974: De periode waarin aan alle universiteiten hoogleraren huisartsgeneeskunde werden benoemd; 1974: Het instellen van de huisartsenregistratie.

De mogelijkheid zou zijn de jaren 1930 en 1973 als indelingscriterium te nemen, ware het niet dat er dan drie reeksen dissertaties ontstaan die wel erg in omvang met elkaar verschillen: resp. 51, 204, en 143 dissertaties. Ook de indeling in twee perioden vóór en ná de tweede wereldoorlog levert een weinig evenwichtige verdeling op: resp. 113 en 285 proefschriften. Touw-Otten en Van der Werf geven beiden een beargumenteerde indeling van de periode na 1945, maar beide indelingen zijn voor ons doel onbruikbaar, omdat de indeling van Touw-Otten tot 1979 gaat en die van Van der Werf niet duidelijk is afgegrensd.^{8,9}

Uitgaande van diverse mogelijkheden komen wij tot de volgende indeling waarvoor enkele argumenten zijn aan te voeren. (Indeling 1) De periode 1900 tot en met 1945 lijkt logisch omdat er zich na de tweede wereldoorlog veel veranderingen hebben voorgedaan. Het jaar 1970 is gekozen omdat er na dat jaar een tijd aanbreekt waarin het promotieonderzoek van huisartsen plaatsvindt onder supervisie van hoogleraren huisartsgeneeskunde en omdat er dan een redelijke verdeling van de reeks ontstaat. De eerste promotie bij een hoogleraar huisartsgeneeskunde vond in 1968 plaats: D117.

Verschillende andere indelingen hebben wij overwogen maar de volgende leek de meest voor de hand liggende: (Indeling 1) 1900-1945 waarin 114 proefschriften; 1946-1970 waarin 126 proefschriften; en 1971-1995 met 158 proefschriften.

AD. B. De verdeling van de totale reeks vindt plaats op basis van kwantitatieve gegevens door de chronologische reeks proefschriften eenvoudig in twee of drie groepen te verdelen.

In twee groepen van ongeveer 200 dissertaties: (Indeling 2) dissertatie 1 tot en met 199 (1900-1964) en dissertatie 200 tot en met 398 (1965-1995). Of in drie groepen van ongeveer 133 dissertaties (Indeling 3): dissertatie 1 tot en met 132 (1900-1948); dissertatie 133 tot en met 265 (1949-1977); en dissertatie 266 tot en met 398 (1978-1995).

De Indeling 2 is te grof en de verdeling van de tijd is weinig logisch. Ook Indeling 3 is wat tijdsverdeling betreft erg willekeurig. Wij besloten dus, na enige toepassingen die goed uitvielen, Indeling 1 te gebruiken.

Noten

1 Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening* p. 73. e.v.

2 Marrée, e.a., *Huisartsen die zich niet vestigen*.

- 3 Duim-Rogers, *Bibliografie*.
- 4 National Library of Medical Cataloging en CIP – Gegevens, Koninklijke Bibliotheek.
- 5 Ibidem 1, p. 73.
- 6 Boersma, *ICPC*.
- 7 Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG.
- 8 Ibidem 1, p. 71.
- 9 Werf, Huisarts en Universiteit.

HORA

HOOFDSTUK IV

De bewerking van de gegevens

DE BEWERKING VAN DE GEGEVENS

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

DE PROEFSCHRIFTEN 1900-1995

NABESCHOUWING

IV — DE BEWERKING VAN DE GEGEVENS:
RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK
DE PROEFSCHRIFTEN 1900-1995

Bij het bewerken van de gegevens van het data-bestand deed zich direct de vraag voor in welke volgorde de resultaten vermeld zouden moeten worden. De hier toegepaste leek het meest zinvol: het jaar van de promotie, enkele persoonsgegevens van de huisarts, diens praktijk en werksituatie, gegevens betreffende het promotieonderzoek en ten slotte informatie over het proefschrift. Nu volgen dus de resultaten waaraan in ieder hoofdstukje zo nodig een korte beschouwing wordt gewijd. Zoals uit de tekst blijkt worden de gegevens uit de drie perioden (1900-1945, 1946-1970 en 1971-1995) op enkele plaatsen met elkaar vergeleken.

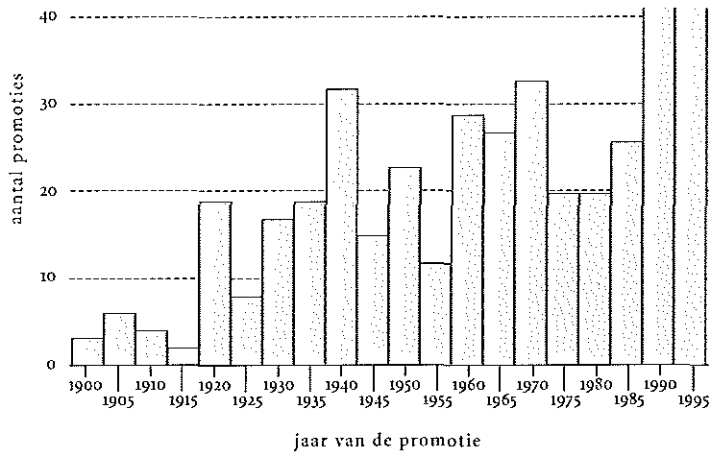
Het jaar van de promotie

In Diagram I is al duidelijk zichtbaar dat het aantal promoties per (vijf) jaar in de loop van de tijd is gestegen. Dat is logisch omdat zowel de bevolking van Nederland als het aantal huisartsen sinds 1900 uiteraard is toegenomen. (Tabel I)^{1,2,3}

In Diagram I is het aantal promoties per vijf jaar aangegeven en in Figuur I is dit aantal afgezet tegen het aantal gevestigde huisartsen. Sinds kort – na 1990 – is er sprake van een duidelijke relatieve stijging van het aantal promoties. Er zijn jaren geweest waarin geen enkel proefschrift verscheen: 1901, 1904, 1908, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1925 en 1944, daarna kwam dat niet meer voor.

Het ontbreken van dissertaties in deze jaren kan er op wijzen dat (a) er wel huisartsen promoveerden maar dat in Duitsland deden, dit gebeurde vooral in de jaren 1877-1917; (b) niet alle dissertaties van huisartsen gevonden zijn mede

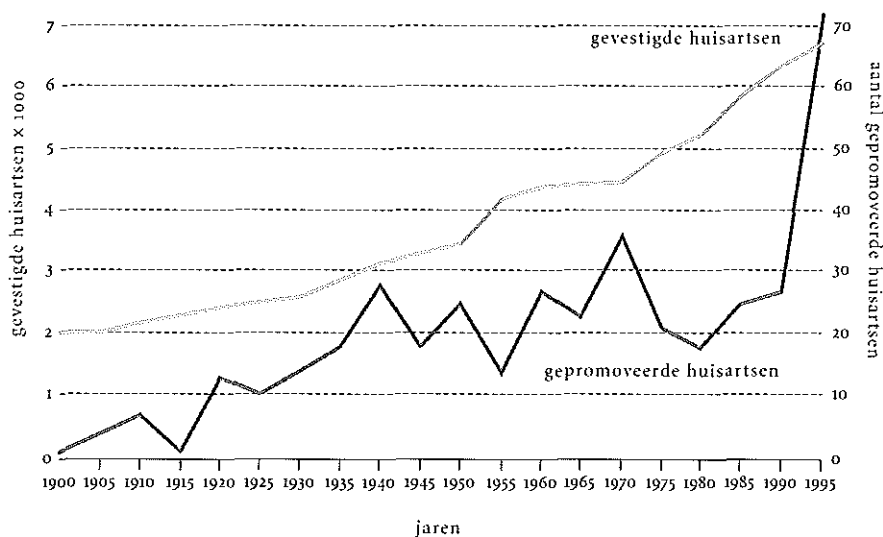
Diagram 1 Chronologische verdeling van de promoties



Tabel 1 Enkele gegevens betreffende huisartsen en specialisten in Nederland

Jaar	1900	1950	1970	1995
Inwoners (x miljoen)	5,1	10,0	12,9	15,4
Aantal specialisten	136	2194	4560	14.143
Aantal huisartsen	1991	3483	4400	6750
Inwoners per huisarts	2562	2871	2932	2281
Percentage vrouwelijke huisartsen	—	3%	3%	20%
Apotheekhoudende huisartsen	?	34%	31%	9%
Praktijkvorm:				
Solo	—	98%	91%	49%
Duo	—	2%	8%	31%
Groep	—	—	1%	11%
Gezondheidscentrum	—	—	—	9%

Figuur I Aantal zelfstandig gevestigde en gepromoveerde huisartsen in Nederland tussen 1900 en 1995



omdat het begrip huisarts in die tijd minder duidelijk was dan thans. Er waren vóór 1930 enkele half-specialisten.⁴ Het ontbreken van promoties in het jaar 1944 ligt voor de hand.

Wanneer wij ons realiseren dat de beroepsopleiding van huisartsen – de huisartsenopleiding – na 1975 goed op gang kwam, is het opvallend dat dit niet geleid heeft tot een stijging van het aantal proefschriften.

Het jaar van de promotie staat uiteraard steeds in het proefschrift vermeld. De leeftijd van de promovendus bleef echter in 41 gevallen onbekend. Het blijkt dat in de drie perioden respectievelijk van 17, 20 en 4 huisartsen, ondanks veel zoeken, de geboortedatum onbekend bleef, in respectievelijk 15%, 16% en 4% van de gevallen.

Tijd tussen artsexamen en promotie

Het jaar van het artsexamen is van bijna alle artsen bekend. Dat wil zeggen dat er een betrouwbare uitspraak gedaan kan worden over de tijd die er verlopen is tussen artsexamen en promotie. (Figuur II) De gemiddelde tijd tussen artsexamen en promotie bedraagt 13,5 jaar, de top ligt bij tien jaar. (Diagram II)

Bekijken wij deze informatie in de drie bekende periodes dan wordt het duidelijk dat deze tijd vroeger korter was en in het begin zelfs aanmerkelijk korter. (Figuur II en Diagram III)

Figuur II Relatie tussen het promotiejaar en het aantal jaren tussen artsexamen en promotie

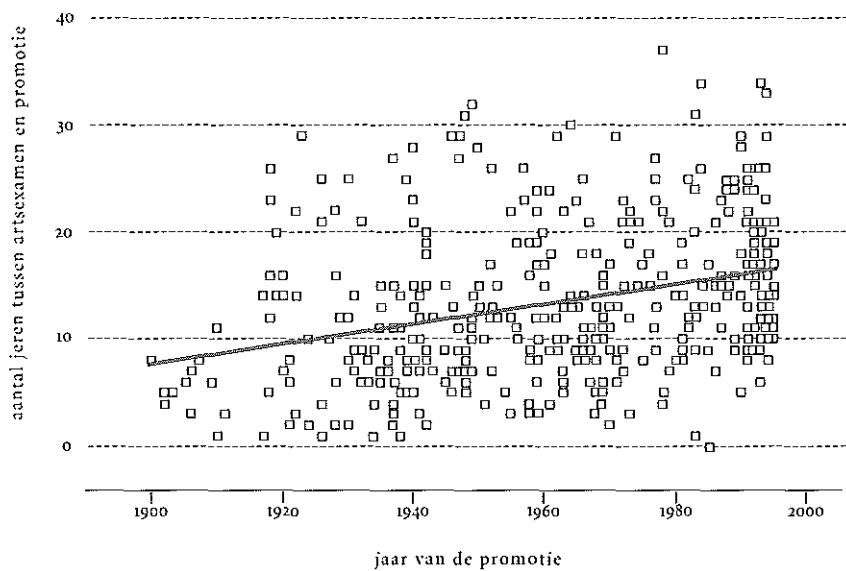


Diagram II Verdeling van het tijdsbestek tussen artsexamen en promotie

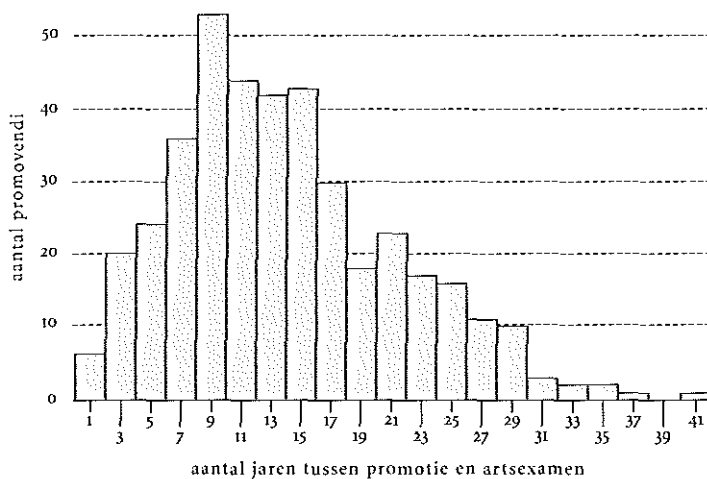
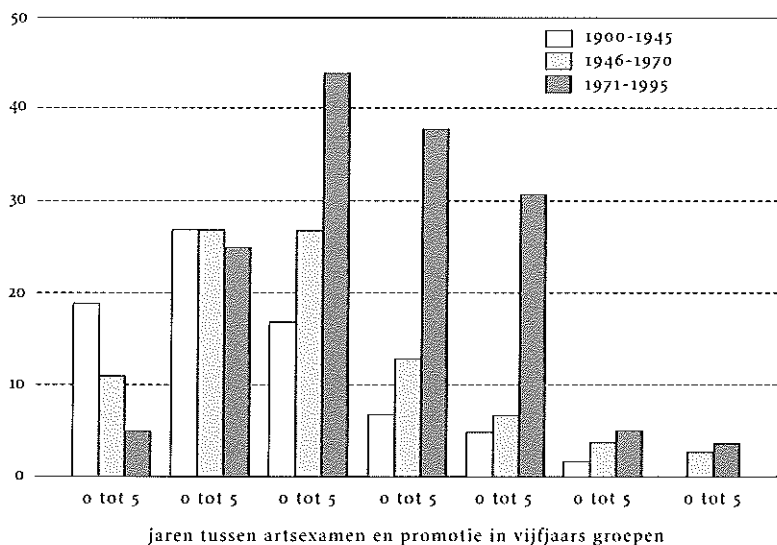


Diagram III Jaren tussen artsexamen en promotie



Over het gehele bekende materiaal kunnen wij zeggen dat de ‘gemiddelde arts’ op zijn 27e jaar zijn artsexamen haalt en, als hij promoveert, dat dertien jaar later, op zijn 40e jaar, doet. Dat de tegenwoordige huisarts later promoveert dan vroeger lijkt een logisch gevolg van de langere studietijd.

Geslacht van de promovendus

De eerste vrouw die arts werd was, zoals bekend, Aletta Jacobs (1854-1929). Zij behaalde haar artsexamen in 1878 en promoveerde in 1879.⁵ Tegenwoordig zijn er – sinds ongeveer 1984 – in Groningen meer vrouwelijke studenten in de geneeskunde dan mannelijke en is het beroep huisarts voor vrouwen allermindst zeldzaam.⁶ Vóór 1970 kwamen vrouwelijke huisartsen nauwelijks voor en was een gepromoveerde vrouwelijke huisarts een grote uitzondering. (Tabel I) De eerste vrouwelijke huisarts die promoveerde was Wilhelmina Johanna de Bouvé, huisarts in Katwijk aan Zee, die in 1940 in Leiden bij de psychiater E.A.D.E. Carp, promoveerde op: *De motoriek als persoonlijkheidskenmerk van het kind*. D42. In 1990 was 12% van de huisartsen vrouw, in 1993 was dat percentage tot ruim 17% gestegen. Het percentage vrouwelijke huisarts-promovendi, vóór 1970 minder dan één, bedroeg in onze reeks in de laatste periode bijna 10%. Van de 18 gepromoveerde vrouwelijke huisartsen promoveerden er 12 na 1990.

Huisartsopleiding gevolgd

Sinds enkele jaren is de naam beroepsopleiding vervangen door huisartsopleiding. Van alle huisartsen van wie de dissertaties hier bestudeerd worden, hebben 61 de huisartsopleiding gevolgd (15%). De eerste arts die de opleiding volgde – in 1975 afgestudeerd – was: J.J.A. Bouwman, huisarts te Loenen. De eerste huisarts met een huisartsopleiding die promoveerde was P. Schoonk. Hij behaalde het artsdiploma in 1977 (Amsterdam UvA) en voltooide op 1 oktober 1979 de huisartsopleiding aldaar. Hij werd vervolgens op 14 februari 1980 ingeschreven in het register van erkende huisartsen. Op 29 mei 1980 is hij gepromoveerd (Amsterdam UvA): *Morphogenetic movements as studied in the embryonic chick eye* en op 1 januari 1981 vestigde hij zich als huisarts in Alblasserdam.

Dat was in de tijd dat deze opleiding één jaar duurde, tegenwoordig is dat sinds 1994 drie jaar. Promoveren tijdens de opleiding is zeldzaam – het kwam driemaal voor – maar wordt tegenwoordig door maatregelen van de KNMG gestimuleerd en zal daarom in de toekomst waarschijnlijk wel toenemen mede omdat de opleiding verlengd is en er tegenwoordig een speciale onderzoekersopleiding voor huisartsen bestaat.⁷ Opgemerkt moet worden dat deze drie dissertaties en de dissertatie van Schoonk, per definitie geen deel uitmaken van onze verzameling.

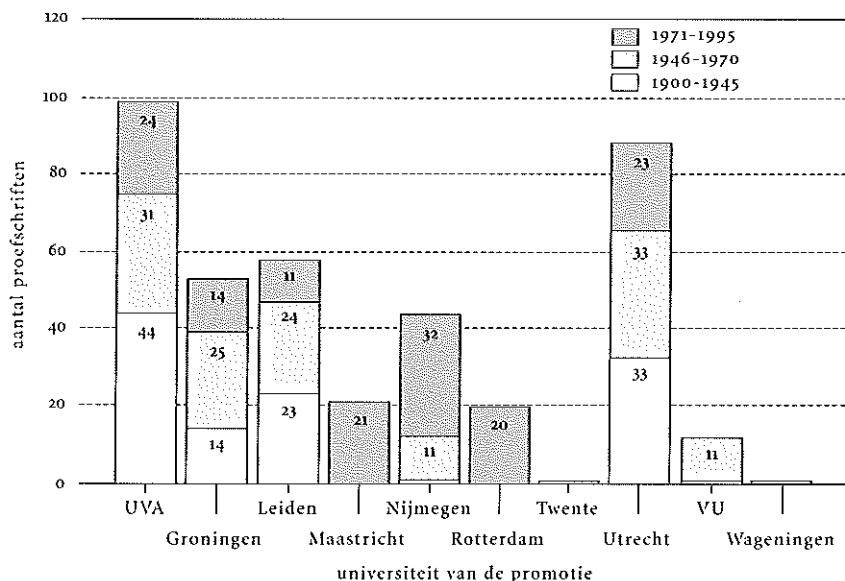
Universiteit waar de promotie plaatsvond

Over de gehele priode genomen staat de Universiteit van Amsterdam aan de top met 100 dissertaties: 25% van de gehele verzameling. Dat Maastricht en Rotterdam, met respectievelijk 22 en 20 proefschriften, wat achteraanlopen, komt omdat dit nog 'jonge' universiteiten zijn. (Diagram IV)

Worden deze gegevens in de drie tijdsperiodes bekeken dan blijkt dat Amsterdam in de eerste periode vooroploopt, Utrecht in de tweede en Nijmegen in de derde periode. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door het feit dat bepaalde promotoren – respectievelijk instituten voor huisartsgeneeskunde – actiever waren, of de voorkeur genoten bij de huisartsen.

Nu tegenwoordig de verschillende universiteiten wat het onderzoek in de huisartsgeneeskunde betreft sterk uiteenlopend financieel 'bedeeld' zijn, heeft het geen zin meer het ene instituut met het andere te vergelijken. De nadruk is de laatste jaren zozeer op het onderzoek komen te liggen dat de externe financiering voor een groot deel ook het aantal promovendi bepaalt. Vooral de huisartseninstituten in Maastricht en Amsterdam (VU) hebben veel onderzoeksgelden toegewezen gekregen, in Amsterdam is zelfs speciaal een niet-huisarts tot hoogleraar benoemd om het onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde leiding te geven (J.Th.M. van Eijk), in Maastricht een niet-huisarts om onderzoek te doen in de

Diagram IV Universiteit waar de promotie plaatsvond



eerste-lijnsgezondheidszorg (J. van der Zee). Bovendien bestaat sinds 1987 in Amsterdam het EMGO – het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek – waar twaalf (EMGO-)proefschriften van huisartsen zijn verschenen.⁸ (Zie verder Hoofdstuk VI) Bij dat alles komt nog dat een hoogleraar tegenwoordig vrijwel nooit meer de enige promotor is, zodat ook dat feit de ‘persoonlijke aantrekkingskracht’ van een universiteit vermindert.

Een geheel nieuwe ontwikkeling is ook de benoeming van bijzondere hoogleraren op een deelgebied van de huisartsgeneeskunde: R.P.Th.M. Grol (Nijmegen) – in het bijzonder de kwaliteitsbewaking en bevordering in de huisartsgeneeskunde – en J. de Haan (Groningen) in de Praktijkvoering in de Huisartsenpraktijk. Ook dat feit zal waarschijnlijk in de toekomst van invloed zijn op het aantal promovendi.

Praktijkvorm tijdens de promotie

Uit Diagram V is duidelijk zichtbaar dat het promoveren door huisartsen werkzaam in solopraktijken na 1960 duidelijk afneemt en dat er vooral gepromoveerd wordt in duopraktijken, die ook absoluut sterk in aantal zijn toegenomen. Ik citeer uit het verslag van het NIVEL uit 1995: ‘Iets minder dan de helft (49%) van de Nederlandse huisartsen werkt in een solopraktijk. Circa 31% werkt in een duopraktijk, ruim 10% werkt in een groepspraktijk en ruim 9% in een gezondheids-

Diagram V Jaar van de promotie naar praktijkvorm

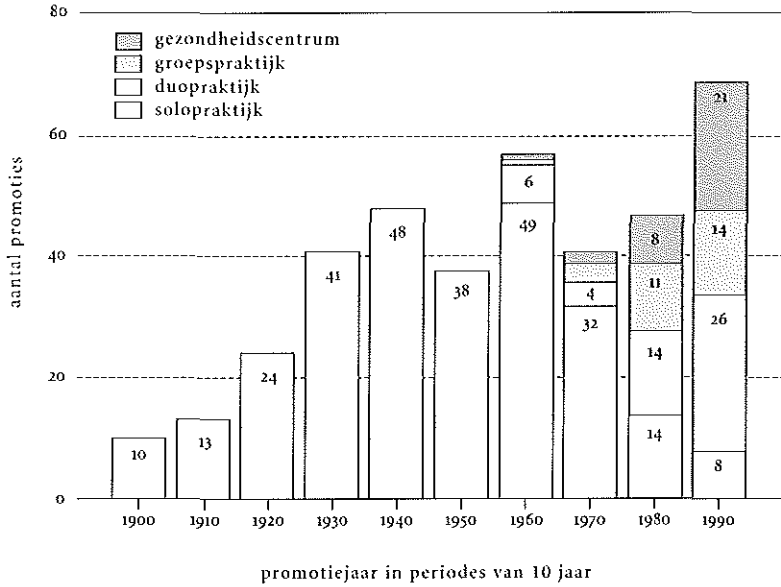
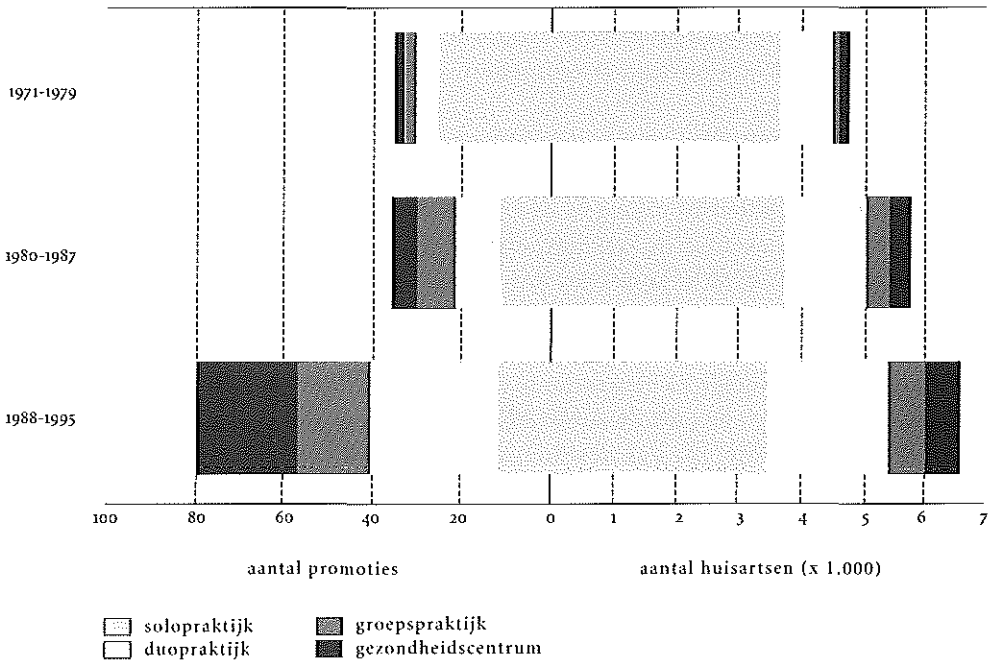


Diagram Va Praktijkvorm tijdens promotie t.o.v. gevestigde huisartsen



centrum.... Deze verdeling is de afgelopen vijf jaar redelijk constant gebleven.³ In Diagram Va staan gegevens van het NIVEL gerelateerd aan de absolute getallen zodat nu zichtbaar wordt dat de duopraktijken ook relatief aan de top staan. In Tabel I staat aangegeven hoe de situatie zich de laatste tijd ontwikkeld heeft. Men kan stellen dat vóór 1945 alle huisartsen als solist werkzaam waren en vóór 1970 ruim 90%.

Type plaats van vestiging. Dorp (platteland)/stad

We hebben reeds beschreven dat het verzamelen van deze gegevens nauwelijks iets heeft opgeleverd. Het enige wat uit de gehouden enquête bleek was dat van de 159 huisartsen er 12 zich niet gevestigd hadden, maar werkzaam waren als waarnemer in wisselende praktijken. Klaarblijkelijk is dit een werksituatie waarbij een promotie-onderzoek mogelijk is. Ja, misschien wordt dit werk wel gekozen om een promotie-onderzoek te kunnen doen.

Deeltijd of fulltime werkzaam

Uit Tabel II is goed zichtbaar dat het in deeltijd werkzaam zijn als promoverende huisarts tegenwoordig vaak voorkomt: in de derde periode in bijna 60% van de gevallen. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat een huisarts die voor zijn onderzoek een subsidie verkrijgt dit heel vaak ontvangt in de vorm van een aanstelling bij de universiteit, meestal bij een universitair instituut voor huisartsgeeneeskunde. Althans dat is tegenwoordig – vooral na 1970 – zo. De onderzoeker krijgt dan een aanstelling van bijvoorbeeld 0,4 fte oftewel vier dagdelen, dat is 16 uur. Dat wordt uiteraard bevorderd door het feit dat men ook in deeltijd werkend zijn bevoegdheid als huisarts kan blijven behouden. Maar ook na 1970 is nog altijd ruim 40% van de gepromoveerde huisartsen fulltime werkzaam ten tijde van hun promoveren.

Tabel II Gegevens omtrent de huisartsen en hun onderzoek

	Totaal	1900-1945	1946-1970	1971-1995
Huisartsen	402	115	124	163
Vrouw	18	1	1	16
Fulltime werkzaam**	302	115	122	65
Aanstelling Universiteit	86	1	1	84
Aanstelling HA Instituut	71	—	1	70
Onderzoek in eigen praktijk	177	30	62	85
Onderzoek samen met anderen	134	7	22	105
Huisarts als promotor*	112	—	9	103

* of ** betekent dat het één- of tweemaal voorkam dat het desbetreffende gegeven onbekend bleef.

Aanstelling bij de universiteit.

Het kwam vóór 1970 vrijwel niet voor dat men een aanstelling bij de universiteit had, wèl dat de onderzoeker er – zonder salaris – werkzaam was en impliciet gebruik maakte van universitaire voorzieningen. Dit was in feite een soort ‘eerste geldstroom’ onderzoek. (Tabel II)

Aanstelling bij een huisartseninstituut.

Duidelijk is dat een aanstelling bij de universiteit na 1970 – 84 maal – meestal betekende (in 70 gevallen): een aanstelling bij een huisartseninstituut. (Tabel II)

Onderzoek in de eigen praktijk

Dit kwam in bijna 44% van het promotieonderzoek voor en het blijkt dat dit gedurende de onderzoeksperiode is toegenomen. Uiteraard heeft een dergelijke opzet bezwaren en vooral op dit verschijnsel wordt door critici gewezen als zij onderzoek door huisartsen ter sprake brengen. Van generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegevens is dan soms geen sprake, bovendien is een controle op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd minder goed mogelijk. (Tabel II) Door het onderzoek eveneens in andere praktijken uit te voeren – of uit te laten voeren – wordt aan deze bezwaren tegemoetgekomen. Dit blijkt inderdaad gedaan te worden: in 43% van de gevallen waarin het onderzoek in de eigen praktijk gedaan wordt, wordt samengewerkt met anderen, terwijl dat bij het andere onderzoek in 25% zo is. (Tabel III)

Overigens blijkt dat het hier de laatste tijd vooral ook onderzoek betreft dat gedaan wordt binnen de academische werkvelden huisartsgeneeskunde – of registratienetwerken – van de universitaire huisartseninstituten. In ons materiaal zijn dat 25 dissertaties die geschreven zijn na 1990. (Zie Hoofdstuk VI)

Onderzoek samen met andere huisartsen

Dit samenwerken met andere huisartsen aan hetzelfde onderzoek komt steeds vaker voor, maar was toch ook vroeger allerm minst zeldzaam. In de drie perioden respectievelijk in 6, 18 en 64% van de gevallen. (Tabel II)

Tabel III Onderzoek in de eigen praktijk, al of niet samen met anderen

In eigen praktijk	Samen met anderen	Niet samen met anderen
177	76 (43%)	101
Niet in eigen praktijk		
225	58 (25%)	167

Vroeger organiseerde het Nederlands Huisartsen Genootschap, het NHG, het zogenaamde *NHG-Jaaronderzoek* – zie onder andere de dissertaties D304 en D221 – maar deze onderzoeken vinden niet meer plaats. Vooral het verzamelen van gegevens uit de academische werkvelden eist, zoals gezegd, de laatste tijd uiteraard samenwerking. Interessant is ook de mogelijkheid om door samenwerking met andere huisartsen een betrekkelijk zeldzame ziekte of afwijking nader te analyseren. Zie bijvoorbeeld de dissertaties D106 en D85.

Dubbelpromotie

Deze mogelijkheid kwam al eerder voor maar werd wettelijk in 1981 toegestaan. In onze verzameling negenmaal. Alle negen gevallen in de derde periode, dus na 1970. De eerste dubbelpromotie was van E. van der Does (huisarts) en J. Lubsen (epidemioloog) in 1978 in Rotterdam: *Acute coronary events in general practice* D88. Eén dubbelpromotie bleek echter wel een dubbelpromotie te zijn, maar de promovendi hadden twee proefschriften geschreven: D390 en D267. De acht ‘dubbel-dissertaties’ waren geschreven door twaalf huisartsen en vier niet-huisartsen: (1978) E. van der Does* met J. Lubsen; (1989) G.E.H.M. Rutten* met M.M.L. Beek; (1992) C.L.M. Appelman* met J.Q.P.L. Claessen; (1992) A.J.P. Boeke* met J.H. Dekker*; (1992) H.G. Grundmeijer* met H.C. van Weert*; (1993) C. van Boven* met P.H. Dijksterhuis*; (1993) J.W.M. Muris* met R.J.J.E.Th. Starmans*; (1994) E. Crone-Kraaijeveld* met L.W.A. van Suijlekom-Smit. De huisartsen staan vermeld met een*. Vier van hen werkten samen met een andere huisarts en vier met respectievelijk: een keel-neus-oorarts (Claessen), een kinderarts (Van Suijlekom), een epidemioloog (Lubsen) en een sociaal-pedagoge (Beek). De reeks dissertaties betreft dus minder proefschriften dan huisartsen.

Onderwerp van het proefschrift

Hier kunnen we onderscheiden het ‘aandachtveld’, zoals Touw-Otten dat in haar dissertatie noemt, en de ‘ziekte’ of de ‘klacht’ waar de promovendus zijn onderzoek op gericht heeft.⁹ Dat laatste is lang niet altijd het geval.

In Tabel IV wordt het aandachtsveld aangegeven.

Terwijl Morbiditeit, Bevolkingsonderzoek, Gedrag van de huisarts, Praktijkvoering en Diagnostiek in de drie opeenvolgende perioden als onderwerp steeds vaker voorkomen, komen de aandachtsvelden: Procreatie en seksualiteit, Voeding en de Geschiedenis der geneeskunde steeds minder vaak voor. Opgemerkt moet worden dat verloskundige onderwerpen uiteraard in de categorie Procreatie en seksualiteit zijn ondergebracht en dat preventief geneeskundig onderzoek valt onder de rubriek Bevolkingsonderzoek. Dat de huisarts ‘zichzelf’ als object van onderzoek neemt kwam vroeger niet of nauwelijks voor en ook de praktijkvoering was ken-

Tabel IV Aandachtveld (onderwerp) van het proefschrift (in procenten)

Onderwerp	1900/1945	1946/1970	1971/1995	Totaal
Morbiditeit	32	37	38	36
Bevolkingsonderzoek	3	6	10	7
Gedrag huisartsen	—	2	14	7
Praktijkvoering	—	2	4	2
Diagnostiek	7	9	10	9
Procreatie/seksualiteit	8	10	6	8
Voeding	6	3	1	3
Geschiedenis der geneeskunde	13	10	2	7
Diversen	31	21	15	22

nelijk niet interessant genoeg. Morbiditeit was bijna steeds in éénderde van de gevallen het onderwerp, wat zo ongeveer overeenkomt met de patiënt als 'object van onderzoek' in de volgende tabel. De categorie Diversen: 88 proefschriften, is wel erg groot: ruim 20%. Ook bij Touw-Otten is dat het geval en ook bij haar bedroeg dit aantal (29 van de 145 proefschriften): 20%. Uiteraard wordt dat veroorzaakt door het feit dat de onderwerpen die de huisartsen voor hun proefschriften kiezen zeer uiteenlopend zijn. Omdat deze categorie geen 'restcategorie in de gebruikelijke zin van niet in te delen studies' is, verdeelt Touw-Otten deze groep weer in zes subcategorieën.¹⁰

Wanneer wij deze zelfde indeling van subcategorieën aanhouden vallen toch 23 van de 83 dissertaties in de rubriek 'restcategorie/niet in te delen' (28%), ook dat is hetzelfde percentage dat Touw-Otten vond. Ook hieruit blijkt weer hoe divers de onderwerpen zijn. (Tabel V) Ook in deze tabel is een zekere trend zichtbaar: de

Tabel V Onderwerp proefschrift: categorie diversen

Aantal dissertaties van de categorie 'diversen' uitgesplitst in subcategorieën in de drie perioden

Categorie diversen	1900-45	1946-70	1971-95	totaal
a wetgeving; instellingen gezondheidszorg	8	3	2	13
b dierexperimenteel onderzoek	10	11	3	24
c geneesmiddelenonderzoek	—	4	5	9
d erfelijkheidsonderzoek	6	2	—	8
e invloed sociale omgeving	1	—	5	6
f restcategorie, niet in te delen	9	5	9	23

afname van het dierexperimenteel- en erfelijkheidsonderzoek en de toename van het geneesmiddelenonderzoek. Voor de (invloed van de) sociale wetgeving is bij de huisartsen, wat dissertaties betreft, weinig belangstelling geweest.

Omdat het in een aantal gevallen niet zo eenduidig is in welke categorie een dissertatie moet worden ingedeeld wil ik nog wijzen op dubbelstellingen en op proefschriften die een onderwijskundig onderwerp behandelen, maar op andere plaatsen zijn ingedeeld. Het gaat om vijf dissertaties: D215, D277, D371, D389 en D401. De vraag zou gesteld kunnen worden of een huisarts nu wel de eerst aangewezen is om een onderwijskundig onderzoek te verrichten, hoewel er al bijna dertig jaar onderwijs in de huisartsgeneeskunde gegeven wordt. Het zou voor de hand liggen dat dit onderzoek gedaan werd door psychologen die verbonden zijn aan de instituten voor huisartsgeneeskunde. Maar dat is nauwelijks het geval. Om na te gaan welke klachten en ziekten in de dissertaties behandeld zijn en welke niet of nauwelijks, gaan wij uit van de ICPC. Tabel VI en VII.¹¹

Deze ICPC lijst is echter opgesteld om een handleiding te hebben bij het classificeren van klacht of diagnose tijdens het contact met de individuele patiënt. De

Tabel VI Dissertaties verdeeld over de hoofdstukken van de ICPC (n=210)

Hoofdstuk ICPC	Totaal	Symptoom/Klacht	Diagnose/Ziekte
A Algemeen	30	3	27
B Bloed	2	—	2
D Tractus Digestivus	20	7	13
F Oog	7	1	6
H Oor	5	—	5
K Tractus Circulatorius	20	—	20
L Bewegingsapparaat	10	7	3
N Zenuwstelsel	7	1	6
P Psychische problemen	18	5	13
R Tractus Respiratorius	39	3	36
S Huid en subcutis	4	—	4
T Endocriene klieren/voeding	14	1	13
U Urinewegen	9	1	8
W Zwangerschap/bevalling anticonceptie	20	5	15
X Geslachtsorganen vrouw	6	5	1
Y Geslachtsorganen man	2	1	1
Z Sociale problemen	5	5	—

classificatie betreft echter natuurlijk wel onderwerpen waar de huisarts mee geconfronteerd wordt en is daarom in principe voor ons doel bruikbaar, mits wij de beperkingen van het gebruik ervan in het oog houden. Er zijn namelijk wel proefschriften die ziekten of klachten behandelen maar desondanks niet in deze lijst zijn onder te brengen, bijvoorbeeld de dissertaties D125 en D10.

Wie de lijst bestudeert van de 'aandachtsvelden' volgens Touw-Otten, begrijpt dat ook dissertaties die ingedeeld zijn bij de aandachtsvelden Bevolkingsonderzoek, Gedrag van de huisarts, Praktijkvoering en Voeding meestal niet volgens de ICPC kunnen worden ingedeeld. Vooral de proefschriften die binnen het aandachtsveld Morbiditeit zijn ondergebracht – en dan nog niet allemaal – zijn met een ICPC-codering onder te brengen.

Iedere dissertatie is apart beoordeeld of het mogelijk was het boek een plaats te geven in dit systeem. Het was niet juist alleen de proefschriften te bekijken met

Tabel VII ICPC-coderingen die driemaal of vaker voorkomen

ICPC code	naam klacht/aandoening	aantal proefschriften
A 80	Ongevallen	4
A 96	Dood/overlijden	6
D 01	Buikpijn	4
D 70	Infectieuze diarree	4
D 85/86	Maag/duodenumzweer	3
K 75	Acuut myocardinfarct	3
K 85/86	Hypertensie	7
K 91	Atherosclerose	4
L 03	Lage rugpijn	4
P 75	Hysterie/Hypochondrie	4
R 70	Tuberculose van de luchtwegen	13
R 72	Streptococcen angina/Roodvonk	3
R 80	Influenza	3
R 83	Difterie	3
R 96	Astma	5
T 90	Diabetes mellitus	9
U 71	Cystitis/Urineweginfectie	4
W 11	Orale anticonceptie	4
W 90	Normale bevalling	6
W 92	Gecomplieerde bevalling	3
X 11	Climacteriële klachten	3

Morbiditeit als aandachtsveld, want bijvoorbeeld de dissertatie van R. Maathuis (1938) (*De diphtherie in den loop der eeuwen*) is wat aandachtsveld bij de Geschiedenis der geneeskunde ingedeeld, maar past ook in de ICPC-classificatie. Sommige dissertaties zijn daarom op meerdere plaatsen ondergebracht, bijvoorbeeld ook het proefschrift D186 bij Diabetes (T 90) en bij Retinopathie (R 83).

Zoals bekend classificeert men met de ICPC het Symptoom en/of de Klacht (de nummers 01-29) óf de Diagnose en/of Ziekte (de nummers 70-99). Het bleek betrekkelijk eenvoudig te zijn om in totaal 210 proefschriften – dat is 52% van alle proefschriften – van een ICPC-code te voorzien. In 49 gevallen betrof het een symptoom of klacht, in 161 gevallen een diagnose of ziekte. (Tabel VI) Van de onderwerpen kwamen er 17 tweemaal voor en 73 slechts éénmaal. (Tabel VII) Bestuderen wij zowel de indeling van de aandachtsvelden als de ICPC-codering in het verloop van de tijd, dan blijkt dat er in het promotie-onderzoek van duidelijke tijdsinvloeden gesproken kan worden. Er is een tijd geweest dat vooral de onderwerpen voeding en geschiedenis der geneeskunde belangstelling trokken.

Omstreeks 1980/1990 staan hypertensie, astma en diabetes mellitis in het centrum van de belangstelling. De tuberculose is de hele eerste helft van deze eeuw de topscorer.

De onderwerpen verdeeld over de Hoofdstukken van de ICPC laten zien dat de belangstelling wel zo ongeveer overeenkomt met de frequentie waarin deze morbiditeit zich in de huisartspraktijk voordoet. Er zijn echter uitzonderingen. Opvallend is het geringe aantal proefschriften dat een dermatologisch onderwerp heeft. Belangrijke klachten komen aan bod: buikpijn, lage rugpijn, schouderklachten, hoofdpijn, slapeloosheid, alcoholisme en hoesten. Andere belangrijke klachten niet: koorts, adipositas en moeheid. Opvallend is dat de klacht als onderwerp van studie vrijwel alleen na 1980 voorkomt. Men zou misschien kunnen zeggen dat huisartsen bij hun promotieonderzoek meer patiënt-gericht geworden zijn.

Het object van het onderzoek

De gegevens, Tabel VIII, overlappen hier de gegevens van Tabel IV enigszins. Morbiditeit bijvoorbeeld en 'ziekte', worden uiteraard meestal bij patiënten bestudeerd.

Ook in deze tabel is een geleidelijke verandering, een trend, zichtbaar. De patiënt wordt steeds vaker object van onderzoek – het zogenaamde patiënt-gebonden onderzoek – evenals (het gedrag van) de huisarts.

Proefpersonen en laboratoriumgegevens blijven ongeveer gelijk, terwijl proef-dieren en literatuur minder aandacht krijgen. Dat laatste hangt dan weer samen met een vermindering van de aandacht voor de geschiedenis der geneeskunde.

Tabel VIII Object van het onderzoek per tijdsperiode (%)

Object	1900-1945	1946-1970	1971-1995
Patiënt	31	39	46
Huisarts	1	5	17
Proefpersoon	10	9	7
Proefdier	7	8	2
Laboratoriumgegevens	9	6	7
Administratieve gegevens	22	19	14
Literatuur	20	15	6

Administratieve gegevens betreffen tegenwoordig vooral gegevens die huisartsen zelf hebben bijeengebracht, bijvoorbeeld in het Transitieproject van het Amsterdamse Huisartsen Instituut.

Specialisme eerste promotor

De hoogleraren huisartsgeneeskunde werden benoemd in de periode 1967-1974: de eerste, J.C. van Es, in 1967 in Utrecht, de laatste, W. Brouwer, in 1974 in Maastricht. (Tabel IX) De eerste huisarts die bij een hoogleraar huisartsgeneeskunde promoveerde was H.R. Folmer in 1968: D117. Vóór die tijd moesten huisartsen dus bij niet-huisartsen promoveren. (Tabel X en XI) Het lag voor de hand dat de hoogleraren sociale geneeskunde – die vaak zelf ervaring als huisarts hadden – vóór 1967 frequent als promotor optraden: ruim 60 maal. Dat lijkt erg veel, maar dit aantal wordt ook veroorzaakt door het feit dat deze hoogleraren, vooral vroeger, benoemd waren met een wel zeer ruime leeropdracht die vaak betekende dat de desbetreffende professor alle kanten uitkon: medische politie, gezondheidsleer, hygiëne, bacteriologie, epidemiologie, gerechtelijke geneeskunde enzovoort.¹²

Voorop loopt hier de hoogleraar sociale geneeskunde R. Hornstra uit Utrecht, die elf huisarts-promovendi gehad heeft, van wie er later zeven hoogleraar werden, dan volgt P. Muntendam uit Leiden met tien huisarts-promovendi van wie er twee hoogleraar werden.¹³

Bij de volgende klinische hoogleraren promoveerden de huisartsen bij voorkeur: Bij de interne geneeskunde staat de hoogleraar C.D. de Lange, Utrecht, bovenaan (zes promovendi), bij de psychiatrie E.A.D.E. Carp, Leiden (zes) en H.C. Rümke, Utrecht (vijf) en bij de kindergeneeskunde E. Gorter, Leiden (zes). Overigens komen bijna alle specialismen voor. Opvallend is dat de chirurgie zo laag scoort: slechts vijf huisartsen promoveerden bij een hoogleraar in de chirurgie. Een aantal

Tabel IX Benoemingen bij de universiteiten van de eerste lectoren en hoogleraren op het gebied van de huisartsgeneeskunde

<i>Utrecht</i>	
1967 J.C. van Es	Buitengewoon hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts
1975 R.A. de Melker	Gewoon lector in de huisartsgeneeskunde
<i>Nijmegen</i>	
1968 F.J.A. Huygen	Buitengewoon hoogleraar in de toepassing van de geneeskunde in het gezin
1978 H.G.M. van der Velden	Lector in de huisartsgeneeskunde
<i>Leiden</i>	
1969 H.J.P.M. Dijkhuis	Gewoon Hoogleraar in de Algemene Geneeskundige Praktijk
1970 G.J. Bremer	Buitengewoon lector in de huisartsgeneeskunde
<i>Rotterdam</i>	
1970 M.J. van Trommel	Gewoon lector in de huisartsgeneeskunde
1973 H.J. Dokter	Gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde
<i>Amsterdam V.U.</i>	
1970 H.J. van Aalderen	Lector in de huisartsgeneeskunde
1974 H.J. van Aalderen	Gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde
<i>Amsterdam U.v.A.</i>	
1970 B.S. Polak	Lector in de huisartsgeneeskunde
1977 B.S. Polak	Hoogleraar in de huisartsgeneeskunde
<i>Groningen</i>	
1970 K.J. van Deen	Hoogleraar in de huisartsgeneeskunde
<i>Maastricht</i>	
1974 W. Brouwer	Gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde

(Rotterdam 1966 D.C. den Haan)

promotoren behoort tot de prekliniek. Totaal 62 huisartsen (bijna 16%) promoveerden in deze vakken. Overigens wordt de term 'prekliniek', nu tegenwoordig de studenten in een vroeg stadium met patiënten in contact gebracht worden, nauwelijks meer gebruikt.

Tabel X Klinische 'vakken' waarin huisartsen gepromoveerd zijn

Klinische 'vakken'	promovendi
Interne geneeskunde	60
Verloskunde	21
Psychiatrie	18
Kindergeneeskunde	16

Van de latere hoogleraren huisartsgeneeskunde zijn er drie op een preklinisch onderwerp gepromoveerd; alledrie hoogleraar in Rotterdam: H.J. Dokter, A. Prins en S. Thomas.

Een paar huisartsen promoveerden bij een niet-arts. Opvallende dissertaties zijn daarbij: Dekkers (1985), *Het bezielde lichaam. Een ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk*, promotor E.M. Struyker-Boudier, filosoof; Mees (1984), *Filosofie der geneeskunst: Medicosofie. Een theoretisch onderzoek naar de betekenis van het begrip geneeskunst. Een wijsgerige begripsontwikkeling in de trant van Hegels dialectiek*, promotor R. Bakker, filosoof; en Pranger (1992), *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten. Een analyse van de morele problematiek tegen de achtergrond van recente discussies in de Verenigde Staten*, promotor H.M. Kuitert, theoloog, respectievelijk D81, D236 en D284. Een uitzonderlijk proefschrift is ook dat van S. Rijpma (1973), *Gezondheid en gezinsindividualisering in een agrarische gemeenschap*. Rijpma promoveerde in Wageningen bij de gezinssocioloog G.A. Kooy tot doctor in de landbouwwetenschappen: D298. Ten slotte promoveerden vier huisartsen bij een hoogleraar in de 'gedragswetenschappen'.

Tabel XI Préklinische 'vakken' waarin huisartsen gepromoveerd zijn

Preklinische 'vakken'	promovendi
Anatomie, histologie, embryologie	13
Microbiologie, bacteriologie en immunologie	9
Pathologische anatomie	6
Farmacologie	15
Klinische chemie	2
Fysiologie	13
Voedingsleer	4

Ondanks het feit dat er in 1971 al aan vier universiteiten hoogleraren huisartsgeneeskunde waren, promoveerden in de derde periode nog 60 huisartsen bij een niet-huisarts. (Tabel II)

De dissertaties op het gebied van de geschiedenis der geneeskunde – totaal 31 studies – vormen een apart onderdeel van de verzameling dat nog ter sprake komt. (Hoofdstuk V) Omdat er op dat gebied tot voor kort geen hoogleraren waren moesten de promovendi zich steeds ‘behelpen’ met niet-historici, wat de kwaliteit van het onderzoek wel eens niet ten goede kwam. Samenvattend kunnen wij wel zeggen dat de onderwerpen waarop huisartsen zijn gepromoveerd zeer sterk uiteenlopen waardoor de studie van deze boeken zo interessant is.

Aantal promotoren

Het verschijnsel van meerdere promotoren bij één promotie doet zich vooral na 1970, in de derde periode, voor. (Tabel XII) Ongetwijfeld wordt dit veroorzaakt door het feit dat de specialisatie in de geneeskunde steeds verder voortschrijdt, waardoor één promotor het gehele ‘aandachtveld’ niet meer goed kan overzien. Twee promotoren komt tegenwoordig al vaker voor dan één. Het ligt voor de hand dat in veel gevallen naast een hoogleraar in de huisartsgeneeskunde daarbij een bepaalde specialist als promotor optreedt. Zoals bekend komen er later – naast de promotoren – promotie-commissies waardoor het toezicht op de kwaliteit van het onderzoek en de dissertatie intensiever wordt. Een en ander wordt tegenwoordig door de promotiereglementen van de instellingen geregeld.

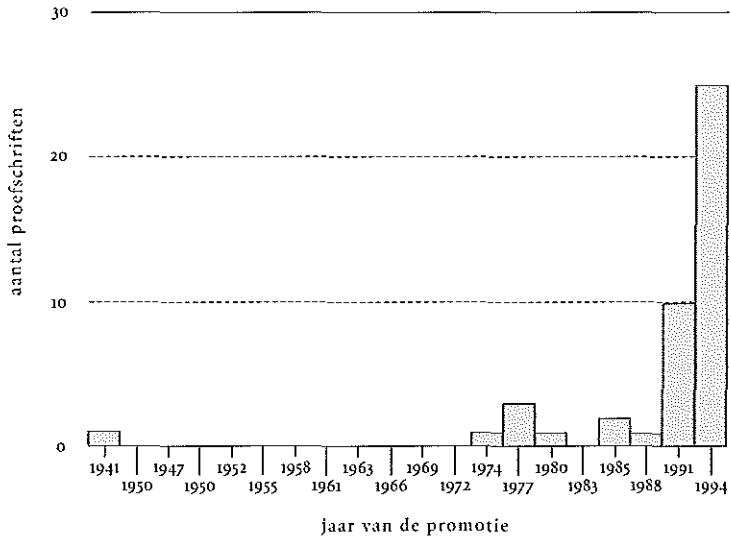
Hoofdstukken als artikel verschenen

Dit treedt pas op in de derde periode, na 1973. Maar eerst in 1991 neemt het aantal toe. Tabel XIII en Diagram VI. Het proefschrift van Hoogvliet (1942): D169 is eigenlijk het eerste proefschrift dat als zodanig verschenen is. De promotie vond plaats op 7 juli 1942, het manuscript was in juni ter publicatie aangeboden aan het blad *Genetica*, waarin het gehele proefschrift werd gepubliceerd.

Tabel XII Aantal promotoren

	1900-1945	1946-1970	1971-1995
Eén promotor	108	121	50
Twee promotoren	—	1	90
Drie promotoren	—	—	18
Vier promotoren	—	—	1

Diagram VI Aantal proefschriften met hoofdstukken als artikel



In vroeger tijden kwam het voor dat een huisarts een prijs kreeg voor een inzending op een prijsvraag en dan later deze publicatie omwerkte tot een proefschrift. Taminau bijvoorbeeld kreeg een eervolle vermelding naar aanleiding van zijn inzending op een prijsvraag uitgeschreven in 1915 door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst over: ... 'het familiair en hereditair voorkomen van een of meer van de volgende ziekten: ... stofwisselingsziekten, nierziekten, hart- en vaatziekten, tuberculose of carcinoom'. Hij promoveerde in 1926 op een onderzoek berustend op waarnemingen in de eigen praktijk, waarvan de basis gelegd was met de inzending voor de prijsvraag: D350.

Het proefschrift van Crebolder (1977) is het enige proefschrift dat tevoren vrijwel in zijn geheel in *Huisarts en Wetenschap* is verschenen: D70.

In navolging van de specialisten promoveren tegenwoordig sommige huisartsen 'op artikelen', meestal in het Engels, geschreven samen met anderen. Deze artikelen zijn reeds gepubliceerd of worden binnen korte tijd gepubliceerd in bepaalde, vaak buitenlandse, tijdschriften. Deze mogelijkheid is in de wet en in de promotiereglementen nadrukkelijk opengelaten. Het maakt duidelijk, dat onderzoek tegenwoordig vaak geen solistische bezigheid meer is en dat meerdere onderzoekers met één project bezig zijn.

Taal van het proefschrift

Het komt tegenwoordig steeds meer voor dat een medische dissertatie – ook van huisartsen – in het Engels wordt geschreven. Soms is er dan ook sprake van een gebundelde reeks tijdschriftartikelen. De voor- en nadelen zijn al vaker, onder andere in 1959 in *het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, ter discussie geweest.¹⁴ (Tabel XIII) Het is verplicht in deze proefschriften een Nederlandse samenvatting te plaatsen. Vóór 1970 werd een proefschrift van een huisarts in minder dan in 5% van de gevallen in het Engels geschreven, tegenwoordig verschijnt bijna eenderde van het aantal proefschriften van Nederlandse huisartsen in het Engels. De eerste huisarts wiens dissertatie in het Engels verscheen was Löwenberg (1959): D228. Wat vroeger het Latijn was is nu het Engels geworden.

Taal van de samenvatting

Er waren hier uiteraard nogal wat dubbelstellingen, omdat het niet zeldzaam was dat er samenvattingen in meer dan één taal in het proefschrift stonden. In de eerste helft van de twintigste eeuw was er vaak in het geheel geen samenvatting maar stond er wel een afsluitend hoofdstuk in het boek met de titel: *Conclusies, Slotbeschouwing of Aanbevelingen*. Later kwam een periode met een Nederlandse samenvatting met drie vertalingen – in het Frans, Duits en Engels – en nog later werd de Nederlandse samenvatting slechts in het Engels vertaald. Tegenwoordig moeten de in het Engels geschreven dissertaties dus met een Nederlandse samenvatting afsluiten. Over alle dissertaties kunnen wij zeggen: Wordt er een samenvatting gegeven in een vreemde taal dan is dat in 86% van de gevallen een Engelse samenvatting, in 20% een Duitse en in 17% een Franse samenvatting. Na 1970 komen Duitse en Franse samenvattingen bijna niet meer voor. (Tabel XIV)

Tabel XIII Enkele gegevens van de proefschriften

	Totaal	1900-1945	1946-1970	1971-1995
Proefschriften	402	115	124	163
Hoofdstukken als artikel geschreven	46	1	-	45
In 't Engels	53	-	6	47
Handelseditie	67	11	27	29
C.V.	143	-	17	126

Handelsedities van de proefschriften

Dit kwam in de tweede periode – dus in de tijd 1946-1970 – het meeste voor en wel in ruim 20% van de gevallen. Maar ook vroeger was dat niet niet zo zeldzaam. (Tabel XIII) Een proefschrift kan apart in een handelseditie verschijnen, maar het is ook mogelijk dat het in een bepaalde reeks wordt uitgegeven. Dergelijke reeksen bestaan tegenwoordig niet meer.

Bekend waren de volgende reeksen (a) Bouwstenen voor de huisartsgeneeskunde (Stenfert Kroese, Leiden): de proefschriften D361, D37, D1, D40, D221 en D305 (1958-1968); (b) Elementen voor de kennis der Volksgezondheid (Van Gorcum, Assen): de proefschriften D306, D106, D128, D48 en D47 (1957-1964); (c) Medische Reeks mens en gezin (Dekker en Van de Vegt, Nijmegen): de proefschriften: D23, D365, D19, D125, D252, D359, D240, D126 en D307 (1966-1973). Er heeft zelfs korte tijd een Uitgeversmaatschappij Huisartsenpers B.V. in Utrecht bestaan, die onder andere proefschrift D181 heeft uitgegeven. Ten slotte moet melding gemaakt worden van het proefschrift D394, dat in een handelseditie is uitgekomen in de Bijleveld Reeks in Utrecht.

Kennelijk is het voor een uitgever tegenwoordig zakelijk niet meer zo interessant een proefschrift van een huisarts in een handelseditie uit te geven. Van de ruim 400 dissertaties is van 67 een handelseditie verschenen: ruim 16%

Herdruk

Slechts vier dissertaties werden meerdere malen uitgegeven. Het bekendste boek is daarbij het proefschrift van M.H. Cohen (1952), *Het Duitse concentratiekamp*, dat viermaal werd herdrukt. Bovendien verschenen er vertalingen van in het Engels, Zweeds en Japans. De dissertatie van M.G. Vroom (1942), huisarts in Den Helder, *Schrik, Angst en Vrees. Een psychiatrische en phaenomenologische studie, naar aanleiding van vliegtuigbombardementen*, werd voor de tweede maal uitgegeven in 1946 – als handelseditie – omdat de Duitsers het boek in 1942, direct

Tabel XIV Taal van de samenvatting (n=398)

Nederlandse samenvatting	340
Engelse	300
Duitse	69
Franse	60
Italiaanse	2
Deense	1

In 55 proefschriften wordt geen duidelijke samenvatting gegeven.

na de promotie, in beslag hadden genomen. Het boek beschrijft de reacties van de bewoners van Den Helder op de bombardementen van de Duitsers in 1940. De dissertaties van J.G. de Lint (1918) *Geneeskundige volksprenten in de Nederlanden*, en van R.A.B. Oosterhuis (1937), *Paracelsus en Hahnemann. Essentiele geneeskunst en homoeopathie*, werden herdrukt in respectievelijk 1977 en 1980. Ook het proefschrift van P.Th. Smit (1974), *Spoedgevallen in een huisartspraktijk*, kreeg in 1986 een tweede druk.

Curriculum vitae

Het opnemen van een curriculum vitae van de auteur in een proefschrift komt steeds meer voor en vergemakkelijkt het bibliografisch onderzoek zeer. Desondanks ontbreekt in de periode 1971-1995 in meer dan 20% van de gevallen zo'n curriculum. (Tabel XIII) In enkele promotiereglementen worden voorschriften gegeven betreffende de samenstelling van zo'n curriculum vitae.

Aantal pagina's van de dissertatie

In de eerste periode waren de proefschriften het dunst, later worden de boeken steeds dikker: respectievelijk gemiddeld 115, 125 en 161 pagina's. Tabel XV en Diagram VII. De top ligt hier bij de 100-150 pagina's, ruim 30% van alle dissertaties heeft zoveel pagina's.

Het gemiddelde van alle proefschriften ligt bij 167 pagina's, uitschieters naar beide kanten komen voor: D118 met 56 en D29 met 633 pagina's. In de eerste periode (1900-1945) was ruim 40% van de proefschriften minder dan 100 pagina's, in de tweede periode (1946-1970) 15% en in de derde periode (1971-1995) bijna 7%. Het aantal pagina's is echter nauwelijks een criterium om een proefschrift te beoordelen.

Tabel XV Verdeling van het aantal proefschriften naar pagina-omvang (%)

Aantal pagina's	1900-1945	1946-1970	1971-1995
< 100	41	15	7
100-150	33	34	29
150-200	8	26	30
200-250	7	12	18
250-300	5	7	8
300-350	4	3	6
>350	3	2	2

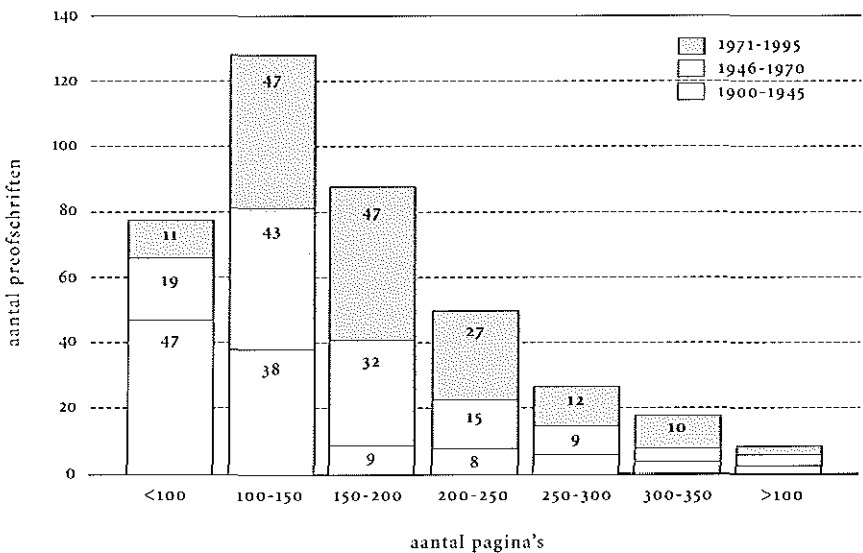
In de meeste gevallen zegt het misschien iets over de hoeveelheid werk die aan het promotie-onderzoek besteed is, maar zowel vroeger als tegenwoordig kan het aantal pagina's 'opgeklapt' worden, bijvoorbeeld door de interlinie te vergroten. Wat aan oude dissertaties bijvoorbeeld aan het eind van de negentiende eeuw opvalt is dat de meeste proefschriften nauwelijks de vijftig pagina's halen en dat er vaak ook weinig tekst op één pagina staat. Het blijkt ook dat de auteur er soms hoogstens enkele maanden aan heeft gewerkt. Dat sommige proefschriften op het gebied van de geschiedenis van de geneeskunde veel pagina's hebben wordt veroorzaakt door het feit dat er dikwijls veel oude teksten worden afgedrukt.

Subsidie promotieonderzoek

Opvallend is dat huisartsen vroeger hun promotieonderzoek vaak geheel zelf betaalden, terwijl dat tegenwoordig vrijwel niet meer voorkomt. (Tabel XVI) Dat is des te opvallender omdat vóór 1965 promotiekosten ook niet fiscaal aftrekbaar waren.

Het is tegenwoordig gewoon dat de 'geldstroom' vloeit naar de universiteit en omgezet wordt in een aanstelling van de onderzoeker bij deze universiteit. Het zogenaamde eerste geldstroomonderzoek, waarbij de universiteit de onkosten voor haar rekening neemt, zal waarschijnlijk in de toekomst afnemen. Het geld voor het onderzoek moet tegenwoordig aangevraagd worden, het onderzoeks-

Diagram VII Aantal pagina's naar periode



Tabel XVI Subsidie van het promotieonderzoek per tijdsperiode (%)

Periode	1900-1945	1946-1970	1971-1995
Privé	86	65	25
Eerste geldstroom	6	7	17
Tweede geldstroom	0	1	2
Derde geldstroom	9	27	56

Omdat er vaak verschillende subsidiebronnen in het spel zijn, zijn er dubbeltellingen bij.

project wordt door de financierder beoordeeld en vervolgens wordt het geld al of niet toegekend. Tweede geldstroom noemt men het geld dat op deze manier door de overheid via NWO (Vroeger ZWO) wordt toegekend. Hierbij speelt uiteraard de kwaliteit van het onderzoek een rol waardoor ook de concurrentie tussen de onderzoekers gaat meespelen. Alle andere financiering heet derde geldstroom: dat is geld dat al of niet onder bepaalde voorwaarden kan worden gegeven door zeer uiteenlopende instanties. Tegenwoordig speelt de farmaceutische industrie bij de financiering ook een rol. Opgemerkt moet worden dat de farmaceutische industrie vaak gevraagd wordt in een later stadium van het onderzoek financieel bij te springen, bijvoorbeeld bij het bestrijden van de druk- en verspreidingskosten van de dissertatie. In Hoofdstuk VI, waarin de periode 1971-1995 wordt besproken, komt deze materie uitvoeriger ter sprake.

NABESCHOUWING

Wat opvalt bij de analyse van het materiaal is dat er tegenwoordig niet véél meer door huisartsen gepromoveerd wordt dan vroeger, wat toch wel verwacht kon worden. Noch de Wet Limburg, noch de oprichting van het NHG heeft geleid tot een stijging van het aantal promoties. Wel noemt een enkele huisarts in het voorwoord van zijn proefschrift de wet-Limburg die hem – als oud-HBS'er – de gelegenheid bood om te promoveren, maar tot een duidelijke toename van het aantal promoties door huisartsen heeft deze wet niet geleid.

Promoveren door vrij gevestigde huisartsen die geen band hebben met de universiteit – vroeger de gewone situatie – komt minder vaak voor, wat het gevaar inhoudt dat het promotieonderzoek ook minder door de praktijk van alledag is geïnspireerd. Ook solistisch werkende huisartsen promoveren steeds minder vaak waardoor het aantal 'typisch persoonlijke onderwerpen' vermindert wat jammer is en het promotieonderzoek saaier maakt. Werkervaring als huisarts lijkt een voortreffelijk uitgangspunt om te promoveren, een uitgangspunt waar het tegenwoordig nogal eens aan ontbreekt.

De divergentie in onderwerpen neemt af, de huisarts wordt een specialist onder de specialisten en ook zijn promotieonderzoek krijgt specialistische allures. Aan de andere kant is het een verbetering dat huisartsen bij hun morbiditeitsonderzoek meer dan vroeger van de klacht van de patiënt dan van de ziekte uitgaan en wat vooral een vooruitgang is, is dat de huisarts zelf als object van onderzoek gaat fungeren. Waarschijnlijk wordt dat veroorzaakt door psychiaters als Balint, maar ook door de 'gedragswetenschappers' die al vroeg bijgedragen hebben aan de beroepsopleiding. Dit 'zichzelf ter discussie stellen' is een belangrijke stap in de ontwikkeling van de geneeskunde geweest waardoor sommige zekerheden minder zeker werden. Zover ik weet zijn de huisartsen de eersten onder de dokters geweest die deze stap hebben gezet. Uiteraard blijkt dit niet alleen uit het promotieonderzoek, maar het feit mag hier wel gememoreerd worden.

De promotieonderwerpen zijn tegenwoordig meer dan vroeger specifiek 'huisartsgeneeskundig' waardoor de divergentie van onderwerpen vermindert. Het lijkt echter aangewezen eens na te gaan welke onderwerpen (in de huisartspraktijk) nog nader onderzocht dienen te worden. Het is toch op zijn minst vreemd te noemen dat er bijvoorbeeld aan het huisbezoek in het geheel geen promotieonderzoek gewijd is. Ook een onderwerp als de apotheekhoudende huisarts zou nader onderzoek verdienen.

Noten

- 1 Bureau voor de Statistiek, Tijdsreeksen.
- 2 Ibidem, Jaarboek.
- 3 Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Registratie van huisartsen.
- 4 Juch, *De medisch-specialisten*.
- 5 Jacobs, *Herinneringen*.
- 6 Agstribbe, *Barrières*.
- 7 Kooij, Opleiding tot huisarts.
- 8 Kriegsman, *Gewoon of toch bijzonder*.
- 9 Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening*, p.73.
- 10 Ibidem, p.75.
- 11 Boersma, ICPC.
- 12 Duim-Rogers, *Bibliografie*.
- 13 Bremer, Een brief.
- 14 Dongen, *Nederlands of Engels*.

HORA

HOOFDSTUK V

*Enkele aspecten
van de inhoud*

- I De aandachtsvelden
- II De literatuurverwijzingen

DE AANDACHTSVELDEN
INLEIDING
PROEFSCHRIFTEN OVER INFECTIEZIEKTEN
PROEFSCHRIFTEN OVER DE GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE
PROEFSCHRIFTEN OVER HART- EN VAATZIEKTEN
PROEFSCHRIFTEN OVER PREVENTIEF (PERIODIEK) GENEESKUNDIG (BEVOLKINGS-)ONDERZOEK
PROEFSCHRIFTEN MET EEN PSYCHIATRISCH ONDERWERP
VERLOSKUNDIGE PROEFSCHRIFTEN
PROEFSCHRIFTEN OVER VOEDING
PROEFSCHRIFTEN OVER SAMENWERKING VAN DE HUISARTS MET ANDEREN
PROEFSCHRIFTEN OVER WETTEN, INSTELLINGEN EN VOORZIENINGEN OP HET GEBIED VAN DE VOLKSGEZONDHEID
DE LITERatuurVERWIJZINGEN

V.I — DE AANDACHTSVELDEN

INLEIDING

In dit hoofdstuk worden enkele reeksen proefschriften besproken die hetzelfde onderwerp, 'aandachtveld', bestuderen. De volgende aandachtsvelden – het aantal proefschriften staat aangegeven – komen ter sprake: 1 Infectieziekten (51); 2 Geschiedenis der geneeskunde (37); 3 Hart- en vaatziekten (35); 4 Bevolkingsonderzoek (26); 5 Psychiatrie (25); 6 Verloskunde (23); 7 Voeding (21); 8 Samenwerking (18); 9 Wetten, regelingen en voorzieningen (18).

De keuze moge willekeurig lijken maar de onderwerpen zijn gekozen uit het onderzoek van Touw-Otten.¹ Alleen de onderwerpen psychiatrie en hart- en vaatziekten hebben wij zelf ingevoerd en uit het aandachtsveld procreatie en seksualiteit is alleen de verloskunde bestudeerd. De genoemde negen onderwerpen zijn gekozen om – conform de doelstelling van het onderzoek – een overzicht te geven van de veranderingen (ontwikkelingen) die zich in het promotieonderzoek van huisartsen op de genoemde gebieden hebben voorgedaan. Om de reeksen te kunnen beoordelen zijn de proefschriften in chronologische volgorde geplaatst.

In ieder hoofdstuk komt daarom ook ter sprake: (a) In hoeverre geeft de titel een juist beeld van de desbetreffende reeks; (b) In hoeverre heeft het aandachtsveld duidelijke kenmerken samenhangend met het werk van de huisarts; (c) Over hoeveel proefschriften gaat het en hoe zijn deze proefschriften in de tijd verdeeld; (d) In hoeverre worden de specifieke onderwerpen van de proefschriften door de tijd bepaald; en (e) In hoeverre is de positie van de huisarts met betrekking tot het genoemde onderwerp veranderd. Het gaat om ruim 250 proefschriften. Er zijn proefschriften bij die in meer dan één reeks voorkomen.

Noten

¹ Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening*.

V.I.1 — PROEFSCHRIFTEN OVER INFECTIEZIEKTEN

Binnen het aandachtsveld morbiditeit nemen de infectieziekten de grootste plaats in: reden waarom wij dit onderwerp hier speciaal behandelen.¹ Maar niet alleen dit kwantitatieve argument speelt hier mee. De infectieziekten vormden in het begin van de twintigste eeuw de belangrijkste doodsoorzaak en deze sterfte aan de infectieziekten – vooral aan tuberculose – is in deze eeuw in Nederland sterk gedaald. Weliswaar kwamen in ons land pokken, pest en cholera niet meer voor, maar de hoge kindersterfte werd vooral door infectieziekten veroorzaakt.

Huisartsen hebben altijd veel belangstelling voor infectieziekten gehad, niet alleen omdat deze ziekten veel voorkwamen, maar ook omdat het ziektebeeld zo kenmerkend was en een huisarts, na enige jaren praktijkervaring, een 'specialist' op dat gebied genoemd kon worden.^{2,3,4} De sterftedaling trad vooral op in de eerste helft van deze eeuw. In 1925 stierven er 139 mensen per 100.000 van de bevolking aan een infectie- of parasitaire ziekte, waaronder 99 aan tuberculose, in 1950 en 1990 bedroegen deze aantallen respectievelijk 33 en 19 en 6 en 0,1.⁵ Dat wil zeggen dat het aandeel van de infectieziekten in de totale sterfte daalde van 14% naar 0,7%.

Wanneer wij in deze bijdrage iets schrijven over de periode 1900-1995 moet wel bedacht worden dat bepaalde termen in deze bijna honderd jaar soms een andere betekenis hebben gekregen. Onder een infectieziekte werd lange tijd verstaan een specifieke – vaak besmettelijke – ziekte veroorzaakt door een specifiek micro-organisme. De 'postulaten van Koch' waren hierbij geldig.^{6, 7, 8, 9, 10} Tegenwoordig is een infectieziekte moeilijker te omschrijven.¹¹ Enkele bijzonderheden betreffende het begrip infectieziekte moeten hier vermeld worden.

De vroegere terminologie is nog zichtbaar in de morbiditeits-classificaties die men vroeger gebruikte. In Klasse I werden de 'Infectieziekten' ondergebracht in de eerste betekenis.⁷ Zie bijvoorbeeld ook de plaats van parotitis epidemica en cystitis vroeger en tegenwoordig in deze registratie systemen.^{7,9} Infectieziekten hebben invloed gehad op het ziektebegrip. Het ontologisch ziektebegrip vierde hierbij hoogtij: ziekte bestond en er kon tegen 'gestreden' worden.¹²

Nadat zo tussen 1850 en 1900 veel micro-organismen als pathogeen waren aangewezen, vormden de infectieziekten een gebied waar de geneeskunde haar 'triumphen vierde'.¹³

Het 'model' infectieziekte ontstond en diende ook als denkmodel voor de studie en de epidemiologie van niet-infectieuze ziekten.⁷ Zie Schema I waarin de verschillende aspecten van een infectieziekte zijn aangegeven.¹⁴ Door immunisatie en vaccinatie groeiden de inzichten in de menselijke weerstand tegen 'vreemde' cellen

en de moderne immunologie en immunotherapie zijn ontstaan in de 'strijd' tegen de infectieziekten. Het beeld van de infectieziekten in de moderne maatschappij in Nederland is ook veranderd. De nieuwe ziekte aids is al lang niet nieuw meer. Door de toegenomen reislust moet de huisarts tegenwoordig rekening houden met voor ons land zeldzame ziekten, en het probleem van de ziekenhuisinfecties met voor antibiotica resistente bacteriën, is een mooi voorbeeld van de 'strijd' tegen de micro-organismen die zich aangepast hebben aan de 'bestrijdingsmiddelen'.

Niet alle dissertaties over een infectieziekte zijn in de reeks opgenomen. Proefschriften waarin de geschiedenis van een infectieziekte ter sprake komt zijn uitgesloten. Sommige van de genoemde dissertaties hebben echter wel een uitvoerige historische inleiding, bijvoorbeeld: D49. Dat het *ulcus ventriculi* en *duodeni* een bacteriële oorzaak hebben, is nog niet lang bekend. Deze ziekten hebben wij hier niet tot de infectieziekten gerekend. In totaal gaan drie proefschriften over de 'maagzweer': D149, D264 en D369.

Aldus redenerend hadden 51 dissertaties van de proefschriften een 'infectieziekte' als onderwerp. In deze dissertaties komen 25 verschillende ziekten ter sprake, long-

Schema I 'Model infectieziekte'

Hoofdstukindeling toegepast bij de beschrijving van een infectieziekte.

American Public Health Association.

Control of communicable diseases in man;

An official report of the A.P.H.A., Washington, 1990.¹⁴

1 Diagnostiek

2 Microorganisme

3 Voorkomen

4 Bronnen van besmetting

5 Wijze van besmetting

6 Incubatieperiode

7 Periode van besmettelijkheid

8 Gevoeligheid en weerstand

9 Bestrijding:

A Preventieve maatregelen

B Behandeling van de patiënt en diens omgeving

C Epidemiologische maatregelen

D Consequenties bij rampen

E Internationale maatregelen

tuberculose het vaakst (elfmaal), daarna volgden de urineweg infecties (vijfmaal) en difterie, influenza en otitis media, elk driemaal. De virusziekten komen pas na 1936 aan bod. In 20 gevallen was er sprake van een duidelijke kinderziekte.

Totaal 33 maal werden de gegevens voor het proefschrift verzameld bij patiënten uit de huisartspraktijk, achtmaal werd een duidelijke epidemie bestudeerd. Zesentwintig proefschriften werden geschreven vóór de oprichting van het NHG in 1956.

Het is nu misschien verbazingwekkend dat veel proefschriften uitvoerig het klinische beeld van een ziekte behandelen. De tegenwoordige lezer moet zich echter realiseren dat deze informatie vaak geheel of gedeeltelijk ontbrak omdat men weinig wist van het ziek-zijn thuis. Roelink bijvoorbeeld, beschrijft in 1965 een doelstelling van zijn onderzoek over otitis media aldus: '... het meehelpen om op ruime schaal medische gegevens te verzamelen van ziekteverschijnselen die of alleen in de algemene praktijk voorkomen, of zowel in de klinische als algemene praktijk, maar in de laatste veelal een ander karakter en verloop hebben'. (D300) In veel dissertaties in deze reeks wordt de doelstelling of vraagstelling van de studie omschreven, soms zeer globaal: 'Er zal een beschrijving ...' of '... een overzicht worden gegeven van ...'. In ruim 30 dissertaties wordt de doelstelling of vraagstelling duidelijker geformuleerd. Dit is vooral het geval in de latere proefschriften. Wij kunnen aan de hand van Schema I (pagina 81) de volgende mogelijke doelstellingen formuleren. Aangegeven is hoe vaak deze doelstelling in de proefschriften is nagestreefd vaak zonder dat dat nu zo expliciet werd geformuleerd: (a) Een beschrijving geven van het klinische beeld, vooral van de variaties en complicaties van de ziekte (31x); (b) De samenhang beschrijven van de waargenomen ziektegevallen of tussen het ziek-zijn en andere fenomenen (41x); (c) De theorie van het bestaan van een infectieus agens toetsen (18x); (d) Een beter inzicht verkrijgen in de diagnostiek, de pathogenese, de expositie van de patiënt aan het oorzakelijke agens en de vatbaarheid van de individuele patiënt voor de ziekte (41x); (e) Het belang van hygiënische maatregelen (7x); of van (f) Andere preventieve maatregelen aantonen (15x); (g) Therapeutische aanbevelingen doen (24x); of (h) Algemene maatregelen aanbevelen (7x).

De desbetreffende letters zijn achter de titels in de lijst van de dissertaties in deze paragraaf opgenomen, zodat zichtbaar wordt waaraan de huisarts in zijn studie aandacht heeft geschonken. Viermaal werden administratieve gegevens van de Inspectie voor de Volksgezondheid, van Gemeentelijke Geneeskundige Diensten, ziekenhuizen of andere gegevens geanalyseerd of historische bronnen geëxploreerd om zodoende een beter inzicht te krijgen in bepaalde epidemiologische feiten. Volgens de Wet Bestrijding Infectieziekten moeten bepaalde gevallen van deze ziekten worden aangegeven. Omdat deze aangifteplicht al vóór 1900 bestond

was het mogelijk deze gegevens al vroeg in een onderzoek te bewerken, bijvoorbeeld D205 (Kulsdom).¹⁵ Later werden de Academische Werkvelden Huisartsgeneeskunde ingesteld waar speciaal met het oog op (promotie-)onderzoek geregistreerd werd bijvoorbeeld: D8 (Appelman), D129 (Govaert), D12 (Balen) D107), (Essen).¹⁶ Twaalfmaal was er sprake van een onderzoek naar de effecten van therapeutische of preventieve maatregelen.

Vatten wij het geheel samen dan blijken de huisartsen, na een beschrijving van het klinische beeld (31x), en/of het epidemiologische beeld (41x), vaak adviezen te geven omtrent de behandeling of bestrijding van de ziekte. (totaal 53x) In tegenstelling met de situatie tijdens het dagelijks werk kwam het aantonen van 'de oorzaak', het agens, betrekkelijk frequent voor (18x). Soms moesten daarbij proefdieren gebruikt worden, altijd was samenwerking met een laboratorium in die gevallen vereist. Van het geneesmiddelenonderzoek kon het onderzoek van Hondelink (1929) en Oskam (1942) de toets van de moderne kritiek niet doorstaan.¹⁷ Ten slotte zij vermeld dat van de proefschriften geschreven vóór 1950 er acht van wetenschappelijk belang werden geacht: D95 (Doyer), D164 (Honig), D351 (Tazelaar), D4 (Alons), D295 (Kulsdom), D87 (Doeleman), D166 (Hoogendoorn) en D175 (Huygen).¹⁸ Het onderzoek van Hoogendoorn (D166) kreeg een cum laude.

Het is waarschijnlijk geen toeval dat zes van deze proefschriften in de eigen praktijk werden bewerkt. De uitspraak van Mackenzie uit 1908, dat de huisarts de wetenschap verder kan brengen, is door deze huisartsen waargemaakt.¹⁹

Noten

- 1 Touw-Otten, *Wetenschapsbeoefening*.
- 2 Vesseur, *Publicaties van huisartsen*.
- 3 Dalen, *Publicaties van huisartsen*.
- 4 Bremer, *Studies uit de huisartspraktijk*.
- 5 Bureau voor de Statistiek, *Statistiek in tijdreeksen*.
- 6 Loghem, *Algemeene Gezondheidsleer*.
- 7 Bremer, *Drie medische modellen*.
- 8 Oliemans, *Morbiditeit*, D270.
- 9 Lamberts, *ICPC. International Classification*.
- 10 Lamberts, *In het huis van de huisarts*.
- 11 Furth, *Leerboek*.
- 12 Lindeboom, *Begrippen in de geneeskunde*.
- 13 Kruif, *Bacteriënjagers*.
- 14 Benenson, *Control of Communicable Diseases*.
- 15 Bulletin, *De aangifte van infectieziekten*.
- 16 Weel, *Rapportage*.
- 17 Prof. Dr. H. Wesseling, klinisch-farmacoloog, was zo vriendelijk het geneesmiddelen-onderzoek in de dissertaties voor mij te beoordelen.
- 18 Aandeel, *De vooruitgang der geneeskundige wetenschap*.
- 19 Mackenzie, *Symptoms and their interpretation*.

De proefschriften

De proefschriften aangegeven met een * zijn in de huisartspraktijk bewerkt. De auteurs zijn zonder hun voorletters vermeld. De titels zijn niet altijd volledig – maar wel herkenbaar – vermeld. (zie Hoofdstuk XIII)

- 1902 Went. *Beschouwingen over het nachtzweet bij longtuberculose*. bdh
 1903 Mansholt. *Alcohol en tuberculose*. bdh
 1920 * Doyer. *Proeve van een onderzoek omtrent het familiair en hereditair voorkomen van tuberculose*. bd
 1922 * Honig. *Studie over malaria te Nieuwendam*. abdeg
 1926 * Tazelaar. *Over expositie en hereditaire dispositie bij tuberculose*. abd
 1927 Fick. *Het roodvonkvraagstuk*. df
 1928 * Alons. *De erfelijke factor in de aetiologie van tuberculose*. bd
 1928 Rive. *Onderzoek naar factoren die van invloed zijn op het resultaat der sanatoriumkuur bij longtuberculose*. abdg
 1929 * Hondelink. *Gegevens verzameld naar aanleiding van een kinkhoestepidemie*. bdg
 1930 * Stoel. *Over de immunisatie tegen roodvonk*. bdf
 1933 Hoeven. *Klinische studie over dysenterie*. abcdeg
 1935 Wolfert. *De ziekte van Weil*. abe
 1936 Munting. *Twee school-epidemieën van tuberculose*. abcdfh
 1937 * Ruiter. *Mazelenbestrijding*. bfh
 1938 Kulsdom. *De epidemiologie van de meningococcose*. bc
 1942 * Oskam. *De waarde van Vitamine C en chinine tegen 'Verkoudheidsziekten'*. bg
 1943 Bes. *Het kind in een open-tuberculeuze omgeving*. bdeh
 1946 * Doeleman. *De malaria-epidemie te Middelburg*. bcefg
 1947 * Bruggen. *Studies on the influenza A-epidemic*. acg
 1947 Lam. *Over den invloed der zwangerschap op de longtuberculose*. abg
 1948 Hoogendoorn. *Over de diphtherie in Nederland*. bdf
 1948 * Huygen. *Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte*. abcdf
 1949 Kolk. *De poliomyelitis-epidemie in Nederland*. abd
 1949 Nieuwenhuize. *Actieve bestrijding der diphtherie*. bdf
 1949 * Sonnaville. *Een epidemie van mononucleosis infectiosa*. abc
 1952 * Lidth de Jeude. *Trichomonas vaginalis*. abc
 1958 * Bos. *Infecties door het ECHO virus*. abcdg
 1959 * Reep. *Tuberculose in een plattelandspraktijk*. abdf
 1960 * Pel. *Alledaagse infectieziekten*. abd
 1963 * Boer. *Ascaris lumbricoïdes*. abcdeg
 1965 * Bots. *Keelonsteking in de huisartspraktijk*. abcdg
 1965 * Fennis. *Lactaat dehydrogenase-iso enzymen bij de ziekte van Pfeiffer*. d
 1965 * Roelink. *Acute middenoorontsteking*. adg
 1966 * Daniëls. *Onderzoek naar enterovirussen, Salmonellose en Shigellae*. abdf
 1967 * Hoevenaars. *Maesels and measles vaccination*. abdf
 1967 * Luger. *Urineweginfecties*. abcdg
 1968 Hölscher. *Secondary chemoprophylaxis with isonicotinic acid hydrazine*. g
 1968 * Sanders. *Herpes zoster*. abd

- 1968 * Trommel. *Urineweginfectie*. abcdg
 1972 * Gaymans. *'Bacteriurie'*. abcdg
 1974 Brons. *Appendicopathie*. abcdg
 1977 Haag. *Een onderzoek naar het beloop van asymptomatische bacteriurie bij kinderen*. abcdg
 1983 * Baselier. *Acute bacteriële urineweginfecties*. abcdeg
 1986 Mazel. *Preventie van perinatale hepatitis B bij pasgeborenen*. df
 1991 * Duijn. *Sinusitis maxillaris*. abd
 1992 * Appelman. *Recurrent otitis media*. abdg
 1994 * Govaert. *Influenza bij ouderen*. dfg
 1995 * Balen. *Otitis media*. adg
 1995 Essen. *Influenza vaccination*. h
 1995 * Sachs. *Bacterial infections in obstructive airways diseases*. cdg
 1995 * Verheij. *Acute bronchitis*. abcdg

V.I.2 — PROEFSCHRIFTEN OVER DE GESCHIEDENIS DER GENEESKUNDE

Van de bijna vierhonderd dissertaties behandelen er 37 een medisch historisch onderwerp (9%). Proefschriften met een onderwerp uit de geschiedenis van de geneeskunde waren duidelijk te onderscheiden: meestal stond dat in de inleiding vermeld en werd dat expliciet aangegeven.

Het oudste proefschrift in deze serie is geschreven in 1900 zodat het feit zich voordoet dat zo'n proefschrift op zichzelf al een historisch proefschrift is. De contemporaine geschiedenis wordt in deze studie van Scheltema behandeld zodat ook in het promotiejaar deze studie waarschijnlijk een historische studie zou zijn. (D320) Van de 37 dissertaties zijn er 20 geschreven tussen 1930 en 1960, daarna verschenen er nog acht dissertaties, de laatste in 1984. De geschiedenis der geneeskunde – of de medische geschiedenis – was dus een tijdlang bij huisartsen betrekkelijk populair en huisartsen hebben in Nederland ook vrij veel bijgedragen aan dit vakgebied.

De studie van de geschiedenis der geneeskunde is pas mogelijk als men afstand genomen heeft. Het is ook: trachten het eigen bezig-zijn te objectiveren. Van Lieburg wijst op het verschil tussen de benamingen: medische geschiedenis en geschiedenis van de geneeskunde: '...: bij de medische geschiedenis gaat het... om de adequate bestudering van het medische aspect van het historische gebeuren, bij de geschiedenis van de geneeskunde gaat het om de historische ontwikkeling

van de geneeskunde, in het bijzonder van de geneeskunde als "wetenschap" ...¹ Onze studie over proefschriften van huisartsen geschreven tussen 1900 en 1995 is dus een studie op het gebied van de geschiedenis van de geneeskunde, het proefschrift van bijvoorbeeld Bik, 1955 (D29) is medische (lokale) geschiedenis. Het verschil is overigens niet altijd zó duidelijk.

Terwijl vroeger de historiografie vooral 'een aangenaam tijdverdrijf' was, werd zij later meer professioneel beoefend. Dat is voor onze studie van belang, want de laatste huisarts die op een medisch-historisch onderwerp promoveerde was Van der Werf in 1984. (D379)

In tegenstelling tot de andere paragrafen van dit hoofdstuk behandelt deze paragraaf een onderwerp dat in een speciale relatie staat tot de geneeskunde. De geschiedenis van de geneeskunde is in Nederland vrijwel nooit een duidelijk onderdeel van het medisch curriculum geweest. Kuijjer geeft in 1989 een overzicht van de onderwijssituatie in Nederland op dat gebied.² Aan twee universiteiten gebeurt vrijwel niets. Er bestaan aan drie universiteiten vakgroepen metamedica waarvan de geschiedenis van de geneeskunde een onderdeel is. De onderwijs-situatie bij de universiteiten verschilt op dit punt zeer en voor buitenstaanders is dat onduidelijk. De medische faculteiten in Nederland hebben, in vergelijking met het buitenland, altijd weinig interesse in de geschiedenis van hun vak getoond. Het ontbreekt in Nederland ook aan een algemeen geldende opvatting over de wetenschappelijke betekenis van dit gebied: in feite een teken van wetenschappelijke onrijpheid. Het is hier niet de plaats om te wijzen op het nut van de studie in de geschiedenis van de geneeskunde voor de student. Over dit onderwerp is veel nagedacht en geschreven. Ik noem hier slechts een publicatie van de nestor op dit gebied: de hoogleraar-internist G.A. Lindeboom (1905-1986).³

Over de proefschriften en de auteurs valt het volgende te zeggen. In tegenstelling tot wat meestal gedacht wordt is in ons materiaal de geschiedenis van de geneeskunde niet een onderwerp specifiek voor oudere artsen. De auteurs van de 36 proefschriften promoveerden gemiddeld 13 jaar na hun artsexamen op de leeftijd van 39 jaar: dezelfde getallen als voor de gehele populatie.

Tegenwoordig kiezen huisartsen weinig meer voor een historisch promotie-onderzoek hoewel er nu wel hoogleraren in dat vak zijn. Voor een deel zal dat verklaard moeten worden door de ontwikkeling van de methode van het moderne historische onderzoek die op zijn minst een aparte studie vereist. Vroeger was dat kennelijk niet zo'n probleem want enkele van de hier genoemde dissertaties worden ook nu nog van waarde geacht.⁴ Merkwaardig is dat de plaats Gorinchem (Gorkum) jarenlang in Nederland het centrum geweest is van dat wetenschapsgebied. Drie huisartsen aldaar waren op dat terrein actief. J.G. de Lint was daar huisarts van 1895-1936 en M.A. van An del van 1878-1941. Beiden promoveerden op een historisch onderwerp. Van An del promoveerde cum laude (D5) en De

Lint (D223) werd in 1924 tot *privaat-docent* benoemd in de geschiedenis der geneeskunde in Leiden.⁵ Daarnaast was S. Biegel, sinds 1902 huisarts in Gorcum en tevens wethouder, eveneens geïnteresseerd in de geschiedenis van de geneeskunde. Bovendien was Gorinchem een oud, historisch interessant, stadje. Het gevolg was dat het Genootschap voor Geschiedenis der Geneeskunde, Wiskunde, Natuurwetenschappen en Techniek er jarenlang haar najaarsconferentie heeft gehouden.

Het lijkt voor de hand te liggen dat iemand die vroeger een studie wilde maken op het gebied van de geschiedenis van de geneeskunde ook weleens een historicus als promotor had. Dit komt echter niet voor, misschien ook omdat weinig academische historici een duidelijke interesse in de geneeskunde hadden. Twee huisartsen hadden een niet-medicus als promotor, maar geen historicus: Burema, 1953 (D57) en De Jong, 1959 (D179).

Wie moest dan als promotor optreden? Van 1904 tot 1919 was E.C. van Leersum – arts en farmacoloog – hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde in Leiden.⁶ Hij trad driemaal als promotor bij een huisarts op: bij Van Andel, 1909 (D5), bij Van Gils, 1917 (D127) en bij De Lint, 1918 (D223). In 1953 werd Th.H. Schlichting lector in de geschiedenis van de geneeskunde aan de universiteit van Amsterdam, maar deze leerstoel werd na zijn overlijden – in 1957 – niet meer bezet. Schlichting was huisarts geweest in Alkmaar en Amsterdam en in 1935 gepromoveerd op een historisch onderwerp. (D323) G.A. Lindeboom kreeg in 1950 een leeropdracht aan de VU in Amsterdam – onder andere in ‘de encyclopedie der medische wetenschappen’ – en was driemaal promotor van een huisarts: Boersma, 1963 (D35), Van Hoorn, 1978 (D170) en Van ’t Riet, 1978 (D295). D. de Moulin, hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde in Nijmegen, was éénmaal promotor van een huisarts: Kam, 1983 (D185).

De andere huisartsen promoveerden meestal bij een hoogleraar in het vakgebied waarop hun dissertatie betrekking had, wat niet wil zeggen dat hun onderzoek daardoor altijd door een deskundige begeleid werd. Sommige hoogleraren hadden echter veel historische kennis en werden daarom vaker als promotor aangezocht. Dat was bijvoorbeeld het geval met J.J.Th. Vos, hoogleraar pathologische anatomie in Groningen, met drie huisarts-promovendi: Beins, 1948 (D17), Leuftink, 1952 (D217) en Sypkens Smit, 1953 (D346).

Drie hoogleraren in de anatomie en vier in de obstetrie traden negenmaal als promotor op bij een medisch historisch onderzoek. Dit is niet zo wonderlijk want van deze wetenschappen blijven het studieterrein en de doelstellingen hetzelfde en interesse in de geschiedenis van zo’n vak is dus *obligaat*. Het betreft hier de hoogleraren verloskunde en gynaecologie: B.J. Kouwer, A.H.M.J. Rooij, J.L.B. Engelhard en M.A. van Bouwdijk Bastiaanse (samen vijf promovendi) en de hoogleraren anatomie J.A.J. Barge, A.J.P. van den Broek en J. Dankmeijer (samen vier promovendi)

Tabel I Indeling van de proefschriften op het gebied van de geschiedenis der geneeskunde naar onderwerp

Onderwerp	Aantal proefschriften
1 Geneeskundige ideeën, concepten en opvattingen	9
2 Organisatie van de gezondheidszorg, instellingen, e.d.	7
3 Ziekte	4
4 Specialistische onderwerpen	3
5 Biografische studies	10
6 Geneeskunde in de kunst: letterkunde, schilderkunst enz.	2
7 Demografische en epidemiologische studies	1
8 Diversen	1

In Tabel I zijn de onderwerpen die bestudeerd zijn in de proefschriften in enkele groepen samengebracht. Er bestaat een duidelijke voorkeur voor de studie van historisch belangrijke personen: 'Leven en werken van ...', dus voor een biografische studie. De drie specialistische onderwerpen betreffen alledrie de obstetrie. De onderwerpen zijn gelijkmatig over de tijd verdeeld: er is geen periode geweest waarin de huisartsen blijk gaven van een bepaalde voorkeur. Tenslotte: Bij het verzamelen van medische dissertaties valt het steeds weer op dat proefschriften met een historisch onderwerp het kostbaarst zijn. Waarschijnlijk komt dat omdat deze boeken 'eeuwigheidswaarde' hebben: de kennis die erin wordt verkondigd blijft haar waarde behouden.

Noten

- 1 Lieburg. *Medische geschiedenis als interdiscipline*.
- 2 Kuijjer. De plaats van de metamedica.
- 3 Lindeboom. De betekenis van het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde.
- 4 Aulbers en Bremer. *De huisarts van toen*. p 124.
- 5 Lint de. *De herleving van de geschiedenis der geneeskunde*.
- 6 Leersum van. De beoefening der geschiedenis der geneeskunde.

De proefschriften

- 1900 Scheltema. *De pokkenepidemie te 's-Gravenzande*
 1902 Rombouts. *Beschouwingen over het geboorte- en kindersterftcijfer*
 1905 Mijnlieff. *Eerste hulp bij ongelukken*
 1909 Andel van. *Volksgeneeskunst in Nederland*
 1910 Baumann. *Johan van Beverwijk*

- 1917 Gijs van. *De dokter in de oude Nederlandsche tooneelliteratuur*
 1918 Lint de. *Geneeskundige volksprenten*
 1920 Cohen. *Spinoza en de geneeskunde*
 1920 Westerbeek van Eerten. *Eugenetiek*
 1930 Starmans. *Verloskunde en kindersterfte*
 1932 Taams. *Het typhusvraagstuk*
 1935 Ingelse. *Oude gegevens betreffende dysenterie*
 1935 Drogendijk. *De verloskundige voorziening*
 1935 Schlichting. *De temperamenten*
 1936 Schripsema. *Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde*
 1937 Oosterhuis. *Paracelsus en Hahnemann*
 1938 Maathuis. *Diphtherie*
 1940 Dooren. *Doctor Johannes Wier*
 1941 Reeuwijk van. *Vroedkunde en vroedvrouwen*
 1947 Stassen. *Medische ethiek*
 1948 Beins. *Misvorming en verbeelding*
 1949 Vasbinder. *Govard Bidloo en William Cooper*
 1949 Buma. *Grondslagen van het medisch denken*
 1951 Bruins. *Leven en werken van Geert Reinders*
 1952 Leuftink. *De geneeskunde bij 's lands oorlogsvloot*
 1953 Sypkens Smit. *Matthias van Geuns*
 1953 Burema. *De voeding in Nederland*
 1955 Bik. *Vijf eeuwen medisch leven in een Hollandsche stad*
 1959 Jong. *Demonische ziekten*
 1963 Boersma. *Antonius de Haen*
 1968 Taams. *Gegevens over tyfus en paratyfus-b*
 1968 Vugs. *Niels Stensen*
 1969 Bosschaert. *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied*
 1978 Hoorn van. *Levinus Lemnius*
 1978 Riet van 't. *August Bier*
 1983 Kam. *Meretrix en medicus*
 1984 Werf van der. *Geneeskundige oordeelsvorming*

V.I.3 — PROEFSCHRIFTEN OVER HART- EN VAATZIEKTEN

Deze proefschriften willen wij hier apart bespreken omdat het onderwerp de laatste jaren wel buitengewoon in de belangstelling staat, mede omdat deze ziekten tegenwoordig de belangrijkste doodsoorzaak vormen. Over de betekenis van deze ziekten voor de huisarts heeft Lamberts een goed overzicht geschreven.¹ Voor de huisarts vormen deze kwalen veel werk, vooral de hypertensiebehandeling en -controle staan hoog genoteerd.

Wanneer wij uitgaan van de indeling van de ICPC: Tractus circulatorius: symptomen/klachten/diagnosen/ziekten, blijken 35 proefschriften dit onderwerp te behandelen.²

Bij chronologische plaatsing van de proefschriften valt het op dat deze studies vóór 1959 weinig met het werk van de huisarts te maken hadden. De eerste tien dissertaties – van 1906 tot 1958 – behandelen alle een pre-klinisch onderwerp, terwijl van de 25 daarna verschenen proefschriften er 18 in de huisartspraktijk bewerkt zijn.

Het eerste proefschrift dat in de huisartspraktijk bewerkt is dat van De Beus, *Electrocardiografie in een huisartspraktijk* uit 1969, een onderwerp dat door Schilperoord in 1977, in een andere vorm, wederom behandeld is. Beide proefschriften hebben er niet toe geleid dat de electrocardiograaf een instrument is dat in veel huisartspraktijken gebruikt wordt.

In zeven proefschriften geschreven tussen 1977 en 1995 wordt de hypertensie als onderwerp bestudeerd, terwijl datzelfde onderwerp in nog eens drie proefschriften uitvoerig ter sprake komt.

Waarom de hypertensie pas na 1977 zo in de belangstelling komt is niet direct duidelijk. Tenslotte had Riva Rocci de bloeddrukmeter in 1896 uitgevonden en trok de 'verhoogde bloeddruk' al veel eerder veel aandacht.³ Zo schreef Medicus in 1931 dat in Den Haag door het gebruik van de bloeddrukmeter: ... in alle familiepensions, op de Witte, in de foyers van de opera en theater over niets anders gesproken en gedacht wordt dan over verhoogden bloeddruk', want '50% van de Haagsche bevolking (is) lijdende ... aan verhoogden bloeddruk'.⁴ De late belangstelling voor hypertensie in de proefschriften is daarom ook niet zo begrijpelijk omdat het meten van de bloeddruk voor huisartsen toch een simpel onderzoek is. Niet onwaarschijnlijk is die late belangstelling bij huisartsen veroorzaakt door het feit dat er vóór WO II weinig aan een verhoogde bloeddruk gedaan kon worden terwijl het ook nog niet bekend was hoe frequent dit symptoom voorkwam.⁵

Door bevolkingsonderzoek werd later ontdekt dat meer dan 10% van de bevolking een te hoge bloeddruk had en dat er gesproken kon worden van een 'risicofactor'. (D110) Hypertensie staat sindsdien overal in het centrum van de belangstelling, zoals in 1931 – zowel in de geneeskunde als bij het publiek – en de behandeling heeft al een hele geschiedenis doorgemaakt. 'Case finding' en de medicamenteuse behandeling van hypertensie zijn voor de huisarts dagelijks werk geworden. (D220)

Om al deze redenen wordt promotieonderzoek over dit onderwerp dikwijls financieel gestimuleerd. Vooral de Nederlandse Hartstichting speelt daarbij een belangrijke rol.

Omdat de hart- vaatziekten vooral kwalen zijn van de oude dag wordt ook het verouderingsproces van het vaatstelsel uitvoerig bestudeerd: drie proefschriften

zijn aan dat onderwerp gewijd. Een belangrijke doodsoorzaak: het myocardinfarct, wordt in drie proefschriften bestudeerd.

Noten

- 1 Lamberts. *In het huis van de huisarts.*
- 2 Boersma. *ICPC. International Classification of Primary Care.*
- 3 Garrison and Morton. *A Medical Bibliography.*
- 4 Medicus. *Medische pasmunt.*
- 5 Buchem. *Hypertensie.*

De Proefschriften

- 1906 Berg van den. *Over den invloed van het wielrijden.*
- 1928 Kroon van der. *Onderzoek over het aneurysma dissecans.*
- 1930 Kropveld. *Thrombose en embolie van de buikaorta.*
- 1938 Berg van den. *Over de werking van erythrophloeïne.*
- 1938 Brouwer. *Beïnvloeding van experimenteel boezemfibrilleren.*
- 1946 Boomsma. *Over de werking van aconitine op het hart.*
- 1949 Koekenheim. *De sterfte aan chronische hart-, vaat- en nierziekten.*
- 1951 Ham van. *Arbeidsbelasting als functioneel diagnosticum.*
- 1952 Granaat. *De milt in de regulatie van de arteriële bloeddruk.*
- 1958 Rijken. *Over de centrale veneuze bloeddruk.*
- 1969 Beus de. *Elektrocardiografie in een huisartspraktijk.*
- 1969 Schermers. *Aortasklerose.*
- 1969 Timmers. *Cardiorespiratoire bevindingen.*
- 1971 Burger. *Een algemeen lichamenlijk en electrocardiografisch onderzoek.*
- 1972 Fieren. *Het myocardinfarct.*
- 1974 Zuiderveld. *Honderd gezonde mannen.*
- 1977 Feen van der. *Hypertensie.*
- 1977 Schilperoort. *Electrocardiografische diagnostiek.*
- 1978 Does van der. *Acute coronary events.*
- 1978 Laane. *The arterial pole of the embryonic heart.*
- 1981 Ree van. *Het Nijmeegs Interventie Project.*
- 1981 Weel van. *Anticiperende geneeskunde.*
- 1983 Bekker. *Hypertensie interventie.*
- 1983 Dolmans. *Plotse dood bij sport.*
- 1986 Merode van. *The use of a multi-gate pulsed Dopplersystem.*
- 1987 Binsbergen van. *Zoutconsumptie en bloeddruk.*
- 1991 Dambrink. *Orthostatic Regulation of Blood Pressure.*
- 1991 Havinga. *Hypertensie.*
- 1991 Kruijsdijk van der. *Hypertensie opnieuw gemeten.*
- 1993 Jonge de. *Diuretic drug cessation.*
- 1993 Schuling. *Stroke patients.*
- 1994 Grijseels. *Prehospital triage in patients with suspected myocardial infarction.*
- 1994 Harms. *Long-term systematic management of hypertensive patients.*
- 1995 Hoogen van der. *Special care for hypertension.*
- 1995 Stoffers. *Peripheral Arterial Occlusive Disease.*

V.I.4 — PROEFSCHRIFTEN
OVER PREVENTIEF (PERIODIEK) GENEESKUNDIG
(BEVOLKINGS-)ONDERZOEK

Vrij snel na WO II vroegen artsen zich af of het niet goed zou kunnen zijn het preventief- en periodiek geneeskundig onderzoek (PGO) dat bij zuigelingen, kleuters en zwangeren plaatsvond ook toe te passen bij gezonde volwassenen. In de V.S., waar men vooral in de industrie op dit gebied al veel ervaring had, werd al tegen overdrijving ervan gewaarschuwd.

In Nederland vond het eerste onderzoek op dit terrein in 1959 plaats in Amsterdam waar Van der Heide meer dan 3000 gezonde mannen en vrouwen had onderzocht en daarbij een groot aantal onbekende afwijkingen had gevonden.¹ De Leidse huisarts Lahr schreef, vooral naar aanleiding van dit onderzoek, namens de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG, een artikel waarin de vraag gesteld werd welke taak er op dit punt voor de huisarts was weggelegd.²

De eerste huisarts die op dit gebied een promotieonderzoek deed was Van den Dool in 1960 die verschillende methoden van preventief onderzoek toepaste om na te gaan welke methode voor de huisarts geschikt was. (D92) Het ging hierbij om een urine onderzoek, om een algemeen lichamenlijk onderzoek en om 'multiple screening'. Screening was het nagaan of een bepaalde ziekte, klacht of symptoom bij een bepaalde patiënt voorkwam, bij multiple screening ging het om meerdere ziekten, klachten of symptomen. Er zijn 25 huisartsen die daarna een of andere vorm van PGO in een promotieonderzoek hebben bestudeerd. Er werd gezocht naar meer dan vijftien verschillende ziekten en/of klachten waarmee mensen niet naar de dokter gaan. Hypertensie stond bovenaan in de belangstelling, gevolgd door urineweginfecties. Het was geen wonder dat het voor veel huisartsen onduidelijk was of zij nu wel of niet met dat 'zieken-zoeken' moesten meedoen en zo ja, wát zij dan moesten onderzoeken. Daarbij kwam dan ook het probleem dat het vaak niet duidelijk was of dat werk wel werd gefinancierd.

Al snel deden zich bij dit PGO verschillende vragen voor die voor een deel ook nu – na bijna veertig jaar – nog niet goed beantwoord zijn. Belangrijke vragen zullen we hier kort bespreken omdat zij soms de aanleiding vormden voor het verrichten van een promotieonderzoek op dit gebied.

Waar moet het onderzoek zich op richten? Duidelijk was dat het ging om het bestrijden van kwalen waarvan het nuttig was dat deze in een vroeg stadium – nog vóór de patiënt klachten had – ontdekt werden. Duidelijk was ook dat dat in sommige gevallen, bijvoorbeeld in het geval van diabetes mellitus, betrekkelijk eenvoudig was, maar in andere gevallen veel moeilijker, bijvoorbeeld bij bepaalde vormen van carcinoom. Direct hiermee samenhangend was de vraag:

Hoe moet het onderzoek plaatsvinden? Een anamnese en een algemeen lichamenlijk onderzoek waren niet altijd nuttig. De aandacht richtten op een bepaalde ziekte of klacht was meestal efficiënter: screening. Er moest dus gekozen worden. Screening zou moeten plaatsvinden, soms multiple screening. Daarnaast was laboratoriumonderzoek soms nuttig (urine, bloed) of het gebruik van een vragenlijst. Dit hing weer af van de vraag:

Bij wie moet het onderzoek plaatsvinden? Oudere mensen mankeerden vaker iets dan jongere, Van Zonneveld had dat in 1954 aangetoond³. Het PGO voor mannen en vrouwen was – nog afgezien van de mogelijke kwalen – verschillend: mannen waren bij de keuring voor militaire dienst al eens onderzocht, vrouwen met kinderen bij het prenatale onderzoek.

Hoe vaak moet het onderzoek herhaald worden? Omdat het werk meestal nogal arbeidsintensief en dus kostbaar was, werd deze vraag voorlopig maar niet in zijn algemeenheid beantwoord.

Welke effecten heeft het onderzoek? Er ontstond een apart woordgebruik: fout-positief, fout-negatief. Het ging om preventie, maar omdat de kwalen in een vroeg stadium werden ontdekt, werd er gesproken van secundaire, zelfs van tertiaire preventie. Terwijl Hornstra al had gewaarschuwd dat 'preventieve geneeskunde' een vreemde woordcombinatie was.⁴

Pas na enige tijd werd het duidelijk dat er ook nadelen waren. De mensen werden ongerust gemaakt. Vondsten moesten ook curabel zijn: het ging er niet om iets afwijkends te vinden, het ging erom dat de mensen geholpen werden. Er vonden kosten-baten analyses plaats waaruit bleek dat sommig onderzoek beter achterwege gelaten kon worden. In vier proefschriften Van der Hoeven (1971); Van Ree (1981); Van Weel (1981) en Bekker (1983) werden de uiteindelijke resultaten van dat PGO onderzocht.

Wie moest het onderzoek doen? De huisarts? Een instelling? Of de patiënt zelf, zoals bij borstonderzoek? Ten Cate beschreef zijn uitvoerige werkzaamheden op dit terrein. Niet velen werden daardoor geïnspireerd.⁵ Sommige huisartsen deden aan 'surveillance' en onderzochten bepaalde mensen – soms ongevraagd – tijdens hun spreekuur, bijvoorbeeld op hypertensie. Case-finding werd dat genoemd.

De antwoorden op de genoemde vragen waren soms niet eensluidend. Hypertensie kon volgens Van Ree (1981) het best door de huisarts worden opgespoord, terwijl Havinga (1991) aantoonde dat een speciale hypertensiedienst dat beter kon doen. Niet op alle kwalen kon ook gescreend worden. Screening op longcarcinoom had geen zin, op prostaatacarcinoom was niet goed mogelijk. In 1968 publiceerden Wilson en Jungner hun bekende bijdrage waarin negen criteria werden genoemd waaraan een goed screeningsonderzoek moest voldoen.⁶

Later werd ook het gedrag van de patiënt onderzocht. Dat was vaak slecht voor de gezondheid: de mensen aten te veel, er werd gerookt, te veel gedronken. De

(huis)artsen probeerden de patiënt op betere gedachten te brengen: de 'life-style' deugde niet. Of zij wilden kwalen opsporen waarmee men niet naar de dokter ging. Speciale vragenlijsten waren daarvoor soms nodig: Heyrman (1975); Bowles (1979); Van Ree (1981); Lagro-Jansen (1991) en Cornel (1994).

Samenvattend mogen wij wel zeggen: De meeste van de hierboven gestelde vragen zijn nog niet duidelijk beantwoord. Vooral de vraag wie wat moet doen geeft nog steeds aanleiding tot veel discussie. Dat het onderwerp steeds in de belangstelling bleef blijkt uit het feit dat de 26 proefschriften gelijkmatig over de 35 jaar (van 1960 tot 1995) verdeeld zijn. (Zie bijgaande lijst)

Twee proefschriften wil ik hier speciaal noemen. De dissertatie van Mazel (1986) staat wat apart want zijn aanbevelingen behelzen eigenlijk een uitbreiding van het aloude prenatale onderzoek. Het onderzoek van Van Lidth de Jeude (1991) geeft een goede samenvatting van wat voor de huisarts nuttig is op dit gebied. In de laatste zin van zijn proefschrift vat de auteur de problematiek samen: 'Het lijkt logisch om de wanorde op het gebied van de vroegdiagnostiek te saneren en te kiezen voor de systematische toepassing van case-finding in de huisartspraktijk.'

Noten

- 1 Heide van der. *Resultaten van een geneeskundig onderzoek.*
- 2 Lahr. *Periodiek geneeskundig onderzoek.*
- 3 Zonneveld van. *Gezondheidsproblemen bij bejaarden.*
- 4 Hornstra. *De huisarts en de positieve gezondheidszorg.*
- 5 Cate ten. *Preventief geneeskundig onderzoek.*
- 6 Wilson, Jungner. *Principles and practices of screening.*

De proefschriften

- 1960 Dool van den. *Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten.*
- 1962 Mulder. *Bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus.*
- 1964 Kortenhorst. *Nikkelallergie.*
- 1966 Bergsma. *Preventief geneeskundig onderzoek.*
- 1966 Fuldauer. *Bejaardenonderzoek.*
- 1967 Luger. *Urineweginfecties.*
- 1969 Schermers. *Aortasklerose.*
- 1969 Timmers. *Cardiorespiratoire bevindingen bij een groep werknemers.*
- 1971 Burger. *Een algemeen lichamelijk en electrocardiografisch onderzoek.*
- 1971 Hoeven van der. *Evaluation of a programme of periodic medical examination.*
- 1972 Gaymans. *De klinische betekenis van 'Bacteriurie'.*
- 1975 Heyrman. *Screening van voedingsgewoonten.*

- 1976 Rens van. *Glaucoma simplex*.
 1977 Feen van der. *Hypertensie*.
 1977 Haag. *Een onderzoek naar het beloop van bacteriurie*.
 1978 Geuns van. *Urinary tract calculi*.
 1979 Bowles. *Voedingsgewoonten van bejaarden*.
 1981 Ree van. *Het Nijmeegs interventie-project*.
 1981 Weel van. *Anticiperende geneeskunde*.
 1982 Wolf de. *Een onderzoek naar colon- en rectumcarcinoom*.
 1983 Bekker. *Hypertensie interventie analyse*.
 1986 Mazel. *Preventie van perinatale hepatitis B*.
 1991 Havinga. *Hypertensie*.
 1991 Lagro-Jansen. *Urine-incontinentie*.
 1991 Lidth de Jeude van. *Persoonsgerichte preventie*.
 1994 Cornel. *Detection of Problemdrinkers*.

V.I.5 — PROEFSCHRIFTEN MET EEN PSYCHIATRISCH ONDERWERP

Vooraf sinds de Tweede Wereldoorlog, maar ook al daarvoor, is er geen medisch specialisme, waarin de wetenschappelijke uitgangspunten en de consequenties daarvan zo sterk aan veranderingen onderhevig zijn geweest als de psychiatrie.¹ Terwijl in de gehele geneeskunde toch wel gesproken kan worden van een geleidelijke toename van kennis is er in de psychiatrie de laatste eeuw veel meer sprake geweest van een 'hak op de tak ontwikkeling', van een verlaten van vroegere standpunten, van een voortdurende wisseling van aandachtsveld en strijd om de positie van de psychiatrie en de psychiater in de geneeskunde en in de maatschappij. Alleen al de literatuur over Freud en zijn psycho-analyse kan bibliotheken vullen. Over geen specialisme is in de literatuur voor huisartsen ook zoveel geschreven als over de psychiatrie. Er verscheen in 1958 zelfs een proefschrift van de psychiater J.A. Weijel: *Psychiatry in general practice*.² De internist J.J. Groen en medewerkers hadden direct na de oorlog over de 'psychosomatische ziekten' een aparte theorie ontwikkeld, die later niet juist bleek te zijn.³ Mensen met een kenmerkende karakterstructuur zouden na een bepaald emotioneel conflict een specifieke lichamelijke ziekte kunnen krijgen. Maar deze 'psychosomatische ziekten van Groen' worden niet meer als zodanig erkend.

Op het gebied van de psychiatrie heeft ook altijd een grote spraakverwarring bestaan, zelfs ten aanzien van de meest elementaire begrippen. De tegenwoordige arts die hoort spreken over psychosomatische ziekten bijvoorbeeld weet niet eens meer dat men omstreeks 1950 onder dit begrip enkele ziekten verstond die gekenmerkt zouden zijn door een geheel specifieke pathogenese.

Kritiek op de geneeskunde is een oud verschijnsel,^{4,5} maar omstreeks 1970 was vooral de psychiatrie ter discussie. Men sprak van een 'anti-psychiatrie' en het uitgangspunt van Szasz, zelf psychiater, was zelfs dat geestesziekte niet bestaat.⁶ Dit alles heeft omstreeks 1971 geleid tot heftige discussies waarbij het vooral ging om de plaats van de psychiatrische inrichtingen in de maatschappij. De problemen rond Nieuw-Dennendal, de 'gekkensbeweging', de Stichting Pandora, haalden de voorpagina's van alle kranten en gaven aanleiding tot sensationele tv-programma's.⁷

De gesignaleerde problematiek was echter voor het werk van de huisarts van niet veel betekenis omdat huisartsen niet veel met psychosen en weinig met de plaats en structuur van psychiatrische inrichtingen in de maatschappij te maken hebben. Problemen traden niet op bij patiënten met ernstige psychosen – die in de huisartspraktijk zeldzaam zijn – maar bij al die mensen met lichamelijke klachten zonder dat er bij hen een lichamelijke afwijking wordt gevonden, bij al die mensen die treurig, verdrietig, ongelukkig en overspannen zijn, die zich miserabel voelen en die denken dat de geneeskunde wel op een of andere manier uitkomst kan brengen. Als voor een lichamelijke klacht geen lichamelijke oorzaak gevonden wordt moest de oorzaak dus psychisch zijn en uit deze redenatie volgde de conclusie dat de ziekte op het gebied van de psychiatrie lag. Een verwijzing naar een psychiater had echter geen zin want die kon niet veel meer doen dan de huisarts zelf en er bestond bij de huisartsen dan ook veel kritiek op individueel gevestigde psychiaters en de poliklinische psychiatrie. Een psychiatrische diagnose was in veel gevallen niet ter zake – therapeutische consequenties had dat immers nauwelijks – en termen als neurose, psychopathie en histerie werden door de huisartsen na ongeveer 1970 ook nauwelijks meer gebruikt. In Nederland waren het vooral Van den Berg, later Van den Hoofdakker en Foudraine die de psychiatrische ontwikkelingen bestreden en veel onrust zaaiden onder de artsen vooral ook omdat op veel punten essentiële medisch-ethische vragen een rol speelden.^{8,9,10} De huisartsen zochten en vonden steun bij mensen als Rogers, Balint, Querido en Weijel en deze hebben het werk van de huisarts dan ook zeer sterk beïnvloed.^{11,12,13,14}

Belangrijk was – zo zeiden deze deskundigen – de arts-patiënt relatie en veel huisartsen hebben jaren lang tijd gestoken in het samenkomen in 'Balint groepen', waarin deze relatie centraal stond en die vooral in de periode 1960-1965 floreerden.¹⁵ De persoon van de huisarts werd het belangrijkste medicament genoemd, een medicament dat goed gedoseerd moest worden en dat ook specifieke bijwerkingen kon hebben. Weijel, die ervaring had met Balint groepen, heeft met zijn publicaties voor huisartsen veel rechtgezet maar de onzekerheid bij huisartsen op psychiatrisch gebied bleef. Daar kwam nog bij dat de psychofarmaca hun intrede deden, de tranquilizers en de anti-depressiva, dat psychologen zich op

dit terrein begaven en dat velen in de hulpverlening zich psychotherapeut gingen noemen. De huisarts werd 'hulpverlener' en moest zijn witte jas uitdoen. De patiënt moest 'begeleid' worden, maar de dokter moest voorzichtig zijn want anders werden de problemen van de patiënt gemedicaliseerd en ontstond er een 'somatische fixatie'. (D69)

In 1978 werd er door Van Aalderen en medewerkers op gewezen dat de huisarts 'methodisch' moest werken, dan was hij beter in staat de problematiek van de patiënt op te lossen. Hiermee werd gesuggereerd dat hij tevoren weinig methodisch bezig was geweest, maar er werd vergeten te vermelden dat het methodisch werken een kopie was van het social casework dat al vroeg, vooral in de V.S., door maatschappelijk werkers tot ontwikkeling was gebracht.^{16, 17, 18, 19} Iedere huisarts wist dat de patiënt niet alleen leefde en in Nederland wees vooral Huygen op het gezin: de huisarts was gezinsarts en het onderlinge communiceren tussen de gezinsleden was van veel belang.^{20, 21} Het gezin was soms 'niet gezond', de gezinstherapie kwam op en veel huisartsen hebben zich in de beginselen van deze aanpak verdiept.²² De oorspronkelijke visie van Querido met zijn 'integrale geneeskunde'²³ – een geneeskunde speciaal voor de huisarts – werd echter anders geïnterpreteerd dan de bedoeling was. Niet de huisarts pakte de problemen aan, zoals het advies was van Querido, maar de sociale problematiek kwam terecht bij de maatschappelijk werker en de psychologische problematiek bij de psychiater of de psycholoog. De specialisatie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg breidde zich steeds verder uit en voor ieder menselijk probleem kwam er een deskundige. Het gevolg was dat sommige gezinnen bedolven werden onder hulpverleners, ja het was niet zeldzaam als er in een 'probleemgezin' wekelijks vijf of zes hulpverleners van uiteenlopende organisaties over de vloer kwamen. De mensen hebben geen leven, schreef Weijel, maar dat was altijd al zo geweest.²³ In iedere tijd wordt geklaagd over het moeilijke leven en een groot aantal mensen kan er niet tegenop en is ongelukkig. Dat was niet alleen in Nederland het geval. In 1906 verscheen bijvoorbeeld het boekje *Über die Nervosität der Jetztzeit und ihre Bekämpfung*, waarin dit vraagstuk ter sprake komt en het is niet zo moeilijk vele van deze geschriften ook uit andere tijden en andere landen te verzamelen.²⁴

Het merkwaardige probleem doet zich voor dat het uit de literatuur niet blijkt dat huisartsen vroeger – dat wil zeggen vóór WO II – veel met deze problematiek van hun patiënten geconfronteerd werden. De vraag is nu: bestond deze problematiek in die tijd niet of werden artsen er niet mee geconfronteerd? Van Renterghem, die als psychiater veel ervaring had, schreef in 1910: 'Ongeloofelijk groot is het getal van de patiënten met psychische en nerveuse stoornissen, zonder kennelijke organischen bodem, wier hoofdzakelijk lijden van subjectieven aard is, ...'. Deze mensen hebben steun nodig, en: 'Die steun, die leiding nu, moet hun kunnen gegeven worden door den huisarts'. Van Renterghem wijst er ook op

dat de de kerk nauwelijks meer steun geeft aan de mensheid, maar hij was er van overtuigd dat een verdere ontwikkeling van de psychologie de gewenste oplossing zou brengen.²⁵ Van Renterghem werkte veel samen met Frederik van Eeden die bijvoorbeeld in 1894 een bijdrage schreef over het beginsel der psychotherapie.²⁶

Uit niets blijkt echter dat huisartsen deze patiënten op hun spreekuur zagen, waarom tegenwoordig dan wel? Waarschijnlijk spelen hier verschillende factoren een rol.

- Het consulteren van geneeskundigen, voor welke problemen dan ook, heeft voor de mensen nauwelijks meer financiële consequenties. Na de invoering van het Ziekenfondsbesluit in 1941 nam de medische consumptie ook sterk toe. (D306)
- Veel menselijke problemen zijn medische en/of psychologische problemen geworden omdat de kennis toenam. Ik noem slechts: seksuele problematiek, geboorteregeling, kinderloosheid. En dit gaat steeds verder. Bij geboren worden en sterven moeten dokters aanwezig zijn, want anders komt het niet goed en verdriet heet tegenwoordig soms rouwverwerking, een ‘proces’ dat zonder deskundige hulp niet goed verloopt.
- De ontkerstening heeft ertoe geleid dat de zielzorgers weinig meer te verzorgen hebben en ook dat heeft waarschijnlijk een invloed gehad op het werk van de huisarts.
- Met het beschikbaar komen van duidelijk werkzame tranquilisiers en antidepressiva hebben psychische problemen een meer medisch accent gekregen.
- Niet onwaarschijnlijk is ook dat Van Renterghem over ontwikkelde lieden sprak want de weerstand bij ‘de gewone man’ tegen de psychiatrie was in het begin groot, terwijl tegenwoordig het ‘in therapie zijn’ statusverhogend werkt. Zoals gezegd: uit niets blijkt dat huisartsen vóór WO II veel met psycho-sociale problematiek – zoals dat tegenwoordig genoemd wordt – bij hun patiënten geconfronteerd werden. Zo verscheen in 1949 een artikel over: Psychotherapie in de algemene praktijk bij patiënten die ‘niets mankeren’, waarin deze problematiek wordt besproken op een wijze alsof er zich een geheel nieuw ziektebeeld had ontwikkeld.²⁷ Dit laatste lijkt echter onwaarschijnlijk en de meest voor de hand liggende verklaring is dat huisartsen vroeger minder dergelijke patiënten zagen dan tegenwoordig. Zij werkten daarbij bovendien met medicamenten die nu placebo’s worden genoemd, waardoor de tijd verstreek. Veel menselijke problemen zijn gelukkig tijdelijk, de dokters deden hun best en de tijd heelt vele wonden. Opvallend is in ieder geval dat de genoemde psycho-sociale problematiek in geen enkel proefschrift van een huisarts vóór WO II ter sprake komt, terwijl deze problematiek tegenwoordig toch ongeveer 25% van het werk van de huisarts betreft. Het is de vraag of de term ‘probleemgedrag’ van Lamberts hier veel oplost.

Hij verstaat daaronder: 'Het gedrag van een patiënt die hulp inroept van de huisarts voor een psychisch of sociaal probleem dat niet als ziekte wordt geduid'.²⁸

Veel dokters direct na WO II waren van mening dat deze problemen niet tot hun werkgebied behoorden. Maar in het Woudschotenrapport, de 'beginselverklaring' van het Nederlands Huisartsen Genootschap opgesteld in 1959, werd daar anders over gedacht, hoewel in dat rapport vooral gewezen wordt op samenwerking bij deze patiënten.²⁹ De taak van de huisarts op dit gebied blijft echter – ondanks alle rapporten – niet geheel duidelijk.³⁰ Ook in het proefschrift van Van der Meer (1994) wordt dit probleem behandeld. (D235)

Misschien had Erasmus gelijk toen hij in 1518 zei:

Aber nicht nur für den Körper, der der wertlosere Teil des Menschen ist trägt der Arzt Sorge, er sorgt sogar für den ganzen Menschen, wenn auch (in dieser Hinsicht) der Geistliche mit der Seele, der Arzt mit dem Körper anfangen wird³¹

De keuze of een proefschrift een psychiatrisch onderwerp had was geen probleem: het ging om 25 proefschriften. Wanneer wij nu deze 25 proefschriften chronologisch plaatsen is het duidelijk dat de bestudeerde onderwerpen tot 1959 weinig met het werk van de huisarts te maken hebben. In 1959 verschijnt het proefschrift van Van Es, met een typisch gezinsgeneeskundig onderwerp, dat voor de huisarts van veel belang was. (D106) Van de 15 proefschriften die daarna verschijnen behandelen er zes 'probleemgedrag' van de patiënt, waarvan twee de communicatie tussen arts en patiënt: Brouwer (1962) geïnspireerd door Weijel en De Jong (1964) door Balint. (D51 en D178) Van alle zes proefschriften werd het onderzoek in de huisartspraktijk verricht. Opvallend is dat van de eerste twaalf proefschriften er van tien een psychiater de eerste promotor was, terwijl dat na 1962 niet meer voorkomt.

Een hoogleraar huisartsgeneeskunde was na 1965 de eerste promotor bij negen van de elf proefschriften, met zesmaal een psycholoog als tweede promotor. Klaarblijkelijk vinden deze huisartsen dus dat de desbetreffende problematiek niet ligt op het gebied van de psychiatrie.

De theorieën van Freud komen in de proefschriften van de huisartsen niet expliciet ter sprake.

Noten

- 1 Shorter. *Een geschiedenis van de psychiatrie*.
- 2 Weijel. *Psychiatry in general practice*.
- 3 Groen. *Grondslagen der klinische psychosomatiek*.
- 4 Bleuler. *Das autistisch-undisziplinierte Denken*.
- 5 Illich. *Het medisch bedrijf*.
- 6 Szasz. *The myth of mental illness*.

- 7 Brinkgreve. *Voor gek gehouden.*
- 8 Berg van den. *Medische macht en medische ethiek.*
- 9 Hoofdakker van den. *Het bolwerk van de beterveters.*
- 10 Foudraine. *Wie is van hout.*
- 11 Rogers. *Client-centerend therapy.*
- 12 Balint. *De dokter de patiënt de ziekte.*
- 13 Querido. *Inleiding tot een integrale geneeskunde.*
- 14 Weijel. *Medische psychologie.*
- 15 Veldhuijzen van Zanten. *Historisch chronologisch rapport.*
- 16 Holten-Vriezema. *Methodisch werken.*
- 17 Kamphuis. *Wat is social case-work?*
- 18 Hamilton. *Theorie en praktijk van het social case-work.*
- 19 Perlman. *Social case-work.*
- 20 Huygen. *Family medicine.*
- 21 Watzlawick. *De pragmatische aspecten.*
- 22 Minuchin. *Gezinstherapie.*
- 23 Weijel. *De mensen hebben geen leven.*
- 24 Determann. *Über die nervosität der Jetztzeit.*
- 25 Renterghem van. *De rehabilitatie van den huisarts.*
- 26 Eeden van. *Het beginsel der psychotherapie.*
- 27 Valkenburg. *Psychotherapie in de algemene praktijk.*
- 28 Lamberts. *In het huis van de huisarts.*
- 29 Vroege. *Het Woudschoten Rapport.*
- 30 Huisartsen Vereniging. *Basis-takenpakket.*
- 31 Erasmus. *Lob der Medizin.*

De Proefschriften

- 1921 Beukema. *Eenige paralleltests in het systeem van Binet-Simon.*
- 1921 Roorda. *Reactietijdbepaling bij psychosen.*
- 1935 Schlichting. *De temperamenten.*
- 1940 Bouvé de. *De motoriek van het kind.*
- 1940 Dooren. *Doctor Johannes Wier.*
- 1942 Vroom. *Schrik, angst en vrees.*
- 1943 Bruins. *Kinderen van schizophrene ouders.*
- 1947 Sauvage Nolting. *Psychologische beschouwingen.*
- 1952 Belt van de. *Rorschach-onderzoekingen.*
- 1959 Es van. *Gezinnen met zwakzinnige kinderen.*
- 1959 Jong de. *Demonische ziekten.*
- 1962 Brouwer. *Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek.*
- 1964 Jong de. *De gespreksmethode.*
- 1966 Aalderen van. *Jonge nerveuze kinderen.*
- 1982 Oosterhuis. *Nekpijn, buikpijn, rugpijn.*
- 1984 Jongerius. *Decompensatie. Draaglast en draagkracht.*
- 1990 Evenhuis. *Clinical studies of Alzheimers dementia.*

- 1991 Pop. *Thyroid dysfunction and depression.*
 1992 Cox. *De vroegtijdige herkenning van somatisatie.*
 1993 Muskens. *Het beloop van dementie.*
 1994 Cornel. *Detection of problemdrinkers.*
 1994 Meer van der. *Patiënten met psychische en sociale problemen.*
 1994 Terluin. *Overspanning onderbouwd.*
 1995 Marwijk. *Depression in the elderly.*
 1995 Waals van der. *Sex differences in benzodiazapine use.*

V.I.6 — VERLOSKUNDIGE PROEFSCHRIFTEN

In het proefschrift van Touw-Otten vormen de verloskundige proefschriften een deel van het aandachtsveld 'Procreatie en seksualiteit'.¹ Duidelijke criteria wat nu een 'verloskundige dissertatie' is zijn niet zo goed vast te stellen.

Wij hebben ons gehouden aan de omschrijving van de term obstetrie (verloskunde) in de laatste editie van Pinkhof: het geneeskundig specialisme betreffende zwangerschap, baring en kraambed.² De drieëntwintig proefschriften zijn samengebracht in bijgaande lijst.

Twee proefschriften hebben de abortus als onderwerp en vier de geschiedenis van de verloskunde. Strikt verloskundig – een beschrijving van het eigen verloskundige werk gecombineerd met enkele conclusies – zijn drie proefschriften: Smit (1918); Folmer (1923) en Verboom (1968), terwijl in de studie van Gill (1973), de eigen verloskundige ervaring gebruikt wordt voor verdergaande beschouwingen. Behalve in proefschriften publiceerden huisartsen hun verloskundige ervaring ook in tijdschriften.³

Wie een indruk wil krijgen van de verloskundige problemen waar huisartsen vroeger mee geconfronteerd werden leze de publicatie van Smulders.⁴ De aseptische verloskunde was pas na ongeveer 1880 overal in Nederland een feit geworden.⁵ In Tabel I hebben wij enkele (obstetrische) gegevens over de jaren 1900, 1930, 1960 en 1990 samengebracht zodat enigszins duidelijk wordt wat er gedurende deze bijna honderd jaar verbeterd is.⁶

Door de wetten van Thorbecke in 1865 had iedere arts de bevoegdheid verkregen de verloskunde uit te oefenen wat tot gevolg had dat sommige huisartsen op dit terrein een grote ervaring kregen. Vooral op het platteland, waar er soms een tekort aan vroedvrouwen bestond, was dat het geval.⁷

De verloskundige zorg in Nederland heeft lang typische kenmerken vertoond: veel thuisbevallingen, veel bevallingen geleid door een vroedvrouw en goede resultaten. Het uitgangspunt was dat 'het geboorteprocés niet zonder meer

behoort tot het terrein van de geneeskunde.⁸ Het gevolg was dat vanaf het begin van de twintigste eeuw vrijwel alle bevallingen thuis plaatsvonden. Het genoemde uitgangspunt is verlaten en de meeste vrouwen, ongeveer 70%, bevallen tegenwoordig 'voor de veiligheid' (poli)klinisch. De genoemde verandering ging echter niet snel: eerst na 1974 vond meer dan de helft van de bevallingen in een ziekenhuis plaats.

De vraag 'vroedvrouw of arts' en 'thuis of ziekenhuis' is tot op heden een discussiepunt gebleven waar zeer veel over geschreven is.^{9,10,11} Lange tijd was er sprake van een regelrechte concurrentie tussen huisarts en vroedvrouw, met nogal eens onaangename aspecten. Slechts in de historische proefschriften is iets over deze problematiek terug te vinden: Starmans (1930) en Drogendijk (1935).

Obstetrische vragen zijn niet altijd 'zuiver wetenschappelijk' te beantwoorden. Begin deze eeuw was er nogal wat strijd over 'het kunstmatig breken der vliezen bij de baring'. Het advies om dat te doen was al in 1905 gegeven door de Leidse hoogleraar Van der Hoeven maar de discussie erover heeft lang geduurd. De Utrechtse hoogleraar Kouwer bestreed het standpunt. De proefschriften van Koek (1922) en Honig (1926) behandelen dit probleem uitvoerig. Koek hield een enquête onder ruim 800 collegae met de vraag wat zij van het probleem vonden, want zelfs in 1922 was het nog niet duidelijk of het advies van Van der Hoeven juist was of niet.

Sommige aspecten van de verloskunde werden bestudeerd aan de hand van gegevens uit een kliniek: Freijer (1930); Van den Brekel (1932); Couvreur (1961) en Hoogland (1969) want bepaalde verloskundige problemen komen in één huisartspraktijk te weinig voor om wetenschappelijk gefundeerde uitspraken te kunnen doen. Ook de ervaring van één arts blijft uiteraard beperkt tot een relatief gering aantal bevallingen.³

Tabel I Enkele (obstetrische) gegevens over de jaren 1900, 1930, 1960 en 1990

	1900	1930	1960	1990
Levendgeborenen per 1.000 van de gemiddelde bevolking	31,6	23,1	20,8	13,2
Perinatale sterfte per 1.000 geboren	—	41,4	26,6	9,6
Zuigelingensterfte per 1.000 levend geboren	155	51	18	7
Verloskundige hulp in procenten:				
Alleen verloskundige	—	55	37	45
Thuisbevallingen	—	—	73	32
Levensverwachting bij de geboorte m/v	49/52	63/64	71/75	74/80

In de periode 1959-1966 werd in *Huisarts en Wetenschap* verslag gedaan van een groot verloskundig onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap waaraan 229 huisartsen meewerkten en waarbij ruim 9000 thuis-bevallingen waren betrokken. Uit dat onderzoek bleek dat de kwaliteit van de verloskundige hulpverlening door huisartsen zeer goed te noemen was.¹²

De hier gegeven reeks eindigt met het proefschrift van Springer (1991) dat aantoonst dat de verloskundige hulp van de huisarts ook bijna dertig jaar later kwalitatief goed was. Ondanks dit feit neemt het aantal bevallingen gedaan door huisartsen steeds verder af.

Omstreeks 1960 beviel nog bijna 50% van de vrouwen bij de huisarts, in 1984 was dit percentage teruggelopen tot 15. Er werden in 1920 in de praktijk van de 'gemiddelde huisarts' 78 kinderen geboren, 65 in 1950 en in 1990 iets minder dan 30. De gehuwde Nederlandse vrouw krijgt tegenwoordig twee kinderen waarvan het eerste kind bijna altijd in een kliniek geboren wordt wat betekent dat de huisarts maximaal 15 bevallingen in zijn praktijk kan doen.⁶

De vraag of de verloskunde nog gerekend moet worden tot de taak van de huisarts is ook nu nog niet opgelost. In 1990 werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* de vraag behandeld hoeveel thuisbevallingen nodig zijn om de vaardigheid te onderhouden.¹³ Uit de antwoorden op deze vraag – door een huisarts, een gynaecoloog en een jurist – kan de conclusie getrokken worden dat de huisarts in de toekomst waarschijnlijk geen bevallingen thuis meer zal doen omdat er te weinig huisartsen overblijven met voldoende verloskundige ervaring.

Noten

- 1 Touw-Otten. *Wetenschapsbeoefening*.
- 2 Pinkhof. *Geneeskundig woordenboek*.
- 3 Bremer en Van Seijen. Duizend bevallingen.
- 4 Smulders. Verloskundige hulp.
- 5 Tussenbroek van. *De ontwikkeling der aseptische verloskunde*.
- 6 De kwantitatieve gegevens in de tekst en in TABEL I zijn ontleend aan: Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistiek in tijdreeksen 1899-1994.
- 7 Wichers. De geneeskundige hulp ten plattelande.
- 8 Kloosterman. De Nederlandse verloskunde.
- 9 Midland Hilary. Questions of Competence.
- 10 Klinkert. Vroedvrouw, huisarts en verloskunde.
- 11 Springer en Gill. Tussen huisarts, verloskundige en overheid.
- 12 Gill. Het jaaronderzoek: Verloskunde van de huisarts.
- 13 Vraag en antwoord. *Ned Tijdschr Geneesk* 1990;134:2109.

De proefschriften

- 1918 Smit. *Verslag van vijfhonderd verlossingen.*
 1922 Koek. *Over de praktische waarde van eenige obstetrische handelingen.*
 1923 Folmer. *Verslag van 1247 baringen.*
 1926 Honig. *Het kunstmatig breken der vliezen bij de baring.*
 1930 Freijer. *Over stuitliggingen.*
 1930 Starmans. *Verloskunde en kindersterfte in Limburg.*
 1932 Brekei van den. *De kunstverlossingen in de Wilhelminaschool, kweekschool voor vroedvrouwen.*
 1935 Drogendijk. *De verloskundige voorzieningen in Dordrecht.*
 1936 Schripsema. *Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde in de 18e eeuw.*
 1940 Ensink. *Moederschapszorg.*
 1941 Reeuwijk van. *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden.*
 1947 Lam. *Over de invloed der zwangerschap op de longtuberculose.*
 1948 Mullens. *Over calcium- en fosfaatgehalte van het bloed van zwangeren.*
 1961 Couvreur. *Over prolapsus funiculi.*
 1964 Roorda. *De behandeling van de dreigende abortus.*
 1966 Hennink. *Borstvoeding.*
 1966 Ligtenberg. *Abortus.*
 1968 Verboom. *Verloskunde in de huisartsenpraktijk.*
 1969 Hoogland. *Stoornissen in het kraambed.*
 1973 Gill. *Sociaal verloskundige verkenningen.*
 1973 Neeff de. *Prenatale zorg.*
 1977 Looij. *Een ongelukje? Ongewenste zwangerschap.*
 1991 Springer. *Het verloskundig handelen van huisartsen.*

V.I.7 — PROEFSCHRIFTEN OVER VOEDING

In de nu volgende lijst van 21 proefschriften over voeding is het duidelijk zichtbaar hoe tijdsgebonden de onderwerpen vaak zijn en hoe de omstandigheden de huisartsen hebben beïnvloed bij de keuze van hun onderwerp. Opeenvolgend: zuigelingenvoeding, voeding in crisistijd, in oorlogstijd, de voeding van bejaarden en ten slotte de voeding van mensen in coma. Borstvoeding is tweemaal het onderwerp van een promotieonderzoek geweest. Het proefschrift van Burema (1953) is ook in het hoofdstuk over de geschiedenis der geneeskunde genoemd. Zes proefschriften werden geschreven tijdens en direct na de tweede wereldoorlog, waarbij het opvallend is dat drie huisartsen uit Zuilen komen: Wesly (1940); Ogterop (1941) en Wilhelmij (1945). Zij kenden elkaar goed en werkten als solisten samen. Alledrie promoveerden zij bij de hoogleraar-internist C.D. de Langen in Utrecht. Zeven van de 21 proefschriften werden geschreven tussen 1940 en 1950.

Omdat bij ongeveer 15% van de huisarts-patiënt contacten de voeding ter sprake komt, in de vorm van het voorschrijven van een dieet of het geven van voedingsadviezen, moet de huisarts op dit gebied over voldoende kennis beschikken.^{1, 2, 3} Merkwaardig is dat adipositas nooit als onderwerp voor een proefschrift is gekozen, hoewel deze klacht meestal de aanleiding vormt om over voeding te praten.

In vijf proefschriften richt het promotie-onderzoek zich expliciet op vitamines, die in de periode 1910-1950 zeer in de belangstelling stonden. Het internationale eerste vitamine-onderzoek vond vooral eind negentiende-begin twintigste eeuw plaats.⁴

Opgemerkt moet worden dat tegenwoordig nog slechts weinig huisartsen zuigelingen en/of kleuterbureaus leiden en dat daardoor hun belangstelling voor de voeding van het kind zeker zal zijn verminderd. Ook de aanwezigheid van diëtisten – van wie de opleiding in 1935 is begonnen – heeft, vooral na WO II, invloed op het werk van de huisarts gehad.^{5, 6}

Door de toegenomen welvaart en de intensieve voorlichting op dit gebied zijn voedingsproblemen vooral individuele problemen geworden. Het zijn in het bijzonder de oudere mensen die dieetproblemen met hun huisarts bespreken.¹

De proefschriften van Sterneberg (1907), Banning (1931) en Schaab (1950) werden in 1954 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* van wetenschappelijk belang genoemd.⁷

Noten

- 1 Bremer en Westreenen van. De werkzaamheden in de huisartspraktijk.
- 2 Oliemans. D270. p.75.
- 3 Lamberts. *In het huis van de huisarts*. p.180 e.v.
- 4 Hoff en Hoff-Vermeer. *De vitamines*.
- 5 Bremer, Van Es en Hofmans. Deel 1, p. 104.
- 6 Nijenberg en Deveer. Samenwerking tussen huisarts en diëtiste.
- 7 Aandeel. *Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap*.

De proefschriften

- 1907 Sterneberg. *Zuigelingenvoeding en zuigelingensterfte*.
 1931 Banning. *De voeding te Zaandam*.
 1934 Menken. *Over het gehalte aan vitamine A en carotenoden in het bloedserum van de mens*.
 1940 Wesly. *Een onderzoek naar de beteekenis van de vitamin-A spiegel van het bloedserum*.
 1940 Fizaan. *De invloed van achylia gastrica*.
 1941 Cate ten. *Het vitamine – C – gehalte van het bloed*.
 1941 Ogterop. *De vitamine B1 uitscheiding*.

- 1945 Wilhelmij. *De gemiddelde doorsnede der erythrocyten.*
 1947 Lamberts. *De voedingstoestand van schoolkinderen.*
 1948 Mullens. *Over het calcium- en fosfaatgehalte van het bloed.*
 1950 Schaab. *De voeding en voedingstoestand van de bevolking van Uden.*
 1953 Burema. *De voeding in Nederland.*
 1956 Hoogenkamp. *Ontwikkeling, voeding en voedingstoestand van zuigelingen.*
 1957 Klein Obbink. *De oorzaken van aangeboren misvormingen.*
 1966 Ekker. *Voeding en voedingstoestand van Curaçaose schoolkinderen.*
 1966 Hennink. *Borstvoeding.*
 1975 Heyrman. *Screening van voedingsgewoonten.*
 1979 Bowles. *Voedingsgewoonten en gezondheidsaspecten van bejaarden.*
 1987 Binsbergen van. *Zoutconsumptie en bloeddruk.*
 1990 Bogaard van den. *Beschermt borstvoeding tegen ziekte?*
 1992 Pranger. *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten.*

V.I.8 — PROEFSCHRIFTEN OVER SAMENWERKING VAN DE HUISARTS MET ANDEREN

Dat de huisarts met andere werkers in de gezondheidszorg moet samenwerken om de patiënt zo goed mogelijk te kunnen helpen, is door de samenstellers van het Woudschoten Rapport al in 1966 gesteld.¹ In dit rapport worden negen van deze deskundigen genoemd onder andere de zielszorger. Maar ook vóór die tijd was incidenteel op de noodzaak van samenwerken gewezen en het zal geen toeval zijn dat de wijkverpleegster daarbij het eerst, in 1914, genoemd is.² In dat jaar schreef De Vries, huisarts in Oosterend, een artikel over de samenwerking van de huisarts met de wijkverpleegster en ook toen bleek samenwerken al moeilijk te zijn. In het blad *Huisarts en Wetenschap* komt samenwerking voor het eerst in 1961 ter sprake en ook toen ging het over het samenwerken met de wijkverpleegster.³ Vóór WO II stond samenwerking zelden ter discussie.

Door de wet van Thorbecke, 'regelende de voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van geneeskundige' in 1865, was een arts de enige die deze bevoegdheid had, er viel dus niet zo veel 'samen te werken' of het moest zijn met andere artsen.

In de 77 artikelen van huisartsen, geschreven tussen 1900 en 1957 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, was De Vries ook de enige die het onderwerp samenwerking heeft besproken. Interessant is dat van deze 77 artikelen er 74 door één auteur zijn geschreven: ook op het terrein van het onderzoek bestond kennelijk weinig samenwerking.⁴

De structuur van de gezondheidszorg is in de loop van de tijd steeds ingewikkelder geworden, de technische mogelijkheden zijn toegenomen en het aantal deskundigen dat zich met patiënten bemoeit groeit nog steeds, zodat samenwerken met anderen voor iedere arts absoluut nodig werd. De samenwerking met de specialist was daarbij voor de huisarts zeer belangrijk.

Hoewel er in de eerste helft van deze eeuw zeer veel geschreven, gesproken en gediscussieerd is over de verhouding huisarts-specialist – het ging bijna altijd over de afbakening in het werk en over het verschil in betaling – is er al die tijd geen proefschrift over dit vraagstuk gepubliceerd.⁵

Het aantal specialisten is vooral de laatste decennia sterk toegenomen, zodat er nu in Nederland – in 1999 – bijna tweemaal zoveel specialisten als huisartsen zijn, terwijl er in 1962 evenveel huisartsen als specialisten waren. Deze verandering heeft uiteraard geleid tot een sterke toename van het aantal verwijzingen. Het is begrijpelijk dat er op dit punt van samenwerking bepaalde regels ontstaan zijn.

Dat samenwerking voor huisartsen belangrijk werd, blijkt ook uit het boek *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde*, uit 1974, waarin in een apart hoofdstuk van 140 pagina's, de samenwerking met zeventien deskundigen en/of instanties ter sprake komt.⁶ Opgemerkt moet worden dat de bevoegdheid van geneeskundige desondanks alleen bij artsen bleef berusten, een situatie die ook al lang vóór 1974 als onhoudbaar moest worden aangemerkt. Pas de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG), na 1996 gefaseerd in werking getreden, maakte aan deze situatie een einde.⁷

Over het onderwerp 'samenwerking' zijn achttien proefschriften verschenen, het eerste in 1956. In deze reeks van achttien studies gaat het om de samenwerking met andere professionele 'hulpverleners', een term die overigens pas na ongeveer 1975 in gebruik kwam. Onder samenwerken verstaan wij 'gemeenschappelijk aan eenzelfde taak werken' (Van Dale, 1984), waarbij het hier vooral gaat om het samenwerken met personen. Het begrip samenwerking heeft voor huisartsen op zichzelf al veranderingen ondergaan. Sinds ongeveer 1960 bestaan er verschillende 'samenwerkingsverbanden' van huisartsen: home-teams, groepspraktijken, gezondheidscentra en duo-praktijken. (Zie Hoofdstuk IV, Tabel I) Ook wat dat betreft is het onderwerp voor de huisarts van veel betekenis, omdat tegenwoordig al meer dan de helft van de huisartsen in een samenwerkingsverband werkzaam is. Een 'home team' is een informele samenwerkingsvorm en de term is het eerst door Huygen gebruikt. Hij spreekt van de kernfiguren in zo'n team: de huisarts, de wijkverpleegster, de maatschappelijk werkster en de geestelijke verzorger. Maar 'Bij de zorg voor patiënten die thuis worden verpleegd, speelt de huisarts de hoofdrol'.⁸ De term wordt overigens niet veel meer gebruikt. De andere samenwerkingsvormen zijn meer formeel en zakelijker en er bestaat bijna altijd een contract tussen de deelnemers.

In de 18 proefschriften komt het samenwerken met veel andere hulpverleners ter sprake.

In het proefschrift van Bremer (1964) komt het verwijzen naar specialisten voor het eerst aan bod. Daarna is het onderwerp meer specifiek met een bepaalde specialist bestudeerd: de verwijzing naar de oogarts (Baggen, 1990), naar de internist (Grundmeijer en Van Weert, 1992) en naar de kinderarts. (Crone-Kraaijenveld en Van Suijlekom-Smit, 1994).

Om de huisarts meer diagnostische mogelijkheden te geven, en in de hoop dat daardoor het aantal verwijzingen zou dalen, zijn experimenten opgezet die in proefschriften zijn geëvalueerd.

De samenwerking met de cardioloog werd bestudeerd door thuis een ECG te maken en dat te laten beoordelen (Schilperoort, 1977 en Grijseels, 1994), door een diagnostisch centrum op te richten en daarbij duidelijke werkafspraken te maken (Beusmans, 1986 en Winkens, 1994) of door de specialist te vragen een gastroscopie bij de patiënt te doen (Numans en De Wit, 1992). Vierhout (1994) ten slotte organiseerde consulten van de huisarts met de orthopeed, de dermatoloog en de keel-neus-oorarts.

Delegatie van taken door de huisarts kwam aan bod (Ten Cate, 1956 en Weisz, 1972) en dit onderwerp werd verder door De Haan in 1986 uitgewerkt. (D141) Het eerste proefschrift over samenwerking was van Ten Cate – over de samenwerking met de doktersassistente –, een proefschrift dat voor de huisartsen van veel belang was. Weinig huisartsen hadden in die tijd een doktersassistente en pas toen dat veranderde kon de dokter een afspraakspreekuur houden. De samenwerking met de maatschappelijk werkster en de apotheker werden in aparte proefschriften bestudeerd (Vlamings, 1967 en Van de Poel, 1988).

Er is in ons materiaal weinig promotieonderzoek verricht naar de problematiek rondom de verschillende samenwerkingsverbanden. Maar in de periode 1970-80 is in *Huisarts en Wetenschap* veel over dat onderwerp geschreven. Tien van deze artikelen zijn in de dissertatie van Crebolder (1977) gebundeld. Het promotieonderzoek van De Neeff (1973) over het gezondheidscentrum in Didam, behandelt vooral de samenwerking met de verloskundige.

Vier van de achttien proefschriften over samenwerking zijn door twee promovendi in samenwerking geschreven, waarschijnlijk geen toeval: D138, D267, D390 en D73.

Wie de reeks proefschriften in een onderlinge samenhang probeert te overzien komt tot de conclusie dat veel aspecten van het samenwerken ter sprake komen: technische (laboratorium, electrocardiografie), organisatorische (delegatie, werkafspraken), administratieve (verwijsbrieven, formulieren), psychologische (samenwerkingsverbanden), financiële en ethische. Dat al dat samenwerken

moet plaatsvinden in het belang van de patiënt zal duidelijk zijn en ook de patiëntenorganisaties en de overheid hebben ernaar gestreefd ervoor te zorgen dat de hulpverlening duidelijk en overzichtelijk moest blijven. Er kwam een Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) die in 1995 in werking trad. Samen met de Wet BIG moet deze in de toekomst de patiëntenrechten garanderen.⁷ Het samenwerken tussen hulpverleners (raadplegen en verwijzen) speelt in deze wetten een belangrijke rol. Wat dat betreft hebben de hier besproken proefschriften het toegroeien naar deze wetten bevorderd.

Noten

- 1 Vroege. Het Woudschoten-rapport.
- 2 Vries de. De wijkverpleging.
- 3 Phaff. Samenwerking huisarts-wijkverpleegster.
- 4 Bremer en Vesseur. Publicaties van huisartsen.
- 5 Zie bijvoorbeeld: Festen. *125 jaar geneeskunst* en Juch. *De medische specialisten*.
- 6 Bremer, Van Es, en Hofmans. *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde*. 2e druk. p.1 – 140.
- 7 Maatschappij. *Consult 1995 en 1996*.
- 8 Huygen. Het home-team.

De proefschriften

- 1956 Cate ten. *De praktijkhulp van de huisarts*.
- 1964 Bremer. *Het verwijzen*.
- 1967 Vlaming. *Huisarts en maatschappelijk werkster*.
- 1972 Weisz. *On delegation*.
- 1973 Neeff de. *Prenatale zorg*.
- 1977 Crebolder. *Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum*.
- 1977 Schilperoort. *Electrocardiografische diagnostiek*.
- 1986 Beusmans. *Huisarts en diagnostisch centrum*.
- 1986 Haan de. *De doktersassistente*.
- 1988 Poel van de. *Samenwerking van huisartsen en apothekers*.
- 1990 Baggen. *Oogheelkunde*.

V.I.9 — PROEFSCHRIFTEN OVER WETTEN, INSTELLINGEN EN VOORZIENINGEN OP HET GEBIED VAN DE VOLKSGEZONDHEID.

Het ligt voor de hand dat huisartsen, die met veel aspecten van het ziek-zijn van hun patiënten te maken hebben, geconfronteerd worden met de bedoelingen en consequenties van allerlei wetten, instellingen en voorzieningen die bestaan omdat

er in onze maatschappij zieke en invalide mensen zijn. De proefschriften geven blijk van betrokkenheid van de huisarts met de plaats en de rol van de patiënt in de wereld. De wetten, instellingen en voorzieningen worden beschreven en commentariseerd en er worden soms voorstellen gedaan om deze te verbeteren.

Het was niet altijd geheel duidelijk welke proefschriften tot deze reeks behoorden want de desbetreffende aspecten worden in sommige studies als een onderdeel van een onderzoek behandeld. Deze studies zijn niet in de reeks opgenomen. Ook boeken met een medisch-historische inhoud komen in de reeks niet voor. Het onderwerp betreft wel de preventie van ziekten en in de dissertaties komen dus niet alleen zieken aan bod. Dat zieke en invalide mensen in onze maatschappij bescherming verdienen is duidelijk en er zijn ook nogal wat wetten binnen de sociale zekerheid waarmee de patiënt en zijn huisarts op een of andere manier te maken hebben.¹

Ook nu zijn de proefschriften chronologisch geplaatst zodat zichtbaar wordt welk onderwerp wanneer relevant was.

De meeste proefschriften zijn uitgekomen in de jaren veertig. Coppes (1948) geeft een duidelijk overzicht van deze instellingen en voorzieningen in de stad Enschede. Opgemerkt moet worden dat zeker vóór de Tweede Wereldoorlog veel huisartsen nevenfuncties hadden – het doen van keuringen en controles was zo'n nevenfunctie – zodat er huisartsen waren die uit ervaring spraken. Een voorbeeld is het proefschrift van De Bruin, 1959, die behalve huisarts tevens bedrijfsarts was in een accufabriek en te maken kreeg met de arbeidsinspectie. Ook de geldelijke uitkering die mensen kunnen krijgen omdat zij door ziekte niet meer in staat zijn om te werken geeft nogal eens problemen. Omdat in Nederland al vanouds de scheiding tussen behandeling en controle bestaat worden mensen door andere – niet behandelende – artsen gecontroleerd, wat aanleiding tot moeilijkheden kan geven. De Ruiters behandelt als 'vaste deskundige bij de Raad van Beroep' deze soms ingewikkelde conflicten. (D308)

Een typisch voorbeeld waarin de controle-problematiek ter sprake komt is het proefschrift van Van Ditzhuyzen (1955) waarin hij probeert aan te tonen dat controle bij ziekte binnen de bevolking waar hij werkt om ethische redenen niet begrepen wordt. Nog afgezien van de vraag of weigering van ziekingeld in een bepaald geval terecht is, blijft het ook een probleem of artsen überhaupt in staat zijn arbeidsgeschiktheid of -ongeschiktheid in haar algemeenheid te beoordelen. De proefschriften van Doleman (1928), Den Hartog (1939) en Sajet (1940) behandelen deze aspecten van de sociale wetgeving. Interessant is het proefschrift van Mettrop (1945) omdat het een onderwerp betreft dat tot het verleden behoort. De proefschriften van Elzinga (1940), Ensink (1940) en Coppes (1948) berusten op lokale waarnemingen waaruit met enige voorzichtigheid echter wel enkele algemene conclusies getrokken kunnen worden.

Dat het hier besproken onderwerp relatief zelden in een proefschrift is behandeld – in 18 van de 400 proefschriften – wordt waarschijnlijk ook veroorzaakt door het feit dat hier vaak een aparte deskundigheid vereist is die niet alle huisartsen zullen bezitten.²

Noten

1 Voorlichtingscentrum. *De kleine gids*.

2 Zie bijvoorbeeld: Doeleman. Huisarts en verzekeringsgeneeskundige.

De proefschriften

- 1906 Waller. *Wettelijke regeling der bestrijding van besmettelijke ziekten*.
 1918 Loo van der. *De arts in gemeentedienst*.
 1928 Doeleman. *Geneeskundige ziektecontrole*.
 1939 Hartog den. *De beoordeling van arbeidsgeschiktheid*.
 1940 Ensink. *Moederschapszorg*.
 1940 Elzinga. *De vereniging voor ziekenhuisverpleging*.
 1940 Sajet. *De geneeskundige beoordeling in de ongevallenwet*.
 1945 Mettrop. *De kinderuitzending*.
 1948 Coppes. *Maatregelen en instellingen op het gebied der volksgezondheid*.
 1955 Ditzhuysen van. *Sociale wetgeving*.
 1959 Bruin de. *Over het vóórkomen en de therapie van loodvergiftiging*.
 1966 Wiechen van. *De resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen*.
 1973 Ruigh de. *Milieufactoren en gezondheidsbeleving*.
 1975 Drogendijk. *Het protestants-christelijke ziekenhuis*.
 1981 Sijtsema. *The disabled and health care sport*.
 1983 Engh van den. *Het Nederlandse militaire gezin in West-Duitsland*.
 1987 Ruiter de. *Medische bijstand bij conflicten*.
 1994 Roolvink. *Revalidatie en reïntegratie in het arbeidsproces*.
 1992 Grundmeijer en Weert van. *Huisarts en Internist*.
 1992 Numans. *Gastroscopie op verzoek van de huisarts*.
 1992 Wit de. *Gastroscopie op verzoek van de huisarts*.
 1994 Crone-Kraaijeveld en Suijlekom-Smit van. *Huisarts en kinderarts*.
 1994 Grijseels. *Prehospital triage*.
 1994 Vierhout. *Het gezamenlijk consult van huisarts en specialist*.
 1994 Winkens. *Improving test ordering*.

V.II — LITERATUURVERWIJZINGEN IN DE PROEFSCHRIFTEN

Het verhaal gaat dat de schrijver-arts J.J. Slauerhoff – toen assistent op de afdeling dermatologie van het academisch ziekenhuis in Utrecht – graag eens een proefschrift wilde schrijven zonder één enkele literatuurverwijzing. Het is er nooit van gekomen.

Zo'n dissertatie heb ik in mijn verzameling niet aangetroffen. Alle vierhonderd proefschriften hebben een literatuurlijst, hoewel het ook voorkomt dat alle literatuur in voetnoten vermeld wordt. Voetnoten hadden het bezwaar dat een kleine verandering in de tekst bij het schrijven tot vervelend 'verloop' aanleiding kon geven, maar dat bezwaar is door het gebruik van een tekstverwerker weggenomen. Voetnoten zijn bovendien lastig voor de lezer want hij kan moeilijk nagaan of een bepaalde auteur wordt geciteerd, tenzij er een cumulatieve literatuurlijst aan het einde van het boek gegeven wordt. Bovendien storen voetnoten de lectuur van een werk vooral als zij lang zijn of – nog erger – als zij op een volgende pagina doorlopen.

Om een indruk te krijgen van de manier waarop de schrijvers hun literatuurverwijzingen noteerden heb ik uit de chronologische lijst van proefschriften van ieder vijfde jaar de eerste dissertatie op dit punt bekeken: totaal 18 boeken. Tevens heb ik nagegaan – in een a-select gekozen reeks van veertig proefschriften – of de aangehaalde literatuur in het Nederlands, Duits, Frans of een andere taal geschreven is. Mijn beschouwingen berusten dus op een analyse van ongeveer zestig proefschriften. Deze proefschriften zijn in de alfabetische lijst in hoofdstuk XIII nader aangegeven.

Bij de bestudering van de veranderingen van de literatuurverwijzingen in de tijd valt het op dat de wijze van vermelding geleidelijk aan steeds uniformer, nauwkeuriger en meer ter zake wordt. Terwijl het vroeger – vóór 1930 – niet zeldzaam is dat de voorletters van een auteur ontbreken of dat een auteur met een titel is vermeld, komt dat daarna steeds minder voor. Ook ontbreekt vóór 1945 nogal eens het paginanummer van een genoemd tijdschrift en worden – ook nog omstreeks 1970 – van een boek bijna nooit de uitgever en plaats van uitgave vermeld.

Het vermelden van het nummer van de eerste én de laatste pagina van een artikel – waardoor de lezer kan zien hoe groot een aangehaald artikel is – komt vroeger weinig voor.

Van een artikel wordt vaak niet de titel vermeld. Afkortingen worden op niet gestandaardiseerde wijze en betrekkelijk willekeurig – maar meestal wel begrijpelijk – gebruikt. Veel voorkomend is de alfabetische literatuurlijst achter in het boek, waarbij de naam van de auteur in de tekst van een jaartal voorzien is. Storend is dan dat, na een zin, soms een lange reeks namen van auteurs vermeld wordt met achter iedere naam een jaartal. Meer voorkomend is de literatuurlijst met oplopende nummering waarbij de auteurs in de lijst dus niet alfabetisch genoemd worden en in de tekst met een cijfer worden aangegeven.

Tegenwoordig is een literatuurlijst na ieder hoofdstuk gewoon, een doorgenummerde lijst, dus niet alfabetisch. Dit is een goede oplossing mits aan het eind van

het boek een cumulatieve lijst gegeven wordt. Vooral in proefschriften met een medisch-historisch onderwerp wordt de literatuur van ieder hoofdstuk apart achterin het boek geplaatst waarbij dan ook gebruik gemaakt wordt van de nummering om in de lijst opmerkingen of bijzonderheden te vermelden. Er is in zo'n geval meer sprake van noten.

Sommige auteurs van de onderzochte proefschriften hebben een eigen opvatting over de literatuur. Eén huisarts – Ten Cate (1956) – vermeldt twee lijsten: een lijst 'In de tekst gememoreerde literatuur', die niet alfabetisch is doorgenumerd en een lijst 'Geraadpleegde literatuur', die alfabetisch is gerangschikt. Vóór en direct na de Tweede Wereldoorlog kwam het voor dat vrouwelijke auteurs door de schrijver als zodanig aangeduid werden, meestal met Mej.... Eén huisarts – Sijpkens Smit (1911) – heeft zijn geraadpleegde literatuur chronologisch vermeld zodat de oudste publicaties direct zichtbaar aan het begin van de lijst staan.

Het is trouwens opvallend hoe weinig dissertaties tegenwoordig een historische inleiding hebben, slechts de jongste literatuur is aangehaald. In de meeste moderne studies is de oudste verwijzing van hoogstens twintig jaar geleden, terwijl over het onderwerp ook veel vroeger vaak veel is gepubliceerd.

Moeilijk voor de lezer is een modern proefschrift samengesteld uit artikelen, met achter ieder artikel een aparte literatuurlijst, die dan niet-alfabetisch is. De lezer kan in zo'n geval moeilijk nagaan of een bepaald artikel of boek door de auteur geraadpleegd is. Bovendien is het niet zeldzaam dat bepaalde publicaties in iedere lijst steeds weer opnieuw vermeld worden. Een enkele maal komt de auteur de lezer echter tegemoet door aan het eind van het boek een aparte cumulatieve alfabetische lijst te publiceren, een attente oplossing die met een tekstverwerker niet moeilijk is uit te voeren.

Overigens krijgt de lezer de indruk dat het vooral de promotor is die de kwaliteit van de literatuurverwijzingen bepaalt. Reeds vóór de Tweede Wereldoorlog zijn er proefschriften geschreven met literatuurlijsten waarin de noodzakelijke gegevens goed genoteerd zijn.

In veertig a-select gekozen proefschriften is nagegaan hoeveel literatuurverwijzingen er vermeld waren en in welke taal de aangehaalde auteurs schreven. Dat betekende – ook tegenwoordig – bijna altijd dat dat tevens het land betreft waar de desbetreffende auteur werkt. Uit de naam van het tijdschrift is dan te concluderen of het Engeland of de V.S. betreft of – als de tekst Duits is – of het gaat om een Duitse, Zwitserse of andere auteur. Een bezwaar tegen deze wijze van aanpak zou kunnen zijn dat daarbij proefschriften waarvan de studie alleen op literatuur berust – medisch-historische proefschriften bijvoorbeeld – en alle andere proefschriften niet apart worden onderscheiden. Het lijkt voor de hand te liggen dat de literatuurstudies de meeste verwijzingen hebben. Dit blijkt echter bij een

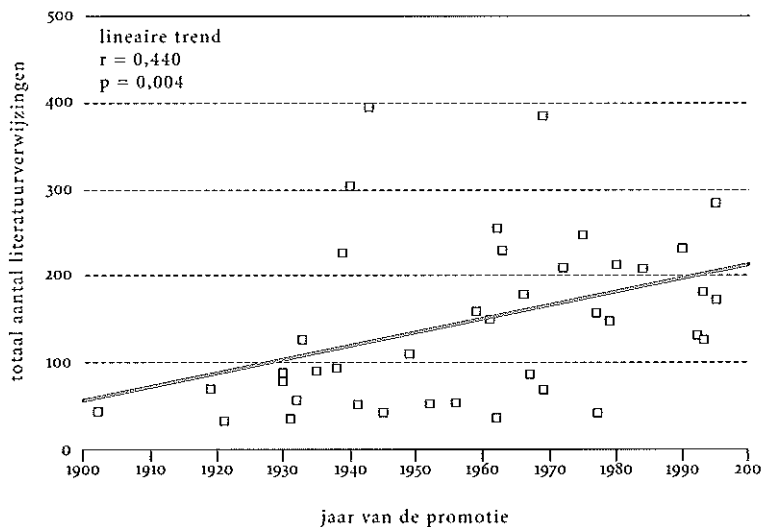
nadere beschouwing niet het geval te zijn. Er zijn in de reeks moderne 'klinische' proefschriften met zeer veel literatuuropgaven en twee dissertaties die op literatuurstudie berusten hebben minder dan honderd verwijzingen.

Over de bestudeerde literatuurverwijzingen valt het volgende in zijn algemeenheid te zeggen. Er is een trend naar steeds meer literatuurverwijzingen. In Figuur I is dat duidelijk te zien, de correlatiecoëfficiënt is 0,440, wat betekent dat er een statistisch significante stijging is. Bovendien komt uit deze figuur duidelijk naar voren dat er een sterke variatie is in het aantal verwijzingen. Dit aantal varieerde van 16 tot 396.

Ook in Tabel I en in Figuur II zijn de gegevens overzichtelijk weergegeven. Zichtbaar is dat er een significante stijging is van het aantal Engelse verwijzingen, met daarnaast een significante daling van het aantal Duitse verwijzingen. Terwijl vóór 1945 Duitse bronnen vaker vermeld werden dan Nederlandse, is dat tegenwoordig veranderd in die zin dat Engelse bronnen meer voorkomen dan Nederlandse, terwijl nog geen 3% van de bronnen Duits is.

Zoals op veel gebieden zijn wat betreft het verwijzen naar de literatuur internationale voorschriften gekomen om een uniforme manier van werken te bevorderen. Deze gelden voor tijdschriften en dus ook voor proefschriften voor zover deze uit tijdschriftartikelen bestaan. In 1989 werd de 'Vancouver style' gepubliceerd, internationale voorschriften voor het publiceren in biomedische tijdschriften.

Figuur I Relatie tussen het aantal literatuurverwijzingen en het jaar van promotie

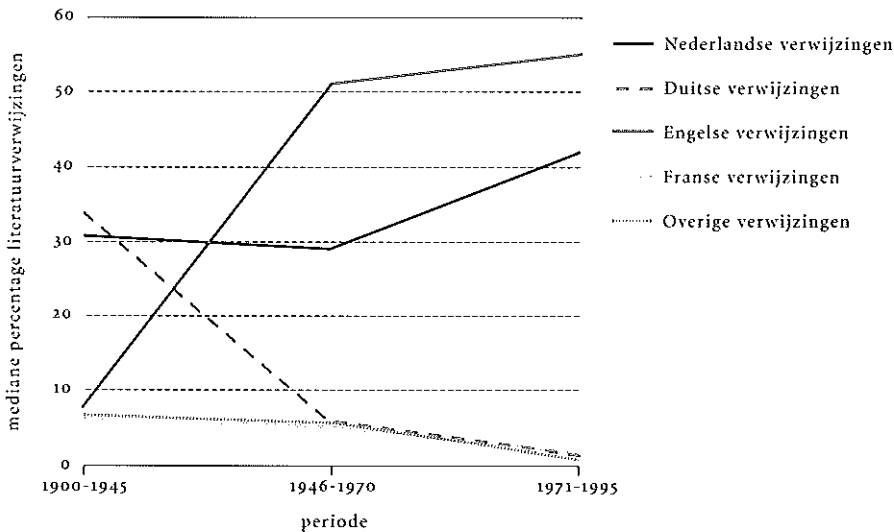


Tabel I Percentage literatuurverwijzingen per periode

1900-1945	Min.	Mediaan	Max.	95% BI	
Nederlands	2	31	84	13	57
Engels	1	8	64	2	41
Duits	12	34	94	14	63
Frans	1	7	23	11	1
Overig	1	7	12	n.t.b.	n.t.b.
1946-1970					
Nederlands	0	29	65	14	42
Engels	15	51	81	35	66
Duits	2	6	40	4	25
Frans	1	5	13	0	6
Overig	2	6	9	n.t.b.	n.t.b.
1971-1995					
Nederlands	1	41	98	10	74
Engels	0	56	83	14	71
Duits	0	3	92	0	5
Frans	1	1	13	n.t.b.	n.t.b.
Overig	1	1	15	n.t.b.	n.t.b.

n.t.b. = niet te bepalen in verband met te kleine aantallen

Figuur II Mediane percentage literatuurverwijzingen naar periode



Inmiddels is de vierde editie van 'Vancouver' uitgekomen ook met voorschriften op andere punten voor het schrijven van een artikel.¹ Vrijwel alle medisch wetenschappelijk tijdschriften werken met deze richtlijnen voor hun auteurs.

Vancouverregels zijn – up-to-date – te raadplegen op het Web:

<http://www.ama-assn.org/public/journals/jama>, door de American Medical Association op het Web gezet en onderhouden.

Voor het schrijven van andere dissertaties bestaan echter op dit punt geen bindende richtlijnen. Ook over plaats en lengte van de 'Inhoud', over de indeling van de tekst – in hoofdstukken en/of paragrafen – en over de lengte van een samenvatting bestaan geen voorschriften. Bij proefschriften over de geschiedenis der geneeskunde is het bovendien de vraag of de auteur zich moet houden aan de 'medische' of aan de 'historische' richtlijnen.² In sommige promotiereglementen worden tegenwoordig, in het hoofdstukje 'Het proefschrift', enkele globale instructies gegeven, bijvoorbeeld over de inhoud van het curriculum vitae. Over de literatuurverwijzingen wordt echter niets gezegd. Slechts in het promotiereglement van de Universiteit van Amsterdam staat vermeld dat elk proefschrift 'een overzicht van de geraadpleegde literatuur (zo mogelijk)' dient te bevatten.

Noten

1 TWIOscoop. Vancouver, fourth edition.

2 Buck, *Zoeken en schrijven*.

NABESCHOUWING

Nu aan deze reeksen proefschriften enkele beschouwingen zijn gewijd is het de vraag of er ook algemene gevolgtrekkingen gemaakt kunnen worden geldend voor meerdere aandachtsvelden.

De wetenschappelijke belangstelling blijkt voor ieder onderwerp in het verloop van de tijd te veranderen. (Zie Tabel II)

Rekening houdend met het totaal aantal proefschriften in de vermelde periodes valt globaal over deze telling te zeggen dat het bevolkingsonderzoek en de samenwerking onderwerpen zijn die pas na 1960 bestudeerd werden en dat zowel voor infectieziekten, de geschiedenis der geneeskunde als voor de voeding de belangstelling is afgenomen. De hart-vaatziekten trekken vooral de laatste tijd meer belangstelling, terwijl de interesse voor verloskundige onderwerpen verminderde.

De vraag kan gesteld worden waarom in het verloop van de tijd bepaalde onderwerpen de voorkeur genoten. Anders gezegd: Welke factoren (sturen) stuurden de wetenschappelijke belangstelling van de huisartsen? Alvorens deze vraag wat de proefschriften betreft te beantwoorden is het goed eerst op een factor te wijzen die

de keuze van het te onderzoeken onderwerp in de geneeskunde in zijn algemeenheid heeft bepaald en nog bepaalt. Het zal duidelijk zijn dat de argumenten om voor een bepaald onderzoek te kiezen berusten op gegevens die op zichzelf ook weer verkregen zijn door wetenschappelijk onderzoek. Van belang zijn daarbij vooral epidemiologische gegevens: geboorte- en sterftcijfers, levensverwachting, morbiditeitsgegevens, arbeidsverzuim door ziekte enzovoort. Verder leveren uiteraard ook evaluatie van bepaalde behandelingen en geneesmiddelenonderzoek informatie op om de therapie weer te verbeteren. Nieuwe gegevens worden vergeleken met oude, Nederlandse gegevens worden vergeleken met die uit andere landen en steeds doen zich daarbij vragen voor. Zo genereert wetenschappelijk onderzoek wetenschappelijk onderzoek, de klassieke kringloop die Dijksterhuis de generieke methode noemt.¹

In de concrete situatie komt het vaak neer op een nadere bestudering van het klachten- en ziekte-aanbod van de patiënten, waarbij een keuze gemaakt moet worden welke klachten of ziekten nader onderzoek behoeven. Het klachten- en ziektepatroon verandert in de loop van de tijd voortdurend zodat het onderzoek zich ook steeds zal moeten aanpassen. Dit lijken triviale conclusies maar de zaak ligt in de praktijk aanmerkelijk ingewikkelder dan zij op het eerste gezicht lijkt.

De vraag waarom nu juist déze klacht of déze ziekte vooral wordt onderzocht is in de praktijk soms moeilijk te beantwoorden. De oorzaak moet niet alleen worden gevonden in de frequentie waarmee de klacht of ziekte voorkomt, maar ook in het feit of de dokters er iets aan kunnen doen. Bovendien moeten – om te kunnen registreren – de mensen wel met hun klachten bij de dokters komen. De gewone verkoudheid bijvoorbeeld is een klacht waarmee de mensen niet naar de

Tabel II Proefschriften verdeeld naar aandachtsgebied*

	Totaal	1900-1929	1930-1959	1960-1995
Infectieziekten	51	9 (19)	19 (15)	23 (10)
Geschiedenis	37	9 (19)	20 (16)	8 (4)
Hart-vaatziekten	35	2 (4)	8 (6)	25 (11)
Bevolkingsonderzoek	26	-	-	26 (12)
Psychiatrie	25	2 (4)	9 (7)	14 (6)
Verloskunde	23	4 (9)	9 (7)	10 (5)
Voeding	21	1 (2)	13 (10)	7 (3)
Samenwerking	18	-	1 (1)	17 (8)
Wetten e.d.	18	3 (6)	8 (6)	7 (3)
Alle proefschriften	398	47	129	222

*Cijfers tussen haakjes: percentage van het totale aantal in die periode

dokter gaan, omdat de kwaal niet ernstig is en omdat er toch niets aan te doen is. Een ander voorbeeld is de hypertensie: een afwijking die meestal geen of weinig klachten geeft maar desondanks zeer intensief wordt onderzocht vooral omdat de diagnose simpel is en er tegenwoordig iets aan kan worden gedaan. In het interbellum, toen de hypertensie waarschijnlijk even frequent voorkwam als tegenwoordig, was de medische belangstelling ervoor niet groot, omdat er vrijwel geen therapie bestond.² Pas toen er goede anti-hypertensiva op de markt kwamen gingen de dokters aan case-finding doen.

De medische 'consumptie' is na de Tweede Wereldoorlog – vooral door het verzekeringsstelsel – sterk toegenomen, wat wil zeggen dat mensen met meer en andere klachten naar de dokter gingen. Veel menselijke problemen zijn medische problemen geworden en ook de 'vergrijzing' heeft het ziektepatroon veranderd waardoor het onderzoek zich tegenwoordig vooral op de meer chronische ziekten richt. Veel ernstige ziekten zijn door de vooruitgang van de geneeskunde verdwenen – ik wijs slechts op de besmettelijke infectieziekten – waardoor de mensen tegenwoordig met klachten komen die vroeger niet van belang geacht werden. Lage rugpijn, een klacht waarmee men vroeger gewoon doorliep, wordt tegenwoordig uitvoerig wetenschappelijk onderzocht. Daarbij is het niet alleen zo dat dokters iets aan een kwaal moeten doen, maar de behandeling moet vooral snel effect hebben. De tenniselleboog – een afwijking die altijd spontaan overgaat – wordt intensief onderzocht en behandeld omdat de dokters ingaan op de wens van de patiënt. De 'mode' speelt daardoor ook bij het onderzoek een rol en de publiciteit zorgt wel voor de belangstelling en daardoor voor de financiering. De tegenwoordige patiënt, of cliënt, heeft veel wensen en als de gewone dokter de kwaal niet kan verhelpen zijn er alternatieve genezers waarvan essentieel is dat hun behandeling zich niet wetenschappelijk laat benaderen.

Er zijn dus zeer veel factoren die van invloed zijn op het klachten- en ziektepatroon dat de dokter te zien krijgt, factoren die vaak samenhang vertonen en daardoor moeilijk apart beoordeeld kunnen worden.

Een factor die het wetenschappelijk onderzoek ook in zijn algemeenheid stuurt is de moeilijkheidsgraad van dat onderzoek. Geneesmiddelenonderzoek is relatief gemakkelijk omdat de methode tot in de finesses is voorgeschreven, psychiatrisch onderzoek moeilijker omdat veel begrippen nauwelijks zijn te definiëren en omdat de mensen niet overal hetzelfde zijn. Daarbij komt dat er al zeer veel onderzoek is verricht op zeer veel gebied zodat er langzamerhand sprake is van een 'verminderde meeropbrengst', wat onderzoek ook minder interessant maakt. De doelstellingen van modern onderzoek moeten duidelijk geformuleerd worden, wat de kans op serendipiteit vermindert, waardoor het (gesubsidieerde) onderzoek er ook niet interessanter op wordt.³

Na deze summier uitzetting over invloeden op de keuze van het onderwerp van onderzoek in het algemeen, iets over deze keuze bij het (promotie)onderzoek van huisartsen. De mogelijkheden om te kiezen zijn sterk toegenomen door het Ziekenfondsbesluit van 1941.⁴ Huisartsen kregen toen verzekerd op naam ingeschreven en voor het eerst was het mogelijk de eigen praktijk kwantitatief te overzien en morbiditeitsonderzoek uit te voeren. Er ontstond behoefte aan een nauwkeurige omschrijving van de aangeboden individuele morbiditeit en na jaren zoeken is er tenslotte een goede indeling van deze morbiditeit opgesteld. In Nederland heeft vooral Oliemans in 1969 aan deze ontwikkeling een belangrijke bijdrage geleverd. (D270) Overall wordt nu de International Classification of Primary Care, de ICPC, gehanteerd, een classificatie waarvan inmiddels al meerdere verbeteringen zijn gepubliceerd.⁵

Epidemiologische begrippen – als prevalentie en incidentie – hebben sindsdien in de huisartspraktijk, ook internationaal, hun intrede gedaan.⁶ Behalve deze invloeden spelen uiteraard ook persoonlijke factoren bij de huisarts een rol. In de eerste plaats moet een huisarts die iets wil onderzoeken wel het gevoel hebben dat hij het door hem gekozen onderwerp in principe kan onderzoeken. Belangrijk is ook de vraag of een huisarts nu wel de aangewezen persoon is om een bepaald onderwerp te bestuderen. Om uiteenlopende redenen kan deze vraag weleens ontkennend beantwoord worden. De huisarts moet niet te veel bij het onderwerp zijn betrokken en ook kan de problematiek van een bepaald onderwerp te complex zijn. Het is terecht dat huisartsen zich dan onthouden van dat bepaalde onderzoek. Om een voorbeeld te geven: 'het ziekenfondsvraagstuk', dat jaren lang in Nederland een groot probleem was, is nimmer door een huisarts op wetenschappelijke wijze benaderd.⁴

Welke factoren (sturen) stuurden de wetenschappelijke belangstelling van de huisartsen? De vraag kan ook anders gesteld worden: waarom werd de wetenschappelijke belangstelling van huisartsen in een bepaalde tijd getrokken door juist dat specifieke onderwerp?

Ook hier geldt het principe dat vragen voortkomen uit de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Er zijn bijvoorbeeld medisch raadselachtige situaties geweest waarmee huisartsen direct te maken hadden. De simpele vraag luidt in zo'n geval: Hoe kan het nu dat...? De verwondering, de fascinatie, het 'door iets gegrepen worden', als eerste aanzet voor het doen van onderzoek.

In het begin van deze eeuw speelde het probleem waarom in bepaalde gezinnen sommige mensen wel en andere géén tuberculose kregen. Toen Rietema in 1904 zijn ervaringen met deze ziekte beschreef en zijn bijdrage eindigde met de uitspraak: 'Een gezond mens uit een gezonde familie krijgt geen tuberculose', was dat voor drie huisartsen een reden te trachten deze uitspraak een weten-

schappelijke grond te geven. Het waren Doyer (1920), Alons (1921) en Tazelaar (1926) die hun promotieonderzoek aan dit vraagstuk hebben gewijd.⁷

Er zijn ook problemen waar huisartsen frequent mee geconfronteerd worden en die verwondering oproepen en soms ergernis geven. Wij wijzen dan op al die patiënten die – kortweg gezegd – klagen maar niets mankeren en bij wie een dokter zo weinig kan doen. Of op mensen die om onduidelijke redenen menen niet te kunnen werken. In de paragraaf psychiatrie (Hoofdstuk V) staan de dissertaties over dit onderwerp bij elkaar; het gaat om acht studies na 1960 verricht. Misschien te moeilijk voor een huisarts is een onderzoek naar de samenwerking huisarts – psychiater of naar de betekenis van de psychiatrie voor de huisarts. Het moest een psychiater zijn die deze vraagstukken in een promotieonderzoek heeft bestudeerd.⁸

Er zijn ook medische problemen waar huisartsen mee geconfronteerd worden die in eerste instantie door anderen zijn onderzocht, maar die meer aspecten hebben die ook om een onderzoek vragen. Het ziektebeeld van de urineweginfectie is door Luger (1967) en Van Trommel (1968) als eersten onderzocht en daarna door nog drie huisartsen in een promotieonderzoek bewerkt: Gaymans (1972), Haag (1977) en Baselier (1983). Opvallend is daarbij dat deze vijf proefschriften ook aan vijf verschillende universiteiten zijn bewerkt zodat de invloed van de promotor of de faculteit kan worden uitgesloten. Ook het onderzoek van hypertensie valt onder deze categorie. Nadat Van der Feen in 1977 was begonnen deze 'uitdaging aan de huisarts' te accepteren, volgden negen huisartsen die de hypertensie in een promotieonderzoek hebben onderzocht. Al dit onderzoek vond plaats na 1977: Van Ree (1981), Van Weel (1981), Bekker (1983), Van Binsbergen (1987), Dambrink (1991), Havinga (1991), Van der Kruijsdijk (1991), Harms (1994) en Van der Hoogen (1995) en wel aan vijf verschillende universiteiten.

Externe financiering voor dit onderzoek, dat ook sterk in de publieke belangstelling stond, zal mede aan deze interesse hebben bijgedragen. Op het gebied van de samenwerking wordt deze ontwikkeling ook aangetroffen. Na het onderzoek van Vlamings over de samenwerking met de maatschappelijk werkster in 1967, volgde onderzoek naar de samenwerking met vele anderen.

Onderzoek op een bepaald gebied eenmaal op gang gebracht, bleek – om wetenschappelijk logische redenen – ook elders op dat gebied verricht te kunnen worden. Toen het 'model' infectieziekte zich duidelijk aftekende is dat onderwerp vanuit vele kanten onderzocht. Datzelfde mechanisme speelde op het gebied van het periodiek geneeskundig onderzoek en de screening. Zie ook paragraaf V. Nadat Van den Dool in 1960 zijn onderzoek had gepubliceerd, probeerden andere huisartsen aan te tonen dat veel ziekten in een vroeg stadium ontdekt konden worden: diabetes mellitus, urineweginfecties, aortasclerose, bacteriurie, hypertensie, cervix-carcinoom en colon- en rectum-carcinoom.

Er is ook onderzoek gedaan waarvan de keuze in sterke mate is bepaald door (de belangstelling van) de promotor. In 1938 promoveerden de huisartsen Van den Berg (Schagerbrug), en Brouwer (Langweer) en in 1946 Boorsma (Uithuizermeeden), bij de hoogleraar S. de Boer in Groningen (farmacologie), die een uitgesproken voorkeur had voor de cardiologie. Alle drie promoveerden zij op een farmacologisch onderwerp in de cardiologie. F.J.A. Huygen in Nijmegen is één van de weinige hoogleraren geweest die een eigen school gemaakt heeft met zijn 'gezins-geneeskunde': hij had vier promovendi met een proefschrift met het woord 'gezin' in de titel: Van der Velde (1971), De Melker (1973), Smits (1978) en Lens (1984). Ook het promotieonderzoek van vier huisartsen in Zuilen en Utrecht, die elkaar kenden, valt onder deze rubriek. Zij promoveerden, in en direct na de Tweede Wereldoorlog, bij C.D. de Langen, hoogleraar interne geneeskunde in Utrecht, op een onderwerp betreffende de voeding: Wesly (1940), Ogterop (1941), Ten Cate (1941) en Wilhelmi (1945).

Een enkele keer vormde een promotieonderzoek een antwoord op een prijsvraag uitgeschreven door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Taminiau, 1926 en Doyer, 1920 hebben hun antwoord tot een proefschrift omgewerkt. Buma, 1949 kreeg voor zijn promotie-onderzoek de prijs uitgeschreven ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van deze Maatschappij. Het is duidelijk dat ook bepaalde stimuleringsregelingen promotieonderzoek onder één noemer kunnen brengen. Van de 99 proefschriften verschenen in de tien jaar 1986 tot en met 1995 werden er 42 door stimuleringsgelden gefinancierd. Zie hierover Hoofdstuk VI. Bij een analyse van de onderwerpen blijkt deze stimulering echter niet of nauwelijks van invloed geweest te zijn op de keuze van de onderwerpen. Slechts Code R 96 (astma) kwam in deze 42 proefschriften viermaal voor, onderzocht aan twee verschillende universiteiten. Anders wordt de situatie wanneer de 'derde geldstroom' speciaal ter beschikking staat voor bepaald onderzoek. De Nederlandse Hartstichting heeft wat dat betreft het onderzoek naar hart- en vaatziekten zeker gestimuleerd.

Een apart hoofdstuk wordt gevormd door de proefschriften binnen het aandachtsveld geschiedenis der geneeskunde. Hier spelen wat de onderwerpen betreft nogal eens lokale factoren een rol: historisch interessante ontwikkelingen, historisch belangrijke dokters, enzovoort. Dit was het geval bij de promoties van zeven huisartsen: Scheltema (1900), Starmans (1930), Drogendijk (1935), Bruins (1951), Bik (1955), Van Hoorn (1978) en Kam (1983). Over de betekenis van de geschiedenis der geneeskunde schreef Buma (1949) zijn proefschrift waarin hij aantoonde dat zinvolle kritiek op de huidige geneeskunde vanuit de geschiedenis gegeven kan worden.

Al het verloskundig onderzoek heeft dezelfde bedoeling: de bevalling zo goed mogelijk laten verlopen met als resultaat een gezonde moeder en een gezond kind. Het is deze bedoeling die al het (promotie)onderzoek op dit gebied stuurt. Het gaat in feite om het bewaken van een fysiologisch proces en het is niet zo'n wonder dat de verloskunde binnen de geneeskunde altijd een aparte positie heeft ingenomen.

Het voorgaande samenvattend kunnen wij zeggen dat de belangstelling van de huisartsen, voor zover het de bestudeerde proefschriften betreft, vooral gestuurd werd door de volgende factoren: (I) Door wetenschappelijke verwondering over actuele geneeskundige problemen; (II) Door de belangstelling van de promotor; (III) Door prijsvragen; (IV) Door (specifieke) externe financiering; en (V) Bij de studie van de geschiedenis der geneeskunde door lokale factoren, en bij de verloskunde door het streven naar een ideale aanpak.

Wat de literatuurverwijzingen betreft lijkt het aangewezen ook in de proefschriften die niet uit reeds gepubliceerde artikelen bestaan de Vancouver style te gebruiken. Bovendien is het nodig – en dit is al meerdere malen hier geponeerd – om een alfabetische cumulatieve lijst van de vermelde literatuur achter in het boek te plaatsen.

Wanneer de literatuur in sommige moderne dissertaties wordt bekeken is het vaak verbluffend hoe weinig de auteur zich in het verleden van zijn onderwerp verdiept heeft, ook wanneer dat absoluut aangewezen lijkt. Wat dat betreft is een promotiecommissie bestaande uit enkele hoogleraren geen garantie voor de kwaliteit van een proefschrift. Een – al of niet korte – historische inleiding dient in ieder proefschrift aanwezig te zijn.

Noten

- 1 Dijksterhuis. Eenheid en verscheidenheid.
- 2 Lewis. *Hartziekten*.
- 3 Andel Pek van en Andrea. *Serendipiteit*.
- 4 Hoeven van der. *Voor elkaar*.
- 5 Boersma. *International Classification of Primary Care*.
- 6 Lamberts. *In het huis van de huisarts*.
- 7 Bremer. De bijdrage van Nederlandse huisartsen.
- 8 Weijel. *Psychiatry in general practice*.

HORA

HOOFDSTUK VI

*Promotieonderzoek door
huisartsen: 1971-1995*

PROMOTIEONDERZOEK DOOR HUISARTSEN: 1971-1995

NABESCHOUWING

De tekst van dit hoofdstuk is in een iets andere vorm
gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*: Bremer GJ, Kooij LR.
Promotieonderzoek door huisartsen in de jaren 1971-1995,
Huisarts Wet 1999; 42(13): 605-8,625

VI — PROMOTIEONDERZOEK DOOR HUISARTSEN: 1971-1995

Wie de geschiedenis van de huisartsgeneeskunde in Nederland in deze eeuw probeert te overzien moet wel tot de conclusie komen dat de belangrijke veranderingen vooral vóór 1970 hebben plaatsgevonden. Na die tijd heeft het vak zich min of meer geconsolideerd en is een universitaire discipline geworden. Voor het zover was moest er heel wat gebeuren. Een groot deel van deze ontwikkelingen is elders uitvoerig beschreven.¹ De belangrijke gebeurtenissen worden hier kort opgesomd.

Door de registratie van specialisten vanaf 1930 werd min of meer duidelijk wie er huisarts was. Na het ziekenfondsbesluit in 1941 kregen deze huisartsen goed omschreven praktijken – de verzekerde moest immers op naam zijn ingeschreven – zodat gekwantificeerd morbiditeitsonderzoek in principe mogelijk werd. In 1956 werd het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht en toen een jaar later *Huisarts en Wetenschap* voor het eerst verscheen maakte dat de huisartsen mogelijk de resultaten van hun wetenschappelijk onderzoek in een eigen blad te publiceren. Veel huisartsen kregen het gevoel dat zij een kenmerkend eigen beroep uitoefenden, vooral ook door de Woudschoten Conferentie in 1959, toen de typerende ‘deeltaken’ van het vak geformuleerd werden.² Ten slotte kreeg de huisartsgeneeskunde in de periode 1967-1974, met het instellen van eigen leerstoelen een officiële universitaire status met eigen onderwijs en onderzoek en werd een begin gemaakt met een speciale beroepsopleiding.

In de periode 1970-1980 zochten de universitaire huisartseninstituten naar een goede vorm om hun onderzoek in te richten. Daarna kan men spreken van een zekere stabilisatie en professionalisering, een periode waarin de huisartsgenees-

kunde 'op weg' ging.³ Het gaat in dit hoofdstuk om de periode 1971-1995 – de laatste 25 jaar – omdat in het begin van deze periode de huisartsgeneeskunde een universitaire status heeft verworven en omdat wij over deze periode over nauwkeurige gegevens beschikken door de enquête die onder de gepromoveerde huisartsen is gehouden.

De veranderingen in de periode 1900-1995 zijn in Hoofdstuk IV besproken maar de meeste van deze veranderingen vonden vooral in de laatste decennia plaats. De periode 1971-1995 is verdeeld in drie kortere perioden die met elkaar worden vergeleken om de veranderingen in het verloop van de tijd te kunnen aantonen. Hoewel 25 jaren zich niet in drie gelijke (jaar)perioden laten verdelen hebben wij toch om enkele redenen gekozen voor een chronologische verdeling (1971-1979; 1980-1987 en 1988-1995: 9-8-8), en niet voor een kwantitatieve verdeling van de proefschriften in drie gelijke aantallen omdat de laatste éénderde van de reeks dissertaties binnen 4 jaar werd geschreven. Zoals in hoofdstuk III is beschreven is van ieder promotieonderzoek een dertigtal gegevens in een databestand opgenomen, gegevens betreffende de huisarts-promovendus, de promotie, het onderzoek en de dissertatie. De meeste van de genoemde gegevens zijn zonder meer uit de dissertaties over te nemen. Een groot voordeel is tegenwoordig de aanwezigheid van een curriculum vitae – dat soms reglementair verplicht is – waardoor het zoeken naar bepaalde informatie zeer vergemakkelijkt wordt.

Omdat in de onderzoeksperiode de 'praktijkvorm' waarin huisartsen werkzaam zijn in zijn algemeenheid sterk is veranderd, hebben wij het Nivel gevraagd in hoeverre gepromoveerde huisartsen in dit opzicht van de overige huisartsen verschillen.

Bijzondere aandacht vraagt het aspect subsidiegever want het bleek dat er na 1983 enkele maatregelen zijn getroffen om het wetenschappelijk onderzoek door huisartsen te stimuleren. Deze tijdelijke maatregelen hebben tot een flinke stijging van het aantal proefschriften geleid. Het gaat om de volgende 'stimuleringsregelingen':

- In 1983 besloot de Minister van WVC dat 'in samenhang met de taakverdelingsoperatie het potentieel op het gebied van de extramurale gezondheidszorg' geconcentreerd moest worden in twee medische faculteiten: de VU in Amsterdam en Maastricht.

In Amsterdam werd in 1987 het EMGO-Instituut opgericht – het instituut voor ExtraMuraal Geneeskundig Onderzoek van de Vrije Universiteit – en in Maastricht ging een groot deel van dat geld naar een Diagnostisch Centrum.⁴

- In de periode 1985-1994 werd het promotieonderzoek van huisartsen extra gefinancierd door het NWO stimuleringsprogramma Huisartsgeneeskunde – NWO: de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek – de 'tweede geldstroom'.⁵

- Een geheel aparte regeling was het SGO: het Stimuleringsprogramma Gezondheids Onderzoek dat in 1986 gestart is en dat werd gefinancierd door de departementen O&W en WVC.⁶
- Daarnaast is in de periode 1987-1994 door het ministerie van VWS per universiteit f 150.000 beschikbaar gesteld om de Academische Werkvelden Huisarts-geneeskunde te financieren⁷, gevolgd door een subsidieregeling van f 300.000 per jaar in de periode 1994-1997 via de Ziekenfondsraad.

De vraagstelling van het onderzoek luidt (ook hier): Welke veranderingen hebben zich in de periode 1971-1995 – de laatste 25 jaar – voorgedaan in het promotie-onderzoek van huisartsen wat de door ons onderzochte aspecten betreft?

In de periode 1971 tot en met 1995 promoveerden 163 huisartsen tijdens hun beroepsuitoefening als huisarts. Zij schreven 159 proefschriften: er waren acht dubbelpromoties bij. De eerste dubbelpromotie – sinds 1981 wettelijk toegestaan – was in 1978. Omdat vier huisartsen promoveerden met een niet-huisarts waren er van de 16 promovendi 12 huisarts.

De periode 1971-1995 is verdeeld in de tijdsperiodes: (Tabel I) 1971-1979 met 37 proefschriften: 37 huisarts-promovendi; 1980-987 met 38 proefschriften: 38 huisarts-promovendi; 1988-1995 met 84 proefschriften: 88 huisarts-promovendi.

Vooraf in de derde periode is veel gepromoveerd. Het percentage vrouwen onder de huisarts-promovendi neemt ook gestaag toe: in de gehele onderzochte periode bedroeg dit percentage bijna 10%; dit steeg in de drie periodes van 3% in de eerste periode naar bijna 15% in de derde periode. Van de gepromoveerde huisartsen

Tabel I Periode 1971-1995

Aantal	Kenmerken van de huisartsen			
	Totaal	Periode	Periode	Periode
		1971-1979	1980-1987	1988-1995
Proefschriften	159	37	38	84
Huisartsen	163	37	38	88
Opleiding gevolgd	61	-	4	57
Voltijd huisarts	65	27	19	19
Aanstelling Huisartseninstituut	70	6	14	50
Vrouwen	16	1	2	13

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 werkten 32% als solist, 29% in een duo-praktijk, 19% in een groepspraktijk en ruim 20% in een gezondheidscentrum. Terwijl in de eerste periode 74% als solist werkzaam was, was dat in de laatste periode nog bijna 14%. Dit is reeds zichtbaar gemaakt in Diagram V (Hoofdstuk IV) waaruit bleek dat vooral duopraktijken en gezondheidscentra gepromoveerde huisartsen hebben 'geleverd'.

Eenzelfde soort ontwikkeling vond plaats wat de werkzaamheden betreft in de zin van het deeltijds of voltijds werken als huisarts. Het voltijds werken als huisarts daalde van 75% van de promovendi in de eerste periode, naar 22% in de derde periode. Vrijwel altijd was de promovendus daarbij in deeltijd verbonden aan een vakgroep huisartsgeneeskunde.

De meeste promoties van huisartsen vonden in Nijmegen plaats (20%), direct gevolgd door de Universiteit van Amsterdam (15%). Dit was over de totale periode het geval. Zie Tabel II. In de laatste acht jaar had Maastricht echter de leiding, gevolgd door Nijmegen. Het percentage promoties met een (hoogleraar)-huisarts als eerste promotor bedroeg over de gehele periode ruim 62%.

Dit percentage steeg in de drie periodes van 35, naar 55, tot 77. In totaal 19 huisartsen promoveerden bij een niet-huisarts als promotor. Zeven van de promotoren waren medisch specialist, vier waren geen arts. Promoveren in de prekliniek kwam éénmaal voor. Het aantal promotoren per promovendus steeg. Eén promotor komt weinig meer voor: de laatste acht jaar nog slechts in 17% van de gevallen.

Tabel II Plaats van de universiteit waar de promotie plaatsvond

Proefschriften in de periode 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	—
Totaal	159	99

Onderzoek in de eigen praktijk vond in ongeveer de helft van de gevallen plaats (52%). In de derde periode iets minder: 49%. Onderzoek 'samen met anderen' komt steeds vaker voor. In de eerste periode in 35% van de gevallen, in de tweede periode in 50% en in de derde periode in 83% van het promotieonderzoek. Opgemerkt moet echter worden dat 'samenwerken met anderen' tegenwoordig vaak betekent dat een huisarts promoveert op gegevens die ook andere huisartsen via de registratienetwerken voor hem hebben verzameld. De patiënt was uiteraard dikwijls het 'onderzoeksubject'. In de gehele periode in 72% van de gevallen. Dit percentage steeg de laatste tijd: van 62, naar 66, tot 78%. De huisarts zelf – het gedrag van de huisarts – was in ruim een kwart van de proefschriften het 'onderzoeksubject': totaal 26%. Het percentage steeg in de drie periodes van 11, naar 24, tot 34%. De huisarts als 'object van onderzoek' kwam vóór 1970 vrijwel niet voor.

Van de totaal 159 proefschriften konden er 94 met 52 coderingen van de ICPC voorzien worden.⁸ Sommige ziekten werden meerdere malen onderzocht, diabetes mellitus stond aan de top: zevenmaal. Dubbeltellingen komen voor omdat in enkele proefschriften verschillende ziekten of klachten onderzocht worden. Zie Tabel III. In 65 proefschriften wordt geen bepaalde ziekte onderzocht, maar een ander onderwerp.

Wat 'aandachtsvelden' betreft: in Tabel IV zien we dat 'Morbiditeit' het hoogste scoort, gevolgd door 'Gedrag van huisartsen'. In de 25 jaar trad vooral een stijging op wat betreft het aandachtsveld 'Morbiditeit' en 'Gedrag van huisartsen', terwijl de aandachtsvelden 'Bevolkingsonderzoek', 'Procreatie en seksualiteit', 'Voeding' en 'Geschiedenis der geneeskunde' in de belangstelling afnamen.

Tegenwoordig worden er nogal wat dissertaties in het Engels geschreven: bijna 30% in de gehele periode. Ook dit percentage neemt toe. In de laatste acht jaar verschenen 35 van de 84 dissertaties in het Engels: ruim 40%. Het gemiddeld aantal pagina's van de dissertaties bedroeg 183, met een sterke spreiding. Het dunste boekje had 56 pagina's, de dikste pil had er 548. In de 25 jaar werden de boeken niet duidelijk dikker ondanks het feit dat er acht dubbelpromoties bij waren. Deze dissertaties hebben wij gewoon meegerekend hoewel deze gemiddeld dikker waren: 260 pagina's.

Een curriculum vitae komt steeds vaker in de proefschriften voor, in de gehele periode in bijna de helft van de gevallen, in de laatste acht jaar in meer dan 80% van de proefschriften. Al vanaf 1970 hebben alle proefschriften een samenvatting in het Nederlands én het Engels. Een Nederlandse samenvatting is overigens verplicht als het boek in een andere taal is geschreven. Duitse samenvattingen kwamen in 12 van de 159 proefschriften voor. Van weinig dissertaties verschijnt nog een handelseditie (18%), dit percentage daalt de laatste tijd. Promoveren op artikelen komt, ook bij huisartsen, steeds meer voor. In de gehele periode in 27% van de promoties, in de laatste acht jaar in ruim 40% van de promoties.

Tabel III Ziekten en/of klachten (ICPC codes) meerdere malen in een proefschrift behandeld (n=94)

Driemaal in een dissertatie bestudeerd:	A 96: Dood/overlijden
	K 75: Acuut myocardinfarct
	K 91: Atherosclerose
	L 03: Lage rugpijn zonder uitstraling
	R 95: Emfyseem/COPD
	R 96: Astma
	X 11: Climacteriële symptomen/klachten
Vijfmaal in een dissertatie bestudeerd:	K 85/86: Verhoogde bloeddruk
Zevenmaal in een dissertatie bestudeerd:	T 90: Diabetes mellitus

Tabel IV Verdeling van proefschriften naar 'aandachtsvelden' in de drie periodes (n=159)
(in deze tabel komen dubbelteilingen voor)

Periode	Percentage	1971-79	1980-87	1988-95
	totaal	n=38	n=38	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	0	0
Geschiedenis der geneeskunde	3	2	2	0
Diversen	16	6	8	10

Ten slotte: het tijdsbestek tussen artsexamen 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, in de periode 1900-1945 zelfs tussen 5 en 10 jaar. Dit is uiteraard het gevolg van het feit dat huisartsen – door de huisartsopleiding – vóór zij beginnen, ouder zijn dan vroeger. Zie Diagram II en III, Hoofdstuk IV.

Zoals ieder onderzoek heeft ook dit onderzoek zijn beperkingen. De studie betreft dissertaties van huisartsen en niet al het onderzoek van huisartsen wordt in promotieonderzoek gepubliceerd. De restrictie 'proefschriften geschreven door huisartsen die promoveerden ten tijde van hun werkzaamheden als huisarts' sluit proefschriften uit die wel in de praktijk waren bewerkt: totaal 14. Deze huisartsen hadden ten tijde van hun promotie de huisartspraktijk verlaten. Zie Bijlage I. De gevonden veranderingen betreffen alleen de onderzochte populatie en moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

NABESCHOUWING

Bij de genoemde veranderingen willen wij enkele opmerkingen maken. De – tijdelijke – stimuleringsregelingen hebben tussen 1983 en 1995 ruim 40 dissertaties opgeleverd, dat is bijna 50% van de 84 dissertaties die in de periode 1988-1995 zijn verschenen.

In Tabel V staat een overzicht van de financiering van het promotieonderzoek en in de drie periodes. Het is duidelijk te zien hoe vooral in de derde periode het promotieonderzoek toenam. Het zou speculatief zijn om nu te zeggen dat zonder deze regelingen het aantal proefschriften van huisartsen in de toekomst met 50% zou dalen; maar dat het ophouden van deze regelingen invloed zal hebben is wel zeker. Daarbij komt nog dat het aantal vrouwen onder de afgestudeerde huisartsen ook in de toekomst zal stijgen, wat een voorspelling omtrent het aantal huisartsen dat zal promoveren onzeker maakt, omdat afgestudeerde vrouwen tot voor kort minder vaak promoveerden dan afgestudeerde mannen.^{9,10,11}

Tabel V Financiering van het promotieonderzoek in de verschillende periodes

Financiering	1971-1995	1971-1979	1980-1987	1988-1995
	Totale periode	Periode 1	Periode 2	Periode 3
Aantal dissertaties	159	37	38	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

Vroeger was het heel gewoon dat men op eigen kosten promoveerde; in de periode 1900-1945 was dat bij meer dan 85% van de huisartsen het geval. 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.

Het was zeker vroeger ook niet zeldzaam dat de promovendus werkte in een laboratorium of werkplaats van de universiteit en dat veel kosten van het promotieonderzoek daardoor voor rekening kwamen van de universiteit. Bovendien kreeg de promovendus nogal eens administratieve ondersteuning, zonder dat dat in rekening gebracht werd. Wat opvalt in Tabel V is dat privébetaling – het dragen van alle kosten van onderzoek en promoveren door de huisarts zelf – vrijwel niet meer voorkomt en dat er een sterke toename is van betaling via de derde geldstroom: van de 84 promotieonderzoeken in de derde periode 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 deze tabel komen dubbeltellingen voor omdat het onderzoek soms door verschillende instanties wordt gefinancierd.

Promoveren door vrouwelijke huisartsen kwam vroeger vrijwel niet voor. Hoe snel de situatie op dit punt veranderd is moge blijken uit het feit dat in de periode 1900 tot 1988 in Nederland ongeveer 280 dissertaties geschreven zijn door huisartsen – ook gepromoveerd tijdens hun huisarts-zijn – drie van deze 280 huisartsen waren vrouw.¹² Dat er in samenwerkingsverbanden meer gepromoveerd wordt ligt betrekkelijk voor de hand. In de begintijd werd dit zelfs als motief opgegeven voor het instellen ervan: men zou meer tot het doen van wetenschappelijk onderzoek komen. Veel promovendi zijn werkzaam in duopraktijken. Het in deeltijd werken als huisarts is een ontwikkeling die vooral na 1970 heeft plaatsgevonden. Dit was min of meer noodzakelijk omdat steeds meer huisartsen bij het onderwijs werden betrokken. In diezelfde tijd ontstonden de samenwerkingsverbanden – groepspraktijken en gezondheidscentra – 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 en omdat er universiteiten zijn met meer dan één hoogleraar huisartsgeneeskunde.¹³ Wat de aandachtsvelden betreft: binnen de groep Morbiditeit (63 dissertaties), nemen de infectieziekten niet meer zo'n grote plaats in als voor die tijd: 12 dissertaties, waarvan drie over urineweginfecties.

De tuberculose komt niet meer voor, de laatste dissertatie over tuberculose is van Van der Reep in 1959. (D 290) Het 'Morbiditeitsonderzoek' richt zich de laatste jaren meer op chronische ziekten.

Vooral onder de druk van de medische faculteiten verschijnen tegenwoordig veel proefschriften in het Engels. Dat lijkt niet altijd terecht omdat er nogal wat onderzoek door huisartsen gedaan wordt dat kenmerkend is voor de situatie in de Nederlandse gezondheidszorg en als zodanig vooral van belang is voor Nederlandse lezers. Dat dit aspect niet eenvoudig te beoordelen is blijkt uit de jongste publicaties over dit onderwerp.^{14,15,16} Een goed curriculum vitae in de dissertaties is voor het beschrijven van de wetenschappelijke ontwikkeling van een vak van belang. In enkele universiteiten worden in het promotiereglement op dit punt duidelijke instructies gegeven, wat wel nodig is want de lengten van deze levensbeschrijvingen lopen sterk uiteen. Over de lengte en preciese inhoud van de samenvatting worden echter ten onrechte nergens voorschriften gegeven, in tegenstelling tot de samenvattingen van artikelen in tijdschriften waarover de auteur nauwkeurige instructies krijgt. Dat er van de proefschriften van huisartsen weinig handelsedities meer verschijnen vindt zijn oorzaak waarschijnlijk vooral in het feit dat deze proefschriften nauwelijks meer van 'algemeen belang' geacht worden. Handelsedities van de proefschriften, met een aparte band, een speciaal voorwoord of samen met andere proefschriften verschijnend in een reeks – vroeger niet zeldzaam – worden niet meer uitgegeven.

Proefschriften met als onderwerp de medische historie – ook voor de niet-arts soms interessant – worden zelden meer door huisartsen geschreven en van een duidelijke distantiëring ten opzichte van de ontwikkeling van de moderne geneeskunde is bij de proefschriften nauwelijks sprake. Ook het in historisch perspectief plaatsen van de actualiteit is daardoor in de proefschriften zeldzaam geworden. Vroeger ging men er kennelijk van uit – al of niet terecht – dat een hoogleraar ook veel wist van de geschiedenis van zijn vak. Omdat dat lang niet altijd het geval was zochten de promovendi hun promotor bij de schaarse deskundigen op dit gebied, wat moeilijk was omdat de medische historie altijd al in Nederland een stiefkind binnen het medisch onderwijs geweest is. Geen enkele huisarts is gepromoveerd bij een hoogleraar in de geschiedenis.

Het meest opvallende van proefschriften van huisartsen is wel de zeer sterke diversiteit in onderwerpen. De belangstelling van een generalist kan – wanneer hij zich moet bepalen op één onderwerp – ook niet anders dan zeer uiteenlopend zijn. De onderwerpen variëren van voedingsgewoonten tot geboorteregeling, van dementie tot otitis media, van 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 1900-1945 in de drie perioden respectievelijk: 31%, 21% en 15%, wat als een bewijs daarvoor kan gelden. (Zie Hoofdstuk IV) Waarschijnlijk wordt dit mede veroorzaakt door het feit dat vroeger meer huisartsen als solist 'privé' promoveerden, terwijl er tegenwoordig gepromoveerd wordt op onderwerpen die liggen binnen

de voorkeursgebieden van de instituten voor huisartsgeneeskunde, respectievelijk de medische faculteiten. Hierbij is samenwerken van verschillende onderzoekers op één terrein vaak geboden. Soms zoekt de individuele huisarts aansluiting bij de onderzoekslijn van een vakgroep.

Een vraag die bij de bestudering van de proefschriften ook bij ons opkwam is wie de 'onderzoeksagenda' bepaalt. Voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is dit een belangrijk probleem.^{17,18}

Noten

- 1 Aulbers en Bremer. *De huisarts van toen*.
- 2 Vroege. Het Woudschoten rapport.
- 3 Bremer. Onderzoek naar het functioneren van de afdelingen onderzoek.
- 4 Kriegsman. *Gewoon of tóch bijzonder?*
- 5 Gegevens verkregen van de secretariaat NWO.
- 6 Rees-Wortelboer. Stimuleringsprogramma.
- 7 Weel. *Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde*.
- 8 Boersma. *ICPC. International Classification of Primary Care*.
- 9 In 't Veld-Langeveld. *De financiële aspecten*.
- 10 Agsteribbe. *Barrières in de carrières*.
- 11 Centraal Bureau voor de Statistiek. *Jaarboek onderwijs 1998*.
- 12 Bremer. Studies uit de huisartspraktijk.
- 13 Vanaf 1970 was er altijd één hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Groningse universiteit verbonden, aan alle andere universiteiten waren er bijna altijd meer. Zie ook Tabel IX, Hoofdstuk IV.
- 14 Visser. Het belang van publiceren.
- 15 Meijman. Publication in Dutch on general practice research.
- 16 Dongen. Nederlands of Engels?
- 17 Meijman. Prioriteiten.
- 18 Zaat. Tussen volkorenbrood en cake.

De proefschriften in de periode 1971-1995

- | | |
|---|--|
| 1971 Burger. <i>Lichamelijk onderzoek en ECG bij bejaarden.</i> | Pot. <i>Postmenopauze-oestrus.</i> |
| vd Hoeven. <i>Evaluation of periodic medical examination.</i> | Weisz. <i>Delegation in medicine and dentistry.</i> |
| Raupp. <i>Werkwijzen van huisartsen.</i> | 1973 Gill. <i>Sociaal verloskundige verkenningen.</i> |
| vd Velden. <i>Huisvrouw-huisarts-huisgezin.</i> | de Melker. <i>Ziekenhuispatiënt/huisarts/huisgezin.</i> |
| 1972 Fieren. <i>Het myocardinfarct.</i> | Molen. <i>Gait by subjects with below-knee amputation.</i> |
| Gaymans. <i>Bacteriurie.</i> | Neeff. <i>Prenatale zorg.</i> |
| Muller. <i>Somatometrisch en densitometrisch onderzoek.</i> | Rijpma. <i>Gezondheid in een agrarische gemeenschap.</i> |

- Roemeling Frima. *Serumcholesterol*.
de Ruigh. *Milieufactoren en gezondheidsbeleving*.
- 1974 Brons. *Appendicopathie*.
Smit. *Spoedgevallen in de huisartspraktijk*.
Zuiderveld. *Honderd gezonde mannen*.
- 1975 Drogendijk. *Het protestants-christelijk ziekenhuis*.
Heyrman. *Screening van voedingsgewoonten*.
- 1976 Rens. *Glaucoma simplex*.
Zeijlmans. *Menopauze en peri-menopauze*.
- 1977 Crebolder. *Gezondheidscentrum*.
vd Feen. *Hypertensie*.
Haag. *Asymptomatische bacteriurie*.
Koperberg. *Dubbelblind geneesmiddelen onderzoek*.
Looij. *Ongewenst zwanger*.
Schilperoord. *ECG diagnostiek*.
- 1978 vd Does. *Acute coronary events*.
v Geuns. *Urinary tract calculi*.
v Hoorn. *Levinus Lemnius*.
Laane. *Arterial pole of the embryonic heart*.
Melman. *Verandering van botmassa door externe factoren*.
v 't Riet. *August Bier*.
- 1979 Bowles. *Voedingsgewoonten van bejaarden*.
Simons. *Skull morphogenesis*.
- 1980 Neven. *Uitstelduur en praktijkvoering*.
Post. *Hoofdpijnpatiënten*.
- 1981 Jacobs. *Lymphaticoveneuze anastomose*.
Lens. *Zieke dokters*.
v Ree. *Nijmeegs interventie project*.
Sips. *Verandering geboorteregeling*.
Spreeuwenberg. *Stevenshulp*.
Sytsma. *Sport voor gehandicapten*.
v Weel. *Anticiperende geneeskunde*.
- 1982 Hoekstra. *Lage rugklachten*.
Oosterhuis. *Nekpijn, buikpijn, rugpijn*.
de Wolf. *Colon- en rectumcarcinoom*.
- 1983 Baselier. *Bacteriële urineweginfecties*.
Bekker. *Hypertensie interventie*.
Dogterom. *Het geheugenspoor van het konijn*.
Dolmans. *Plotse dood door sport*.
vd Engh. *Het NL-militair gezin in Duitsland*.
Kam. *Meretrix en medicus*.
Voorn. *Chronische patiënten*.
- 1984 de Graaf. *Slaapgedrag*.
Jongerius. *Decompensatie*.
Mees. *Filosofie der geneeskunst*.
v Veelen. *Glutathione in cataractogenesis*.
vd Werf. *Geneeskundige oordeelsvorming*.
- 1985 Dekkers. *Het bezielde lichaam*.
vd Lisdonk. *Ervaren en aangeboden morbiditeit*.
Regout. *Autoserum therapie*.
- 1986 Beusmans. *Diagnostisch centrum*.
de Haan. *De doktersassistente*.
Jonquière. *Schouder- en elleboogsaandoeningen*.
Mazel. *Preventie perinatale hepatitis B*.
v Merode. *Multi-gate pulsed Dopplersystem*.
Schadé. *Overleden patiënten*.
- 1987 v Binsbergen. *Zoutconsumptie en bloeddruk*.
Rijntjes. *Acute diarree*.
Sietsma. *De telefoon in de huisartspraktijk*.
vd Steen. *Terugkomtrouw*.
- 1988 vd Grinten. *Inbreng van patiënten*.
de Haan. *Chronic respiratory diseases*.
vd Kar. *Fundusfotografie*.
Kooij. *Eenoudergezinnen*.
Krebber. *Acute buikpijn*.
vd Poel. *Huisarts en apotheker*.
- 1989 Duistermaat. *Onmacht in het werk van de huisarts*.
Meyboom-de Jong. *Bejaarde patiënten*.
Mol. *Doctor on Saba*.
Rutten. *Hoesten en diabetes type II*.
Verhoeven. *Behandeling van diabetes type II*.
- 1990 Baggen. *Oogheelkunde*.
Evenhuis. *Alzheimer in Down's syndrome*.
Höppener. *Automatisering*.
Suichies. *Laser doppler flowmetry*.
Wigersma. *Klachten van de geslachtsorganen*.
- 1991 Cromme. *Glucose tolerantie*.

- Dambrink. *Orthostatic regulation of blood pressure.*
- Dinant. *Erythrocyte sedimentation rate.*
- v Duyn. *Sinusitis maxillaris.*
- Havinga. *Hypertensie.*
- v Hensbergen. *Effects of nedocromil sodium.*
- v Kruidsdijk. *Hypertensie opnieuw gemeten.*
- Lagro-Janssen. *Urine incontinentie bij vrouwen.*
- v Lidth-de Jeude. *Persoonsgerichte preventie.*
- Meyboom. *Verslaglegging.*
- Pieters. *Utrechtse consult evaluatie.*
- Pop. *Thyroiddysfunction and depression.*
- Springer. *Kwaliteit verloskundig handelen.*
- Zaat. *Laboratoriumonderzoek.*
- 1992 Appelman. *Recurrent acute otitis media.*
- Boeke. *Vaginale klachten.*
- vd Bosch. *Morbiditeit bij kinderen.*
- Chavannes. *Oefenen bij lage rugpijn.*
- Cox. *Somatisatie.*
- Dekker. *Vaginale klachten.*
- Faas. *Oefentherapie bij lage rugpijn.*
- Grundmeyer. *Patiënt huisarts internist.*
- Koch. *Controle diabetes patiënten.*
- Numans. *Gastroscopie.*
- Pranger. *Voeding bij vegeterende patiënten.*
- Reenders. *Niet-insuline afhankelijke diabetes.*
- v Weert. *Patiënt huisarts internist.*
- de Wit. *Gastroscopie.*
- 1993 Bottema. *Diagnostiek van CARA.*
- v Boven. *Aanvullend onderzoek.*
- Braams. *Wat zei de dokter.*
- Dijksterhuis. *Aanvullend onderzoek.*
- Fijten. *Rectal bleeding.*
- Kuyper. *Partners van chronische patiënten.*
- Marinus. *Inter-dokter variatie.*
- Meijman. *Kleinschalig onderzoek.*
- Muris. *Non acute abdominal complaints.*
- Muskens. *Beloop van dementie.*
- Schellevis. *Comorbidity.*
- Schuling. *Stroke patients.*
- Starmans. *Non acute abdominal complaints.*
- de Vries. *Evaluation of a teaching method.*
- 1994 Cornel. *Detection of problem drinkers.*
- Crone-Kraayeveld. *Het zieke kind.*
- Dagnelie. *Sore throat.*
- Govaert. *Influenza bij ouderen.*
- Grijseels. *Prehospital triage by myocardial infarction.*
- Groeneveld. *The climacteric.*
- Harms. *Hypertensive patients.*
- Hobus. *Expertise van huisartsen.*
- de Jongh. *Schouderaandoeningen.*
- Kolnaar. *Respiratoir morbidity.*
- vd Meer. *Psychische en sociale problemen.*
- Roolvink. *Revalidatie en reïntegratie.*
- Terluin. *Overspanning.*
- Vierhout. *Consult huisarts-specialist.*
- Winkens. *Improving test ordering.*
- Zuidweg. *Diabetes kennis in de opleiding.*
- 1995 v Balen. *Otitis media with effusion.*
- Crobach. *Chronic and recurrent nasal symptoms.*
- v Essen. *Influenza vaccination.*
- vd Hoogen. *Hypertensie.*
- v Leeuwen. *Knowledge of trainees.*
- v Marwijk. *Depression in the elderly.*
- Sachs. *Infections in obstructive airways diseases.*
- Stoffers. *Arterial occlusive disease.*
- Veltman. *Zorgepisoden.*
- Verhey. *Acute bronchitis.*
- vd Waals. *Sex differences in benzodiazepine use.*
- Willems. *Semiotics of medical technology.*

HORA

HOOFDSTUK VII

*Proefschriften tijdens
het Interbellum*

PROEFSCHRIFTEN TIJDENS HET INTERBELLUM

VII — PROEFSCHRIFTEN TIJDENS HET INTERBELLUM

Het is niet ongebruikelijk dat de periode tussen de beide wereldoorlogen – het interbellum- in historische verhandelingen apart beschouwd wordt. Kossmann bespreekt deze periode in *De lage landen* – onder de titel ‘Stabilisatie’ – apart, Van Berkel wijdt er een speciaal hoofdstuk aan in zijn boek over *De geschiedenis van de natuurwetenschap in Nederland 1580-1940* en Van Lieburg doet hetzelfde ten aanzien van de geneeskunde.^{1,2,3}

Gedurende het interbellum – dat is hier van begin 1919 tot en met 1939, dus een periode van 21 jaar – schreven 68 huisartsen tijdens hun beroepsuitoefening een proefschrift.

De doelstelling van dit hoofdstuk is identiek met die van Hoofdstuk IV en VI: een beschrijving te geven van de veranderingen die zich in het promotieonderzoek hebben voorgedaan aan de hand van de proefschriften in die tijd geschreven. Het was ook nu niet de bedoeling de proefschriften op een of andere manier te beoordelen op hun wetenschappelijke kwaliteiten om – als het ware – te oppone- ren. Bedacht moet worden dat het gaat om geschriften die – nu wij dit schrijven – 60 tot 80 jaar geleden zijn gepubliceerd.

Hoewel er misschien sprake is van een anachronisme – de gebruikte indelin- gen zijn opgesteld na het interbellum – bleken de indeling van Touw-Otten naar ‘aandachtveld’⁴, de indeling van de objecten die onderzocht zijn en de indeling volgens de ICPC ook nu weer goed bruikbaar te zijn.⁵

De analyse betreft dus 68 proefschriften geschreven door 68 huisartsen in een periode van 21 jaar. Wij hebben deze tijd verdeeld in tweeën: van 1919-1929 en van 1930-1939, respectievelijk 27 en 41 proefschriften, om deze twee perioden met elkaar te vergelijken. Bij een vergelijking van deze twee groepen bleek echter

dat zich op de belangrijke punten weinig veranderingen hadden voorgedaan, zodat het weinig zin heeft deze hier te vermelden. Wel is het nuttig iets over de hele reeks te zeggen en – in tweede instantie – de proefschriften in het interbellum te vergelijken met een latere periode.

Er waren gedurende het interbellum vijf universiteiten met een medische faculteit: de Rijksuniversiteiten Leiden, Groningen en Utrecht, de (gemeentelijke) Universiteit van Amsterdam en de Vrije Universiteit in Amsterdam. De laatste, opgericht in 1879, kreeg in 1907 een medische faculteit. In Leiden promoveerden 17 huisartsen, in Groningen 10, in Utrecht 18 in Amsterdam GU 22 en aan de VU in Amsterdam geen. Bijna allen promoveerden zij in de geneeskunde, één huisarts (Woltring, 1938) promoveerde in Nijmegen in de ‘Letteren en wijsbegeerte’.

Het aantal huisartsen kan in deze periode in Nederland niet precies worden vastgesteld omdat er enkele half-specialisten waren en omdat de specialistenregistratie pas in 1930 een feit werd. Bijgaand overzichtje is ontleend aan Aulbers e.a.⁶

Aantal huisartsen	
1920	2450
1930	2628
1940	3164

Alle promovendi waren mannen, allen werkten als solist. Bij alle promoties trad één promotor op: een promotie was vooral een kwestie van de promotor en zijn promovendus. De universiteit of faculteit had er in die tijd weinig mee te maken, al was het ook ‘op gezag van de rector magnificus’. Als er maar voldaan was aan de wettelijke voorschriften.⁷

Het specialisme van de promotor was zeer uiteenlopend. De hoogleraren in de interne geneeskunde traden bij deze huisartsen het vaakst als promotor op (12x), gevolgd door de hoogleraren verloskunde (10x) en ‘sociale geneeskunde’ (9x). Achtmaal was er sprake van een hoogleraar kindergeneeskunde omdat de bestudeerde ziekte vooral een kinderziekte was.

Negentien van de proefschriften waren bewerkt in de eigen praktijk (28%) en het onderzoek beschreven in zes proefschriften (9%) was verricht met hulp van collegae-huisartsen. Alle dissertaties zijn in de Nederlandse taal verschenen. Hoewel de Duitse invloed op de geneeskunde in Nederland groot was verschenen er geen proefschriften in het Duits.

In geen enkel boek stond een curriculum vitae. Wanneer men zich realiseert dat op het titelblad wel de geboorteplaats, maar zelden de geboortedatum staat aangegeven en dat ook de plaats van vestiging als huisarts zelden in een proefschrift wordt vermeld, is het begrijpelijk dat het vaak moeilijk is persoonsgegevens van de auteur uit die tijd te achterhalen.

Er werden in 40 proefschriften 31 verschillende ziekten behandeld, slechts éénmaal kwam een klacht aan bod en wel: Verlies/overlijden van een kind. (Z 19) Vooral de longtuberculose staat in de belangstelling: vijf dissertaties, de enige ziekte die zo hoog scoort. Ook nu blijkt hoe divergent de onderwerpen zijn die huisartsen in hun proefschriften bestuderen: 28% van de proefschriften valt in de rubriek diversen. (Tabel I)

Het object van het onderzoek was in de meeste gevallen de patiënt. Het aantal malen dat dit gebeurde is moeilijk precies aan te geven, omdat de wijze waarop deze patiënt ter sprake kwam nogal uiteenlopend was. In ongeveer tien proefschriften speelde de individuele patiënt nauwelijks een rol. Administratieve gegevens – van de Inspectie voor de Volksgezondheid, het Centraal Bureau voor de Statistiek of andere instanties – werden 23 maal nader uitgewerkt of bestudeerd. Conform de indeling in aandachtsvelden blijkt dat Morbiditeit bovenaan staat direct gevolgd door Diversen. (Tabel I) Veertien proefschriften behandelen een infectieziekte, achtmaal komt een verloskundig onderwerp aan de orde, achtmaal een historisch onderwerp, en acht proefschriften hebben een antropogenetisch onderwerp. Hierbij zijn sommige proefschriften tweemaal geteld, bijvoorbeeld de dissertatie van Taams (1932) waarin de geschiedenis van de tyfus bestudeerd wordt.

Van de 68 promotieonderzoeken werden er 63 zelf gefinancierd, slechts in vijf gevallen werd er gebruikgemaakt van een subsidie waarbij er bijna steeds sprake was van een niet-commerciële subsidiegever.

Er werd vaak geen samenvatting van de studie gegeven, wel eindigde het boek meestal met conclusies, slotbeschouwingen of aanbevelingen, maar soms was het einde nogal abrupt. Het aantal pagina's liep sterk uiteen: het dunste boek had 48,

Tabel I Aandachtsvelden in de proefschriften tijdens het interbellum en in de periode 1971-1995

Aandachtsvelden (%)	Interbellum	Periode 1971-1995
Morbiditeit	37	40
Bevolkingsonderzoek	3	11
Gedrag van huisartsen	-	14
Praktijkvoering	-	4
Diagnostiek, enz.	9	9
Procreatie en seksualiteit	12	6
Voeding	3	1
Geschiedenis der Geneeskunde	12	6
Diversen	28	16

het dikste 453 pagina's. Gemiddeld 131 pagina's. Gemiddeld ligt er ruim 10 jaar tussen het artsexamen en de promotie.

Deze gegevens uit het interbellum geven wel enige indruk betreffende het promotieonderzoek uit die tijd, maar veel meer ook niet. Voor ons onderzoek van meer belang wordt het wanneer wij proberen te achterhalen welke veranderingen daarna in dat promotieonderzoek hebben plaatsgevonden.

Alvorens nu het promotieonderzoek in het interbellum te vergelijken met dat in een latere periode (1971-1995) lijkt het raadzaam iets te zeggen over de veranderingen die zich vooral na het interbellum in geneeskundig Nederland hebben voorgedaan. In het begin van Hoofdstuk VI hebben wij de wetenschappelijke ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde kort beschreven, maar voor de huisarts belangrijker was de sterke verbetering van zijn financieel-economische positie in de jaren 1955-1966. Met als kroon op deze verbetering de oprichting van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen in 1973. Dat deze verbeteringen het resultaat waren van moeizame onderhandelingen tussen de huisartsen – de Landelijke Huisartsen Vereniging – en de ziekenfondsen wordt uitvoerig beschreven door De Graaff.⁸ Het 'vrije beroep', met alle nadelen van dien, verdween en maakte plaats voor een werksituatie die misschien minder nobel, maar wel zekerder was.⁹

Zowel de wetenschappelijke acceptatie van de huisartsgeneeskunde, als de verbetering van de maatschappelijke positie van de huisarts vonden in deze zelfde periode plaats, een periode die overigens gekenmerkt werd door zeer veel veranderingen ook binnen de geneeskunde.

Van Lieburg schrijft over deze tijd³: 'Hoewel nog veel historisch onderzoek nodig is voor de detaillering en verdieping van het inzicht in de historische processen die daarvoor bepalend waren, kan in het algemeen worden vastgesteld dat de naoorlogse geneeskunde in bijna al haar geledingen verschilde van de geneeskunde aan het einde van het interbellum'.¹⁰

Twee niet-medisch technische ontwikkelingen waren voor het werk van de huisarts van zeer veel belang: de komst van de automobiel en de telefoon. Tijdens het interbellum veranderde er op dat punt veel. In 1920 waren er 11.000 auto's, in 1940 meer dan 100.000; in 1920 ruim 100.000 telefoons, in 1940 meer dan 300.000.¹¹ Wat de auto betreft kan men dat lezen in het boekje van Van Lieburg over de geschiedenis van de VVAA, een vereniging die in 1924 werd opgericht¹², terwijl er over de telefoon in de huisartspraktijk een proefschrift van een huisarts is verschenen. (D 326) Misschien was de betekenis van deze ontwikkelingen voor het werk van de huisarts in het interbellum nog niet zo erg groot, maar dat veranderde daarna drastisch.¹³

Veel veranderingen traden op in een tijd dat iedereen aanspraak kon maken op sociale zekerheid. Ook de huisartsen. Als een soort garantie voor deze zekerheid

kreeg de huisarts een taak te vervullen die hem door dezelfde sociale zekerheid werd opgedragen. De Ziekenfondswet (1966), de Algemene Wet bijzondere Ziektekosten (AWBZ, 1968), de Ziektewet (1930, 1947), de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (WAO, 1967) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW, 1976), al deze wetten zouden zonder (huis)artsen nimmer uitgevoerd kunnen worden.¹⁴ ¹⁵ 'Tegen het einde van de jaren '70 bestond vrij algemeen het idee dat de verzorgingsstaat zo goed als voltooid was'.¹⁴ Maar niet lang daarna kwam de crisis van deze zelfde verzorgingsstaat. Tijdens het interbellum was dat alles uiteraard niet te voorzien, maar ook daarvoor al strenden de (huis) artsen, met vele andere medeburgers, voor een betere sociale positie.

Dat begon, ook wat de artsen betreft, al vóór 1900 met de oprichting van de Onderlinge Verzekerings-Maatschappij van Geneeskundigen tegen de geldelijke gevolgen van invaliditeit.³ Maar tegen het einde van het interbellum was de economische positie van de huisarts verre van ideaal. Dat blijkt ook duidelijk uit de activiteiten van het Comité voor de studie van medische beroepsbelangen, opgericht in 1926, vanaf 1934 Nederlandsche Vereeniging Voor Huisartsen geheten. Wie het maandblad van deze vereniging bestudeert komt tot de conclusie dat onder beroepsbelangen bijna alleen financiële belangen verstaan werd.¹⁶ Van enige wetenschappelijke belangstelling heeft deze vereniging van huisartsen, die in 1941 een zachte dood stierf, nooit enige blijk gegeven. Aan de oproep van Mackenzie in 1908 aan de huisartsen om wetenschappelijk onderzoek in de eigen praktijk te verrichten is, in Nederland vóór 1956, slechts door enkele individuele huisartsen gehoor gegeven.¹⁷

Ook rekening houdend met de veranderingen na de Tweede Wereldoorlog wordt nu het promotieonderzoek in het interbellum vergeleken met dat in de periode 1971-1995, de laatste 25 jaar. Opgemerkt moet worden dat wij in Hoofdstuk IV de periode 1900-1945, 1946-1970 en 1971-1995 met elkaar hebben vergeleken. Het zal dus niet verbazen dat de getrokken conclusies in beide hoofdstukken hier en daar identiek zullen zijn .

In de jaren 1971-1995 waren er in Nederland in het begin zes universiteiten met een medische faculteit, in 1973 kwam de Erasmus Universiteit erbij en in 1976 de Universiteit Maastricht.

Het vergelijken van de twee periodes heeft op een aantal punten geen zin: geen enkele huisarts speelde in het interbellum universitair een rol, een huisartsenopleiding bestond niet, de huisarts in het interbellum was altijd full-time werkzaam als solist, dubbelpromoties kwamen niet voor, promoveren op artikelen was niet mogelijk, externe financiering van het promotieonderzoek vond nauwelijks plaats en vrouwelijke gepromoveerde huisartsen bestonden niet.

Er resten echter enkele punten belangrijk genoeg om de twee periodes wel met elkaar te vergelijken. (Tabel I en II)

In de periode 1971-1995 promoveerden 163 huisartsen op 159 proefschriften: er waren enkele dubbelpromoties bij. Totaal dus 159 proefschriften in 25 jaar: 6,36 per jaar. In het interbellum bedroeg dit cijfer 3,23, dus ongeveer de helft. Er waren in de latere periode ook tweemaal zoveel huisartsen:⁶

Aantal huisartsen	
1970	4470
1980	5556
1990	6465

Men kan dus concluderen dat het percentage promoverende huisartsen niet is gestegen.¹⁸ Zie ook Hoofdstuk IX. De laatste 25 jaar is 10% van de huisarts-promovendi vrouw. De meeste artsen promoveerden in het interbellum aan de Universiteit van Amsterdam, de laatste 25 jaar heeft Nijmegen de leiding. Zoals we gezien hebben promoveerden in het interbellum huisartsen soms op een onderzoek in de eigen praktijk en werkten zij bij dit onderzoek met collegae samen, respectievelijk in 28% en 9%. In de periode 1971-1995 liggen deze percentages hoger: ruim 50% en 64%. Het hoge percentage van 64 wordt veroorzaakt door het feit dat de bewerking van gegevens van de universitaire werkvelden huisartsgeneeskunde tot 'samenwerking met andere huisartsen' gerekend wordt.

Proefschriften in het Engels kwamen niet voor in het interbellum, de laatste 25 jaar bedraagt het percentage echter bijna 30%. Het eerste proefschrift van een huisarts geschreven in het Engels was de dissertatie van Van Bruggen in Leiden 1947 *Studies on the influenza A-Epidemic*. De promotor was de internist J. Mulder.

Tabel II Het object van onderzoek in de proefschriften tijdens het interbellum en in de periode 1971-1995

Object van onderzoek (%)	Interbellum	Periode 1971 – 1995
Huisartsen	3	26
Proefpersonen	15	11
Proefdieren	13	3
Laboratoriumgegevens	10	11
Administratieve gegevens	34	22
Literatuur	27	10

In het interbellum werden in de proefschriften 31 verschillende ziektebeelden/klachten behandeld, de laatste 25 jaar bedroeg dit aantal 61. Een klacht kwam als onderwerp van studie in het interbellum éénmaal voor, de laatste tijd echter 16x. Opvallend is dat enkele psychiatrische aandoeningen in het interbellum niet bestudeerd werden, terwijl in de laatste 25 jaar zeven proefschriften aan dit onderwerp gewijd zijn. Het betreft: Seniele dementie/Alzheimer, hysterie/hypochondrie, depressie en neurasthenie/surmenage. (Code P 70, 75, 76 en 78)

Dat de aandacht voor procreatie en seksualiteit gedaald is zit hem meer in een verschuiving van de aandacht. Dat was vroeger de verloskunde, later werd dat meer de anticonceptie. (Tabel I)

Het gedrag van de dokters werd vroeger niet of nauwelijks bekeken, terwijl dat tegenwoordig allerm minst zeldzaam is. De aandacht voor de geschiedenis der geneeskunde is juist gedaald. Huisartsen promoveren tegenwoordig binnen bepaalde onderzoeksprogramma's waardoor sommige 'aandachtsvelden' vaker betreden worden en de diversiteit in onderwerpen afneemt.

Dat proefdieren als object van onderzoek de laatste tijd lager scoren zit hem in het feit dat preklinisch onderzoek weinig meer plaatsvindt. Dat administratieve gegevens en literatuur gedaald zijn moet vooral gezocht worden in vermindering van het historisch onderzoek.

Sterke veranderingen hebben zich voorgedaan in de financiering van het onderzoek. In het interbellum – maar ook daarvoor – betaalden bijna alle artsen het gehele onderzoek, plus de druk- en verspreidingskosten, zelf. Dit komt tegenwoordig nauwelijks meer voor.

Terwijl vroeger in de proefschriften conclusies, beschouwingen en/of samenvattingen nogal eens in drie of vier verschillende talen werden gegeven komt dat tegenwoordig nauwelijks meer voor: 99% van de proefschriften heeft een Nederlandse samenvatting, 98% een Engelse.

Het aantal pagina's bedroeg in het interbellum gemiddeld 131 pagina's, in de periode 1971-1995 gemiddeld 183. De boeken zijn dus – ook visueel – duidelijk dikker geworden.

Gemiddeld was de tijd tussen artsexamen en promotie in het interbellum 10,3 jaar, in de periode 1971-1995 veertien jaar, en in de totale periode 1900-1995 bedroeg die tijd 13,5 jaar. Tegenwoordig promoveren huisartsen dus op een hogere leeftijd dan vroeger, wat niet zo'n wonder is omdat er nu een huisartsenopleiding bestaat.

Tenslotte is het nodig om op enkele andere verschillen tussen beide reeksen proefschriften te wijzen. In de eerste plaats is het opvallend dat zo omstreeks 1960 huisartsen-promovendi op het idee kwamen een illustratie op de omslag van het boek af te drukken. Voor die tijd was er slechts sprake van een omslag met alleen de titel en de naam van de jonge doctor. De eerste huisarts die een plaatje op de omslag van zijn proefschrift had was Oostingh die op 11 juni 1958

in Groningen promoveerde op *Isolaatvorming en confessie in verband met de genetische bevolkingsstructuur*. Hij plaatste een bescheiden stamboompje op de omslag van zijn proefschrift. Afbeeldingen op het omslag van een proefschrift kwamen bij specialisten echter al eerder voor. In de tweede plaats werd het omstreeks 1960 gewoon op het titelblad, behalve de geboorteplaats ook de geboortedatum te vermelden.

Wat de lezer van oude dissertaties direct opvalt is de spelling van de Nederlandse taal. In het begin van de twintigste eeuw werd de spelling van De Vries en Te Winkel gebruikt, die in 1934 door Kollewijn werd vereenvoudigd. De *Woordenlijst van de Nederlandse Taal* – ‘Het Groene Boekje’ – is in 1955 van kracht geworden. Desondanks kan men soms sterk individueel gekleurd taalgebruik in de proefschriften aantreffen omdat een promovendus klaarblijkelijk niet tot het schrijven van een bepaalde spelling gedwongen wil en kan worden. Vooral de interpunctie – het gebruik van de komma bijvoorbeeld – is tegenwoordig anders dan vroeger.¹⁹

Acht dissertaties geschreven tijdens het interbellum kregen later aparte aandacht. Zoals wij reeds in Hoofdstuk II hebben vermeld verscheen in de periode 1953-1954 in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een reeks getiteld: Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap van 1900-1950.²⁰ In dertig artikelen geschreven door 28 specialisten worden ruim 1200 Nederlandse onderzoekers genoemd. In deze reeks worden de volgende acht huisartsen met hun proefschrift, geschreven in het interbellum, vermeld: Doyer (1920), Honig (1922), Taminiau (1926), Tazelaar (1926), Alons (1928), Banning (1931), Kulsdom (1938) en Woltring (1938). Acht huisartsen die kennelijk bijgedragen hebben aan de vooruitgang van de geneeskunde.

De belangrijkste conclusie die uit het vergelijken van de twee perioden getrokken kan worden is dat het promotieonderzoek van de huisarts de laatste 25 jaar professioneler is geworden. Doordat er vrijwel geen preklinisch onderzoek meer plaatsvindt en de geschiedenis der geneeskunde en de verloskunde minder aandacht krijgen, is het onderzoek minder divergent en meer gericht op het werk van de huisarts zelf geworden. Er zijn bijna geen frequent voorkomende ziekten en klachten in de huisartspraktijk meer die niet in een promotieonderzoek zijn behandeld.

De huisarts richt zich bij zijn promotieonderzoek meer op de klacht en minder op de ‘ziekte’: het onderzoek richt zich dus meer op de patiënt. In het bijzonder op het moeilijke gebied van de psycho-sociale klachten.

Het objectiveren van het eigen optreden – de huisarts als object van onderzoek – mag zeker gezien worden als een belangrijke stap in de richting van een wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde.

NABESCHOUWING

Ook wat de proefschriften van huisartsen betreft was er tijdens het interbellum sprake van een zekere stabilisatie: er bestond ten aanzien van veel aspecten vrijwel geen verschil in de proefschriften geschreven in de eerste en in de tweede helft van het interbellum. De huisartsen die promoveerden moesten wel sterk gemotiveerd zijn want niet alleen was er – vooral omstreeks 1930 – sprake van een economische crisissituatie in ons land, ook alle kosten van het promotieonderzoek kwamen voor eigen rekening. Promoveren was in die tijd kennelijk een strikt individuele aangelegenheid waar ook de universiteit als instelling niet zoveel mee te maken had.

Raadselachtig blijft, ook nu weer, waarom er tegenwoordig niet meer door huisartsen gepromoveerd wordt dan vroeger. Raadselachtig blijft ook dat noch uit de proefschriften, noch uit andere publicaties blijkt dat de mensen met – wat men tegenwoordig noemt – psychosociale klachten bij de huisarts kwamen.

Noten

- 1 Kossmann. *De lage landen*. Deel 2. p. 47.
- 2 Berkel. *In het voetspoor van Stevin*. p.171.
- 3 Lieburg. *Collegialiteit*. p.49.
- 4 Touw-Otten. *Wetenschapsbeoefening*.
- 5 Boersma. *International Classification of Primary Care*.
- 6 Aulbers.e.a. *De huisarts van toen*.
- 7 Benders. *De rituele dans*. p. 8.
- 8 Graaff. *Veertig jaar*.
- 9 Ven. *Het vrije beroep*.
- 10 Zie sub 3), p.78.
- 11 Bureau. CBS. *Vijfennegentig jaren*.
- 12 Lieburg. *VVA 75 jaar*.
- 13 In Nederland waren er in 1995 ruim 5,5 miljoen personen auto's en bijna 6 miljoen telefoon-toestellen.
- 14 Ministerie. *Sociale zekerheid*. p.6.
- 15 Voorlichtingscentrum. *De kleine gids*.
- 16 *Maandblad van de Nederlandsche Vereeniging van huisartsen*. Zie ook 6) p. 143.
- 17 Mackenzie. *Symptoms*.
- 18 Kooij en Bremer. *Gepromoveerde huisartsen*.
- 19 Daniëls. *De geschiedenis van de komma*.
- 20 *Aandeel van Nederland*. Bundel van dertig artikelen.

De proefschriften in het interbellum

- 1919 Daal. *Ervaringen omtrent de kindersterfte.*
- 1919 Leydesdorff. *De psychologie van het Joodsche volk.*
- 1919 Wilde. *Doofstomheid en retinitis pigmentosa.*
- 1920 Cohen. *Spinoza en de geneeskunde.*
- 1920 Doyer. *Familiair en hereditair voorkomen van tuberculose.*
- 1920 Westerbeek van Eerten. *Eugenetiek.*
- 1921 Beukema. *Parallel-tests in het systeem Binet-Simon.*
- 1921 Frederikse. *De ovogenese der Dytiscidae.*
- 1921 Kremer. *Zeeziekte.*
- 1921 Loos. *Wervelfracturen.*
- 1921 Roorda. *Reactietijdbepaling bij psychosen.*
- 1922 Bijl. *De kennis van de congenitale huiddefecten.*
- 1922 Honig. *Malaria te Nieuwendam.*
- 1922 Koek. *De waarde van eenige obstetrische handelingen.*
- 1923 Folmer. *Verslag van 1247 baringen.*
- 1924 Hemmes. *Over hereditaire nystagmus.*
- 1924 Houben. *Compensatoire radddraaiing van het oog.*
- 1926 Drenth. *De bacteriophage lysis in vloeibaar milieu.*
- 1926 Honig. *Het kunstmatig breken der vliezen bij de baring.*
- 1926 Taminau. *Het hereditair voorkomen van carcinoom.*
- 1926 Tazelaar. *De expositie en dispositie bij tuberculose.*
- 1927 Fick. *Het roodvonkvraagstuk en diphtherie.*
- 1928 Alons. *De erfelijke factor bij tuberculose.*
- 1928 Doleman. *Ziektestatistiek en ziektecontrole.*
- 1928 Kroon. *Het aneurysma dissecans der aorta.*
- 1928 Rive. *De sanatoriumkuur bij tuberculose.*
- 1929 Hondelink. *Een kinkhoestepidemie.*
- 1930 Freijer. *Stuitliggingen.*
- 1930 Kropveld. *Thrombose en embolie van de buikorta.*
- 1930 Starmans. *Verloskunde en kindersterfte in Limburg.*
- 1930 Stoel. *Over immunisatie tegen roodvonk.*
- 1931 Anrooy. *Desodorisatie langs photochemischen weg.*
- 1931 Banning. *De voeding te Zaandam.*
- 1931 Boer. *Qualitatieve leucocytaire veranderingen.*
- 1931 Cate. *Functionele albuminurie bij militairen.*
- 1932 Brekel. *Kunstverlossingen in de school voor vroedvrouwen.*
- 1932 Kuipers. *Haemochromatosis en hepato-cerebrale degeneratie.*
- 1932 Penning. *De bevolking van de Over-Veluwe.*
- 1932 Taams. *De historie van het typhusvraagstuk.*
- 1933 Hoeven. *Dysenterie bij kinderen.*
- 1933 Meijer. *Het rotatievermogen van het menschelijke bloed.*
- 1934 Endtz. *Het kalkgehalte van het beenstelsel.*
- 1934 Menken. *Vitamine A en carotinoden in het bloedsersum.*
- 1934 Stoutenbeek. *Testsera ter bepaling der bloedgroepen.*
- 1935 Drogendijk. *Verloskundige voorzieningen in Dordrecht.*
- 1935 Ingelse. *Oude gegevens betreffende dysenterie.*
- 1935 Nolst Trenité. *Struma in Weesp en omstreken.*
- 1935 Schlichting. *De temperamenten, een historische studie.*
- 1935 Wolfert. *De ziekte van Weil te Rotterdam.*
- 1936 Munting. *Twee school-epidemieën van tuberculose.*
- 1936 Schripsema. *De verloskunde in de 18e eeuw.*
- 1937 Dop. *Petechiën door stuwving bij schoolkinderen.*
- 1937 Linden. *Therapie van phosgeenvergiftiging.*
- 1937 Neuteboom. *Hepatomegalia glycogenica.*
- 1937 Oosterhuis. *Paracelsus en Hahnemann.*
- 1937 Ruiter. *Mazelenbestrijding.*
- 1937 Voûte. *De interne behandeling van het ulcus pepticum.*
- 1937 Wierts. *Purpura.*
- 1938 Berg. *De werking van erythroploeine op het hart.*
- 1938 Brouwer. *Experimenteel boezemfibrilleren.*
- 1938 Heering. *De ulcusziekte.*
- 1938 Kulsdom. *Epidemiologie van de meningococcose.*
- 1938 Maathuis. *Diphtherie in de loop der eeuwen.*
- 1938 Polman. *Een- en tweeeïgige tweelingen.*
- 1938 Woltring. *Gelijkenis van tweelingen.*
- 1939 Hartog. *Beoordeling van arbeidsgeschiktheid.*
- 1939 Kater. *Hypophysevoorkwab en koolhydraatstofwisseling.*
- 1939 Lahr. *De antimasculine werking van oestron.*

HORA

HOOFDSTUK VIII

*Stellingen over onderzoek
en promoveren*

STELLINGEN OVER ONDERZOEK EN PROMOVEREN

VIII — STELLINGEN OVER ONDERZOEK EN PROMOVEREN

Zoals in Hoofdstuk II.3 is beschreven kon men na 1815 niet meer alleen op stellingen promoveren, maar moest er in de dissertatie ook een betoog opgenomen worden al of niet gebaseerd op een onderzoek, meestal op een literatuuronderzoek. Promoveren op stellingen betekende dat de promovendus deze moest verdedigen en dat gebeurde op een gestructureerde wijze die al zeer oud was en die als klassieke achtergrond de logica, de dialectica en de retorica had. Deze zelfde achtergrond speelt nog steeds een rol bij wat men tegenwoordig de ‘argumentatietheorie’ noemt, want een bewering intelligent en met overtuiging verdedigen is een kunst die zo oud is als de mensheid.¹

De eerste vraag zou moeten zijn: Wat is een stelling precies? Over de term ‘stelling’ zegt Van Dale:² ‘– 14. bewering die men als waarheid wil zien aangenomen: ...; – (in de logica) een van de beide eerste delen van een sluitrede; ... – thesis die aan een universiteit wordt verdedigd, waarop een doctorandus promoveert, m.n. die achter een proefschrift...’ Er bestaat dus duidelijk een samenhang tussen deze betekenissen. De term bewering betekent volgens Van Dale: ‘... mening die men staande houdt; (filos.) synthetische bewering, uitspraak die waar of onwaar kan zijn; analytische bewering, uitspraak die noodzakelijk waar is op grond van het bestaande betekenissysteem.’ Uit deze omschrijvingen blijkt dat de stellingen die bij een promotie geponeerd worden synthetische beweringen zijn waarvan men kan verwachten dat de spreker deze als waarheid aangenomen wil zien. In de normale logica is een bewering een uitspraak die hetzij waar, hetzij onwaar is; naast de beweringen staan de bevelen, de wensen, de vragen.³ Dat wil zeggen dat stellingen niet geformuleerd kunnen worden in de vorm van een wens, een vraag of een advies, een overtreding die nogal eens voorkomt. Ook in de hier vermelde reeks komen enkele ‘Het is gewenst...stellingen’ voor.

In het *Etymologisch Woordenboek* van Van Dale staat bij Stelling:⁴ '...; in de betekenis 'these' vermoedelijk in omloop gebracht door Simon Stevin (1548-1620) als weergave van het latijnse *propositio* of grieks *thèsis*.' Uit de Engelse term *thesis* – die zowel stelling als proefschrift betekent – blijkt de samenhang tussen de beide begrippen. In het Leidse promotiereglement staat in het eerste hoofdstuk bij 'stellingen': 'beweringen die de opsteller ervan als waarheid wil zien aangenomen.' Wanneer wij deze omschrijving gebruiken moet er wel bij gezegd worden dat deze beweringen op de juiste wijze geformuleerd moeten worden.

Het betoog – dat niet alleen bij het verdedigen van een stelling, maar ook bij het verdedigen van het proefschrift gehouden moest worden – was vroeger, conform de Romeinse retorica, strak ingedeeld. Het begon met een inleiding (*exordium*), vervolgde met een uiteenzetting (*narratio*), dan kwam het betoog (*argumentatio*) dat vaak onderverdeeld was in het bewijsmateriaal voor de eigen mening (*confirmatio*) en de weerlegging van de argumenten van de tegenpartij (*refutatio*). Er kon een uitweiding zijn (*digressio*), maar het betoog had in ieder geval een afsluiting met een samenvatting en een conclusie (*peroratio*).⁵

De Nederlandse universiteiten hebben ten aanzien van stellingen uiteenlopende voorschriften. Als er stellingen zijn behoeven deze bijna overal de goedkeuring van de promotor. In Amsterdam aan de VU en in Utrecht wordt in het promotiereglement niets over stellingen gezegd. In Nijmegen kunnen stellingen 'desgewenst worden toegevoegd', maar het moeten er dan minstens zes zijn. In Amsterdam (GU) staat dat, indien er stellingen worden toegevoegd, er tenminste zes betrekking moeten hebben op het wetenschapsgebied van de faculteit. In Groningen moeten er ten minste zes stellingen zijn, in Maastricht minimaal zes en maximaal elf waarvan en ten minste vijf geen betrekking hebben op het onderwerp van het proefschrift.

In Leiden wordt gesproken over 'Het proefschrift en de daaraan toegevoegde stellingen...', en wordt de term stelling gedefinieerd: 'Stellingen...beweringen die de opsteller ervan als waarheid wil zien aangenomen.' In Rotterdam dienen de stellingen wetenschappelijk verdedigbaar te zijn, en 'Bij de beoordeling daarvan blijft de laatste stelling buiten beschouwing'. Als er stellingen vereist zijn moeten deze overal 'verdedigbaar' zijn, een begrip dat niet nader wordt omschreven.

In Hoofdstuk II.3 is geschreven over de veranderingen die er in de voorschriften ten aanzien van stellingen in het verloop van de tijd zijn opgetreden. Het gemiddeld aantal stellingen per proefschrift is in de periode 1900-1995 niet veranderd. Wel varieert dat per dissertatie vrij sterk: van 9 tot 21, met een gemiddelde van 14. Van deze 14 stellingen hebben er dan weer vier betrekking op de inhoud van het proefschrift. Als laatste stelling een 'schertsstelling' poneren is na ongeveer 1970 begonnen. In een proefschrift worden vaak de stellingen het eerst gelezen. Dat deze

de aandacht trekken blijkt ook uit het feit dat er verschillende boekjes zijn verschenen met alleen stellingen en dat Nederlandse kranten regelmatig markante stellingen publiceren.^{6,7,8}

De vraagstelling van dit hoofdstuk luidt: (a) Zijn er in de hier geciteerde reeks stellingen teksten die niet voldoen aan de genoemde eisen, en (b) zijn er stellingen die vanuit de vraagstelling opvallen?

In dit hoofdstuk zijn 67 stellingen uit de proefschriften overgenomen, maar slechts die stellingen die gaan over wetenschappelijk onderzoek en/of promoveren door huisartsen. Van sommige proefschriften zijn de stellingen moeilijk te achterhalen. Stellingen worden gedrukt op een los in het proefschrift liggend papier – wat soms is voorgeschreven – en soms is dat stellingenblad zoekgeraakt en nergens te vinden. Bovendien wordt er in de handelseditie van een proefschrift geen stellingenblad opgenomen. Om de genoemde redenen hebben wij niet van alle dissertaties de stellingen over het bedoelde onderwerp kunnen onderzoeken.

De stellingen zijn in dit hoofdstuk in chronologische volgorde geplaatst en genummerd. De tekst van de stelling is afgedrukt, het jaartal en de naam van de promovendus. Verwijzingen in de stellingen naar bepaalde bronnen of literatuur zijn niet opgenomen. Laatste stellingen zijn aangegeven met een *.

Op basis van de vraagstelling bleek het mogelijk de reeks stellingen in enkele groepen in te delen. Wat opvalt is dat er vóór 1956 – het jaar dat het NHG werd opgericht – in de stellingen weinig belangstelling was voor het doen van wetenschappelijk onderzoek door de huisarts. Slechts zesmaal wordt er iets over gezegd, na 1956 echter 61 maal. Dit is conform de vroegere opvattingen over deze activiteit door de huisarts, zoals wij in Hoofdstuk II,1 beschreven hebben.

Conform de vraagstelling is het volgende over de reeks stellingen te poneren:

- negen stellingen zijn laatste schertsstellingen waar niets over gezegd hoeft te worden (16, 17, 21, 36, 38, 50, 59, 63 en 65);
- drie stellingen zijn niet als bewering geformuleerd en voldoen dus niet aan de eisen (3, 5 en 53);
- vijftien stellingen zijn onduidelijk, onbegrijpelijk of voldoen anderszins niet aan de eisen (2, 9, 14, 26, 27, 31, 33, 34, 37, 39, 41, 52, 62, 64 en 67);
- twee stellingen geven er blijk van dat de promovendus niet op de hoogte was van de betekenis van promoveren (12 en 44);
- 38 stellingen zijn goed, dat is 57% van de stellingen.
- Zeven van deze 38 stellingen verdienen meer aandacht omdat zij mogelijk consequenties zouden kunnen hebben voor toekomstig onderzoek of voor een mogelijke toepassing. (18, 22, 43, 45, 47, 49 en 57)

De beste stelling wat dit betreft is nr. 45 :

‘De eis dat een dissertatie gewijd moet zijn aan één samenhangend onderwerp, leidt er toe dat de huisarts zich als het ware moet specialiseren om te kunnen

promoveren. Juist onderzoek van een aantal niet sterk met elkaar verbonden onderwerpen zou voor een huisarts, gezien de diversiteit van zijn aandachtsgebieden, meer voor de hand liggen.' (W.A. Meyboom, 1991, D 248)

Het zou interessant zijn als de hoogleraren huisartsgeneeskunde eens nagaan of dit idee nader uitgewerkt kan worden.

NABESCHOUWING

Het verdedigen van een stelling – en het proefschrift – is een wezenlijk onderdeel van de vaardigheden die de promovendus bij een promotie dient te bezitten. Wat dat betreft is het niet juist wanneer dat onderdeel bij een promotie ontbreekt.

Goed kunnen argumenteren is een vaardigheid die artsen, vooral tegenwoordig, moeten bezitten willen zij hun beroep goed uitoefenen. Patiënten zijn vaak ware deskundigen op het gebied van hun ziekte. Ook bij consensusbesprekingen met collegae is goed kunnen argumenteren voor een arts een voorwaarde.⁹

In vroeger tijden promoveerde men op stellingen. Dat is veranderd. Tegenwoordig is een wetenschappelijk betoog berustend op een wetenschappelijk onderzoek nodig om te kunnen promoveren. Maar dat is nog geen reden om het formuleren en verdedigen van stellingen te beschouwen als een relict, als een activiteit die niet meer nuttig geacht wordt. In plaats van stellingen af te schaffen moeten de universiteiten de eisen waaraan stellingen dienen te voldoen beter formuleren. Of daarbij nu ook een 'Stellingen register' ingesteld moet worden is een andere zaak. (Zie stelling nr. 29) Tegenwoordig gaan de goede ideeën die soms in stellingen worden geformuleerd, gewoon verloren. Voor huisartsen van wie toch verwacht wordt dat zij van de gehele geneeskunde iets weten moet het formuleren van goede stellingen niet zo moeilijk zijn. Professor Hornstra adviseerde huisartsen stellingen te vragen aan de specialisten met wie zij samenwerken. Men krijgt sterk de indruk dat het formuleren van stellingen tegenwoordig door de promovendus beschouwd wordt als een quantité négligeable, als iets dat nog even vlug aan het einde van het onderzoek gedaan kan worden.

Noten

- 1 Eemeren. *Argumentatietheorie*.
- 2 Van Dale. *Groot Woordenboek*.
- 3 Banning. *Encyclopaedisch handboek*.
- 4 Van Dale. *Etymologisch woordenboek*.
- 5 Ibidem 1) p.66.
- 6 Organon Nederland. *Hora est*.

- 7 Toorn. *Promots.*
- 8 Ibidem. *Speelse en spitse promotiestellingen.*
- 9 Everdingen. *Consensusontwikkeling.*

De onderzochte stellingen

- 1 1910 – Geselschap.*
Ook een geneeskundige moet, indien hij statistische berekeningen wil maken, zich eerst op de hoogte stellen van de eischen, waaraan eene wetenschappelijke statistiek behoort te voldoen.
- 2 1911 – Sijpkens Smit.*
Het verdedigen van een proefschrift geve artsen het recht op het voeren van den doctorstitel.
- 3 1921 – Loos.
Het is gewenscht de promotie tot doctor in de geneeskunde verplichtend te stellen.
- 4 1940 – Fizaan.
De methoden van de statistiek verdienen een ruimere toepassing in de wetenschappelijke geneeskunde.
- 5 1940 – Sajet.
Het is wenschelijk, dat universitair onderwijs en universitaire onderzoekingen zich meer dan thans geschiedt, richten op de in de practijk het meest veelvuldig voorkomende ziekten.
- 6 1941 – Cate.
Onderzoek, door den huisarts in eigen practijk verricht, is een belangrijke schakel in de voortgang van de medische wetenschap.
- 7 1958 – Bos.
De invoering van horizontale (morbiditeits)registratie in de huisartsenpraktijk naast de gebruikelijke verticale (individuele) registratie maakt talrijke geneeskundige vraagstukken toegankelijk voor onderzoek.
- 8 1962 – Brouwer.
Voor het systematisch verkennen van het terrein der huisartsgeneeskunde is een classificatie, aangepast aan het diagnostisch bereikbare niveau van de huisarts, onontbeerlijk.
- 9 1969 – Beus.*
Op grond van het bijbels inzicht dat de mens naar het beeld Gods geschapen is, kan men de conclusie trekken dat de mens altijd meer is dan wat fysici, psychologen en biologen van hem weten of menen te weten.
- 10 1969 – Bosschaert.*
Ten onrechte draagt een promovendus de kosten van het drukken van zijn proefschrift zelf. Deze kosten behoren als regel door de gemeenschap gedragen te worden.

- 11 1969 – Oliemans.*
Het promoveren aan een universiteit waar men niet heeft gestudeerd, hoeft niet te wijzen op een negatieve instelling ten aanzien van de universiteit waar men de studie voltooide.
- 12 1970 – Groothuysse.*
De gewoonte om bij een promotie behalve een proefschrift ook nog een aantal stellingen te verdedigen, die betrekking hebben op gebieden waarop men zich niet deskundig acht, is in strijd met de waardigheid van de universiteit en van de promovendus.
- 13 1971 – Raupp.
Huisartsen zijn in het algemeen voldoende bereid om aan een gemotiveerd onderzoek op het gebied van de huisartsgeneeskunde deel te nemen. Verantwoorde planning is hierbij geboden om geen enquête-moeheid te veroorzaken.
- 14 1971 – Idem.
Bij het kennismaken van de inhoud van een proefschrift beginnen velen met het lezen van de laatste stelling.
- 15 1974 – Brons.
Hoogleraren en lectoren reserveren veel tijd voor beheer en bestuur. Het reële deel van die tijd dient men na te gaan, om te voorkomen dat onnodig tijd ten koste van research en onderwijs verloren gaat.
- 16 1976 – Zeijlmans.*
Het schrijven van een voorwoord bij een academisch proefschrift kan ook in deze tijd functioneel zijn.
- 17 1981 – Sips.*
Door de fotografische zettechniek is het mogelijk het manuscript van een proefschrift zelf drukklaar te maken, zodat het maken van een proefschrift ook anderszins als een vorm van huisvuil gezien kan worden.
- 18 1981 – Weel.
Bij wetenschappelijke publicaties is de betekenis van een taalkundig adviseur zeker zo belangrijk als die van een statisticus.
- 19 1983 – Bekker.
Het ludieke element in de promotie is ten onrechte in 'Homo ludens, proeve van ener bepaling van het spelelement der cultuur' van J. Huizinga, niet aan de orde gesteld.
- 20 1983 – Dogterom.
Een goede stelling dient in de stellingname zowel 'voor-stelling' als 'tegenstelling' naar voren te laten komen.
- 21 1983 – Dolmans.*
Promoveren is geen kunst maar een kunde – besliskunde.
- 22 1984 – Graaf.
Alternatieve behandelingswijzen hebben als kenmerk, dat zelfs een poging tot wetenschappelijke benadering wordt afgewezen.

- 23 1984 – Mees.
Elke stelling roept eigen tegenstelling op. Stelling en tegenstelling zijn tegelijk houdbaar en onhoudbaar, ook deze.
- 24 1984 – Zutphen.
Dat huisartsen slechts relatief zelden een proefschrift schrijven hangt samen met het feit, dat zij dikwijls veel te hoog tegen wetenschappelijk onderzoek opzien.
- 25 1984 – Idem.
De huidige verslaglegging van patiëntengegevens door huisartsen is ontoereikend voor het doen van wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk.
- 26 1985 – Lisdonk.
De titel 'doctorandus' is voor het doen van wetenschappelijk onderzoek evenmin een voldoende voorwaarde als een geldig rijbewijs voor autorijden bij gladheid. Men komt verder met accuratesse, geduld en incasseringsvermogen dan met nonchalance, haast en eigenzinnigheid.
- 27 1986 – Beusmans.
Eenzaam denkend, door onderzoeksgegevens omsloten, een manuscript schrijvend, dreigt wetenschap beheersbaar te zijn.
- 28 1986 – Haan.*
Zonder delegeren is promoveren moeilijk.
- 29 1986 – Jonquière.
Het bestaan van een zogenaamd 'Stellingen register' komt de originaliteit en kwaliteit van stellingen ten goede.
- 30 1986 – Merode.
Gezien de uitbundige dankbetuigingen in het proefschrift van de meeste promovendi aan vrouw en kinderen voor hun nimmer aflatende en begripvolle toewijding, is het haast onbegrijpelijk dat er ook nog alleenstaande vrouwen in staat blijken te zijn om te promoveren.
- 31 1986 – Idem.
Creatief schrijven en wetenschappelijk schrijven beïnvloeden elkaar over en weer in negatieve zin.
- 32 1986 – Idem.
Ter bevordering van het onderzoek van vrijwilligers bij wetenschappelijke projecten, verdient het aanbeveling de duur van stages bij een dergelijk project te bekorten.
- 33 1987 – Ruiter.
De Nederlandse Stichting ter Bevordering van Medisch-Farmaceutische research doet er beter aan haar activiteiten te richten op de farmaceutische industrie met het verzoek om alle reclame-activiteiten te staken en de gelden hiervoor te steken in het onderzoek naar nieuwe geneesmiddelen.
- 34 1988 – Grinten.
Het laten vallen van de eis dat stellingen geen betrekking mogen hebben op het onder-

- werp van het proefschrift, werkt vernauwing van het blikveld van promovendi in de hand.
- 35 1988 – Kar
De Universitaire Huisartsen Instituten zijn onmisbaar bij het stimuleren en begeleiden van onderzoek in de eerstelijns geneeskunde. Dit geldt met name ook voor onderzoek uit te voeren door de ‘perifere’ huisarts,
- 36 1988 – Kooij.*
Voor de kinderen van een promovendus is het antwoord op de vraag ‘Wanneer is jouw boek klaar’ en ‘Hoe dik wordt het eigenlijk?’ belangrijker dan het antwoord op de onderzoeksvragen.
- 37 1989 – Meyboom-de Jong.
Het zou de 375 jaar oude Rijksuniversiteit te Groningen niet misstaan als zij haar promovendi de gelegenheid zou bieden vóór de eigenlijke verdediging een korte uiteenzetting te geven over de inhoud van hun proefschrift.
- 38 1989 – Mol.*
Een proefschrift zonder stellingen is als een eitje zonder zout. Het is daarom aan te raden stellingen bij proefschriften te handhaven.
- 39 1990 – Wigersma.
Van het proefschrift moet de proef letterlijk en het schrift helaas volsterkt figuurlijk worden opgevat.
- 40 1991 – Dambrink.
Als het de regering ernst is de positie van de huisarts in de gezondheidszorg te verstevigen, dan dient zij daarin blijvend te investeren, o.a. door wetenschappelijk onderzoek te stimuleren.
41. 1991 – Dinant.
Patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek vormen voor de huisarts-onderzoeker een haat-liefde verhouding: met elkaar kunnen ze niet, zonder elkaar wil het niet.
- 42 1991 – Idem.
Oorspronkelijk huisartsgeneeskundig onderzoek in Nederland moet makkelijk bereikbaar zijn voor de Nederlandse huisarts, maar verdient tevens een plaats voor een internationaal forum. Daarom is dubbelpublicatie, dat wil zeggen publicatie in Nederlandstalige als in Engelstalige vakbladen, aan te bevelen.
- 43 1991 – Lagro-Janssen.
De oprukkende financiële betrokkenheid van farmaceutische industrieën bij wetenschappelijk onderzoek en nascholing schaadt het vertrouwen in de onafhankelijkheid van de medische professie.
- 44 1991 – Lidth de Jeude.
Een huisarts die doctor is, lijkt een contradictio in terminis : een huisarts is immers een generalist, een doctor op een beperkt gebied een specialist.
- 45 1991 – Meyboom.

De eis dat een dissertatie gewijd moet zijn aan één samenhangend onderwerp, leidt er toe dat de huisarts zich als het ware moet specialiseren om te kunnen promoveren. Juist onderzoek van een aantal niet sterk met elkaar verbonden onderwerpen zou voor een huisarts, gezien de diversiteit van zijn aandachtsgebieden, meer voor de hand liggen.

46 1991 – Pop.

De goede infrastructuur van het St Joseph Ziekenhuis te Veldhoven en de aanwezige brede wetenschappelijke belangstelling, is een uitstekend klimaat voor extra-universitair wetenschappelijk onderzoek, opgezet vanuit de eerste lijn.

47 1991 – Zaat.

Het feit dat literatuuronderzoek via een CD-ROM-lezer zo makkelijk en snel gaat houdt het gevaar in dat de onderzoeker niet verder in de tijd terugkijkt dan het jaartal van het eerste schijfje. Zo wordt de literatuur straks elke 10 tot 20 jaar verrast met herontdekkingen.

48 1991 – Idem.

Het past een onderzoeker bescheiden te zijn: meer dan 80% van alle publicaties wordt slechts 1x geciteerd en in 5-20% van die verwijzingen gebeurt dat naar eigen werk.

49 1992 – Appelman.

Controversen tussen wetenschapsbeoefenaars van verschillende nationaliteit over de waarde van onderzoeksresultaten worden soms in belangrijke mate veroorzaakt door een gebrek aan kennis omtrent elkaars cultuur, waardoor de interpretatie van de studieresultaten verschilt, en niet door een gebrek aan validiteit van het onderzoek, zoals dat in de discussie wordt gesteld.

50 1992 – Idem.*

Het verdient aanbeveling om aan onderzoekers, die gezamenlijk een onderzoek uitvoeren, eisen te stellen met betrekking tot de compatibiliteit van hun hard- en software.

51 1992 – Dekker.

Een huisartsgeneeskundig onderzoek kan aan waarde winnen als twee huisartsen samenwerken bij de uitvoering ervan. De risico's van ééNZijdigheid en blinde vlekken worden verkleind, de kans op stimulerende ideeën is groter en de continuïteit is gewaarborgd.

52 1992 – Numans.

De combinatie van de huisartspraktijk, met wetenschappelijk onderzoek en -onderwijs is eerst een oefening in efficiënte organisatie en wordt daarna pas leuke hersengymnastiek.

53 1992 – Pranger.*

Bezint eer Ge als huisarts aan een proefschrift begint!

54 1992 – Weert.

Het gezamenlijk schrijven van een proefschrift werkt motivatieverhogend. Het gezamenlijk schrijven van een proefschrift kost meer dan twee maal zoveel tijd dan het alleen schrijven daarvan.

- 55 1993 – Jonge.
Sponsoring vinden voor onderzoek naar het staken van een behandeling is moeilijk.
- 56 1993 – Meijman.
De resultaten van kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk hebben voor het uitoefenen van de huisartsgeneeskunde als professie meer profijt opgeleverd dan voor de huisartsgeneeskunde als wetenschap.
- 57 1993 – Idem.
Bij de kwaliteitsbeoordeling van wetenschappelijke publicaties verdient een analyse van de publicaties zelf de voorkeur boven de indirecte weg van de citatie-analyse.
- 58 1994 – Crone-Kraaijeveld.
Een controversiële stelling heeft de neiging om door de tijd achterhaald te worden.
- 59 1994- Idem.*
Het laatste wat men ontdekt, als men een boek schrijft, is hoe men had moeten beginnen.
- 60 1994 – Dagnelie.
Door het afschaffen van de stellingen neemt de gretigheid waarmee proefschriften doorgaans worden geopend aanzienlijk af.
61. 1994 – Grijseels.
Schrijven is een ambacht dat men schrijvende leert.
- 62 1994 – Harms.
De meerwaarde van het verrichten van wetenschappelijk onderzoek is het ordenen van je eigen chaos.
- 63 1994 – Vierhout.*
Een oudere dokter wint geen tijd door 'jonge doctor' te worden.
- 64 1995 – Crombach.
In het verlengde van verwondering over en berusting in het onvermogen van het menselijk brein tot begrip van oneindigheid van tijd en ruimte, ligt het besef van de beperktheid van een zuiver natuurwetenschappelijke levensbeschouwing.
- 65 1995 – Leeuwen.*
Als mannen gewichtig willen zijn trekken ze een jurk aan.
- 66 1995 – Stoffers.
Een uitgebreide weergave van het analyseproces komt de wetenschappelijke waarde van een artikel ten goede, maar leidt niet tot een gemakkelijke acceptatie voor publicatie.
- 67 1995 – Idem.
Het feit dat het wetenschappelijk tijdschrift van de Nederlandse huisartsgeneeskunde in het Nederlands wordt uitgegeven is een teken van onderschatting van het Nederlandse lezerspubliek en benadeelt de internationale verspreiding van een hoogstaand Nederlands cultuurgoed, de huisartsgeneeskunde.

HORA

HOOFDSTUK IX

*Aantal gepromoveerde
huisartsen in
Nederland*

AANTAL GEPROMOVEERDE HUISARTSEN IN NEDERLAND

NABESCHOUWING

De tekst van dit hoofdstuk is in een iets andere vorm gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap*: Kooij LR, Bremer GJ, Gepromoveerde huisartsen. *Huisarts Wet* 1998; 41(7): 333-5,343

IX — AANTAL GEPROMOVEERDE HUISARTSEN IN NEDERLAND

Hornstra schreef in 1960 dat de gepromoveerde huisarts een betrekkelijke uitzondering is.¹ Hij stelde dat het aantal dissertaties van huisartsen over onderwerpen in de huisartspraktijk in de toekomst ongetwijfeld mag worden gehanteerd als maat voor de bloei van de wetenschappelijke vereniging van huisartsen, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). In 1995, 35 jaar later, kan niet worden ontkend dat de huisartsgeneeskunde en de wetenschappelijke vereniging van huisartsen tot bloei zijn gekomen. Men kan zich echter afvragen of het aantal dissertaties van huisartsen daar een maat voor is.

Niet alle gepromoveerde huisartsen zijn tijdens hun beroepsuitoefening als huisarts gepromoveerd. Volgens Van der Wielen zijn de meesten kort na het afstuderen en voor hun vestiging gepromoveerd, op doorgaans klinische onderwerpen.² Ook Hornstra maakt onderscheid tussen gepromoveerde huisartsen en het promoveren door huisartsen: van de 60 tussen 1945 en 1960 verschenen proefschriften van huisartsen is slechts de helft bewerkt tijdens de beroepsuitoefening als huisarts. De andere helft is bewerkt na het artsexamen en voorafgaand aan de beroepsuitoefening als huisarts.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de getalsmatige aspecten van het promoveren door huisartsen. Een antwoord wordt gezocht op de vragen: (a) Hoeveel gepromoveerde huisartsen zijn er in Nederland en welk percentage van het totale aantal huisartsen is gepromoveerd?; (b) Kan op grond van vergelijking van het antwoord op de eerste vraag met gegevens uit de literatuur worden geconcludeerd of er sprake is van een tendens in de zin van stijging of daling van het aantal gepromoveerde huisartsen in de afgelopen decennia?

Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoeveel gepromoveerde huisartsen er op een bepaald tijdstip zijn, en welk percentage gepromoveerde huisartsen

vormen van de totale beroepsgroep, worden enkele begrippen gedefinieerd. Onder een huisarts wordt verstaan: een arts die, na het volgen van de specifieke vervolopleiding tot huisarts, dan wel op grond van verworven rechten, staat ingeschreven in het register van erkende huisartsen. Onder een oud-huisarts wordt verstaan: een arts die ingeschreven is geweest in het register van erkende huisartsen, daadwerkelijk als huisarts werkzaam is geweest, maar niet meer beschikt over een geldige erkenning als huisarts. Onder een gepromoveerde huisarts wordt een huisarts verstaan die aan een Nederlandse universiteit is gepromoveerd. Er wordt geen onderscheid gemaakt naar het promoveren voorafgaand of tijdens de beroepsuitoefening als huisarts en evenmin wordt onderscheid gemaakt op grond van het onderwerp van de dissertatie. Huisartsen die zijn gepromoveerd buiten Nederland worden in dit onderzoek niet als gepromoveerde huisartsen beschouwd, omdat het promoveren buiten onze landsgrenzen veelal een andere betekenis heeft dan in ons land.

De vraag is of het totaal aantal huisartsen of het gevestigde deel van de beroepsgroep het referentiekader voor de berekening van het aandeel van de gepromoveerde huisartsen moet zijn. In het door de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) beheerde register van erkende huisartsen zijn alle artsen met een geldige erkenning als huisarts opgenomen.

Hiertoe behoren zowel gevestigde huisartsen, als niet-gevestigde huisartsen; deze laatste categorie bestaat uit huisartsen die de huisartsopleiding hebben voltooid maar niet gevestigd zijn, huisartsen die in dienst van een andere huisarts werkzaam zijn, en huisartsen die niet (meer) als huisarts praktiseren maar (nog) wel beschikken over een geldige inschrijving in het register. Tot de laatste categorie behoren bijvoorbeeld de hoogleraren huisartsgeneeskunde en een deel van de stafleden van de vakgroepen huisartsgeneeskunde.

De HVRC wisselt gegevens uit met het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel). Het Nivel verstrekt in zijn 'Cijfers uit de registratie van huisartsen' getalsmatige gegevens over gevestigde huisartsen, over huisartsen in dienst van andere huisartsen en over praktijkzoekende huisartsen. Wanneer de beroepsgroep wordt gedefinieerd als het totaal van gevestigde huisartsen, dan behoort een gedeelte van de gepromoveerde huisartsen daar niet toe: de hoogleraren huisartsgeneeskunde en een deel van de stafleden bij de vakgroepen huisartsgeneeskunde zijn immers doorgaans niet meer als huisarts gevestigd. Het totaal aantal huisartsen dat is ingeschreven in het register van erkende huisartsen, is daarom het meest betrouwbare referentiekader voor het aandeel van de gepromoveerde huisartsen. Er was geen systematisch bijgehouden gegevensbestand van gepromoveerde huisartsen beschikbaar. Teneinde tot een dergelijk bestand te komen, is de HVRC in 1996 verzocht om de namen en adressen van alle gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen per 31 december 1995 te verstrekken. Aan dit

basisbestand zijn enkele namen toegevoegd van artsen die als huisarts en als gepromoveerd vermeld stonden in het *Geneeskundig Adresboek* (uitgave 1995/1996), en die niet in het basisbestand voorkwamen.

Als volgende stap is aan de 14 hoogleraren huisartsgeneeskunde en aan de 11 emeriti gevraagd een opgave te doen van de huisartsen die bij hen zijn gepromoveerd. Slechts van één emeritus hoogleraar is ook na herhaald verzoek geen opgave ontvangen. Deze actie leverde een aantal namen op die aan het bestand zijn toegevoegd. Na vergelijking met de gegevens die Touw-Otten en Bremer hadden verzameld, is het bestand met nog enkele namen uitgebreid. Ten slotte zijn alle boekbesprekingen in *Huisarts en Wetenschap* vanaf de oprichting in 1957 nagezocht. Dit leverde geen nieuwe namen op.^{3,4,5,6}

Alle in het zo tot stand gekomen bestand vermelde huisartsen (150) en oud-huisartsen (119) zijn vervolgens schriftelijk benaderd met het verzoek informatie te verstrekken over het promotie-onderzoek en over hun beroepsuitoefening ten tijde van het onderzoek en de promotie. Er is éénmaal een herinnering gestuurd. De totale respons bedroeg 91% bij de gepromoveerde huisartsen en 84% bij de gepromoveerde oud-huisartsen.

De namen van de artsen die niet bleken te zijn gepromoveerd, werden uit het bestand verwijderd. Dat gebeurde eveneens met degenen die buiten Nederland waren gepromoveerd, en de non-respondenten van wie noch een dissertatie, noch enige andere informatie over een promotie bekend was. In het aldus geoptimaliseerde bestand staan geen fout-positieven (artsen die niet zijn gepromoveerd). Het is echter niet geheel uitgesloten dat er gepromoveerde (oud-)huisartsen zijn, die niet in het bestand vermeld staan. Meer dan een enkeling zal dat echter niet zijn.

In het register van erkende huisartsen waren op de peildatum 8.985 huisartsen ingeschreven.⁷ Daarnaast waren bij de HVRC 5.398 oud-huisartsen bekend. Volgens het Nivel waren op de peildatum 6.814 huisartsen zelfstandig gevestigd.⁸ Het bestand telde op de peildatum 156 gepromoveerde huisartsen. Bij een totaal aantal van 8.985 ingeschreven huisartsen komt het percentage gepromoveerde huisartsen op 1,7 %. Het bestand telt 121 gepromoveerde oud-huisartsen. Bij een totaal aantal van 5.398 oud-huisartsen komt het percentage gepromoveerden op 2,2 %.

Het antwoord op de eerste onderzoeksvraag – hoeveel gepromoveerde huisartsen zijn er in Nederland en welk percentage van het totale aantal huisartsen is gepromoveerd? – luidt: 156 huisartsen, 1,7 % van het totaal aantal huisartsen.

Van der Wielen en Hornstra vermelden in 1960 beiden dat 7% van de huisartsen is gepromoveerd. Uit het onderzoek van Touw-Otten en van Bremer zijn gegevens bekend over het aantal dissertaties van huisartsen vanaf 1900, maar men krijgt

hieruit geen beeld van het aantal gepromoveerde huisartsen op verschillende momenten. Daar was hun onderzoek ook niet op gericht.

De vraag is nu of het percentage dat zowel Van der Wielen als Hornstra vermelden, is te vergelijken met de resultaten van dit onderzoek. In de jaren dat Van der Wielen en Hornstra hun onderzoek deden, was het begrip 'huisarts' minder duidelijk afgebakend dan nu en waren er geen exacte gegevens beschikbaar over het totaal aantal huisartsen. Bovendien was hun referentiekader verschillend. Van der Wielen heeft het percentage berekend op grond van een onderzoek in 1956 onder een aselechte steekproef van 268 gevestigde huisartsen, van wie er 19 (7%) waren gepromoveerd. Hornstra heeft in 1961 het totaal aantal van 352 gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen van een door de KNMG verstrekte lijst in verband gebracht met een geschat aantal van 5.000 praktiserende en oud-huisartsen. De percentages van beide auteurs zijn dus, hoewel gelijk, niet vergelijkbaar. Bij vergelijking met de nu vastgestelde percentages is dus extra voorzichtigheid geboden.

De 7 procent van Van der Wielen zou kunnen worden vergeleken met het percentage dat de 156 gepromoveerde huisartsen als deel van het aantal van 6.814 op 31 december 1995 gevestigde huisartsen uitmaken, namelijk 2,3 procent. De 7% van Hornstra zou kunnen worden vergeleken met het percentage dat de 277 gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen als deel van het totaal aantal van 12.212 op 31 december 1995 gevestigde (6.814) en rustende (5.398) oud-huisartsen uitmaken, wat eveneens op 2,3 procent uitkomt. Het verschil is erg groot en maakt op zijn minst aannemelijk dat het percentage gepromoveerde huisartsen niet is gestegen, maar gedaald. Daar wijst het verschil tussen de absolute aantallen ook op: Hornstra komt in 1960 tot 352 gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen, terwijl dit onderzoek in totaal 277 gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen oplevert. Het antwoord op de tweede onderzoeksvraag luidt dan ook dat er sprake is van een daling van het aantal gepromoveerde huisartsen in de afgelopen decennia. In het licht van de opkomst van de huisartsgeneeskunde als zelfstandig specialisme en als wetenschappelijke discipline kan dat opmerkelijk worden genoemd.

NABESCHOUWING

Nu de methode is aangegeven hoe het aantal gepromoveerde huisartsen is vastgesteld kan in de toekomst nagegaan worden of dit aantal stijgt of daalt. De begrippen huisarts, oud-huisarts, gepromoveerde huisarts en huisarts ingeschreven in het huisartsen register, moeten daarbij op identieke wijze zijn omschreven.

Noten

- 1 Hornstra. Promoveren door huisartsen.
- 2 Wielen. *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel.*
- 3 Touw-Otten. *Wetenschapsbeoefening.*
- 4 Bremer, Studies uit de huisartspraktijk.
- 5 Bremer. Promoveren door huisartsen.
- 6 Touw-Otten. *Wetenschapsbeoefening, Deel II.*
- 7 HVRC. *Jaarverslag 1995.*
- 8 Harmsen. *Cijfers uit de registratie.*

HORA

HOOFDSTUK X

*Nabeschouwing en
aanbevelingen*

NABESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

X — NABESCHOUWING EN AANBEVELINGEN

Veel aspecten van het onderwerp zijn in dit boek niet aan de orde gekomen. Ik noem hier enkele van deze aspecten. Deze studie gaat over promoveren in Nederland, over de situatie op dit punt in het buitenland wordt niets gezegd. Hoe een promovendus aan zijn onderwerp komt is ook niet onderzocht. Vroeger zal het meestal zo zijn gegaan dat de huisarts naar een hoogleraar ging met een eigen onderwerp waarvan de bewerking dan in overleg met deze promotor plaatsvond. Soms zal de keuze meer van de promotor zijn uitgegaan. Het begrip 'promotiedwang' was nog onbekend.¹ Een huisarts schrijft op het enquêteformulier: '...het 'genereren' van promotieonderwerpen vanuit de vakgroepen huisartsgeneeskunde beperkt de keuze van het onderwerp. Ook de hierdoor veelal geforceerde relatie met een subsidiabel onderwerp is een inperking van de keuzevrijheid'.

Wij hebben ook de kwaliteit van het individuele promotieonderzoek niet beoordeeld. Overigens promoveerden drie huisartsen cum laude: Van Andel, 1909; Hoogendoorn, 1948 en Sypkens Smit, 1953.

Over de relatie tussen de promovendus en zijn promotor hebben wij geen informatie ingewonnen. Hoeveel promotieonderzoek mislukt weten wij niet, maar dat ligt waarschijnlijk in de orde van grootte van 50%.² Dat zich bij het promoveren weleens grote problemen voordoen blijkt uit de treurnis van sommige voorwoorden. Een huisarts schrijft in 1980 – gericht aan zijn vrouw – over alle spanningen rond de verwerking van de gegevens: 'Dat het soms onverdraaglijk was, realiseer ik mij thans nog meer dan voorheen'. Maar hoe vaak promoveren onverdraaglijk was blijft onbekend.

Of het gepromoveerd zijn leidt tot positieverbetering van de huisartsen is niet onderzocht. Voor de benoeming tot uhd en hoogleraar is het tegenwoordig vrijwel altijd noodzakelijk dat men gepromoveerd is. Er is een tijd geweest – zo tussen 1959 en 1974 – dat 14% van de huisartsen die promoveerden hoogleraar werd. Of

het onderwerp waarop men promoveerde van invloed was op een nieuwe carrière is niet onderzocht.

Hoeveel gepromoveerde huisartsen voor of na de promotie publiceerden is ons niet bekend. Huisartsen publiceren niet zo veel wetenschappelijke artikelen maar als zij dat doen zijn zij al gepromoveerd of gaan zij promoveren. Het bleek dat van de 110 artikelen geschreven, tussen 1972 en 1991, in *Huisarts en Wetenschap* en in het *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde*, waarin verslag werd uitgebracht van een kleinschalig wetenschappelijk onderzoek, er 66 gepromoveerde huisartsen als auteur meegewerkt hadden (D 238). Tot zover enkele onderwerpen die niet zijn onderzocht.

Het promotieonderzoek van huisartsen krijgt tegenwoordig specialistische allures. De vraag is dan wat specifiek is voor de huisarts. Het antwoord luidt : de situatie waarin de huisarts zich ten opzichte van de patiënt bevindt. Degene die deze situatie in Nederland het best heeft doordacht is Lamberts in zijn boek: *In het huis van de huisarts*.³ De genoemde situatie is gekenmerkt door het feit: (a) dat de huisarts en de patiënt elkaar meestal al langer kennen waardoor er een persoonlijke relatie tussen hen kan zijn ontstaan; (b) dat de huisarts meestal ook de mensen kent in de onmiddellijke omgeving van de patiënt – de partner of het gezin bijvoorbeeld – en dat de huisarts bij de patiënt thuiskomt; (c) dat de huisarts zich bij zijn handelen vaak laat leiden door zijn vroegere ervaringen met de patiënt; (d) dat de huisarts een min of meer overzichtelijke populatie als ‘patiënt’ heeft waardoor hij een indruk krijgt betreffende het inroepen van geneeskundige hulp in het algemeen; (e) dat hij door zijn positie tegenover de patiënten beter in staat is dan de specialist de resultaten van het geneeskundig handelen in het algemeen te beoordelen. Deze specifieke kenmerken van het werk van de huisarts zouden in het promotieonderzoek zichtbaar moeten zijn. Dat enkele van deze punten niet altijd opgaan is duidelijk – de relatie patiënt-huisarts is waarschijnlijk minder nauw geworden dan vroeger – maar de principes gelden nog steeds. Tegenwoordig wonen bijvoorbeeld veel huisartsen niet meer in hun praktijkgebied, een situatie die vroeger niet voorkwam en door het ziekenfonds ook niet geaccepteerd werd.

Wanneer ik nu poneer dat het promotieonderzoek van huisartsen tegenwoordig professioneler is geworden bedoel ik dat sommige onderwerpen weinig meer worden gekozen – de geschiedenis van de geneeskunde, preklinisch onderzoek –; wanneer ik poneer dat het promotieonderzoek van de huisartsen gaat lijken op dat van de specialist bedoel ik te zeggen dat het promotieonderzoek van de huisarts niet zo dikwijls meer blijkt verricht te zijn vanuit de specifieke situatie van de huisarts, maar een plaats gekregen heeft binnen het onderzoeksprogramma van de medische faculteit en ook door een specialist gedaan zou kunnen zijn.

Waarom bepaald onderzoek niet wordt verricht vindt zijn oorzaak ook in het feit dat het moeilijk is. Over het belang van samenwerkingsverbanden is nu wel voldoende geschreven, maar waarom groepspraktijken of gezondheidscentra soms worden opgeheven is niets bekend. Dat zou mij kunnen verleiden tot de uitspraak dat gemakkelijk onderzoek eerder gedaan wordt dan moeilijk en waarschijnlijk is dat ook zo. Misschien is dat ook de reden dat hypertensie frequent is onderzocht. Het kwantitatieve is gemakkelijker te onderzoeken dan het kwalitatieve. Ik wil er ook op wijzen dat morbiditeitsonderzoek door huisartsen het gevaar inhoudt dat een simpele ICPC-code als identiek wordt beschouwd met een diagnose.

Huisartsen hebben met individuele mensen te maken en wetenschappelijke uitspraken over individuele mensen zijn moeilijk. De 'prognose' wordt misschien daarom ook nauwelijks onderzocht, eigenlijk het belangrijkste wat de patiënt interesseert.

Het kan niet duidelijk genoeg gezegd worden: er zijn weinig huisartsen echt geïnteresseerd in het doen van wetenschappelijk onderzoek.

Ik heb een wiskundige gevraagd voor mij eens uit te rekenen hoeveel huisartsen er tussen 1900 en 1995 in Nederland gepraktiseerd hebben. Hij heeft dat gedaan aan de hand van gegevens van Aulbers et al.⁴ en hij komt tot de conclusie dat wanneer de gemiddelde huisarts 40 jaar functioneert als huisarts, er in Nederland ongeveer 19.000 huisartsen werkzaam zijn geweest, was die tijd 25 jaar dan gaat het om rond de 25.000 huisartsen. Wanneer nu blijkt dat in deze tijd 400 huisartsen ten tijde van hun praktiseren zijn gepromoveerd dan ligt dit aantal gepromoveerde huisartsen tussen de 1,5 en 2%.⁵

Hoe gering de belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek is blijkt ook uit het aantal bestellingen dat ik kreeg naar aanleiding van de publicatie 'Promotieonderzoek door huisartsen in de jaren 1971 en 1995', waarin stond dat de lijst met titels van de desbetreffende dissertaties besteld kon worden. (Zie Hoofdstuk VI) Ik kreeg 3 – zegge drie – bestellingen. Het heeft volgens mij dan ook geen zin het doen van onderzoek als verplicht onderdeel in de huisartsopleiding op te nemen.

In 1979 verscheen een artikel: 'De promotie is aan onderzoek toe'.¹ Ook in dit artikel wordt weer eens geponeerd dat er weinig studie over dat onderwerp is gedaan. De auteur wijst op het nut van het organiseren van een doctoraatsopleiding – wat voor huisartsen dus met het SGO programma is verwerkelijkt – maar hij wijst ook op 'de ondoorzichtigheid van de weg naar de promotie'. Het verdient volgens hem sterk aanbeveling dat een promovendus werkervaring heeft, een voorwaarde die overigens ook weer organisatorische consequenties heeft. Er zou een promotieonderzoeksprospectus moeten komen, volgens de auteur: 'het halve promotiewerk'.

Hoe gering overigens de betekenis van adviezen in zo'n artikel voor het promotieonderzoek van huisartsen is wordt veroorzaakt door het feit dat het promoveren in de verschillende wetenschapsgebieden zeer divergent verloopt zodat er weinig gemeenschappelijke problemen bestaan.⁶ Ook uit de studie van Sonneveld bleek dat. Terwijl dat boek toch handelt over promoveren, zijn alleen de beschouwingen over de relatie promotor-promovendus voor ons van belang.⁷

Wanneer wij de proefschriften van de huisartsen in hun samenhang bestuderen is er wel sprake van veranderingen die in de loop van de tijd hebben plaatsgevonden maar of deze veranderingen nu ook altijd tevoren expliciet gepland waren is niet duidelijk. De vraag: Wijzen deze veranderingen ook op een ontwikkeling, is daarom niet goed te beantwoorden.

AANBEVELINGEN

Ten slotte lijkt het aangewezen deze studie te beëindigen met enkele 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. Het opstellen van een onderzoeksprospectus lijkt ook hier nuttig.
- Er moet een fonds komen ter ondersteuning van promotieonderzoek door huisartsen, onder andere met 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 of onderwerpen die tot nog toe weinig aandacht gekregen hebben in een promotieonderzoek nader te analyseren. Ik noem bijvoorbeeld: de apotheekhoudende huisarts, het huisbezoek, het begrip gezondheid, de betekenis van de prognose in het werk van de huisarts.
- Het verdient aanbeveling dat het NHG weer een jaaronderzoek organiseert.
- Het onderzoek van een aantal niet sterk met elkaar samenhangende onderwerpen zou voor de huisarts, gezien de diversiteit van zijn aandachtsgebieden, voor een promotieonderzoek in aanmerking moeten komen. (Stelling 13 bij de dissertatie van W.A. Meyboom, D 248)
- Het is noodzakelijk dat in iedere dissertatie een curriculum vitae van de auteur wordt opgenomen.
- Het losbladige stellingenblad moet uit vier pagina's bestaan. Op pagina 1 en 2 de stellingen, op pagina 4 het dankwoord.

Noten

- 1 Ritzén, De promotie.
- 2 Huygen, Over het promoveren door huisartsen.
- 3 Lamberts, *In het huis van de huisarts*.
- 4 Aulbers en Bremer, *De huisarts van toen*.
- 5 Ik bedank hier de Heer N.A.A. van Niekerk voor zijn gepuzzel om deze vraag te kunnen beantwoorden.
- 6 Pothoven, Onderzoek en doctoraat.
- 7 Sonneveld, *Promotoren, promovendi*.



HORA

HOOFDSTUK XI

Samenvatting

Summary

SAMENVATTING

SUMMARY

XI — SAMENVATTING

In de Inleiding wordt de doelstelling van deze studie omschreven. Het gaat erom een beschrijving te geven van de veranderingen die zich in het promotieonderzoek van huisartsen hebben voorgedaan aan de hand van de dissertaties die deze huisartsen hebben geschreven in de periode 1900-1995. Het gaat daarbij niet alleen om proefschriften die betrekking hebben op het werk van de huisarts, maar om proefschriften van huisartsen over welk onderwerp dan ook. Het bestudeerde promotieonderzoek is zo divergent van inhoud en opzet dat een zinvolle classificatie van de toegepaste onderzoeksmethode niet is op te stellen.

De bron van het onderzoek (Hoofdstuk I.2) wordt gevormd door de proefschriften geschreven door huisartsen in de genoemde periode. Om deze reeks dissertaties nauwkeurig vast te stellen was het nodig enkele begrippen te definiëren omdat deze definities de juiste omvang van de onderzoekspopulatie bepalen. Tevens bleek het nodig te zijn een enquête te houden bij gepromoveerde huisartsen.

Ten slotte werd vastgesteld dat het ging om proefschriften geschreven door Nederlandse huisartsen tussen 1900 en 1995 die in Nederland tijdens hun beroepsuitoefening zijn gepromoveerd.

Er was vrij veel speurwerk nodig om alle proefschriften die binnen de omschreven populatie vielen te vinden. Totaal ging het om 400 dissertaties die voor een deel in het bezit van de onderzoeker waren en voor een deel via universiteitsbibliotheken konden worden bestudeerd. Of de auteur huisarts was bleek niet zo eenvoudig vastgesteld te kunnen worden, vooral niet omdat er vroeger geen curriculum vitae in het boek werd opgenomen.

In Hoofdstuk I.3 worden de proefschriften van twee huisartsen met elkaar vergeleken: een studie uit 1906 en een uit 1991. Het doel was vooral een eerste indruk te krijgen van de verschillende aspecten die bij het onderzoek ter sprake zouden moeten komen. Het bleek dat voor de beantwoording van de vraagstelling in ieder geval vier aspecten bestudeerd moesten worden en wel: kenmerken van de huisarts-promovendus, kenmerken van de promotie, van het proefschrift en van het promotieonderzoek.

In Hoofdstuk I.4 wordt iets over de proefschriften in het algemeen gezegd. Er wordt aandacht besteed aan het begrip toegankelijkheid van de wetenschappelijke literatuur, een begrip dat historisch gezien veranderingen heeft ondergaan.

Geconcludeerd kan worden dat er wetenschappelijk gesproken te weinig met proefschriften wordt gedaan, vooral ook omdat er geen goede bibliografieën van proefschriften bestaan waardoor het soms moeilijk is om na te gaan of er over een bepaald onderwerp een proefschrift is uitgekomen.

In het tweede hoofdstuk worden de relevante veranderingen in de periode 1900-1995 besproken. Wat het wetenschappelijk onderzoek van huisartsen betreft (Hoofdstuk II.1) kan worden gezegd dat er vóór de Tweede Wereldoorlog niet van huisartsen werd verwacht dat zij op dat gebied iets presteerden. Enkele deskundigen wezen wel op het belang van dergelijk onderzoek maar in concreto vond dat toch weinig plaats, noch in de vorm van artikelen, noch in de vorm van promotieonderzoek. Waarom de individuele huisarts nauwelijks aan het doen van wetenschappelijk werk toekwam kon door een aantal factoren worden verklaard. Ook het bezit van de doctorstitel verbeterde de positie van een arts niet of nauwelijks en de kosten van een promotieonderzoek waren bijna altijd voor eigen rekening. Het is daarom nog een wonder dat sommige huisartsen toch een promotieonderzoek deden, waarbij het vooral opvallend is dat van vijftien huisartsen dat onderzoek wetenschappelijk van belang werd geacht.

In Hoofdstuk II.2 wordt de literatuur behandeld over promoveren en over het promoveren van huisartsen in het bijzonder. Bijna alle auteurs maken melding van het feit dat deze universitaire activiteit zo weinig is onderzocht. Daarbij komt nog dat promoveren in de verschillende faculteiten een uiteenlopende betekenis heeft en meestal ook zeer divergent verloopt. In de sporadische publicaties worden alleen de formele kanten van het promoveren besproken. Met welke problemen de onderzoeker te kampen heeft, hoe vaak een promotieonderzoek mislukt, welk nut het promoveren voor de promovendus heeft, over dat alles is weinig bekend.

In Hoofdstuk II.3 wordt een overzicht gegeven van de veranderingen in de (wettelijke) voorschriften betreffende het promoveren vanaf 1815. Voor (huis)artsen is van belang dat na de wetten van Thorbecke (1865) promoveren formeel van geen betekenis meer is, terwijl dat vóór die tijd nodig was om de bevoegdheid – als geneesheer te werken – te verkrijgen.

Ondanks het feit dat promoveren deze bevoegdheid na 1865 op geen enkele wijze vergrootte bestonden er toch op dit punt nauwkeurige wettelijke voorschriften. De sporadische huisartsen die wilden promoveren moesten vóór 1917, als zij de HBS hadden bezocht, eerst een examen klassieke talen afleggen, wat dat promoveren ook niet vergemakkelijkte. Tussen 1865 en 1917 promoveerden daarom nogal wat dokters in het buitenland, vooral in Duitsland. Na de wet Limburg, in 1917, konden ook HBS'ers zonder meer in de geneeskunde promoveren.

Momenteel wordt in de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek het kader aangegeven waaraan het promoveren dient te voldoen. De concrete uitvoering ervan wordt in de promotiereglementen van de instellingen omschreven waarbij het opvalt dat deze reglementen niet identiek zijn.

De methode van het onderzoek wordt in Hoofdstuk III beschreven. Van ieder promotieonderzoek zijn de gegevens van vier aspecten onderscheiden: de huisarts-promovendus, de promotie, het onderzoek en de dissertatie. Totaal ging het om een dertigtal gegevens die in een data-bestand zijn opgenomen.

De periode 1900-1995 is in drie periodes verdeeld: 1900-1945; 1946- 1970 en 1971-1995 die met elkaar zijn vergeleken.

Terugkerend naar de doelstelling van het onderzoek – een beschrijving geven van de veranderingen die zich in het promotieonderzoek hebben voorgedaan – volgt nu een opsomming van de meest belangrijke veranderingen die konden worden aangetoond (Hoofdstuk IV).

De totale periode overziende was er pas na 1990 sprake van een duidelijke (relatieve) stijging van het aantal promoties. De tijd verlopen tussen het arts-examen en de promotie bedraagt bij de huisartsen gemiddeld 13,5 jaar – met een top bij tien jaar – wat betekent dat de gemiddelde huisarts op zijn 27e jaar het artsexamen haalt en op zijn 40e promoveert. Tegenwoordig promoveren de huisartsen echter op een latere leeftijd dan vroeger.

Vrouwelijke huisartsen die vroeger bijna nooit promoveerden doen dat tegenwoordig wel, vooral na 1990 is dat het geval.

De universiteit van Amsterdam leverde de meeste promovendi, de laatste tijd staat Nijmegen aan de top.

Het komt steeds minder voor dat huisartsen als solist promoveren, van de samenwerkingsverbanden heeft de duopraktijk op dit punt de voorkeur. De meeste

huisartsen die tegenwoordig promoveren werken in deeltijd en zijn vaak verbonden aan een universitair huisartseninstituut. In negen van de bijna vierhonderd promotieonderzoeken betrof het een dubbelpromotie, sinds 1981 wettelijk toegestaan. Promoveren op een onderwerp uit de huisartspraktijk komt steeds meer voor, samenwerken met andere huisartsen ook.

Een specifiek kenmerk van het promotieonderzoek is de grote diversiteit van de onderwerpen. Sommige onderwerpen komen tegenwoordig meer aan bod dan vroeger: Morbiditeit, Bevolkingsonderzoek en Gedrag van huisartsen. Voeding en Geschiedenis der geneeskunde echter minder. Na 1980 is er wetenschappelijke belangstelling gekomen voor de klacht van de patiënt, vóór die tijd ging het vooral om ziekte.

Terwijl tegenwoordig veel huisartsen promoveren bij een hoogleraar huisartsgeneeskunde stonden vroeger de hoogleraren sociale geneeskunde bovenaan, bij de klinische hoogleraren de internisten. Het aantal promotoren per onderzoek is de laatste tijd toegenomen, één promotor komt zelden meer voor.

De proefschriften worden steeds vaker in het Engels geschreven terwijl het ook steeds meer voorkomt dat een dissertatie is samengesteld uit artikelen die elders zijn, of worden gepubliceerd. Handelsedities van proefschriften verschijnen – in tegenstelling tot vroeger – niet vaak meer.

Sinds 1970 staat er steeds vaker een curriculum vitae van de auteur in het proefschrift.

Vroeger was het allerm minst zeldzaam dat de huisarts alle kosten van het promoveren voor eigen rekening nam, maar dat is tegenwoordig uitzondering geworden en veel promotie-onderzoek wordt nu extern gefinancierd.

In Hoofdstuk V worden – in het eerste deel – negen reeksen proefschriften besproken die hetzelfde aandachtsgebied behandelen. De proefschriften van iedere reeks zijn daarbij chronologisch geplaatst, zodat het duidelijk wordt hoe het onderzoek zich in het verloop van de tijd heeft ontwikkeld. Het gaat om proefschriften over: infectieziekten, geschiedenis der geneeskunde, hart- en vaatziekten, bevolkingsonderzoek, psychiatrie, verloskunde, voeding, samenwerking en over wetten, regelingen en voorzieningen. Opvallend is dat iedere reeks wel een of meer kenmerken heeft die specifiek zijn.

Wij maken hier melding van enkele van deze kenmerken: bij de behandelde infectieziekten speelde de tuberculose een grote rol, terwijl bij de voeding een min of meer typische historische ontwikkeling zichtbaar wordt. Bij het onderzoek op het gebied van de geschiedenis der geneeskunde zijn de biografische studies in de meerderheid en hebben lokale factoren bij de keuze van het onderwerp nogal eens invloed gehad. Bij de hart- en vaatziekten kwam de hypertensie

pas na 1977 in de belangstelling terwijl deze afwijking al veel eerder bekend was en bij de bestudering van de studies over het preventief (periodiek) geneeskundig onderzoek bleek dat veel problemen op dat gebied nog niet zijn opgelost.

Het meest mysterieus is de reeks proefschriften over psychiatrie. Terwijl in de andere reeksen sprake is van een zekere begrijpelijke volgorde, blijkt de belangstelling in psychiatrische onderwerpen weinig overzichtelijk te zijn en komen er belangrijke onderwerpen ter sprake die later uit de belangstelling raken, zelfs zonder dat de verzamelde kennis op dat gebied nog gebruikt wordt. Niet duidelijk is ook of huisartsen vóór WO II veel geconfronteerd werden met patiënten met psychosomatische klachten. Ook uit andere literatuur wordt dat niet duidelijk.

Uit de verloskundige proefschriften blijkt dat de huisartsen vroeger dikwijls veel ervaring hadden op dit gebied, terwijl de studies over voeding duidelijk tijdgebonden zijn.

De reeks over samenwerking begint pas na 1955 en de proefschriften over wetten e.d. geven blijk van de betrokkenheid van de huisarts met de leefwereld van zijn patiënten.

In het tweede deel van Hoofdstuk V zijn de literatuurverwijzingen in de proefschriften onderzocht. In een serie van 18 proefschriften – steeds ieder eerste proefschrift uit een vijfde jaar – kon goed worden bestudeerd hoe deze literatuurverwijzingen zich in de tijd hebben ontwikkeld. De redacties van tijdschriften geven nauwkeurige instructies omtrent de wijze waarop de literatuur dient te worden vermeld, wat duidelijk blijkt uit proefschriften die zijn samengesteld uit tijdschriftartikelen. Opvallend is dat in veel moderne proefschriften alleen recente literatuur wordt vermeld, ook wanneer over het onderwerp al veel vroeger belangrijke publicaties zijn verschenen.

In veertig a-select gekozen proefschriften is nagegaan hoeveel literatuurverwijzingen vermeld worden en in welke taal deze literatuur is geschreven. Duidelijk is dat het aantal literatuurverwijzingen in het verloop van de tijd toeneemt, waarbij vooral het aantal Engelse literatuuropgaven sterk is gestegen en de Duitse en Franse zijn gedaald.

In een nabeschuiving wordt getracht enig licht te werpen op het probleem welke factoren de belangstelling van de huisartsen hebben gestuurd.

Voor de laatste acht jaar zijn veel proefschriften verschenen, dit wordt voor een groot deel door externe financiering veroorzaakt. Promoveren op eigen kosten is zeldzaam geworden. (Hoofdstuk VI)

Onderzoek van de klacht van de patiënt komt meer voor dan vroeger, terwijl ook de huisarts – of het gedrag van de huisarts – vaker het onderwerp van onderzoek is. De huisarts als 'object van onderzoek' kwam vóór 1970 vrijwel niet voor.

De veranderingen in de periode 1900-1995, zoals deze zijn beschreven in Hoofdstuk IV, hebben zich vooral in de laatste 25 jaar voltrokken en binnen deze periode weer vooral in de laatste acht jaar.

Het percentage vrouwen onder de promoverende huisartsen neemt toe. Steeds meer huisartsen werken in deeltijd en hebben een aanstelling bij een huisartseninstituut. Het aandachtsveld morbiditeit neemt bij het onderzoek een steeds grotere plaats in, terwijl de voeding en de geschiedenis der geneeskunde minder aandacht krijgen. In bijna alle proefschriften wordt tegenwoordig een curriculum vitae van de auteur opgenomen.

In Hoofdstuk VII worden de proefschriften in het interbellum 1919-1939 behandeld. In die tijd zijn 68 dissertaties geschreven. Het meest kenmerkende van deze reeks is de zeer uiteenlopende belangstelling van de huisartsen.

Alle promovendi waren mannen, allen werkten als solist. Bij alle promoties trad één promotor op. Negentien proefschriften waren bewerkt in de eigen praktijk, alle boeken waren in de Nederlandse taal geschreven, de spelling was in die tijd overigens anders dan tegenwoordig. De longtuberculose was de meest behandelde ziekte. Bijna al het promotieonderzoek werd zelf gefinancierd. Van acht dissertaties werd later gezegd dat deze een bijdrage geleverd hebben aan de geneeskundige wetenschap.

De proefschriften uit het interbellum zijn vergeleken met die uit de periode 1971-1995. Een belangrijke conclusie die uit dat vergelijken kan worden getrokken is dat het promotieonderzoek van de huisarts de laatste 25 jaar minder divergent, maar wel professioneler is geworden.

In Hoofdstuk VIII komen de stellingen uit de proefschriften ter sprake die gaan over wetenschappelijk onderzoek en promoveren door huisartsen.

Over stellingen in proefschriften is – voor zover ik kon nagaan – weinig geschreven en het bleek daarom nodig het begrip stelling nader te bestuderen. In de promotiereglementen van de instellingen wordt op uiteenlopende wijze gesproken over stellingen en er zijn zelfs universiteiten waar de promovendus geen stellingen meer behoeft te poneren. Betoogd wordt dat dat niet juist is maar waarschijnlijk zijn oorzaak vindt in het feit dat het belang van het goed formuleren van stellingen wordt onderschat.

Van de in dit hoofdstuk vermelde 67 stellingen voldoet nog geen 60% aan de eisen die aan een goede stelling moeten worden gesteld. Aan belangwekkende stellingen wordt te weinig aandacht besteed.

Hoofdstuk IX richt zich op de vragen hoeveel gepromoveerde huisartsen er zijn, welk percentage gepromoveerde huisartsen vormen van het totaal aantal huis-

artsen, en of er sprake is van een stijging of van een daling van het aantal gepromoveerde huisartsen in de afgelopen decennia.

Met gegevens uit verschillende bronnen (register van erkende huisartsen, adresboeken, opgave hoogleraren en boekbesprekingen) is een databestand opgebouwd. Alle gepromoveerde huisartsen en oud-huisartsen zijn vervolgens schriftelijk benaderd met het verzoek informatie te verstrekken.

De respons bedroeg 88%. De referentiegroep bestaat uit het totaal aantal huisartsen dat is ingeschreven in het register van erkende huisartsen. Op 31 december 1995 waren 156 (1,7%) van het totaal aantal van 8.985 ingeschreven huisartsen gepromoveerd. Van de 5.398 oud-huisartsen waren er 121 (2,2%) gepromoveerd. In 1960 is het percentage gepromoveerde huisartsen op 7% geschat. De verwachting was toen dat dit aantal aanzienlijk zou toenemen. Het aantal gepromoveerde huisartsen is echter absoluut en relatief afgenomen.

In een algemene nabeschouwing (Hoofdstuk X) wordt onder andere een opsomming gegeven van wat in deze studie niet is onderzocht. Het boek eindigt ten slotte met het geven van enkele aanbevelingen.

SUMMARY

This study aims to describe the changes in the doctoral research of general practitioners on the basis of their dissertations in the period 1900-1995. This includes dissertations on the clinical and organisational aspects of general practice, as well as dissertations by general practitioners on another subject. The doctoral research studied is so divergent in contents and lay-out that it was virtually impossible to develop up a meaningful classification of the research method applied.

The source of the research (Chapter I.2) is formed by the dissertations written by general practitioners in the period referred to. In order to accurately determine this series of dissertations it was necessary to clearly define a number of concepts, because these definitions determine the correct scope of the research population. It also was necessary to interview by questionnaire general practitioners with a doctoral degree. Finally, it was decided to restrict the study to dissertations written by Dutch general practitioners between 1900 and 1995 who received their doctorates in The Netherlands during their professional life. It required much research to trace all dissertations that fell in the described population. In total, 400 dissertations were identified, which for the larger part were in the possession of the present author. The remainder could be retrieved via the university libraries. A major problem was to establish whether the author was a general practitioner, especially because before 1970 it was not mandatory to include a curriculum vitae in the book.

Chapter I.3 compares the dissertations of two general practitioners: a study dating from 1906 and one from 1991. The purpose was mainly to obtain a first impression of the various aspects that should be dealt with in the research. To answer this at least four aspects had to be studied: characteristics of the general practitioner/doctoral student, characteristics of the defence ceremony and regu-

lations (title, date, university, number of supervisors, specialism of first supervisor, etc.), characteristics of the dissertation and characteristics of the doctoral research.

Chapter I.4 reviews the dissertations in general terms. Attention is paid to the concept of accessibility of scientific literature, a concept which underwent some changes from a historical perspective. It can be concluded that dissertations have been underused from a scientific viewpoint. The main reason for this is the absence of good bibliographies of dissertations, which sometimes makes it difficult to check whether a dissertation on a specific subject has appeared.

The second chapter discusses relevant changes in the period 1900-1995. It can be stated that prior to World War II general practitioners were not expected to perform research. Some experts pointed out the importance of such research, but in reality little was performed in that respect, neither in the form of research articles, nor in the form of dissertations. A number of factors can explain why general practitioners did little scientific work. A doctoral degree hardly improved the career prospects of a general practitioner, while at the same time he had to bear all the costs of the research, including the publication of the dissertation. It may even be considered a miracle that some general practitioners did doctoral research, which makes it even more striking that the research performed by fifteen general practitioners is considered of particular scientific importance.

Chapter II.2 deals with the literature on dissertations and especially doctoral research by general practitioners. Nearly all authors mention the fact that this academic activity has been so little investigated. In addition, the function of a dissertation differs between various academic disciplines, so consequently the procedures tend to differ. The few publications only discuss the formal aspects of getting a doctoral degree. Consequently, little is known about the required complexity of problems the researcher has to study for a dissertation, how often submitted dissertations were rejected; or the implications of the degree for the doctoral student.

Chapter II.3 surveys the changes in the (legal) requirements for a doctoral degree since 1815. Initially, a dissertation was a formal requirement for entry into medical practice. The Thorbecke laws of 1865 changed this, which had large implications for family physicians. But explicit legal requirements for dissertations were maintained. Before 1917, the few general practitioners who wanted to get a doctoral degree were obliged to take an examination in classic languages, if they had graduated from high school level (HBS). This did not particularly facilitate the number of dissertations. That is why between 1865 and 1917 quite a few doctors got their degree abroad, especially in Germany. After the Limburg Act, of 1917, graduates from the HBS could get their degree in medicine without further examinations. Currently, the terms of a doctoral degree are defined in the

Higher Education and Scientific Research Act. Each university specifies in its regulations the precise procedures for a dissertation, and it will come as no surprise that there are marked differences between universities.

The research methods are described in Chapter III. Of each dissertation four aspects were distinguished: the general practitioner/doctoral student, the defence ceremony, the research and the dissertation. Thirty data for each dissertation were entered in a database. The period 1900-1995 was subdivided into three periods: 1900-1945; 1946-1970 and 1971-1995, and these were compared with each other.

Chapter IV presents the main findings of this study: the most important changes in general practice dissertations 1900-1995. Only after 1990 could a clear relative increase in the number of dissertations be observed. For general practitioners, the time between their medical degree and their dissertation was on average 13.5 years – with a peak at ten years – which means that the average general practitioner passes his medical finals at the age of 27 and finishes his dissertation at the age of 40. Nowadays general practitioners finish their dissertations at a later age than before. Female general practitioners, who almost never used to take their doctoral degrees, do so these days, especially after 1990. The University of Amsterdam used to supply most dissertations; these days Nijmegen is top of the list. During the period studied the practice profile shifted from single-handed general practitioners to those in group practices and health centres. In particular partnerships of two general practitioners became common among those doing a dissertation. Most dissertations nowadays come from part-time general practitioners who hold a position at a university department of general practice. Nine out of almost four hundred dissertations concerned a shared research, which was legally made possible in 1981. In recent times the dissertations focus more on clinical and organisational aspects of general practice and on co-operation and the primary care team. The dissertations reflect in the broadness of their subjects studied the characteristic broad orientation of general practice. Some subjects now feature more frequently than they used to do: morbidity, medical examination of the population and behaviour of general practitioners. Nutrition and history of medicine feature less. After 1980 more and more attention is paid to the complaint or the reason of encounter of the patient, while before that time the disease was usually the focus of study.

Most GPs nowadays have their dissertation supervised by a professor in General Practice. This used to be professors in Social Medicine, and among the clinical specialists professors of internal medicine. The number of thesis supervisors per doctoral research has increased of late; only very rarely is there just one thesis supervisor. The dissertations are increasingly written in the English language, while a dissertation composed of articles that will be, or have been published

elsewhere, is also more and more common. Commercial editions of dissertations hardly ever appear – contrary to before.

Since 1970 the curriculum vitae of the author appears more often in the dissertation. It used to be quite common that the general practitioner had to take all expenses for the dissertation for his own account, but this is an exception these days, with the amount of research financed externally.

Chapter V – the first part – discusses nine series of dissertations which deal with the same area of interest. Each series is put in chronological order, to analyse the development of the research. This concerns dissertations on: infectious diseases, history of medicine, cardiovascular diseases, screening / population surveys, mental health problems, obstetrics, nutrition, team work, and the legal framework of general practice. A striking element is that every series has one or more specific characteristics.

Thus, tuberculosis played an important role among the dissertation on infectious diseases, while a more or less typical historical development is observed in nutrition. The research in the field of history of medicine is predominantly biographical in methodology, with the choice of subjects determined by local factors. In cardiovascular diseases, interest for hypertension was only developed after 1977, although this disorder had been known much longer. Research on preventive (periodical) medical examination highlights that many problems in that field still remain to be solved.

The series of dissertations on mental health problems are most difficult to fathom. While the other series show a certain understandable order, the interest in psychiatric subjects seems poorly organised; initially, important issues are studied; later on interest in this area is lost, while even the available knowledge in that field is not any more used. It is not clear whether general practitioners were at all confronted with patients with psychosomatic complaints prior to World War II, nor does this become clear from other literature.

From obstetric dissertations it appears that general practitioners used to have much experience in this field, while studies on nutrition are clearly very much a product of their time. The series on team work only starts after 1955 and the dissertations on the legal framework show the commitment of the general practitioner with the lives of his patients.

The second part of Chapter V is an investigation of the bibliographies in the dissertations. A series of 18 dissertations – every first dissertation of any fifth year – gave ample opportunity to study how these bibliographies have developed in time. The editors of research journals give precise instructions on how the literature should be recorded, which is best shown with dissertations composed of journal papers. It is striking that many modern dissertations only mention recent literature, even when important publications appeared on the subject earlier.

In forty randomly selected dissertations, the number of bibliographical references was analysed as well as the language in which they had been published. Clearly the number of bibliographical references increased with time, while especially the number of English references increased and the number of French and German references decreased.

The discussion focuses on factors that triggered the interest of general practitioners.

Especially in the past eight years many dissertations have appeared, which is mainly caused by external financing. Writing a dissertation at one's own expense has become rare (Chapter VI). A study of the patient's complaint or reason for encounter is now more common, while also the GP as a person – or the behaviour of the GP – is now more often the subject of research. The GP as 'subject of research' was rare before 1970. The changes in the period 1900-1995, as described in Chapter IV, mainly took place in the last 25 years, and, within that period, mainly during the last eight years. The percentage of women amongst GPs writing a dissertation is increasing. More and more GPs work part-time and in a university department of General Practice. The area of attention of morbidity is more and more important, while nutrition and history of medicine receive less attention. Nearly all dissertations these days include a curriculum vitae of the author.

Chapter VII deals with the dissertations that have appeared in the interbellum period, 1919-1938. During this period, 68 dissertations were written. The most important characteristic of this series is the divergent interest of the general practitioners. All doctoral students were male, and all worked in single-handed practice. Each doctoral student had only one supervisor. Nineteen dissertations came from the writer's own practice, all books were written in Dutch, the spelling of which was different from today. The most-treated disease was tuberculosis of the lungs. Almost all doctoral research was privately financed. Of eight dissertations the assessment was that these had made an important contribution to medical science. The dissertations from the interbellum period were compared with those from the period 1971-1995. The most important conclusion that can be drawn from this comparison is that the doctoral research of general practitioners has become less divergent but more professional over the last 25 years.

For as far as I could check, not much has been written on the subject of 'theses' or 'propositions' in dissertations, and therefore it appeared necessary to further study the concept of 'thesis' (Dutch *stelling*, short debatable propositions related to the subject of research, but not necessarily so). Chapter VIII concentrates on the propositions that were included in the dissertations studied. The regulations for dissertations regulate the inclusion of propositions. There are differences between universities in this respect, and some universities no longer require the inclusion of propositions. It is argued that this is the consequence of an under-

estimation of the scientific importance of well-phrased propositions. Not more than 60 % of the 67 propositions reviewed in this chapter met the requirements of a good proposition. Interesting propositions are undervalued.

Chapter IX reviews the question of how many general practitioners with doctoral degrees there are, and which percentage they constitute of the total number of general practitioners. From this, the increase or decrease is assessed of the number of general practitioners with a doctoral degree. With data from various sources (register of qualified general practitioners, directories, records of professors and book reviews) a database has been built. Subsequently, all current and former general practitioners with a doctoral degree were approached in writing with the request to give information. The response was 88%. The reference group consisted of the total number of general practitioners recorded in the register of qualified general practitioners. On December 31, 1995, 156 (1.7%) of the total number of 8,985 registered general practitioners had a doctoral degree. Of the former general practitioners 121 (2.2%) had a doctoral degree. In 1960 the percentage general practitioners with a doctoral degree was estimated at 7%. It was expected then that this number would increase considerably. However, the number of general practitioners with a doctoral degree decreased in total number and in proportion.

A general review – Chapter X – lists the items that have not been investigated in this study. Finally, the book is concluded with some recommendations.

LITERATUUR

- Aandeel. *Het aandeel van Nederland in de vooruitgang der geneeskundige wetenschap van 1900-1950*. Een boekje met overdrukken van dertig artikelen uit het Ned Tijdschr Geneesk 1953-1954 (Amsterdam 1954)
- Adresboek. *Geneeskundig Adresboek Nederland* (Verschillende Uitgevers, o.a. Rotterdam: W.J. van Hengel; Schiedam: Nijgh Periodieken)
- Agsteribbe, J., Meyboom-de Jong, B., e.a. *Barrières in de carrières van vrouwelijke artsen*. (Groningen: Faculteit der Medische Wetenschappen van de Rijksuniversiteit 1998)
- Album Promotorum der Rijksuniversiteit Utrecht 1815-1936*. (Leiden: E.J. Brill 1963)
- Samengesteld door J.G. van Cittert-Eymers.
- Andel, Pek M.V. van, Andrea, B., *Serendipiteit*. Catalogus. (Groningen: Rijksuniversiteit 1989)
- Aulbers, B.J.M. en Bremer G.J., (red.) *De huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam: Erasmus Publishing 1995)
- Baggen, P., *Vorming door wetenschap. Universitair onderwijs in Nederland 1815-1960* (Proefschrift Nijmegen 1998)
- Balint, M., *De dokter de patiënt de ziekte* (Utrecht: Spectrum 1965) (Engelse editie: 1957)
- Banning, W., e.a. *Encyclopaedisch handboek van het moderne denken*. (Arnhem, Van Loghum Slaterus 1950)
- Benders, J., *De rituele dans rond de doctorstitel. De discussie over het promoveren in de geesteswetenschappen in Nederland, circa 1900-1990* (Onderzoekersopleiding Geesteswetenschappen Rijksuniversiteit Groningen 1993)
- Benenson, A.S. (ed.), *Control of Communicable Diseases in Man*. Fifteenth Ed. An official report of the American Public Health Association (Washington 1990)
- Berg, J.H. van den, *Medische macht en medische ethiek* (Nijkerk: Callenbach 1969)
- Berkel, K. van, *In het voetspoor van Stevin. Geschiedenis van de natuurwetenschap in Nederland. 1580-1940*. (Meppel/Amsterdam: Boom 1985)
- Berkel, K. van, *Citaten uit het boek der natuur. Opstellen over Nederlandse wetenschapsgeschiedenis* (Amsterdam: Bert Bakker 1998)
- Beukers, H., Het fenomeen Hamburger, Hartog Jager Hamburger (1859-1924). In: Gemert, G.A. van, e.a. *Om niet aan onwetendheid en barbarij te bezwijken, Groningse geleerden 1614-1989*. (Hilversum: Verloren 1989)
- Bijvoegsel. Eerste bijvoegsel tot de Nederlandsche Staats-Courant van Donderdag 10 Mei 1877, No. 109
- Bleuler, E., *Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung* (Berlijn:

- Springer 1921)
- Boersma, J.J., et al. (red.), *ICPC. International Classification of Primary Care*. Derde druk (Utrecht: NHG 1995)
- Boersma, J.J. et al., (red.), *ICPC met Nederlandse subtitels* (Nederlands Huisartsen Genootschap, Afd. Wetenschap en Ontwikkeling: Utrecht 1995)
- Bouter, L.M., Dongen, M.C.J.M. van, *Epidemiologisch onderzoek, opzet en interpretatie* (Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema 1988)
- Bremer, G.J., Westreenen, E. van, De werkzaamheden in de huisartspraktijk nu en in de toekomst. *Huisarts Wet* 7(1964) 2-17
- Bremer, G.J., Drie medische modellen. *Huisarts Wet* 15(1972) 418-424
- Bremer, G.J., Van Seijen, R.E. Duizend bevallingen in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 16(1973) 42-55
- Bremer, G.J., Van Es, J.C., Hofmans, A. (red.), *Inleiding tot de huisartsgeneeskunde*. 2e druk (Leiden 1974)
- Bremer, G.J., De huisarts en het medisch wetenschappelijk onderzoek. *Centrum* 5(1975) 113-6
- Bremer, G.J., en Vesseur, J. Publicaties van huisartsen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1900-1957. *Huisarts Wet* 18(1975) 105-114
- Bremer, G.J., Studies uit de huisartspraktijk; proefschriften van huisartsen 1900-1979. *Huisarts Wet* 24(1981) 336-340.
- Bremer, G.J., et al., *Onderzoek naar het functioneren van de afdelingen onderzoek van de Nederlandse Universitaire Huisartseninstituten [Rapport]* (Groningen: Vakgroep Huisartsgeneeskunde 1982)
- Bremer, G.J., Promoveren door huisartsen II. *Huisarts Wet* 31(1988) 92-4
- Bremer, G.J., Algemeen geneeskundige tijdschriften in Nederland uitgekomen in de periode 1900-1950. In: Aulbers, B.J.M., Bremer G.J. (red.), *De huisarts van toen*. (Rotterdam: Erasmus publishing 1995)
- Bremer, G.J., De bijdrage van Nederlandse huisartsen aan de geneeskundige wetenschap in de periode 1900-1950. In: Aulbers, B.J.M. en Bremer, G.J. (red.), *De huisarts van toen*. (Rotterdam: Erasmus Publishing 1995)
- Bremer, G.J., Een brief van Professor Hornstra. *Huisarts Wet* 41(1998) 486-90.
- Brinkgreve, C., *Voor gek gehouden. Beelden uit de geschiedenis van de krankzinnigenzorg in Nederland* (Gouda: Stedelijke Musea 1982)
- Brinkman's Cumulatieve Catalogus van Boeken*. Verschijnt vanaf 1846
- Buchem, F.S.P van, et al., *Hypertensie. Geneeskundige Bladen uit kliniek en laboratorium*, 40e reeks, nr.IV/V (Haarlem: Bohn 1943)
- Buck, P. de, *Zoeken en schrijven. Handleiding bij het maken van een historisch werkstuk*. 5e druk. (Den Haag: Nijgh & Van Ditmar 1991)
- Buis, P., *Het schrijven van een proefschrift*. Academische Raad. ('s-Gravenhage 1983)
- Bulletin. GHI Bulletin. *De aangifte van infectieziekten* (Rijswijk: Geneeskundige Hoofddirectie van de Volksgezondheid 1988)
- Bureau. Centraal Bureau voor de Statistiek. 1899-1994. *Vijfennegentig jaren statistiek in tijdreeksen* (Den Haag: SDU 1994)
- Bureau. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Statistisch Jaarboek 1996* (Den Haag: CBS-publications 1996)
- Bureau. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Jaarboek Onderwijs 1998*. (Voorburg: SDU/ uitgeverij 1998)
- Burger, H., Volksgeloof en besmettelijkheid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 40,II(1904) 257-9.
- Burger, H., De doctorstitel. *Ned Tijdschr Geneeskd* 40(1904) 597-9
- Burger, H., De herziening der hooger onderwijs-wet en de geneeskundige doctorstitel. *Ned Tijdschr Geneeskd* 41(1905) 201-4
- Cate, R.S. ten, Preventief (periodiek) geneeskundig onderzoek in een huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 8(1965) 81-9

- CIP-gegevens. Koninklijke Bibliotheek, Den Haag. Nederlandse Basisclassificatie (Leiden/Amsterdam, 1992)
- Comans M.L.A. en Overbeke A.J.P.M. De gestructureerde samenvatting: een hulpmiddel voor lezer en auteur. *Ned Tijdschr Geneesk* 134(1990) 2338-43
- Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG (CWO). Het Woudschotenrapport. *Huisarts Wet* 9(1966) 372-85
- Dale, van, *Groot Woordenboek der Nederlandse taal*. 11e druk, (Utrecht: 1984)
- Dale, van, *Etymologisch Woordenboek. De herkomst van onze woorden*. (Utrecht: 1989)
- Dalen, P.J. van, Bremer, G.J., Publicaties van huisartsen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 1857-1900. *Huisarts Wet* 22(1979) 114-121
- Daniëls, W., *De geschiedenis van de komma* (Den Haag: Sdu Uitgeverij 1994)
- Dekker, F.W., Wetenschappelijke vorming in het medisch curriculum. In: *Liber Amicorum aangeboden aan J. Mulder* (Leiden 1991)
- Determann, H., *Über die Nervosität der Jetztzeit und ihre Bekämpfung* (Freiburg in Breisgau: Speyer & Kaerner 1906)
- Dijkhuis, H.J.P.M., (1962-1992) als motto in zijn dissertatie: *'Huisartseneeskunde is geneeskunde. Anticoagulantia in de huispraktijk* (Proefschrift Utrecht 1962)
- Dijksterhuis, E.J., Eenheid en verscheidenheid in de wetenschap. *Universiteit en Hogeschool* 5(1958) 49-61.
- Dissertation Services, 300 North Zeeb Road, Ann Arbor, Michigan 48106-1346 U.S.A.
- Doeleman, H., Huisarts en verzekeringsgeneeskundige. In: Bremer, G.J., Van Es, J.C., Hofmans, A. *Inleiding tot de huisartseneeskunde*. Deel 2 (Leiden: Stenfert Kroese 1974)
- Dongen, J.A. van, Nederlands of Engels? *Ned Tijdschr Geneesk* 103(1959) 1134
- Met een viertal reacties op dit stuk: *Ned Tijdschr Geneesk* 103(1959) 1402-1404
- Duim-Rogers, J.A. van der, et al., *Bibliografie hoogleraren Sociale geneeskunde en hun promovendi in de jaren 1865-1990* (Groningen: Universiteitsdrukkerij 1995)
- Dunning, A.J., Kort is prachtig. *Ned Tijdschr Geneesk* 127(1983) 1823-4
- Eeden, Frederik van, Het beginsel der psychotherapie. In: *Een bloemlezing uit zijn studies*. (Katwijk aan Zee: Servire 1894)
- Eemeren, F.H. van, e.a. *Argumentatietheorie*. (Utrecht: Spectrum 1978)
- Eijk, J.Th.M. van, Gubbels, J.W., *Wetenschappelijk onderzoek in de huisartseneeskunde*. 3e druk (Lelystad: Meditekst 1987)
- Erasmus van Rotterdam: Lob der Medizin. 1518. Merck, Darmstadt (Mit Ein Nachwort von F.Ebner, 1960)
- Everdingen, J.J.E. van, *Consensusontwikkeling in de geneeskunde*. (Proefschrift Amsterdam UvA 1988)
- Festen, H. *125 jaar geneeskunst en maatschappij. In opdracht van het hoofdbestuur geschreven*. (Amsterdam 1974)
- Foudraine, J., *Wie is van hout... Een gang door de psychiatrie* (Bilthoven: Ambo 1971)
- Furth, R. van, et al., *Leerboek infectieziekten* (Houten/Zeventhem: Bohn Stafleu Van Loghum 1992)
- Garrison, F.H. *An introduction to the History of Medicine*. 4e edition 1929. Reprinted 1961. (Philadelphia/ Londen: Saunders Comp. 1961)
- Gerits A., *Hoe verzamelen*. In: Haan J den (red.), *Verzamelen is ook een kunst. Onsterfelijkheid in oude boeken*. (Amsterdam: Orbit 1971)
- Gill, K., Het jaaronderzoek: Verloskunde van de huisarts. *Huisarts Wet* 25(1982) 67-9
- Goossens, J.M.A.W. *Bibliografie. Huisarts en huisartseneeskunde. Historie en ontwikkeling* (NIVEL: Utrecht 1988)
- Goudsmit, J., *Anderhalve eeuw dokteren aan de arts. Geschiedenis van de medische opleiding in Nederland* (Amsterdam: SUA)
- Graaff, N. de. *Veertig jaar en volgende. Ontwikkelingen in en rond de Landelijke Huisartsen Vereniging*. Uitgegeven ter gelegenheid van het 45-jarig bestaan van de LHV. (Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging 1991)

- Groen, J., e.a., *Grondslagen der klinische psychosomatiek* (Haarlem: Bohn 1951)
- Groen, M., *Het wetenschappelijk onderwijs in Nederland van 1815-1980. Een onderwijskundig overzicht* (Eindhoven 1983 en 1984)
- Haan, J. den (red.), *Verzamelen is ook een kunst* (Amsterdam: Uitgeverij Orbit 1971)
- Hamburger, H.J., *Herziening van ons voorbereidend hooger onderwijs. Een middel om daarvoor den weg te effenen* (Groningen: Wolters 1917)
- Hamilton, G., *Theorie en practijk van het social case-work* (Amsterdam: Ploegsma 1952)
- Harmsen, J. en Hingstman, L., *Cijfers uit de registratie van huisartsen*. (Utrecht: NIVEL 1996)
- Heide, R.M. van der, *Resultaten van een geneeskundig onderzoek van 3091 gezonde mannen en vrouwen, 40-65 jaar oud* (Proefschrift Amsterdam 1959)
- Hendriks, A., De frequentie van geslachtsziekten, kanker en tuberculose in de gewone praktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 65(1921) 457-61
- Heyst, J.J. van, *Self-organisation in neural networks as model for the development of motorcontrol*. (Proefschrift Groningen 1998)
- Hoeven, H.C. van der, *Voor elkaar. De ziekenfondsen te midden van de sociale veranderingen in de jaren 1900-1960*. (Utrecht: Centrale Bond van Onderling beheerde Ziekenfondsen 1963)
- Hoff, J.J. en Hoff-Vermeer, C.G., *De vitaminen*. 3e druk. (1e druk, 1932) (Gorinchem: J. Noorduijn en Zn. 1937)
- Hofmans, E.A., De synopsis. *Huisarts Wet* 27(1984) 71-2
- Hogerzeil, H.H.W., Kritische beschouwing betreffende het rapport van Dr.Y. van der Wielen. *Huisarts en Wet* 3(1960) 443-9.
- Holten-Vriezema, J., e.a., Methodisch werken. *Huisarts Wet* 21(1978) 322-35
- Hoofdakker, R.H. van den, *Het bolwerk van de beterswetters. Over de medische ethiek en de status quo* (Amsterdam: Van Gennep 1970)
- Hoofdc commissie voor de normalisatie in Nederland (HCNN). *Correctietekens voor drukproeven*, 1965
- Hoogveld, J.H.E.J., *Inleiding tot leven en leer van St. Thomas van Aquino*. (Nijmegen: Dekker en v/d Vegt 1946)
- Hora est. Stellingen van promovendi uit de gezondheidszorg*. Uitgave van Organon Nederland bv., 1984.
- Hornstra, R., Promoveren door huisartsen. *Huisarts en Wetenschap* 3(1960) 281-3
- Hornstra, R., Het wetenschappelijk onderzoek en de huisarts. *Universiteit en Hogeschool* 2(1956) 226-31
- Hornstra, R., De huisarts en de positieve gezondheidszorg. *Med Contact* 6(1951) 640-6.
- Houwaart, E.S., De modernisering van de gezondheidszorg en de geneeskunde in de negentiende eeuw. In: Aulbers, B.J.M, Bremer G.J., *De huisarts van toen* (Rotterdam: Erasmus Publishing 1995)
- Huisarts. Redactie *Huisarts en Wetenschap*:
 Mededeling voor inzenders van kopij. 1985.
 Handleiding voor het schrijven van een onderzoekverslag. 1984.
 Technische richtlijnen voor het schrijven van boekbesprekingen. 1985.
 Aanwijzingen voor de titelbeschrijving en literatuurlijsten. 1989.
 Praktische richtlijnen voor het schrijven van een literatuurlijst. 1989.
 Richtlijnen voor auteurs. 1992.
- Huisartsen. Nederlands Huisartsen Genootschap. *Statuten en Huishoudelijk Reglement* (Utrecht 1979)
- Huisartsen. Landelijke Huisartsen Vereniging. LHV. *Basistakenpakket van de huisarts*. Utrecht: 1983.
 Bijlage bij *Medisch Contact* 8-7-1983.
- Huizinga J., *Homo ludens. Proeve eener bepaling van het spel-element der cultuur*. Tjeenk Willink, Groningen. 1974 (7e druk) 1e druk 1938.
- Huizinga, J., *De doctorstitel. Verzamelde werken VIII* (Haarlem: Universiteit, wetenschap en kunst 1951)

- Hulst, L.A., Het lezen van medische literatuur. *Med Contact* 9(1954) 824-6
- Huygen, F.J.A., Over het promoveren door huisartsen. In: *Bey Bey Ben. Bundel ter gelegenheid van het afscheid van Ben Polak*. (Amsterdam 1984)
- Huygen, F.J.A., Het home-team. *Huisarts Wet* 5(1962) 119-23
- Huygen, F.J.A., De huisarts en de wetenschap. *Med Contact* 11 (1956) 730-9
- Huygen, F.J.A., *Family medicine. The medical life history of families* (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1978)
- HVRC., Jaarverslag 1995. *Med Contact* 51(1996) 982-94
- Illich, I., *Het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid?* (Baarn: Het Wereldvenster 1975)
- Instituut. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. *Cijfers uit de registratie van huisartsen* (Utrecht: NIVEL 1995)
- Jacobs, A.H., *Over de localisatie van physiologische en pathologische verschijnselen in de groote hersenen* (Proefschrift Groningen 1879)
- Jacobs, A.H., *Herinneringen van Dr. Aletta H. Jacobs* (Amsterdam: Van Holkema & Warendorf 1924)
- Juch, A., *De medisch-specialisten in de Nederlandse gezondheidszorg. Hun manifestatie en consolidatie* (Proefschrift Rotterdam 1997) (Rotterdam: Erasmus Publishing 1997)
- Kamphuis, M., *Wat is social case-work?* 9e druk (Alphen a/d Rijn: Samsom 1970)
- Klinkert, J.J., Vroedvrouw, huisarts en verloskunde. *Huisarts Wet* 25(1982) 224-8
- Kloosterman, G.J., De Nederlandse verloskunde op de tweesprong. *Ned Tijdschr Geneeskd* 122(1978) 1161-70
- Kooij, L.R., Bremer, G.J., Gepromoveerde huisartsen. *Huisarts Wet* 41(1998) 333-5
- Kooij, L.R., et al., Opleiding tot huisarts en onderzoeker. *Medisch Contact* 53(1998) 1196-8
- Korteweg, P.C., *Epidemiologische en klinische ervaringen over malaria in de Zaanstreek*. Geneeskundige Bladen uit Kliniek en Laboratorium XXII (Haarlem 1929)
- Korteweg, P.C., Plattelandsarts en wetenschap. *Ned Tijdschr Geneeskd* 76(1932) 2929-31
- Kossmann, E.H., *De Lage Landen 1780/1980. Twee eeuwen Nederland en België* (Amsterdam: Agon 1986).
- Kouwenhoven, A.O., *Inleiding tot de bibliografie* (2e druk) (Assen: Van Gorcum 1989)
- Kriegsman, D.M.W., de Winter, A.F. (red.), *Gewoon of toch bijzonder*. EMGO-Instituut, 1987-1997 (Amsterdam: EMGO-Instituut 1997)
- Kruif, Paul de, *Bacteriënjagers* ('s Gravenhage: H.P. Leopold's Uitgevers Maatschappij 1927)
- Kruijer, G.J., *Observeren en redeneren. Een inleiding tot de kennisvorming in de sociologie* (Meppel: Boom 1959)
- Kuijper, P.J., De plaats van de metamedica in de faculteit der geneeskunde. In: Schure, L.M., e.a. *Een huisarts welbeschouwd*. (Utrecht: Bunge 1989)
- Lahr, J.H.F., Periodiek geneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 4(1961) 82-4
- Lambers, H., Woods, M., (ed.), *ICPC. International Classification of Primary Care* (Oxford/New York: Oxford University Press 1987)
- Lamberts, H., *In het huis van de huisarts* (Lelystad: Meditekst 1991)
- Landelijke Huisartsen Vereniging. *Basis-takenpakket van de huisarts* (Utrecht 1983)
- Leersum, E.C. van, De beoefening der geschiedenis der geneeskunde in Nederland. *Ned. Tijdschr Geneeskd* 1923; 67. Overdruk.
- Lewis, Thomas, *Hartziekten. Een beschrijving voor praktizerende artsen en studenten*. (Amsterdam: Scheltema & Holkema 1934)
- Library. National Library of Medical Cataloging in Publication. *Medical Subject Headings – Tree structures* (U.S.A. 1990)
- Lieburg, M.J. van, De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in *Ned Tijdschrift voor Geschiedenis* 96(1983) 433-53
- Lieburg, M.J. van, Lieburg F.A. van, *Album Promotorum van de Rijksuniversiteit Leiden 1813-1900* (Amsterdam: Medisch-Encyclopedisch Instituut, Faculteit Geneeskunde VU 1985)
- Lieburg, M.J. van, *Medische geschiedenis als interdiscipline*. (Amsterdam: Vrije Universiteit 1987)

- Lieburg, M.J. van, De medische promoties aan de Nederlandse universiteiten (1815-1899). *Batavia Academica* V(1987) 1-17
- Lieburg, M.J. van, *Woord en boek in de geschiedenis van de geneeskunde. Een beschouwing over de toegankelijkheid van medische kennis* (Oratie Rotterdam 1989)
- Lieburg, M.J. van, *'t Is geen baan, 't is een bestaan. VVA 75 jaar.* (Rotterdam: Erasmus Publishing 1999)
- Lindeboom, G.A., De betekenis van het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde. *Geneeskundige Bladen*. Reeks 45, Nr. XI, 1953.
- Lindeboom, G.A., *Begrippen in de geneeskunde* (Haarlem: Bohn 1967)
- Lindeboom, G.A., *Dutch Medical Biography* (Amsterdam: Rodopi 1984)
- Lint, J.G. de, *De herleving van de geschiedenis der geneeskunde.* (Leiden: Rijksuniversiteit, Openbare les 1924)
- Loghem, J.J. van, *Algemeene Gezondheidsleer*, 4e druk (Amsterdam/Antwerpen: Kosmos 1947)
- Maandblad van de Nederlandsche Vereeniging van huisartsen*. Jrg. 1926-1941.
- Maatschappij. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. *Consult: Arts en patiëntenrechten*, 1995. *Consult: Arts en WET BIG*, 1996.
- Mackenzie, James, *Symptoms and their interpretation*. 1908. 4e reprint. (Londen: Shaw & Sons 1920)
- Mackenzie, James, *The future of medicine*. Oxford Medical Publications. (Londen: Oxford University Press 1919)
- Marrée, J.T.C., e.a. Huisartsen die zich niet vestigen. *Medisch Contact* 51(1996) 217-20.
- Medicus. *Medische pasmunt*. C.A. Mees, Santpoort, 1931 (Verzamelbundel korte bijdragen uit *Het Vaderland*)
- Meijman, F.J., Huisarts en Wetenschap 1972-1986. Een getalsmatige bibliografische analyse. *Huisarts en Wetenschap* 30(1987) 370-4
- Meijman, F.J., *Publication in Dutch on general practice research*. In: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences. Medical Committee (Amsterdam: General practice research in Dutch Academia 1994)
- Meijman, F.J., Prioriteiten bij huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek: terug naar de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 40(1997) 261-3
- Midland, Hilary, Questions of Competence: The Midwife Debate in the Netherlands in the Early Twentieth Century. *Medical History* 39(1995) 317-37
- Mínuchin, S., *Gezinstherapie* (Utrecht: Spectrum 1973)
- Morton, L.T. (Garrison and Morton), *A Medical Bibliography*, third ed. (Londen: The Trinity Press, 1970)
- Nijenberg, Th.W., Deveer, J.M., Een vorm van samenwerking tussen huisarts en diëtiste. *Huisarts Wet* 8(1965) 284-7
- Organon Nederland. *Hora Est. Stellingen van promovendi uit de gezondheidszorg.* (Oss: 1984)
- Pekelharing, C.A., Het doctoraat in de geneeskunde. *Ned Tijdschr Geneesk* 40(1904) 481-5
- Perlman, H.H., *Social case-work. De methodiek van het individueel maatschappelijk werk* (Arnhem: Van Loghum Slaterus 1955)
- Phaff, J.M.L., Samenwerking huisarts-wijkverpleegster. *Huisarts Wet* 4(1961) 118-21
- Pinkhof, H., *Geneeskundig woordenboek*. 10e herziene druk, (Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998)
- Pothoven, M., (rapp.) Onderzoek en doctoraat in verschillende groepen van wetenschapsgebieden. *Universiteit en Hogeschool* 1986/87;33:127-134.
- Promotiereglementen: Leiden 1995; Groningen 1996; Utrecht 1997; Amsterdam GU 1998; Amsterdam VU 1996; Nijmegen 1995; Rotterdam 1998 en Maastricht 1994.
- Promots. Stellingen bijeengebracht door Aad van der Toorn. Instituut voor Sociale Wetenschappen. 's-Gravenhage, z.j.
- Querido, A., *Inleiding tot een integrale geneeskunde* (Leiden: Stenfert Kroese 1955)
- Querido, A., *The efficiency of medical care* (Leiden: Stenfert Kroese 1963)

- Querido, A., *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten* (Lochem: De Tijdstroom 1980)
- Rees-Wortelboer, M.M. van, Stimuleringsprogramma GezondheidsOnderzoek SGO. *Evaluatie van het SGD programma*. Experimentele opleiding Huisartsen (Maastricht 1996)
- Renterghem, A.W. van, *De rehabilitatie van den huisarts door verbetering in de opvoeding van den geneesheer* (Amsterdam: F. van Rossum 1910)
- Reynolds, Michael M., *Guide to thesis and dissertations: an international bibliography of bibliographies* (Phoenix, AR: Oryx 1985) ISBN 0-89774-149-9-8
- Rietema, S.P., Tuberculose en erfelijkheid. *Ned Tijdschr Geneesk* 40(1904) 108-136
- Ritzen, J.M.M., Het promotieonderzoek aan onderzoek toe. *Universiteit en Hogeschool* 1979;26:17-29.
- Rijnberk, G. van, *Inleiding tot de studie der geneeskunde* (Den Haag: Servire 1942)
- Rogers, C.R., *Client-centerend therapy* (Boston: Houghton Mifflin Company 1951)
- Rüegg, Walter, (Gen.Ed.) *A history of the university in Europe*.
1992 : Volume I University in the middle ages.
1996 : Volume II Universities in early modern Europe (155-1800)
Cambridge University Press.
- Salomonson, J.G., *Het stillen van pijn tijdens de normale baring. Een historisch-kritische en klinische studie* (Proefschrift Amsterdam 1925)
- Schuit, K.W., *Palliative care in general practice* (Proefschrift Groningen 1999)
- Schuurmans Stekhoven, W., Literatuur Recherche. Het repertorium-kaartsysteem. *Ned Tijdschr Geneesk* 66(1922) 2926-9
- Shorter, Edward, *Een geschiedenis van de psychiatrie* (Amsterdam: Ambo 1998)
- Smidt, H.J., *Het Academisch Statuut*. Koninklijk besluit van 15 Juni 1921. Staatsblad No. 800 (Alphen a/d Rijn: Samsom 1922)
- Smulders, A.J., Verloskundige hulp in vier huisartsenpraktijken uit de vorige eeuw. *Huisarts Wet* 5(1962) 290-7
- Sonneveld, H., *Promotoren, promovendi en de academische selectie* (Proefschrift Amsterdam 1996).
- Springer, M.P., Gill, K., Tussen huisarts, verloskundige en overheid. *Huisarts Wet* 23(1980) 464-68
- Stoelinga, G.B.A., Waarom moeten artsen eigenlijk wetenschappelijk gevormd worden? *Ned Tijdschr Geneesk* (1998) april; I (2)
- Straub, M., *De wetenschappelijke vorming der geneeskundigen* (Rede bij de overdracht van het rectoraat der Universiteit van Amsterdam 1910)
- Straub, M., (Red.) Volksgeloof. *Ned Tijdschr Geneesk* 37(1901): 705-8
- Szasz, T., *The myth of mental illness* (New York: Hoeber-Harper 1962)
- Tijdschrift voor Technische en Wetenschappelijke Informatie-Overdracht*. Vancouver, Fourth Edition. TWIOScoop 10(1992) 217.
- Toorn, A. van der, *Promots. Stellingen bijeengebracht door A. van der Toorn*. ('s Gravenhage: Instituut voor Sociale Wetenschappen z.j.)
- Toorn, A. van der, *Speelse en spitse promotiestellingen bijeengebracht door A. van der Toorn*. (Amsterdam: Parijs/Manteau z.j.)
- Touw-Otten, F., *Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde* (Proefschrift Utrecht 1981) (Deventer: Van Loghum Slaterus 1981)
- Touw-Otten, F., Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde Deel II. Ontwikkelingen in de proefschriften van praktizerende huisartsen in de decade 1980-1989. *Huisarts en Wetenschap* 34 (1991) 141-5
- Tussenbroek, C. van, *De ontwikkeling der aseptische verloskunde in Nederland* (Haarlem: De Erven Bohn 1910)
- Universiteitsbibliotheek Groningen. Bibliografisch Centrum. Gebruikersinstructie. z.j.
- Valkenburg, C.T., Psychotherapie in de algemene praktijk bij patiënten die "niets mankeren". *Ned Tijdschr Geneesk* 93(1949) 2058-62
- Veld-Langeveld, H.M. In 't, *De financiële aspecten van de academische promotie* (Amsterdam 1953)

- Veldhuijzen van Zanten, R.C., *Historisch chronologisch rapport over de studiegroepen medische psychologie van 1957-1965* (NHG: Utrecht 1965)
- Ven, F.J.H.M. van der, *Het vrije beroep* (Leiden: Stenfert Kroese 1956)
- Vercruijse, E.V.W., *Het ontwerpen van een sociologisch onderzoek. Uitgangspunten en richtlijnen* (Assen: Van Gorcum & Comp. 1960)
- Vesseur, J., Bremer, G.J., Publicaties van huisartsen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1900-1957. *Huisarts Wet* 18(1975) 105-114
- Visser, H.K.A., Het belang van publiceren in Nederlandse wetenschappelijke tijdschriften met een extern beoordelingssysteem. *Ned Tijdschr Geneesk* 142(1998) 798-801
- Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering, *De kleine gids voor de Nederlandse sociale zekerheid* (Deventer: Kluwer 1997)
- Voorn, Th. B., Proefschriften, wat doen we ermee? *Patient Care* 14(1987) 2-4
- Vraag en antwoord. *Ned Tijdschr Geneesk* 134(1990) 2109
- Vries, P. de, De wijkverpleging bij besmettelijke ziekten. *Ned Tijdschr Geneesk* 58(1914) 1055-60
- Vroege, N.H., Het Woudschoten-rapport. Namens de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. *Huisarts Wet* 9(1966) 372-85.
- Watzlawick, P.A.O., *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie* (Deventer: Van Loghum Slaterus 1972)
- Weel, C. van, et al *Rapportage resultaten Academisch Werkveld Huisartsgeneeskunde 1992* Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH) (Nijmegen 1997)
- Weijel, J.A., *Psychiatry in general practice* (Amsterdam: Elsevier 1958)
- Weijel, J.A., *Medische psychologie* (Utrecht: Bijleveld 1961)
- Weijel, J.A., *De mensen hebben geen leven* (Haarlem: Bohn 1970)
- Wenckebach, K.F., *Experiment en Kliniek* (Oratie Groningen 1901)
- Werf, G.Th. van der, Huisarts en universiteit. In: Aulbers B.J.M. en Bremer G.J., *De huisarts van toen* (Rotterdam: Erasmus Publishing 1995)
- Werkgroep Scholing van het NHG. *Rapport (Interim-Rapport) Huisarts en Universiteit* (Utrecht 1968)
- Westergren, A.V., Studies of the suspension stability of the blood in pulmonary tuberculosis. *Acta Med Scand* 54(1921): 247-82
- Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek. SDU Uitgeverij Plantijnstraat. 7e aanvulling, december 1994. Artikel 7.22
- Wet twee-fasen structuur wetenschappelijk onderwijs. Academisch Stutuuat (1981) Editie Schuurman en Jordan. Bewerkt door Mr. Pahi Kuipers 1983
- Wichers, J.S., De geneeskundige hulp ten plattelande. *Ned Tijdschr Geneesk* 14(1870) 281-4
- Wielen, Y. van der, *De huisarts en de doeltreffendheid van zijn aandeel in de gezondheidszorg* (Assen: Van Gorcum 1960)
- Wiersma, E.D., De huisarts en de opbouw der medische wetenschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 79(1935) 2915-24
- Wiersma, E.D., *Ter overdenking voor huisarts en student* (Amsterdam: Noord-Hollandsche Uitgevers Mij. 1936)
- Wilde, I. de, *Van disputatio tot proefschrift. 7500 promoties aan de Rijksuniversiteit Groningen. 10 juli 1615-30 oktober 1987.* (College van Dekanen/Universiteitsbibliotheek Rijksuniversiteit Groningen 1987)
- Wilde, I. de, *Nieuwe deelgenoten in de wetenschap* (Proefschrift Amsterdam 1998)
- Wilson, I.M.G., Jungner, G., *Principles and practices of screening for disease* (Genève: WHO Public Health Paper 1968)
- Zaat, J.O.M., Tussen volkorenbrood en cake. De spagaat van het huisartsgeneeskundig onderzoek. *Huisarts Wet* 41(1998) 369-71
- Zandvoort, H., *Promoveren in Nederland. Kwantitatieve ontwikkelingen* (Zoetermeer 1991)
- Zonneveld, R.J. van, *Gezondheidsproblemen bij bejaarden* (Proefschrift Groningen 1954)

DE DISSERTATIES ALFABETISCH OP AUTEURS

LIJST VAN DE ONDERZOCHE PROEFSCHRIFTEN ALFABETISCH GERANGSCHIKT

Alfabetisch betekent dat de ij gerangschikt wordt als de i+j, conform Van Dale en de y, de i-grec, de Griekse letter ypsilon als de 25e letter van het alfabet. Dubbele namen staan alfabetisch op de eerste naam vermeld. Gehuwde vrouwen staan vermeld op de naam van hun man tenzij dit in de dissertatie anders is aangegeven.

Bij dubbelpromoties (totaal acht) staat de dissertatie op naam van de alfabetisch eerste huisarts-auteur vermeld waarbij ook de tweede auteur genoemd wordt. Zijn de beide auteurs huisarts dan wordt ook de tweede auteur in de lijst vermeld met verwijzing naar de eerste auteur.

De dissertatie van Metsmakers (1994) is aan de aandacht ontsnapt en is dus niet in het bewerkte materiaal opgenomen. De dissertaties van Appel (1947), Swaab (1901) en Wichers (1901) zijn pas ontdekt nadat het onderzoek al liep en ook deze boeken zijn in deze studie niet meegenomen.

De proefschriften waarvan de literatuurverwijzingen zijn onderzocht zijn speciaal aangegeven. (Zie hoofdstuk V, II) De achttien proefschriften, die onderzocht zijn op de manier waarop de literatuur vermeld is, zijn in de lijst aangegeven met een #. De veertig a-select gekozen proefschriften, die onderzocht zijn om de taal van de geciteerde literatuur na te gaan, zijn met een * aangegeven.

In de tekst staan de proefschriften vaak vermeld met het nummer uit deze lijst voorafgegaan door een D

- 1 Aalderen, H.J. van, *Jonge nerveuze kinderen. Een onderzoek in de praktijk van de huisarts* (Proefschrift Utrecht 1965) (Leiden: Stenfert Kroese 1965)
- 2 Aarts, J.H., *Ongevalsletsels in het verkeer. Sociaal geneeskundige studie van verkeersslachtoffers verricht te Rotterdam in 1960* (Proefschrift Leiden 1963)
- 3 Akker, L.M. van den, *An Anatomical Outline of the Spinal Cord of the Pigeon* (Proefschrift Leiden 1970)
- 4 Alons, C.L., *De erfelijke factor in de aetiologie van de tuberculose* (Proefschrift Groningen 1928)
- 5 Andel, M.A. van, *Volksgeneeskunst in Nederland* (Proefschrift Leiden 1909)

- 6 Anrooy, A, van, *Desodoratie langs photochemische weg* (Proefschrift Utrecht 1931)
- 7 Appel, S.A., *De werking van enige opiumalkaloïden op de frequentie der ademhaling* (Proefschrift Utrecht 1947)
- 8 Appelman, C.L.M. (en J.Q.P.J. Claessen), *Recurrent acute otitis media. A contribution to answering the question how to treat acute otitis media* (Proefschrift Utrecht 1992)
- 9 Aulbers, B.J.M., *Erfelijke aangeboren doofheid in Zuid-Holland* (Proefschrift Amsterdam 1959)
- 10 Baggen, J.L., *Oogheelkunde in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1990)
- 11 Bakker, L.F., *Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst* (Proefschrift Utrecht 1969)
- 12 Balen, F.A.M. van., *Otitis media with effusion in general practice. A diagnostic and therapeutic study in children aged 6 months to 6 years* (Proefschrift Utrecht 1995)
- 13 Bangma, P., *Huisarts en anticonceptie. Een onderzoek naar de houding van de huisartsen in Nederland ten aanzien van de geboorteregeling* (Proefschrift Utrecht 1970)
- 14 Banning, C., *De voeding te Zaandam in 1929/1930* (Proefschrift Utrecht 1931)
- 15 Baselier, P.J.A.M., *Acute bacteriële urineweginfecties in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1983)
- 16 Baumann, E.D., *Johan van Beverwijck in leven en werken geschetst* (Proefschrift Amsterdam 1910)
- 17 Beins, J.F.A., *Misvorming en verbeelding* (Proefschrift Groningen 1948)
- 18 Bekker, J.P., *Hypertensie interventie analyse te Krimpen aan den IJssel. Een onderzoek naar het interventiegebonden effect bij personen met een verhoogde bloeddruk, die zijn opgespoord door middel van een bevolkingsonderzoek en behandeld door de huisarts* (Proefschrift Rotterdam 1983)
- 19 Bekkering, P.G., *De patiënt, de 'pil' en de huisarts. Een oriënterend onderzoek naar de anticonceptie, in het bijzonder de orale anticonceptie, in de huisartsenpraktijk door middel van twee schriftelijke enquêtes* (Proefschrift Nijmegen 1969) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1969)
- 20 Belt, J.J. van de, *Rorschach-onderzoekingen in de gevangenis en het huis van bewaring te Haarlem* (Proefschrift Amsterdam 1925)
- 21 #Berg, A.H. van den, *Over den invloed van het Wielrijden op de werking van het hart* (Proefschrift Amsterdam 1906)
- 22 Berg, L.M. van den, *Over de werking van erythrophloeïne op het hart* (Proefschrift Groningen 1938)
- 23 # Bergsma, J.J., *Preventief geneeskundig onderzoek in de huisartsenpraktijk. Een onderzoek met behulp van een schriftelijke anamnese* (Proefschrift Nijmegen 1966) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1966)
- 24 Bes, K.F., *Het lot van het kind in open-tuberculeuze omgeving* (Proefschrift Amsterdam 1934)
- 25 # Beukema, J., *Bijdrage tot vaststelling van eenige parallel-tests in het systeem van Binet-Simon* (Proefschrift Groningen 1921)
- 26 * Beus, Ch.H. de, *Elektrocardiografie in een huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1969)
- 27 # Beusmans, G.H.M.I., *Huisarts en diagnostisch centrum. Toepassing van Werkafspraken door Huisartsen* (Proefschrift Maastricht 1986)
- 28 Bijl, W.F.Th. van der, *Bijdrage tot de kennis der congenitale huiddefecten bij pasgeborenen* (Proefschrift Leiden 1922)
- 29 Bik, J.G.W.F., *Vijf eeuwen medisch leven in een Hollandse stad* (Proefschrift Amsterdam 1955)
- 30 Binnendijk, W., *Anti-epileptica. Samenattend medisch en chemisch-pharmacologisch overzicht* (Proefschrift Amsterdam 1949)
- 31 Binsbergen, J.J. van, *Zoutconsumptie en bloeddruk in een huisartspraktijk* (Proefschrift Maastricht 1987)
- 32 Boeke, A.J.P. (en Dekker, J.H.), *Vaginale klachten in de huisartspraktijk* (Proefschrift

- Amsterdam VU 1992)
- 33 * Boer, H. de, *De klinische betekenis der kwalitatieve leucocytaire veranderingen* (Proefschrift Leiden 1931)
- 34 Boer, J.J., *Ascaris lumbricoides L. in een dorpspraktijk. Een onderzoek naar graad en wijze der besmetting en naar mogelijkheden ter bestrijding* (Proefschrift Groningen 1963)
- 35 Boersma, J., *Antonius de Haen 1704-1776. Leven en werk* (Proefschrift Amsterdam VU 1963)
- 36 Boomsma, J.P., *Een experimenteel onderzoek over de werking van aconitine op het hart* (Proefschrift Groningen 1946)
- 37 Bos, G.J., *Klinische vormen en epidemiologische gegevens betreffende infecties door het E.C.H.O. type 9 virus* (Proefschrift Leiden 1958)
- 38 Bosch, W.J.H.M. van den, *Epidemiologische aspecten van morbiditeit bij kinderen* (Proefschrift Nijmegen 1992)
- 39 Bosschaert, D., *De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied. Proceeding medical care for the underprivileged in Utrecht town during the nineteenth century* (Proefschrift Utrecht 1969)
- 40 Bots, A.W., *De keelontsteking in de huisartspraktijk* (Proefschrift Leiden 1965) (Leiden: Stenfert Kroese 1965)
- 41 Bottema, B.J.A.M., *Diagnostiek van CARA in de huisartspraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1993)
- 42 Bouvé Wilha, J. de, *De motoriek als persoonlijkheidskenmerk van het kind* (Proefschrift Leiden 1940)
- 43 Boven, C. van, (en Dijksterhuis, P.H.), *De schatbare waarde van aanvullend onderzoek in de huisartspraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1993)
- 44 Bowles, C.H., *Voedingsgewoonten en relevante gezondheidsaspecten van bejaarden in een Rotterdamse huisartsenpraktijk 1971-1975. Onderzoek naar voedingsgewoonten, antropometrische gegevens en klinisch-chemische bevindingen omtrent de status van hemoglobine, ijzer, diverse vitamines en van serum-lipiden* (Proefschrift Leiden 1979)
- 45 Braams, F.M., *En..., wat zei de dokter. Een beschrijvend onderzoek naar het gedrag van huisartsen en de achtergronden daarvan* (Proefschrift Rotterdam 1993)
- 46 Brekel, V.F.J.A.J. van den, *De kunstverlossingen in de Wilhelminaschool. Kweekschool voor vroedvrouwen, te Heerlen. Kritisch beschouwd* (Proefschrift Amsterdam 1932)
- 47 Bremer, G.J., *Het verwijzen in de huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht 1964) (Assen: Van Gorcum 1964)
- 48 Brenkman, C.F., *De huisarts en het gezin van zijn patiënt* (Proefschrift Utrecht 1963) (Assen: Van Gorcum 1963)
- 49 Brons, P.J., *Appendicopathie. Een studie over de veranderingen in de processus vermiformis door obstructie en/of stagnatie met een mathematisch statistische analyse van de resultaten der observaties* (Proefschrift Amsterdam 1974)
- 50 Brouwer, H., *Beïnvloeding van experimenteel boezemfibrilleren door therapeutische of toxische doses van verschillende medicamenten* (Proefschrift Groningen 1938)
- 51 Brouwer, W., *Ervaringen met psychosociaal-anamnestic onderzoek als diagnostisch hulpmiddel in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Groningen 1962)
- 52 Bruggen, J.A.R. van, *Studies on the influenza A-epidemic of January-March 1941 at Groningen (Holland)* (Proefschrift Leiden 1947)
- 53 Bruin, J. de, *Enige beschouwingen over het voorkomen en de therapie van de industriële loodvergiftiging* (Proefschrift Amsterdam 1959)
- 54 * Bruins, J.W., *Kinderen van schizophrene ouders. Een bijdrage tot de kennis van de pathogenese en de erfelijkheidsprognose van de dementia praecox* (Proefschrift Utrecht 1943)
- 55 # Bruins, L.H., *Leven en werken van Geert Reinders. De grondlegger van de immunologie* (Proefschrift Groningen 1951)
- 56 * Buma, J.T., *Grondslagen van het medisch denken en handelen. Schets ener encyclopaedie der*

- geneeskunst (Proefschrift Amsterdam 1949) (Amsterdam: Allert de Lange/Jasonpers 1950)
- 57 Burema, L., *De voeding in Nederland van de middeleeuwen tot de twintigste eeuw* (Proefschrift Amsterdam 1953)
- 58 # Burger, A.K.C., *Een algemeen lichamenlijk en electrocardiografisch onderzoek bij een groep bejaarden in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Utrecht 1971)
- 59 Buurman, J.A., *De aangeboren klompvoet. Bijdrage tot de kennis van de aetiologie, de pathogenese en de therapie* (Proefschrift Leiden 1946)
- 60 Cate, H.P. ten, *Een onderzoek naar het Vitamine-C gehalte van het bloed in oorlogstijd uit de algemeene praktijk* (Proefschrift Utrecht 1941)
- 61 #* Cate, R.S. ten, *De praktijkhulp van de huisarts* (Proefschrift Amsterdam 1956) (Leiden: Stenfert Kroese 1956)
- 62 Chavannes, A.W., *Oefenen bij lage rugpijn. Een gerandomiseerd interventie-onderzoek in de huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht 1962)
- 63 Cohen, E.A., *Het Duitse concentratiekamp. Een medische en psychologische studie* (Proefschrift Utrecht 1952) (Amsterdam: Parijs 1952)
- 64 Cohen, M.H., *Spinoza en de geneeskunde* (Proefschrift Amsterdam 1920)
- 65 Coppes, A.H.J., *Maatregelen en instellingen op het gebied der volksgezondheid in een stad van 100.000 inwoners* (Proefschrift Groningen 1948)
- 66 Cornel, M., *Detection of Problem drinkers in General Practice* (Proefschrift Limburg 1994)
- 67 Cornelissen, R.L., *Persoonlijkheidsstructuur en emotionele conflictsituaties bij vrouwelijke patiënten met cholelithiasis* (Proefschrift Amsterdam 1956)
- 68 #* Couvreur, L.E., *Over prolapsus funiculi. Prolapse of the umbilical cord* (Proefschrift Utrecht 1961)
- 69 Cox, M.F., *De vroegtijdige herkenning van somatisatie in de huisartspraktijk. Een exploratie van het concept somatische fixatie* (Proefschrift Leiden 1992)
- 70 Crebolder, H.F.J.M., *Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum. Cliënten-Cijfers-Beschouwingen* (Proefschrift Nijmegen 1977)
- 71 Crobach, M.J.J.S., *Chronic and recurrent nasal symptoms. A diagnostic study in general practice with special reference to allergic rhinitis* (Proefschrift Leiden 1995)
- 72 # Cromme, P.V.M., *Glucose tolerance in a typical Dutch community. Prevalence, determinants and diagnosis in the elderly* (Proefschrift Amsterdam VU 1991)
- 73 Crone-Kraaijeveld, E., (en Suijlekom-Smit, L.W.A. van), *Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts* (Proefschrift Rotterdam 1994)
- 74 * Daal, I.z. van, *Ervaringen uit de praktijk omtrent kindersterfte* (Proefschrift Amsterdam 1919)
- 75 Dagnelie, C.F., *Sore Throat in General Practice. A Diagnostic and Therapeutic Study* (Proefschrift Utrecht 1994)
- 76 Dam, J. van, *Waarnemingen over het voorkomen van kanker ten platten lande* (Proefschrift Amsterdam 1918)
- 77 Dambrink, J.H.A., *Orthostatic Regulation of Blood Pressure in Healthy Individuals: a comparative study in young and old subjects* (Proefschrift Amsterdam 1991)
- 78 * Daniëls, A.J.M., *Onderzoek naar enterovirussen, salmonellae en shigellae in gezinnen met jonge kinderen* (Proefschrift Amsterdam 1966)
- 79 Dassel, H., *De betekenis van multipale sclerose voor Nederland* (Proefschrift Groningen 1960)
- 80 Deen, K.J. van, *Arbeidsanalyse in een plattelandspraktijk* (Proefschrift Groningen 1952)
* Dekker, J.H. Zie: Boeke, A.J.P.
- 81 Dekkers, W.J.M., *Het bezielde lichaam. Het ontwerp van een antropologische fysiologie en geneeskunde volgens F.J.J. Buytendijk* (Proefschrift Nijmegen 1985)
- 82 * Dijkhuis, H.J.P.M., *Anticoagulantia in de huispraktijk* (Proefschrift Utrecht 1962)
* Dijksterhuis, P.H. Zie: Boven, C. van.

- 83 Dinant, G.J., *Diagnostic value of the erythrocyte sedimentation rate in general practice* (Proefschrift Maastricht 1991)
- 84 Ditzhuyzen, F.B.M.G. van, *Sociale wetgeving in verband met het karakter van een Twentse bevolkingsgroep* (Proefschrift Leiden 1955)
- 85 Dobbenburg, O.A. van, *Wilms' tumor bij kinderen in Nederland 1955-1965* (Proefschrift Amsterdam 1970)
- 86 Doeleman, F.J.P., *Geneeskundige ziektestatistiek en ziektecontrole* (Proefschrift Leiden 1928)
- 87 # Doeleman, H., *De malaria-epidemie te Middelburg in de jaren 1940 tot en met 1945, benevens een onderzoek van parasietendragers* (Proefschrift Leiden 1946)
- 88 Does, E. van der (en Lubsen, J.), *Acute coronary events in general practice. The Imminent Myocardial Infarction Rotterdam Study* (Proefschrift Rotterdam 1978)
- 89 Dogterom, G.J., *Het geheugenspoor van het konijn: consolidatie en stabiliteit* (Proefschrift Rotterdam 1983)
- 90 Dokter, H.J., *Anti-thyreoïde stoffen en aangeboren misvormingen* (Proefschrift Amsterdam 1958)
- 91 Dolmans, A.J., *Plotse dood bij sport* (Proefschrift Rotterdam 1983)
- 92 Dool, C.W.A. van den, *Enige mogelijkheden tot het vroegtijdig opsporen van chronische ziekten door de huisarts* (Proefschrift Leiden 1960)
- 93 Dooren, L., *Doctor Johannes Wier. Leven en werken* (Proefschrift Utrecht 1940)
- 94 Dop, F.A. van, *Over het opwekken van petechieën door stuwung bij schoolkinderen* (Proefschrift Utrecht 1967)
- 95 Doyer, J.J.Th., *Proeve van een onderzoek omtrent het familiair en hereditair voorkomen van tuberculose volgens de wetenschappelijk-genealogische methode* (Proefschrift Groningen 1920)
- 96 # Drenth, J.B., *De bacteriophage lysis in vloeibaar milieu* (Proefschrift Groningen 1926)
- 97 * Drogendijk, A.C., *De verloskundige voorziening in Dordrecht van 1500 tot heden* (Proefschrift Amsterdam 1935)
- 98 Drogendijk, C.A., *Het protestants-christelijk ziekenhuis in Nederland. Een onderzoek naar de organisatie, de structuur en het functioneren van 43 protestants-christelijke algemene ziekenhuizen* (Proefschrift Amsterdam VU 1975)
- 99 Duijn, N.P. van, *Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en diagnostiek* (Proefschrift Amsterdam 1991)
- 100 Duistermaat, H., *Onmacht in het werk van de huisarts. Een empirische verkenning* (Proefschrift Rotterdam 1989)
- 101 Ekker, I., *Voeding en voedings toestand van Curaçaose schoolkinderen* (Proefschrift Leiden 1966)
- 102 Elzinga, M., *De vereenigingen voor ziekenhuisverpleging, met name in Friesland, gezien binnen het kader der geneeskundige verzekering* (Proefschrift Groningen 1940)
- 103 Endtz, A. van, *Een methode om in vivo het kalkgehalte van het beenstelsel te bepalen* (Proefschrift Leiden 1934)
- 104 Engh, J.A. van den, *Het Nederlandse militaire gezin in West-Duitsland. Een longitudinaal lotgevalsonderzoek van 70 op een locatie in West-Duitsland geplaatste beroepsmilitairen der Koninklijke Landmacht en hun gezinnen, verricht in de tweede helft der jaren '70* (Proefschrift Utrecht 1983)
- 105 Ensink, H.J., *Moederschapszorg in het Markiezaat van Bergen op Zoom* (Proefschrift Amsterdam 1940)
- 106 Es, J.C. van, *Gezinnen met zwakzinnige kinderen. Een medisch-sociologisch onderzoek over de invloed op het gezin van de opname van een kind in een zwakzinnigeninrichting* (Proefschrift Utrecht 1959) (Assen: Van Gorcum 1959)
- 107 * Essen, G.A. van, *Influenza vaccination: compliance of doctors and patients* (Proefschrift Utrecht 1995)

- 108 Evenhuis, H.M., *Clinical studies of Alzheimer's dementia and hearing loss in Down's syndrome* (Proefschrift Amsterdam 1990)
- 109 Faas, A., *Oefentherapie bij acute lage rugpijn. Een interventieonderzoek in 40 huisartspraktijken* (Proefschrift Amsterdam VU 1992)
- 110 Feen, J.A.E. van der, *Hypertensie, een uitdaging aan de huisarts* (Proefschrift Rotterdam 1977)
- 111 Fennis, W.H.S., *Lactaatdehydrogenase-iso-enzymen in het bijzonder bij de ziekte van Pfeiffer* (Proefschrift Amsterdam 1965)
- 112 Fick, L.J.J., *Het roodvonkvraagstuk in verband met een poging tot gelijktijdige onvatbaar-making tegen roodvonk en diphtherie met een gemengde entstof* (Proefschrift Utrecht 1927)
- 113 Fieren, C.J., *Het myocardinfarct. Een prospectief onderzoek naar de morbiditeit en de sterfte, speciaal in de acute fase, in het woongebied 'Neder-Veluwe'* (Proefschrift Nijmegen 1972)
- 114 Fijten, G.H., *Rectal bleeding, a danger signal?* (Proefschrift Maastricht 1993)
- 115 * Fizaan, P.J.M., *De invloed van achylia gastrica en deficiënte voeding op het roode bloedbeeld* (Proefschrift Amsterdam 1940)
- 116 * Folmer, H.R., *Verslag van 1247 baringen* (Proefschrift Amsterdam 1923)
- 117 Folmer, H.R., *Huisarts en ijsberg. Een onderzoek naar het voorkomen van lichamelijke klachten, de vraag naar doktershulp en de aangetoonde ziekten bij de bewoners van een kustdistrict in noord-Noorwegen* (Proefschrift Utrecht 1968)
- 118 * Frederikse, A.M., *Onderzoekingen betreffende de ovogenese der dytiscidae* (Proefschrift Utrecht 1921)
- 119 * Freyer, J.H.C., *Over stuitliggingen* (Proefschrift Amsterdam 1930)
- 120 Fuldauer, A., *Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk* (Proefschrift Leiden 1966)
- 121 Gaymans, R., *De klinische betekenis van "bacteriurie". Voorkomen en verloop bij vrouwen van vijftien jaar en ouder in een huisartspraktijk* (Proefschrift Leiden 1972)
- 122 * Gemert, A.J.J. van, *Enige gegevens over het ulcus cruris, in het bijzonder zijn sociale betekenis* (Proefschrift Amsterdam 1959)
- 123 Geselschap, J.H., *Over de behandeling van sereuze pleuritis en pericarditis met luchtinblazing* (Proefschrift Groningen 1910)
- 124 Geuns, H. van, *Urinary tract calculi. A Population Survey in a Dutch Community (Hasselt) on the Occurrence and Consequences of 'Silent Stone Disease'* (Proefschrift Groningen 1978)
- 125 Geus, C.A. de, *Huisarts en kankerpatiënt* (Proefschrift Utrecht 1970) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1970)
- 126 Gill, K., *Sociaal verloskundige verkenningen. Een oriënterend-retrospectief onderzoek van 1000 bevallingen in een huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht 1973) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1973)
- 127 # Gils, J.B.F. van, *De dokter in de oude Nederlandsche toneelliteratuur* (Proefschrift Amsterdam 1917) (Haarlem: De Erven F. Bohn 1917)
- 128 Goor, I.A. van, *Huisarts en preventieve gezondheidszorg* (Proefschrift Leiden 1961) (Assen: Van Gorcum 1961)
- 129 Govaert, Th.M.E., *Influenza bij ouderen. Een onderzoek naar huisartsgeneeskundig belangrijke parameters voor de diagnostiek van en het vaccinatiebeleid bij influenza* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 130 # Graaf, H.J. de, *Bijdrage tot de kennis van den invloed van geslachtshormonen op den bouw van tepel en borstklier* (Proefschrift Leiden 1941)
- 131 Graaf, W. de, *Huisarts en slaapgedrag. Waarnemingen omtrent slaapgedrag van patiënten in een huisartspraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1984)
- 132 Granaat, D., *De milt in de regulatie van de arteriële bloeddruk* (Proefschrift Amsterdam 1952)
- 133 Grijseels, E.W.M., *Prehospital triage to improve diagnostic and therapeutic decisions in patients with suspected myocardial infarction* (Proefschrift Rotterdam 1994)

- 134 Grinten, R.F. van der, *Inbreng van patiënten. Een onderzoek van spreekuurcontacten* (Proefschrift Nijmegen 1988)
- 135 Groeneveld, F.P.M.J., *The climacteric: blood, sweat and tears? Population based studies of well-being, attitude and hormone replacement therapy among 1947 women aged 45-60 years* (Proefschrift Rotterdam 1994)
- 136 Groeneveld, H.L., *Indicia sanitatis. Een onderzoek naar de kenmerken der volksgezondheid in de stad Nijmegen* (Proefschrift Amsterdam 1940)
- 137 Groothuysen, J.W., *De arbeidsstructuur van de prostitutie* (Proefschrift Utrecht 1970)
- 138 Grundmeijer, H.G.L.M. (en Weert, H.C.P.M. van), *Patiënt, huisarts en internist. Een beschrijvende studie en een kwaliteitsanalyse van verwijzingen naar de internist* (Proefschrift Amsterdam 1992)
- 139 Haag, I., *Een prospectief onderzoek naar het beloop van asymptomatische bacteriurie bij kinderen* (Proefschrift Rotterdam 1977)
- 140 Haan, M. de, *Indicators of chronic respiratory disease in primary care of children. A survey of Dutch 6-11 years old* (Proefschrift Amsterdam VU 1988)
- 141 Haan, J. de, *De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1986)
- 142 Haar, J.T. ter, *Vergelijkende onderzoeken naar bloedafbraakproducten bij een aantal gevallen van gestoorde buitenbaarmoederlijke zwangerschap en andere ziektegevallen* (Proefschrift Amsterdam 1942)
- 143 Haas, G. de, *Een onderzoek naar vóórkomen en betekenis van ongevallen, die in de woning plaats vinden* (Proefschrift Groningen 1958)
- 144 Ham, E.H. van, *Arbeidsbelasting als functioneel diagnosticum bij inspannings-insufficiëntie* (Proefschrift Leiden 1951)
- 145 Harms, L.M., *Long-term systematic management of hypertensive patients in general practice* (Proefschrift Amsterdam VU 1994)
- 146 Hartman, D.J., *Hypofyse adenomen* (Proefschrift Amsterdam 1945)
- 147 Hartog, C. den, *Over de beoordeling van arbeidsgeschiktheid* (Proefschrift Utrecht 1939)
- 148 Havinga, Tj.K., *Hypertensie in de huisartsenpraktijk. Aspecten van opsporing, behandeling en follow-up* (Proefschrift Groningen 1991)
- 149 Heering, M.J., *Over wezen en verloop van de ulcusziekte* (Proefschrift Leiden 1938)
- 150 Hefting, H.R., *De geschiedenis van de bloedtransfusie* (Proefschrift Amsterdam 1942)
- 151 Hemmes, G.D., *Over hereditaire nystagmus* (Proefschrift Utrecht 1924)
- 152 Hennink, M.P., *Borstvoeding. Een onderzoek te Leiden naar enkele sociaal-geneeskundige aspecten met betrekking tot de borstvoeding* (Proefschrift Leiden 1966)
- 153 Hensbergen, W. van, *Effects of nedocromil sodium in patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease* (Proefschrift Amsterdam VU 1991)
- 154 Heyrman, J.M.K., *Screening van voedingsgewoonten door de huisarts. Een korte methode voor beoordeling van de voedingsgewoonten van een individu, samengesteld ten behoeve van de huisarts en vergeleken met een grondig voedingsonderzoek* (Proefschrift Utrecht 1975)
- 155 Hobus, P., *Expertise van huisartsen. Praktijkvoering, kennis en diagnostische hypothesevorming* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 156 Hoekstra, G.R., *Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk* (Proefschrift Groningen 1982)
- 157 Hoeven, J. van der, *Evaluation of a programme of periodic medical examination* (Proefschrift Nijmegen 1971)
- 158 Hoeven, P.A. van der, *Klinische studie over dysenterie bij kinderen in het bijzonder te Amsterdam* (Proefschrift Amsterdam 1933)
- 159 Hoevenaars, H.A.M., *Measles and measles vaccination. A study of the medical importance of measles in the Netherlands, and the need for mass vaccination* (Proefschrift Amsterdam 1967)
- 160 Hogerzeil, H.H.W., *Resultaten in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Utrecht 1954)

- 161 Hölscher, C.G.B., *Secondary chemoprophylaxis with isonicotinic acid hydrazine* (Proefschrift Groningen 1968)
- 162 Hondelink, H., *Gegevens, verzameld naar aanleiding van een kinkhoestepidemie in een overzichtelijke algemeene praktijk* (Proefschrift Leiden 1929)
- 163 Honig, C.J., *De betekenis van het kunstmatig breken der vliezen bij de baring* (Proefschrift Amsterdam 1926)
- 164 Honig, P.J.J., *Studie over de malaria te Nieuwendam en omgeving* (Proefschrift Amsterdam 1922)
- 165 Hoogen, H.J.P. van der, *Special care for hypertension in general practice* (Proefschrift Nijmegen 1995)
- 166 Hoogendoorn, D., *Over de diphtherie in Nederland. Epidemiologie en prophylaxe* (Proefschrift Utrecht 1948)
- 167 Hoogenkamp, P.A., *Ontwikkeling, voeding en voedingstoestand van zuigelingen en kleuters bij de Ngadju-Dajak op Kalimantan-Selatan (Zuid-Borneo), Indonesië* (Proefschrift Amsterdam 1956)
- 168 Hoogland, D.M., *Stoornissen in het kraambed* (Proefschrift Utrecht 1969)
- 169 Hoogvliet, B., *Genetische en klinische beschouwingen naar aanleiding van bloedersziekte en kleurenblindheid in dezelfde familie* (Proefschrift Utrecht 1942)
- 170 Hoorn, C.M. van, *Levinus Lemnius 1505- 1568. Zestiende-eeuws Zeeuws geneesheer* (Proefschrift Amsterdam 1978)
- 171 * Höppener, P., *Automatisering en wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk. De mogelijkheden en merites van een nieuw instrument* (Proefschrift Amsterdam 1990)
- 172 Houben, H.M., *Bijdrage tot de Kennis der Compensatoire Raddraaiing van het Oog* (Proefschrift Utrecht 1924)
- 173 Hout, W.P. van den, *De brachialgie in de huisartsenpraktijk* (Proefschrift Groningen 1969)
- 174 Hoving, E.W., *Enkele aspecten van hernia nuclei pulposi lumbalis* (Proefschrift Groningen 1959)
- 175 Huygen, F.J., *Lobaire pneumonie als besmettelijke ziekte. Een studie uit de algemene praktijk* (Proefschrift Utrecht 1948)
- 176 Ingelse, P., *Oude gegevens betreffende dysenterie* (Proefschrift Leiden 1935)
- 177 # Jacobs, J.W.M., *De kunstmatige lymfaticoveneuze anastomose* (Proefschrift Amsterdam 1981)
- 178 Jong, D.J. de, *De gespreksmethode in de huisartsenpraktijk ten dienste van de diagnostiek en therapie bij psychosomatische aandoeningen* (Proefschrift Nijmegen 1964)
- 179 Jong, H.W.M. de, *Demonische ziekten in Babylon en Bijbel* (Proefschrift Amsterdam 1959)
- 180 Jonge, J.W. de, *Diuretic drug cessation in general practice. Withdrawing diuretic drugs prescribed for ankle oedema* (Proefschrift Maastricht 1993)
- 181 Jongerius, J.A.C., *Decompensatie. Draaglast en draagkracht in relatie tot decompensatie bij het neurastheen syndroom. Een empirisch huisartsgeneeskundig onderzoek* (Proefschrift Rotterdam 1984) (Rotterdam: Huisartsenpers B.V. 1984)
- 182 Jongh, A.C., *Schouderaandoeningen in de huisartspraktijk. Een poging veel voorkomende ziekten van de schouder betrouwbaar te classificeren met behulp van numerieke taxonomie* (Proefschrift Rotterdam 1994)
- 183 Jonquière, M., *De behandeling van schouder- en elleboogsaandoeningen volgens de richtlijnen van Cyriax. Een vergelijkend onderzoek in de huisartsenpraktijk* (Proefschrift Rotterdam 1986)
- 184 Juda, M., *Over het verkrijgen van ziektekiemvrij drinkwater door middel van chloorkalk en kopersulfaat* (Proefschrift Amsterdam 1906)
- 185 Kam, B.J., *Meretrix en medicus. Een onderzoek naar de invloed van de geneeskundige visitatie op handel en wandel van Zwolse publieke vrouwen tussen 1876 en 1900* (Proefschrift Nijmegen 1983)

- 186 Kar, W.J.A.M. van de, *Een onderzoek naar de waarde van fundusfotografie bij het opsporen van diabetische retinopathie in de huisartsenpraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1988)
- 187 Kater, J., *De invloed der hypophysevoorkwab op de koolhydraat stofwisseling* (Proefschrift Amsterdam 1939)
- 188 Klaarenbeek, F.W., *Longcarcinoom bij muizen teweeggebracht door methylcholanthreen* (Proefschrift Utrecht 1942)
- 189 Klein Obbink, H.J., *Bijdrage tot de kennis omtrent de oorzaken van aangeboren misvormingen van niet-erfelijke oorsprong. Een experimenteel onderzoek bij ratten over het verband tussen foliumzuurdeficiëntie tijdens de zwangerschap en het ontstaan van aangeboren hydrocephalus* (Proefschrift Amsterdam 1957)
- 190 Kluvers, H., *Over vorming van antistoffen na gecombineerde immunisaties* (Proefschrift Amsterdam 1957)
- 191 Koch, J.L.M., *Effectiviteit van educatie en systematische huisartsencontrole van diabetes patiënten* (Proefschrift Nijmegen 1992)
- 192 Koek, C., *Over de praktische waarde van eenige obstetrische handelingen* (Proefschrift Leiden 1922)
- 193 Koekenheim, L.D.M.M.Th., *De sterfte aan chronische hart-, vaat- en nierziekten in Nederland* (Proefschrift Amsterdam 1949)
- 194 Kolk, H.J., *De poliomyelitis-epidemie in Nederland in 1938 en 1939* (Proefschrift Groningen 1949)
- 195 Kolnaar, B.G.M., *Respiratory morbidity in early childhood and asthma in adolescence and young adulthood* (Proefschrift Nijmegen 1994)
- 196 Kooij, L.R., *Eenoudergezinnen in de huisartspraktijk* (Proefschrift Leiden 1988)
- 197 * Koperberg, I.Ph.L., *Therapeutische waardebeoordeling van slaapmiddelen in de huisartspraktijk en het Placebo-effect* (Proefschrift Utrecht 1977)
- 198 Kortenhorst, F.H.J., *Nikkellallergie in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1964)
- 199 Krebber, Th.F.W.A., *Acute buikpijn in de eerste en tweede lijn* (Proefschrift Maastricht 1988)
- 200 Kremer, J.H., *De zeeziekte. Een klinisch-fysiologische studie* (Proefschrift Amsterdam 1921)
- 201 Kroon, A.A.P. van der, *Histologisch en proefondervindelijk onderzoek over het aneurysma dissecans der aorta* (Proefschrift Utrecht 1928)
- 202 # Kropveld, A.I., *Thrombose en embolie van de buikaorta* (Proefschrift Amsterdam 1930)
- 203 Kruijsdijk, M.C.M. van, *Hypertensie opnieuw gemeten. Een onderzoek in de huisartspraktijk naar de medicamenteuze behandeling van hypertensiepatiënten* (Proefschrift Nijmegen 1991)
- 204 Kuipers, F.C., *Over haemochromatosis met hepato-cerebrale degeneratie* (Proefschrift Amsterdam 1932)
- 205 * Kulsdom, M.E., *Bijdrage tot de epidemiologie van de meningococose in Nederland* (Proefschrift Amsterdam 1938)
- 206 Kuyper, M.B., *Op de achtergrond. Een onderzoek naar de problemen van partners van chronische patiënten* (Proefschrift Nijmegen 1993)
- 207 Laane, H.M., *The arterial pole of the embryonic heart* (Proefschrift Amsterdam 1978)
- 208 Lagro-Janssen, A.L.M., *Urineincontinentie bij vrouwen in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1991)
- 209 Lahr, J.H.F., *Over het mechanisme van de antimasculine werking van oestron* (Proefschrift Leiden 1939)
- 210 Lam, G., *Over den invloed der zwangerschap op de longtuberculose* (Proefschrift Amsterdam 1947)
- 211 Lamberts, J.H., *Onderzoek naar den voedingstoestand van Rotterdamsche schoolkinderen* (Proefschrift Utrecht 1947)
- 212 * Lamberts, H., *Een psychosociaal, anthropometrisch en arbeidsfysiologisch profiel van gewone en van geestelijk niet-stabiele dienstplichtigen* (Proefschrift Leiden 1969)
- 213 Lammers, J.G.R., *De invloed van chloorpromazine op het hypofyse- bijniersysteem van de rat*

- (Proefschrift Utrecht 1965)
- 214 Landwehr, J.H., *Bijdrage tot de kennis der anisometropie* (Proefschrift Amsterdam 1917)
- 215 Leeuwen, Y.D. van, *Growth in the knowledge of trainees in general practice: Figures on facts* (Proefschrift Maastricht 1995)
- 216 Lens, P., *Zieke dokters. Ziekte- en gezondheidsgedrag van huisartsen en hun gezinsleden* (Proefschrift Nijmegen 1984)
- 217 Leuftink, A.E., *De geneeskunde bij 's lands oorlogsvloot in de 17e eeuw* (Proefschrift Groningen 1952)
- 218 Leydesdorff, Jul., *Bijdrage tot de speciale psychologie van het Joodsche volk* (Proefschrift Groningen 1919)
- 219 * Lidth de Jeude, A.H. van, *Trichomonas vaginalis heeft geen pathogene betekenis. Trichomonas vaginalis leeft aan de oppervlakte van het slijmvlies zonder haar gastvrouw te benadelen* (Proefschrift Utrecht 1952)
- 220 Lidth de Jeude, C.P. van, *Persoonsgerichte preventie door een huisarts* (Proefschrift Utrecht 1991)
- 221 Ligtenberg, W.J.J., *Abortus in de huisartsenpraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1966) (Leiden: Stenfert Kroese 1966)
- 222 Linden, C.H. van der, *Experimentele therapie van phosgeen-vergiftiging* (Proefschrift Utrecht 1937)
- 223 Lint, J.G. de, *Geneeskundige volksprenten in de Nederlanden* (Proefschrift Leiden 1918) (Schiedam: Interbook International 1977)
- 224 Lisonk, E.H. van de, *Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk. Een onderzoek met dagboeken* (Proefschrift Nijmegen 1985)
- 225 Loo, C.J. van der, *De Arts in Gemeentedienst in het bijzonder als Schoolarts* (Proefschrift Utrecht 1918)
- 226 * Looij, B.J., *Een ongelukje? Een verkennend onderzoek naar oorzaken en achtergronden van ongewenste zwangerschap* (Proefschrift Rotterdam 1977)
- 227 Loos, J.W., *Over wervelfracturen* (Proefschrift Leiden 1921)
- 228 Löwenberg, A., *Causes of coughing in a Groningen general practice* (Proefschrift Groningen 1959)
- 229 Luger, G.W., *Urineweginfecties in de algemene praktijk* (Proefschrift Amsterdam 1967)
- 230 Maathuis, R., *De diphtherie in den loop der eeuwen* (Proefschrift Leiden 1938)
- 231 Mansholt, W.H., *Alcohol en tuberculose* (Proefschrift Groningen 1903)
- 232 Marinus, A.M.F., *Inter-doktervariatie in de huisartspraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1993)
- 233 Marwijk, H. van, *Depression in the elderly as seen in general practice. Prevalence, diagnosis and course* (Proefschrift Leiden 1995)
- 234 Mazel, J.A., *Preventie van perinatale hepatitis B bij pasgeborenen in Nederland. Systematisch onderzoek van zwangeren op HBsAg en passieve-actieve immunisatie van pasgeborenen* (Proefschrift Rotterdam 1986)
- 235 Meer, K. van der, *Patiënten met psychische en sociale problemen in de huisartspraktijk* (Proefschrift Groningen 1994)
- 236 * Mees, J.M., *Filosofie der geneeskunst: Medicosofie. Een theoretisch onderzoek naar de betekenis van het begrip geneeskunst. Een wijsgerige begripontwikkeling in de trant van Hegels dialectiek* (Proefschrift Groningen 1984) (Assen: Van Gorcum 1984)
- 237 * Meijer, J.W., *Experimenteel onderzoek over het rotatievermogen van het menselijk bloed* (Proefschrift Amsterdam 1933)
- 238 * Meijman, F.J., *Kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht, 1993)
- 239 Meininger, J.V., *De patiënt en zijn geneesheer. Een bijdrage tot de ontwikkeling van het begrip communicatie* (Proefschrift Leiden 1958)
- 240 Melker, R.A. de, *Ziekenhuispatiënt - huisarts - huisgezin. Een exploratief inventariserend on-*

- derzoek (Proefschrift Nijmegen 1973) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1973)
- 241 Melman, A.P.M., *Verandering van botmassa door exogene factoren. Een onderzoek naar de invloed van drinkwaterfluoridering, reumatoïde arthritis en anticonvulsieve therapie op bot* (Proefschrift Leiden 1978)
- 242 Menken, J.G., *Over het gehalte aan Vitamine A en carotenoïden in het bloedserum van den mensch en de moedermelk* (Proefschrift Utrecht 1934)
- 243 Merode, T. van, *The use of a multi-gate pulsed Dopplersystem in evaluation of the carotid artery circulation* (Proefschrift Maastricht 1986)
- 244 Mertens, A.Th.L.M., *Enige aspecten van de betekenis van het geboortenummer. Bewerking van gegevens van 5202 gezinnen met 34528 kinderen, verkregen via een enquête* (Proefschrift Leiden 1947)
- 245 Metsemakers, J.F.M., *Unlocking patients' records in general practice for research, medical education and quality assurance: the Registration Network Family Practices* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 246 * Mettrop, G.G.J., *De kinderuitzending in Nederland. Een kritische studie* (Proefschrift Utrecht 1945)
- 247 Meyboom-de Jong, B., *Bejaarde patiënten. Een onderzoek in twaalf huisartspraktijken* (Proefschrift Groningen 1989)
- 248 Meyboom, W.A., *Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen* (Proefschrift Nijmegen 1991)
- 249 Mijnlief, C.J., *Eerste hulp bij ongelukken. Hare historische ontwikkeling* (Proefschrift Amsterdam 1905)
- 250 Mol, R., *Doctor on Saba. Health care and disease in a Caribbean family practice* (Proefschrift Groningen 1989)
- 251 Molen, N.H., *Problems on the evaluation of gait with special reference to the comparison of normal subjects with below-knee amputees* (Proefschrift Amsterdam VU 1973)
- 252 Moors, J.P.C., *Gezinsregeling. Een onderzoek in een huisartspraktijk naar gedrag en houding tegenover de gezinsregeling* (Proefschrift Utrecht 1970) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1970)
- 253 Mulder, H., *Bejaardensterfte in Nederland. Een vergelijking tussen stad en platteland* (Proefschrift Utrecht 1960)
- 254 * Mulder, J.D., *Bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus* (Proefschrift Leiden 1962)
- 255 Mullens, H.C.G., *Over calcium en fosfaatgehalte van het bloed van zwangeren en haar pasgeborenen en de beïnvloeding daarvan door het vitamine D* (Proefschrift Utrecht 1948)
- 256 Muller, H.K., *Een oriënterend somatometrisch en densitometrisch onderzoek* (Proefschrift Leiden 1972)
- 257 # Munting, J.P., *Twee schoolepidemieën van tuberculose* (Proefschrift Leiden 1936)
- 258 Muris, J.W.M., (en Starmans, R.J.J.E.), *Non acute abdominal complaints* (Proefschrift Maastricht 1993)
- 259 Muskens, J.B., *Het beloop van dementie. Een exploratief longitudinaal onderzoek in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1993)
- 260 Neeff, J.I. de, *Prenatale zorg en het gezondheidscentrum van Didam* (Proefschrift Utrecht 1973)
- 261 Neuteboom, J.J., *Bijdrage tot de kennis der Hepatomegalia Glycogenica* (Proefschrift Utrecht 1937)
- 262 * Neven, E.J.J., *Uitstelduur en praktijkvoering. Een onderzoek in een aantal huisartsenpraktijken* (Proefschrift Maastricht 1980)
- 263 Nieuwenhuize, J.P. van, *Actieve bestrijding van diphtherie* (Proefschrift Amsterdam 1949)
- 264 Nieuwenhuijzen, M.G. van, *Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder* (Proefschrift Utrecht 1961) (Heerlen: Uitgeverij Winants 1961)
- 265 Nolst Trenité, A.C., *Over veelvuldigheid en betekenis van struma in Weesp en omstreken. Een*

- bijdrage tot het kropvraagstuk in Nederland* (Proefschrift Utrecht 1935)
- 266 Noort, J. van. *The structure and connections of the inferior colliculus* (Proefschrift Leiden 1934)
- 267 Numans, M.E., *Gastroscopie op verzoek van de huisarts, determinanten van relevante uitslagen* (Proefschrift Utrecht 1992)
- 268 Oei, H., *Serumphosphatasen bij gezonden en zieken* (Proefschrift Amsterdam 1950)
269. Ogterop, J.C., *Een onderzoek in de algemeene praktijk naar de Vitamine B1 uitscheiding (aneurine) vóór en tijdens de distributie* (Proefschrift Utrecht 1941)
- 270 Oliemans, A.P., *Morbiditeit in de huisartspraktijk. Het vóórkomen van ziekten en/of gebreken in de huisartspraktijk, naar gegevens verzameld in een groepsonderzoek bij 52 Nederlandse huisartsen en in een continue registratie door 5 Nederlandse huisartsen* (Proefschrift Utrecht 1969)
- 271 Oosterhuis, R.A.B., *Paracelsus en Hahnemann, essentiele geneeskunst en homoeopathie* (Proefschrift Leiden 1937)
- 272 Oosterhuis, W.W., *Nekpijn, buikpijn, rugpijn. Positieve aanwijzingen uit negatieve bevindingen* (Proefschrift Amsterdam 1982)
- 273 Oostingh, R., *Isolaatvorming en confessie in verband met de genetische bevolkingsstructuur* (Proefschrift Groningen 1958)
- 274 Oskam, J., *Onderzoek naar de waarde van Vitamine C en Chinine als Prophylactica tegen 'Verkoudheidsziekten'* (Proefschrift Amsterdam 1942)
- 275 Pel, J.Z.S., *Alledaagse infectieziekten in de eerste vijf levensjaren* (Proefschrift Amsterdam 1960)
- 276 * Penning, C.P.J., *Onderzoek der bevolking van de Over-Veluwe* (Proefschrift Utrecht 1932)
- 277 Pieters, H.M., *Utrechtse Consult Evaluatie Methode. Vaardigheden in consultvoering van huisartsen in opleiding getoetst* (Proefschrift Utrecht 1991)
- 278 Poel, G.Th. van de, *Samenwerking van huisartsen en apothekers* (Proefschrift Rotterdam 1988)
- 279 Pol, M.C. van der, *Bijdrage tot de pharmacologie van enkele sympathicomimetica* (Proefschrift Leiden 1955)
- 280 Polman, A., *Een- en tweëtiige tweelingen* (Proefschrift Groningen 1938)
- 281 Pop, V.J.M., *Thyroid dysfunction and depression in the postpartum period* (Proefschrift Maastricht 19910)
- 282 Post, D., *De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten* (Proefschrift Amsterdam VU 1980)
- 283 Pot, H., *Postmenopauze-oestrus en Atherosclerose* (Proefschrift Utrecht 1972)
- 284 Pranger, D., *Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeterende patiënten* (Proefschrift Amsterdam VU 1992)
- 285 Prins, A., *Epidemiologisch onderzoek over infecties door adeno-virus en Aziatische influenza bij militairen* (Proefschrift Nijmegen 1959)
- 286 Proost, J.B., *Het Phosphatiden - en Cholesterolgehalte van het Serum tijdens Senium en Puerperium en het eventueel verband met den stollingstijd van het bloed* (Proefschrift Utrecht 1941)
- 287 Raupp, J.L.M., *Over werkwijzen van huisartsen. Een kwantitatief onderzoek naar verschillen in de werkwijze van solo-werkende huisartsen in Limburg* (Proefschrift Nijmegen 1971)
- 288 Ree, J.W. van, *Het Nijmeegs Interventie Project* (Proefschrift Nijmegen 1981)
- 289 Reenders, K., *Complicaties van niet-insuline-afhankelijke diabetes mellitus in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1992)
- 290 Keep, A.F.M. van der, *Tuberculose in een plattelandspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1959)
- 291 * Reeuwijk, A.J. van, *Vroedkunde en vroedvrouwen in de Nederlanden in de 17e en 18e eeuw* (Proefschrift Amsterdam 1941)
- 292 Regout, B.E.M.M., *Autoserumtherapie. Een klinisch en immunologisch onderzoek in een huisartsenpraktijk naar de effecten van een alternatieve hyposensibilisatie-behandeling* (Proefschrift Utrecht 1985)

- 293 # Rens, J.W.G.A. van, *Glaucoma simplex in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1976)
- 294 Reurink, J., *Natuurlijke agglutinenen* (Proefschrift Amsterdam 1941)
- 295 't Riet, A. van, *August Bier en de homoeopathie* (Proefschrift Amsterdam VU 1978)
- 296 Rijken, G., *Onderzoekingen over de centrale veneuze bloeddruk* (Proefschrift Utrecht 1958)
- 297 Rijntjes, A.G., *Acute diarree in de huisartspraktijk. Een onderzoek naar anamnese en microbiële oorzaken* (Proefschrift Maastricht 1987)
- 298 Rijpma, S., *Gezondheid en gezinsindividualisering in een agrarische gemeenschap* (Proefschrift Wageningen 1973)
- 299 Rive, O.L.P.M., *Onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het resultaat der sanatoriumkuur bij longtuberculose* (Proefschrift Amsterdam 1928)
- 300 Roelink, H., *Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk* (Proefschrift Nijmegen 1965)
- 301 Roemeling Frima, J., *Serum cholesterol en nicotinezuur* (Proefschrift Groningen 1973)
- 302 Rombouts, K.H., *Beschouwingen over het geboorte- en kindersterftecijfer van Nederland gedurende het tijdvak 1875-1899* (Proefschrift Amsterdam 1902)
- 303 Roolvink, E.G.J.J., *Revalidatie en reïntegratie in het arbeidsproces. Het effect van een geïntegreerde behandeling gericht op reïntegratie in het arbeidsproces in de revalidatie-dagbehandeling* (Proefschrift Twente 1994)
- 304 Roorda, J., *Reactietijdbepaling bij psychosen* (Proefschrift Groningen 1921)
- 305 Roorda, P.A., *De behandeling van de dreigende abortus* (Proefschrift Utrecht 1964) (Leiden: Stenfert Kroese 1964)
- 306 Ruhe, H.A.M., *Een huisartsenpraktijk in 1938 en 1954* (Proefschrift Utrecht 1957) (Assen: Van Gorcum 1957)
- 307 Ruigh, A. de, *Milieufactoren en gezondheidsbeleving. Een onderzoek naar relaties tussen enkele milieufactoren in werk en gezin en disharmonieklachten bij een aantal mannen* (Proefschrift Nijmegen 1973) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1973)
- 308 Ruiter, A.R.M. de, *Een onderzoek naar de effecten van medische bijstand en de rol van de huisarts in de uitvoeringspraktijk van ziekwet, WAO/AAW* (Proefschrift Amsterdam 1987)
- 309 Ruiter, H.I. de, *Mazelenbestrijding in de algemeene praktijk* (Proefschrift Utrecht 1937)
- 310 Rutten, G.E.H.M. (en Beek, M.M.L.), *Naar optimale zorg bij hoesten en diabetes type II. Een interdisciplinaire interventiestudie naar substitutie van zorg in acht huisartspraktijken* (Proefschrift Nijmegen 1989)
- 311 Saan, M., *Over methoden ter bevordering van de efficiency in de praktijkvoering van de huisarts* (Proefschrift Groningen 1966)
- 312 Sachs, A.P.E., *Bacterial infections in obstructive airways diseases. A overestimated phenomenon* (Proefschrift Groningen 1995)
- 313 Sajet, B.H., *Bijdrage tot de geneeskundige beoordeling in de praktijk van de ongevallenwet* (Proefschrift Amsterdam 1940)
- 314 Sanders, H.W.A., *Herpes zoster in de huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1968)
- 315 Sanders, J., *Ziekte en sterfte bij joden en niet-joden te Amsterdam* (Proefschrift Amsterdam 1918)
- 316 Sauvage Nolting, W.J.J. de, *Psychologische beschouwingen omtrent het gevoel van wel en wee* (Proefschrift Utrecht 1947)
- 317 Schaab, W.J., *De voeding en de voedingstoestand van de bevolking van Uden in 1948-1949* (Proefschrift Amsterdam 1950)
- 318 Schadé, E., *Overleden patiënten. Een huisartsgeneeskundige analyse van doodsoorzaken en van problemen bij diagnostiek en behandeling van patiënten overleden aan kanker* (Proefschrift Amsterdam 1986)
- 319 Schellevis, F.G., *Chronic diseases in general practice. Comorbidity and quality of care* (Proefschrift Nijmegen 1993)

- 320 Scheltema, J.M.W., *De pokkenepidemie te 's-Gravenhage in 1894* (Proefschrift Leiden 1900)
- 321 Schermers, G.G., *Aortasclerose. Bevindingen bij een bevolkingsonderzoek te Zutphen* (Proefschrift Groningen 1969)
- 322 Schilperoort, J., *De toepasbaarheid van electrocardiografische diagnostiek in de huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht 1977)
- 323 Schlichting, T.H., *De temperamenten, een historisch-critische studie* (Proefschrift Leiden 1935)
- 324 Schripsema, J., *Bijdrage tot de kennis van de ontwikkeling der verloskunde in de 18e eeuw* (Proefschrift Groningen 1936)
- 325 Schuling, J., *Stroke patients in general practice. Impact, recovery and the GP's management in the first six months poststroke* (Proefschrift Groningen 1993)
- 326 Sietsma, E., *De telefoon in de huisartspraktijk. De rol van de telefoon in een huisartspraktijk; opvattingen van patiënten en huisartsen* (Proefschrift Groningen, 1987)
- 327 # Sijpkens Smit, M., *Viscositeit en viscosimetrie van het bloed* (Proefschrift Groningen 1911)
- 328 Sijtsema, W.Y., *The disabled and health care sport. The literature and the investigation concerning the importance of sport for the disabled* (Proefschrift Amsterdam 1981)
- 329 * Simons, E.V., *Control mechanisms of skull morphogenesis* (Proefschrift Amsterdam 1979)
- 330 Sips, A.J.B.I., *Veranderingen in geboorteregeling. Waarnemingen in een huisartsenpraktijk van 1973-1980* (Proefschrift Nijmegen 1981)
- 331 Smit, L., *Verslag van vijfhonderd verlossingen op het platteland* (Proefschrift Leiden 1918)
- 332 Smit, P.Th., *Spoedgevallen in een huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1974) (Amsterdam: De Erven Bohn 1974)
- 333 Sonnaville, L.M. de, *Een epidemie van mononucleosis infectiosa in de algemene praktijk* (Proefschrift Leiden 1949)
- 334 Spreeuwenberg, C., *Huisarts en stervenshulp. Een exploratief onderzoek naar stervenshulp van de huisarts en naar de invloed hiervan op het geëigend sterven van de patiënt* (Proefschrift Utrecht 1981)
- 335 Springer, M.P., *Kwaliteit van het verloskundig handelen van huisartsen* (Proefschrift Leiden 1991)
- 336 Starmans, J.H., *Verloskunde en kindersterfte in Limburg. Folklore: Geschiedenis: Heden* (Proefschrift Amsterdam 1930)
* Starmans, R.J.J.E.Th. Zie Muris, J.W.M.
- 337 Stassen, M.J.W., *Medische ethiek in grijze oudheid* (Proefschrift Utrecht 1947)
- 338 Steen, J.J. van der, *Terugkomtrouw in de huisartspraktijk* (Proefschrift Leiden 1987)
- 339 Sterneberg, H., *Zuigelingenvoeding en zuigelingensterfte te Nijmegen en de middelen ter verbetering* (Proefschrift Amsterdam 1907)
- 340 * Stoel, M., van der, *Over immunisatie tegen roodvonk gedurende een epidemie te Voorschoten* (Proefschrift Leiden 1930)
- 341 Stoffers, H.E.J.H., *Peripheral Arterial Occlusive Disease. Prevalence and Diagnostic Management in General Practice* (Proefschrift Maastricht 1995)
- 342 Stoutenbeek, W.C.P., *Onderzoekingen over 'test'-sera ter bepaling der bloedgroepen* (Proefschrift Utrecht 1934)
- 343 Straaten, A. van, *Proeve eener verklaring van het verschijnsel der linkshandigheid* (Proefschrift Leiden 1950)
- 344 Suichies, H.E., *Laser doppler flowmetry in newborn infants* (Proefschrift Groningen 1990)
- 345 Swaab, Benj., *De natuurlijke ventilatie van kleine woonvertrekken te Amsterdam* (Proefschrift Amsterdam 1901)
- 346 Sypkens Smit, J.H., *Leven en werken van Matthias van Geuns M.D. 1735-1817* (Proefschrift Groningen 1953)
- 347 Taams, J., *De historische ontwikkeling van het typhus-vraagstuk* (Proefschrift Leiden 1932)
- 348 Taams, J.D., *Gegevens over tyfus en paratyfus-B in Nederland, Amsterdam en Rotterdam in deze eeuw* (Proefschrift Amsterdam 1968)

- 349 Takens, H., *Vitamine D₂ (Calciferol) intoxicatie* (Proefschrift Groningen 1956)
- 350 Taminiâu, Ph.L.M.M., *Bijdrage tot de kennis van het familiair en hereditair voorkomen van carcinoom* (Proefschrift Utrecht 1926)
- 351 Tazelaar, J., *Over expositie en hereditaire dispositie bij tuberculose* (Proefschrift Amsterdam 1926)
- 352 Terluin, B., *Overspanning onderbouwd. Een onderzoek naar de diagnose surmenage in de huisartspraktijk* (Proefschrift Utrecht 1994)
- 353 Timmers, J., *Cardiorespiratoire bevindingen bij een groep mannelijke werknemers* (Proefschrift Amsterdam 1969)
- 354 Trommel, M.J. van, *Huisarts en urineweginfectie. Een onderzoek naar het vóórkomen, de diagnostiek en de behandeling van urineweginfecties in de huisartspraktijk* (Proefschrift Groningen 1968)
- 355 Vaandrager, K., *De betekenis van de bloedbezinkingssnelheid in de praktijk* (Proefschrift Utrecht 1946)
- 356 Veelen, A.W.C. van, *The possible role of glutathione in cataractogenesis* (Proefschrift Utrecht 1984)
- 358 Veenhuysen, C.M., *Onderzoekingen over het normale bloedvetgehalte bij de mens volgens de methode van Rückert en over de invloed van grote hoeveelheden insuline op dit bloedvetgehalte* (Proefschrift Utrecht 1940)
- 359 Velden, H.G.M. van der, *Huisvrouw – Huisarts – Huisgezin. Een onderzoek naar ziekten en gezondheidstoornissen bij een aantal huisvrouwen in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Nijmegen 1971) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1971)
- 360 Veltman, M., *Huisartsgeneeskundige zorgepisoden. Analyse van een zevenjaarsbestand* (Proefschrift Amsterdam 1995)
- 361 Verboom, A., *Verloskunde in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Amsterdam 1968) (Leiden: Stenfert Kroese 1968)
- 362 Verheij, T.J.M., *Acute bronchitis in general practice* (Proefschrift Leiden 1995)
- 363 Verhoeven, S., *Behandeling, controle en metabole instelling van patiënten met diabetes mellitus type II en de prevalentie van late complicaties bij deze patiënten* (Proefschrift Rotterdam 1989)
- 364 Vierhout, W.P.M., *Het gezamenlijke consult van huisarts en specialist in de eerste lijn* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 365 * Vlamings, H.L.A., *Samenwerking van huisarts en maatschappelijk werkster* (Proefschrift Nijmegen 1967) (Nijmegen: Dekker en Van de Vegt 1967)
- 366 Voorn, Th.B., *Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Een terreinverkenning* (Proefschrift Nijmegen 1983)
- 367 Voort, M.R.M.J. van de, *De ontwikkeling van de ruitlijst bij de witte rat* (Proefschrift Nijmegen 1960)
- 368 Vos, R., *Verkeersongevallen* (Proefschrift Groningen 1963)
- 369 Voûte, J.P., *De resultaten der interne behandeling van het ulcus pepticum* (Proefschrift Amsterdam 1937)
- 370 Vries, H. de, *Neuropsychological functioning of non-insulin-dependent diabetes mellitus patients* (Proefschrift Amsterdam 1993)
- 371 Vries, Th.P.G.M. de, *Presenting clinical pharmacological and therapeutics. Evaluation of a problem based teaching method for choosing drug treatments* (Proefschrift Groningen 1993)
- 372 Vroom, M.G., *Schrik, angst en vrees. Een psychiatrische en phaenomenologische studie, naar aanleiding van vliegtuigbombardementen* (Proefschrift Utrecht 1942) (Amsterdam: C. de Boer 1946)
- 373 Vugs, J.G., *Leven en werk van Niels Stensen (1638-1686) Onderzoeker van het zenuwstelsel* (Proefschrift Leiden 1968)
- 374 * Waals, F.J. van der, *Sex differences in benzodiazepine use* (Proefschrift Amsterdam 1995)

- 375 Waller, H., *Wettelijke regeling der bestrijding van besmettelijke ziekten* (Proefschrift Utrecht 1906)
- 376 Weel, C. van, *Anticiperende geneeskunde in de praktijk. Een onderzoek in een groepspraktijk naar het opsporen van hypertensie en cervix-carcinoom, alsmede naar compliantie en de iatrogene effecten bij de behandeling van hypertensie* (Proefschrift Rotterdam 1981)
*Weert, H. van. Zie Grundmeijer, H.
- 377 * Weisz, F.H., *On delegation in medicine and dentistry* (Proefschrift Amsterdam, 1972) (Alphen aan den Rijn: Samsom 1972)
- 378 * Went, J.C., *Eenige beschouwingen over het nachtzweet bij longtuberculose* (Proefschrift Amsterdam 1902)
- 379 Werf, G.Th. van der, *Geneeskundige oordeelsvorming. Onderzocht aan wat geschreven is over het handelen van de Nederlandse huisarts* (Proefschrift Groningen 1984)
- 380 Wesly, L.A., *Een onderzoek in de practijk naar de betekenis van den Vitamine-A-spiegel van het bloedserum* (Proefschrift Utrecht 1940)
- 381 Westerbeek van Eerten, B.J., *Eugenetiek. Historisch critisch overzicht* (Proefschrift Utrecht 1920)
- 382 Wichers, P., *Een overzicht van de obstetrie in Frankrijk in de zeventiende eeuw* (Proefschrift Groningen 1901)
- 383 Wicchen, H.J. van, *De resultaten van de poliklinische behandeling van kinderen met spastische paresen in het Phelps-Centrum voor spastische kinderen te Zwolle* (Proefschrift Groningen 1966)
- 384 Wierdsma, B.M., *Klinische studie over purpura* (Proefschrift Amsterdam 1937)
- 385 Wigtersma, L., *Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit* (Proefschrift Amsterdam 1990)
- 386 Wilde, P.A. de, *Verwantschap en erfelijkheid bij doofstomheid en retinitis pigmentosa* (Proefschrift Amsterdam 1919)
- 387 Wilhelmij, M., *Een onderzoek in de algemeene praktijk naar de gemiddelde doorsnede der Erythrocyten, in het bijzonder bij vermagering in oorlogstijd* (Proefschrift Utrecht 1945)
- 388 Willems, D.L., *Tools of care. Explorations into the semiotics of medical technology* (Proefschrift Maastricht 1995)
- 389 Winkens, R.A.G.W., *Improving test ordering in general practice. The effects of individual feedback* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 390 *Wit, N.J. de, *Gastroscopie op verzoek van de huisarts. Gevolgen voor diagnostisch en therapeutisch beleid. Een quasie-experimenteel onderzoek onder huisartsen in de Utrechtse regio naar de gevolgen van invoering van vrije toegang tot gastroscopisch onderzoek voor het beleid van de huisarts bij dyspeptische klachten* (Proefschrift Utrecht 1992)
- 391 Wolf, A.N. de, *Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de Hemocult test* (Proefschrift Amsterdam 1982)
- 392 * Wolfert, H., *De ziekte van Weil te Rotterdam* (Proefschrift Leiden 1935)
- 393 Woltring, B., *Gelijkenis van tweelingen. Een psychologisch onderzoek* (Proefschrift Nijmegen 1938)
- 394 Wong Lun Hing, F.J.H., *Prostitutie. Een fenomenologische studie uit een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Leiden 1961) (Utrecht: Bijleveld 1962)
- 395 Wullink, F.H., *Over de invloed van training op de skeletspier* (Proefschrift Amsterdam VU 1967)
- 396 Wymenga, J.H., *Klinisch statistisch onderzoek van de resultaten der prostatectomie (in het bijzonder de methode volgens Van Stockum-Millin)* (Proefschrift Groningen 1958)
- 397 Zaat, J.O.M., *De macht der gewoonte. Over de huisarts en zijn laboratoriumonderzoek* (Proefschrift Amsterdam VU 1991)
- 398 Zeijlmans, J.G., *Menopauze en perimenopauze. Een onderzoek naar enkele aspecten* (Proef-

- schrift Utrecht 1976)
- 399 Zuiderveld, U., *Honderd gezonde mannen. Een onderzoek naar het cardiovasculaire verouderingsproces met non-invasieve meetmethoden* (Proefschrift Amsterdam VU 1974)
- 400 Zuiderweg, A., *Over het vóórkomen van astma. (Chronische specifieke respiratoire aandoeningen) in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Groningen 1962)
- 401 Zuidweg, J., *Diabetes kennistoetsen in de beroepsopleiding tot huisarts* (Proefschrift Maastricht 1994)
- 402 Zutphen, W.M. van, *De taken van de huisarts. Resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken* (Proefschrift Maastricht 1984)

BIJLAGEN

I — Veertien dissertaties van huisartsen bewerkt in de huisartspraktijk die buiten de onderzoekpopulatie vallen omdat de auteurs niet aan de criteria voldeden.
(Periode 1971-1995)

II — Memoires van huisartsen geschreven tussen 1900 en 1966

III — Beoordelingsformulier van de bestudeerde dissertaties

IV — Formulier aandachtsvelden van het onderzoek

V — Vragenlijst
(gebruikt bij de enquête gehouden onder de gepromoveerde huisartsen)

BIJLAGE I

Veertien dissertaties van huisartsen bewerkt in de huisartspraktijk die buiten de onderzoekspopulatie vallen omdat de auteurs niet aan de criteria voldeden. (Periode 1971-1995)

- 1 Bogaard CJM van den. *Beschermt borstvoeding tegen ziekte?* (Proefschrift Nijmegen, 1990)
- 2 Boot CPM. *Risicofactoren voor coronaire hartziekten; screening en interventie in een huisartsenpraktijk* (Proefschrift Leiden, 1979)
- 3 Engelenburg JL. *Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den-Haag. Van tegenpraak naar samenspraak* (Proefschrift Leiden, 1992)
- 4 Holst PAJ. *Gezondheidsrisico's van huisvogels. Praktijksurvey en patiënt-controle onderzoek* (Proefschrift Utrecht, 1987)
- 5 Knottnerus A. *Interpretatie van diagnostische gegevens* (Proefschrift Maastricht, 1986)
- 6 Kocken ThJ. *Psychische stoornissen in een huisartspraktijk* (Proefschrift Nijmegen, 1984)
- 7 Moll van Charante N. *Ziektegevoel en ziektegedrag. Een exploratieve analyse van het ziektegedrag van 163 gezinnen opgetekend gedurende de eerste twee jaren na hun vestiging in een hoogbouw meergezinswoning* (Proefschrift Utrecht, 1980)
- 8 Nijland A. *De praktijkassistente in de huisartspraktijk. Progressie en professionalisering* (Proefschrift Groningen, 1991)
- 9 Ridderikhoff J. *Decision-Making Strategies in the General Practice* (Proefschrift Rotterdam, 1986)
- 10 Riphagen FE. *Zeven vette jaren. Een beschrijvende analyse van multi-disciplinaire samenwerking in Rotterdam-Ommoord* (Proefschrift Rotterdam, 1980)
- 11 Tielens VCL. *Consulten van huisartsen. Een onderzoek naar verschillen* (Proefschrift Nijmegen, 1987)
- 12 Vries AEN de. *Gezin en hulpverlening in Dorpbijstad* (Proefschrift Nijmegen, 1973)
- 13 Wal G van der. *Euthanasie en hulp bij zelfdoding door huisartsen* (Proefschrift Amsterdam VU, 1992)
- 14 Wind AW. *Diagnosing dementia in general practice* (Proefschrift Amsterdam VU, 1994)

Deze artsen hebben op de enquête geantwoord dat zij ten tijde van het promoveren niet praktiseerden als huisarts.

BIJLAGE II

Memoires van huisartsen

- 1908 Dr. S. Greidanus. *De dagen van olim. Herinneringen van een geneesheer*. Scheltema & Holkema, Amsterdam. 190 p.
Leefde van 1843-1914. Dissertatie Leiden 1866: Chirurgische waarnemingen. Was huisarts in Buitenpost, Soest, Baarn. Werd later huisarts van het Koninklijk Huis. In 1977 werd het boekje herdrukt met de titel *Een dorpsdokter uit de Friese wouden vertel!*.
- 1917 Dr. B.E.Scheltema. *Herinneringen van een geneesheer*. W.J.Thieme, Zutphen. 213 p.
Huisarts in Delft van 1880-1915. Dissertatie Leiden, 1880: Bulbair-kern paralyse. Deze herinneringen trokken veel aandacht, Van Rijnberk wijdde er in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* bijna twee pagina's aan. (1917; 61:2015-17)
Het boek werd in 1982 herdrukt met een voorwoord van H.L. Houtzager. Rodopi B.V., Amsterdam.
- 1929 Dr. L. van der Hoeven. *Uit de praktijk van een huisarts*. Mouton, 's-Gravenhage. 259 p.
Leefde van 1857-1932. Dissertatie Leiden 1881: *Iets over Hysterectomie*. Begon als chirurg werd later huisarts en ten slotte weer chirurg.
- 1948 Dr. J. van Arkel-Zegwaard. *Herinneringen van een huisarts*. A.J.G. Strengholt's Uitg. Mij., Amsterdam. 202 p.
Pseudoniem van S. Sturkop (1882-1953). Dissertatie Amsterdam, 1909: *Bijdrage tot de kennis der zwangerschapslusten*. Zijn hele leven huisarts in Amsterdam. Speelde een belangrijke rol in de KNMG.
- 1956 Dr. P.P.C. (Coster) *Huisdokersleven. Belevnissen en overdenkingen van Dr. P.P.C. Rustend geneesheer*. Van Gorcum en Comp., Assen. 120 p.
- 1960 Heijden I. van der. *Een arts op zijn praatstoel*. A.J.G. Strengholt's Uitgev. Mij., Amsterdam. 144 p.
- 1966 Dr. B.J.Westerbeek van Eerten. *Herinneringen van een medicijnman*. Misset, Doetinchem. 146 p.
Geboren in 1888. Overleden? Huisarts te Hummelo en Keppel. Dissertatie, Utrecht 1920: *Eugenetiek. Historisch critisch overzicht*.

BIJLAGE III

BEOORDELINGSFORMULIER DISSERTATIES VAN HUISARTSEN

1. Huisarts/promovendus

• Naam promovendus: Dokter H.J.

M/v

• Geboorte datum: - - -

• Universiteit: Amsterdam

Jaar artsdiploma: 1955

Huisartsopleiding gevolgd

Jaar: - - -

Plaats: - - -

Praktiserend tijdens promotie

nl. (solis) / duo- / groepspraktijk / gezondheidscentrum

plaats van vestiging: Amsterdam (stad/dorp)

Deeltijd

Voltijd

Aanstelling bij universiteit

aanstelling bij HAG Instituut

D 031

2. Promotie

• Titel dissertatie: Anti-Thyreoidische stoffen en aanpebota
MISROTMINGEN

• Jaar: 1950 Universiteit: Amsterdam

• Aantal promotoren: 1

• Eerste promotor huisarts

specialist, nl. M.W. Werderman (omroep)

Dubbel promotie

3. Onderzoek

Verricht in de eigen praktijk

Met hulp van andere huisartsen

Anders: Laboratorium v.d. Univer.

ICPC: nvl

Onderwerpcode: 19

• onderwerp: morbiditeit diagnostiek/hulpmiddelen

bevolkingsonderzoek procreatie en seksualiteit

gedrag van huisartsen voeding

praktijkvoering geschiedenis der geneeskunde

diversen:

• Object: patienten huisartsen

proefpersonen proefdieren

laboratorium gegevens administratieve gegevens

literatuur

• Subsidie: prive/ eerste/ tweede/ derde geldstroom Dr. Dru Lichte
in Labrd Univeriteit

4. Dissertatie

• Taal: Nederlands/ engels/ Duits/ Frans

• aantal pagina's: 109

Curriculum vitae

• Samenvatting: engels/ Nederlands/ Duits/ Frans/ Italiaans/ Deens

Handelseditie

Herdruk

Hoofdstukken als artikel verschenen

• Bijzonderheden:

BIJLAGE IV

Wetenschapsbeoefening en huisartsgeneeskunde, F.Touw - Otten. Thesis Utrecht, 1981

AANDACHTSVELDEN VAN ONDERZOEK

- | | | | |
|---|----|---|---|
| Morbiditeit | 1 | — | Infectieziekten |
| | 2 | — | Overige morbiditeit |
| | 3 | — | Gezinnen / Kinderen |
| | 4 | — | Gegevens verwerkende registratie |
| Diagnostiek en
diagnostische hulpmiddelen | 5 | — | |
| Bevolkingsonderzoek en periodiek geneeskundig onderzoek (pgo) | 6 | — | Bevolkingsonderzoek en pgo |
| | 7 | — | Algemene preventie |
| Procreatie en seksualiteit | 8 | — | Verloskunde |
| | 9 | — | Anticonceptie |
| | 10 | — | Gynaecologie |
| | 11 | — | Prostitutie |
| Gedrag van huisartsen | 12 | — | Huisarts - patiënt relatie |
| | 13 | — | Verschillen tussen huisartsen |
| | 14 | — | Samenwerking van huisartsen met anderen |
| Voeding | 15 | — | |
| Praktijkvoering | 16 | — | |
| Geschiedenis der
geneeskunde | 17 | — | |
| Diversen | 18 | — | Wetgeving / Instellingen |
| | 19 | — | Dierexperimenten |
| | 20 | — | Geneesmiddelen |
| | 21 | — | Erfelijkheid |
| | 22 | — | Sociale omgevingsfactoren |
| | 23 | — | Restcategorie / Diversen |

BIJLAGE V

INGEKOMEN 26 NOV. 1996

7021

VRAGENLIJST GEPROMOVEERDE HUISARTSEN

Persoonsgegevens

Naam: G. J. Bremer (M) v.
 Adres: Lutsbergsweg 9 C
 Postcode: 9752 VS woonplaats: Haren
 Geboortedatum: 12-7-24 geboorteplaats: Opsterland

Opleiding

Jaar artsdiploma: 1951 universiteit: Utrecht
 Huisartsopleiding gevolgd: ja (nee) zo ja: jaar einde huisartsopleiding: _____
 zo ja: aan welke afdeling Huisartsopleiding (UHI)? _____

Beroepsuitoefening

Werkzaam/gevestigd als huisarts:
 van 1953 tot 1980 te Huurkoop
 van _____ tot _____ te _____
 Huidige werkzaamheden: emeritus

Promotiegegevens

Jaar promotie: 1964 universiteit: Utrecht
 Promotor: R. Hotnstra
 Specialisme promotor: Sociale Geneeskunde
 Co-promotor: _____
 Specialisme co-promotor: _____
 Dubbelpromotie: ja (nee)
 zo ja: naam andere promovendus: _____
 Titel (en ondertitel) dissertatie: Het remsysteem in de
 huisartspraktijk.

z.o.z.

Was u praktiserend huisarts ten tijde van uw promotie:

ja * nee *

zo ja: voltijd / in deeltijd *

percentage: 100

Praktijksituatie ten tijde van promotie-onderzoek:

solopraktijk / duo- / groepspraktijk / gezondheidscentrum *

Had u tijdens uw promotie-onderzoek een aanstelling bij een universiteit? ja nee *

Zo ja, was dit een aanstelling bij een Vakgroep Huisartsgeneeskunde? ja nee *

Is het onderzoek uitgevoerd met behulp van subsidie? ja / nee *

Zo ja, welke subsidiegever(s)? De uitgereken van de dissertatie is mede betaald door: (au by opmerking)

Promotie-onderzoek

Betref het een onderzoek in de huisartspraktijk?

ja * nee *

- zo ja: onderzoek in de huisartspraktijk:

onder eigen patiënten / eigen en andere patiënten / anders *

- zo nee: onderzoek niet in de huisartspraktijk:

ander geneeskundig onderzoek / niet-geneeskundig onderzoek *

* het juiste antwoord graag omcirkelen

Ruimte voor opmerkingen en aanvullingen

- Tom ciele steun ontving:
- van Hippocrates Studiefonds
 - Jom Dekker stichting
 - Dr. Rudgondine Bouman stichting
 - de Stichting „De Drie Richtei“

IN DE TEKST GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
AIO	Assistent In Opleiding
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	(Wet) Beroepen Individuele Gezondheidszorg
BI	Betrouwbaarheids Interval
BSE	Bezinkingsnelheid van de Erythrocyten
Cat.BMN	Catalogus van de Bibliotheca Medica Neerlandica Vol. I, II of III
CD-ROM	Compact disc. Read only memory
CARA	Chronisch Aspecificke Respiratoire Aandoening
CIP	Cataloguing in Publication (Deze codering is in 1996 gestaakt)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CV	Curriculum Vitae
EMGO	Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek
fte	full time equivalent
HBS	Hogere Burgerschool
HVRC	Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie
H&W	<i>Huisarts en wetenschap</i> , tijdschrift van het NHG
ICPC	International Classification of Primary Care
ISBN	Internationaal Standaard Boek Nummersysteem
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MC	tijdschrift <i>Medisch Contact</i>
Ministerie:	O&W: (OC en W) Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen VWS: Volksgezondheid, Welzijn en Sport WVC: Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg
NTvG	<i>Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde</i>
NUGI	Nederlandse Uniforme Genre Indeling
NWO	Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek
PGO	Periodiek (Preventief) Geneeskundig Onderzoek
SGO	Stimuleringsprogramma Gezondheidsonderzoek
<i>Stbl</i>	<i>Staatsblad</i>
uhd	universitair hoofddocent
UvA	Universiteit van Amsterdam
VVAA	Nederlandse Vereniging van Artsen (Automobilisten)
WAO	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHW	Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek
WWO	Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs
z.j.	zonder jaartal
ZWO	Nederlandse organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek

REGISTER

In dit register zijn de namen opgenomen van de personen die in de tekst worden genoemd. De namen van de huisartsen van wie de proefschriften in deze studie zijn onderzocht komen in dit register echter niet voor. Hebben zij in deze proefschriften ook bijgedragen aan de studie van het wetenschappelijk onderzoek van Nederlandse huisartsen, dan worden deze auteurs wel genoemd. (Zie bijvoorbeeld Meijman, F.J. D238)

- Aalderen, H.J. van 123
Albertus Magnus 9
Arkel-Zegwaard, J. van 247
Aulbers, B.J.M. 199
Baggen, P. 60
Bakker, R. 94
Balint, M. 102, 122, 125
Barge, J.A.J. 113
Beek, M.M.L. 87
Berg, J.H. van den 122
Berkel, K. van 165
Biegel, S. 113
Boer, S. de 147
Bouwdijk Bastiaanse, M.A. van 113
Bouwman, J.J.A. 82
Bremer, G.J. 53, 191
Broek, A.J.P. van den 113
Brouwer, W. 92
Buis, P. 49
Buma, J. 44
Burger, H. 40
Buytendijk, F.J.J. 94
Carp, E.A.D.E. 81, 92
Cate, R.S. ten 119, 139
Claessen, J.Q.P.J. 87
Coster, P.P. 247 (Dr.P.P.C.)
Dankmeijer, J. 113
Dijksterhuis, E.J. 143
Dokter, H.J. 94
Eeden, Frederik van 124
Eijk, J.Th.M. van 82,
Engelhard, J.L.B. 113
Erasmus, D. 125
Es, J.C. van 92
Fens, Kees 32
Foudraine, J. 122
Freud, S. 121, 125
Gorter, E. 92
Goudsmit, J. 41
Graaff, N. de 168
Greidanus, S. 247
Groen, J.J. 83, 121
Grol, R.P.Th.M. 83
Haan, J. de 83
Hamburger, H.J. 42, 57
Heide, R.M. van der 118
Heijden, I. van der 247
Heijst, J.J. van 34
Heringa, G.C. 45
Hoeven, P.C.T. van der 128
Hoeven, L. van der 247
't Hoff, J.H. van 42
Hoofdakker, R.H. van den 122
Hornstra, R. 45, 52, 62, 92, 119, 180, 189, 191,
192
Huizinga, J. 9, 10, 56
Hulst, L.A. 45
Huygen, F.J.A. 45, 46, 51, 53, 123, 133, 147, 158
Jacobs, Aletta 56, 57, 81
Jungner, G. 119
Kamerlingh Onnes, H. 42
Knottnerus, J.A. 27
Koch, R. 39, 106
Kollewijn, R.A. 172
Kooij, J.R. 18
Kooy, G.A. 94
Korteweg, P.C. 43
Kossmann, E.H. 165
Kouwenhoven, A.O. 30, 31
Kouwer, B.J. 128
Kuitert, H.M. 94
Kuijjer, P.J. 112
Lahr, J.H.F. 118
Lamberts, H. 115, 124, 198

- Langen, C.D. de 92, 130, 147
 Leersum, E.C. van 113
 Lieburg, M.J. van 30, 55, 56, 111, 165, 168
 Limburg, J. 57, 101, 207
 Lindeboom, G.A. 21, 112, 113
 Lorentz, H.A. 42
 Lubsen, J. 87
 Mackenzie, J. 44, 45, 47, 62, 109, 169
 Marey, E.J. 26
 Meijman, F.J. 18
 Moulin, D. de 113
 Mulder, J. 170
 Muntendam, P. 92
 Olland, A.G. 26
 Pinkhof, H. 127
 Prins, A. 94
 Querido, A. 44, 51, 122, 123
 Renterghem, A.W. van 123, 124
 Rietema, S.P. 39, 145
 Rijnberk, G. van 61
 Riva Rocci, S. 116
 Roelink, H. 108,
 Rogers, C.R. 122
 Rooij, A.H.M.J.
 Rümke, H.C. 92
 Scheltema, B.E. 44, 111, 247
 Schlichting, Th.H. 113
 Schoonk, P. 82
 Schuit, K.W. 33
 Schuurman Stekhoven, W. 44
 Sijpkens Smit, M 139
 Slauerhoff, J.J. 137
 Smulders, A.J. 127
 Sonneveld, H. 51, 200
 Stevin, Simon 178
 Straub, B. 41, 42
 Struyker-Boudier, E.M. 94
 Sturkop, S. 247
 Suijlekom - Smit, L.W.A. van 87
 Thomas van Aquino 9
 Thomas, S. 94
 Thorbecke, J.R. 16, 41, 55, 56, 57, 127, 132, 207
 Touw-Otten, F. passim
 Veld-Langeveld, H.M. In 't 49
 Voorn, Th.B. 30, 53
 Vos, J.J.Th. 113
 Vries, M. de 172
 Vries, P. de 132
 Waals, J.D. van der 42
 Weijel, J.A. 121, 122, 123, 125
 Wenckebach, K.F. 40, 41
 Wersch, J.W.J. 27
 Werf, G.Th. van der 73
 Westerbeek van Eerten, B.J. 247
 Westergren, A.V. 28, 33
 Wielen, Y. van der 44, 45, 51, 189, 191, 192
 Wiersma, E.D. 44, 47
 Wilde, I. de 56
 Wilson, I.G.M. 119
 Zaat, J.O.M. 33
 Zandvoort, H. 50
 Zee, J. van der 83
 Zeeman, P. 42
 Zonneveld, R.J. van 119
 Zwaardemaker, H. 25

CURRICULUM VITAE

Geert Jacob Bremer werd geboren op 13-7-1924 te Beetsterzwaag als oudste van drie zoons in een gezin van een huisarts.

Tijdens zijn HBS-tijd in Schiedam was hij lid van de NJN, met een speciale aandacht voor vogels. Hij studeerde geneeskunde in Utrecht waar hij in 1951 artsexamen deed. In 1953 werd hij apothekhoudend huisarts in Nieuwkoop, promoveerde in 1964 in Utrecht op een proefschrift *Het verwijzen in de huisartspraktijk* (promotor Prof. R. Hornstra) en werd in 1971 benoemd tot buitengewoon lector in de huisartsgeneeskunde in Leiden.

Zijn vrouw – Nelly Steinder, ook arts – heeft het voor een belangrijk deel mogelijk gemaakt dat hij naast zijn werk ook wetenschappelijk bezig kon zijn. Zij kregen twee kinderen.

In 1980 volgde zijn benoeming tot gewoon hoogleraar in de huisartsgeneeskunde in Groningen. Sinds 1990 is Bremer met emeritaat. In 1992 is zijn vrouw overleden.

G.J. Bremer is secretaris van de NHG Studiegroep 'Geschiedenis van de huisarts', hij is medeoprichter en was jarenlang secretaris van het Nederlands Omar Khayyam Genootschap, bovendien is hij voorzitter van de Groningse Schaakvereniging Capablanca. Zijn Elo-rating bedraagt 1373.

In 1995 is Geert Bremer getrouwd met Joke Thomassen, een jeugdvriendin van zijn overleden vrouw.

Haren, maart 2000

