

De toekomst van de huisarts in Nederland (1)

DOOR DR F. J. A. HUYGEN, HUISARTS TE LENT

Het lijkt mij een goede gedachte van de redactie-commissie van „huisarts en wetenschap”, een discussie in dit blad op gang te willen brengen over de toekomst van de huisarts in Nederland. Er heerst hieromtrent namelijk nog veel onzekerheid. In grote delen van de wereld is de huisarts, in de vorm waarin wij hem kennen, praktisch verdwenen (zoals bijvoorbeeld in Rusland), of is hij in snel tempo bezig uit te sterven (zoals in Amerika). In deze landen wordt zijn functie overgenomen door teams van geheel of gedeeltelijk gespecialiseerde artsen, die werken vanuit ziekenhuizen of poliklinieken. In andere landen daarentegen is juist sprake van een renaissance van de huisarts, zoals bijvoorbeeld in Engeland. Ook daar heerst echter veel onzekerheid omtrent de toekomstige taak van de huisarts, waarover men sterk verschillende meningen hoort.

Het vorige jaar heeft het Engelse College of General Practitioners een conferentie georganiseerd over de toekomst van de algemene praktijk, waarop drie inleiders het woord voerden. Eerst sprak *John Hunt*, de secretaris van dit College. Deze uitte weinig bezorgdheid voor de toekomst. Hij schatte dat er in de wereld een kwart miljoen algemene praktici waren en poneerde dat er tal van vormen van algemene praktijk bestonden. Het werd echter duidelijk, dat hij onder algemene praktijk bijvoorbeeld ook schoolgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde verstond. Hij meende dat het begrip omtrent de inhoud van de algemene praktijk zodanig was verruimd, dat het niet hinderde dat bepaalde onderdelen van de uitoefening van de geneeskunde hierbuiten kwamen te vallen. In dit verband noemde hij als voorbeelden het verrichten van hartcatheterisatie, nierbiopsie en longresectie.

Hunt betoogde dat het naar zijn mening hoog tijd werd dat al datgene, wat beter door iemand anders kan worden gedaan, door de algemene practicus wordt afgestoten en dat deze zich concentreert op de essentie van zijn beroep. Naar mijn mening is het niet duidelijk hoever Hunt hierbij wil gaan. De extreme voorbeelden, die hierboven worden genoemd, spreken voor zichzelf. Het is echter de vraag of er genoeg overblijft als men alles zou afstoten wat door een ander beter kan worden gedaan. Welke criteria wil men voor dit „beter doen” aanleggen? Als men technische criteria neemt is het duidelijk, dat praktisch elk onderdeel van het werk van de huisarts beter door een specialist kan worden uitgevoerd. Als men sociaal-psychologische criteria aanlegt komt de zaak echter geheel anders te liggen. Hier bestaat nog veel onzekerheid. Bovendien bleef Hunt betrekkelijk vaag over wat hij ver-

stond onder de essentie van het huisartsenberoep.

De tweede inleider *T. F. Fox*, hoofdredacteur van de *Lancet*, meende dat deze essentie het persoonlijke element in een continue gezondheidszorg was. Hoe meer specialismen er komen en hoe deskundiger deze worden, des te méér — en niet des te minder — behoefte zal de patiënt hebben aan een wijze dokter, die hem persoonlijk kent, zijn verhouding ten opzichte van zijn gezin, zijn werk en zijn andere omstandigheden. Een dokter, die zijn patiënten werkelijk kent en naar hun moeilijkheden weet te luisteren, die hen soms naar een specialist zal sturen, maar hen soms daarvan juist zal weerhouden. Fox meende dat dit „personal doctor” of lijfarts zijn het enige is, wat niet even goed door het ziekenhuis kan worden gedaan en dat de huisarts zich hierop dus moet concentreren. Om werkelijk de persoonlijke dokter van zijn patiënten te kunnen zijn moet hij zijn patiënten niet alleen persoonlijk goed kennen en tijd hebben om naar hen te luisteren, maar moet hij zijn diagnostiek zover mogelijk uitstrekken. Zijn oordeel zal alleen werkelijk waarde hebben, wanneer hij beschikt over een zeer goede medische kennis, die wordt bijgehouden door voortdurend contact met specialisten. Fox maakte echter naar mijn mening niet duidelijk of het mogelijk is dat de huisarts de behandeling voor een groot gedeelte aan specialisten overlaat en tegelijkertijd toch door de patiënten als hun eigen dokter wordt beschouwd.

De derde inleider, *G. A. Silver*, een Amerikaans sociaal-geneeskundige, gaf daarna een overzicht van de werkwijze van een groep huisarts-internisten, die opereert vanuit het Montefiore Hospital in New York. Hij legde veel nadruk op het belang van het gezinsarts zijn van de huisarts, maar meende dat een medicus een dergelijke taak alleen goed in groepsverband kan verrichten en dat nauw contact met de ziekenhuissfeer voor hem een grote steun is.

De ervaren huisarts *L. W. Batten* heeft in de *Lancet* een uitstekend overzicht gegeven van deze drie visies en uit hierop gezonde kritiek vanuit het standpunt van de huisarts. Hij verwerpt de groeps-gedachte, daar hierbij de verantwoordelijkheid wordt verdund en de persoonlijke band met de patiënt in gevaar komt, en de ziekenhuisgedachte, daar hij meent dat het ziekenhuis weinig hulp voor het uitoefenen van de functie van de huisarts kan bieden. In dezelfde aflevering van dit tijdschrift stelt de sociaal-geneeskundige *A. Smith* andere oplossingen voor. Deze wil de kloof tussen ziekenhuis

en huispraktijk overbruggen en daarbij het element van continuïteit in de behandeling behouden. Deze behandeling zou dienen te geschieden door artsen, die voor de patiënt bereikbaar zijn en die op de hoogte zijn van de medische en sociale levensomstandigheden van deze patiënten. Hij meent dat dit alleen kan door te beschikken over artsen, die zorg voor de patiënten thuis kunnen combineren met specialistische zorg in ziekenhuizen. Hij stelt daarom een ander soort specialisatie voor dan wij nu kennen, leidend tot specialisten, die zowel thuis als in het ziekenhuis werken.

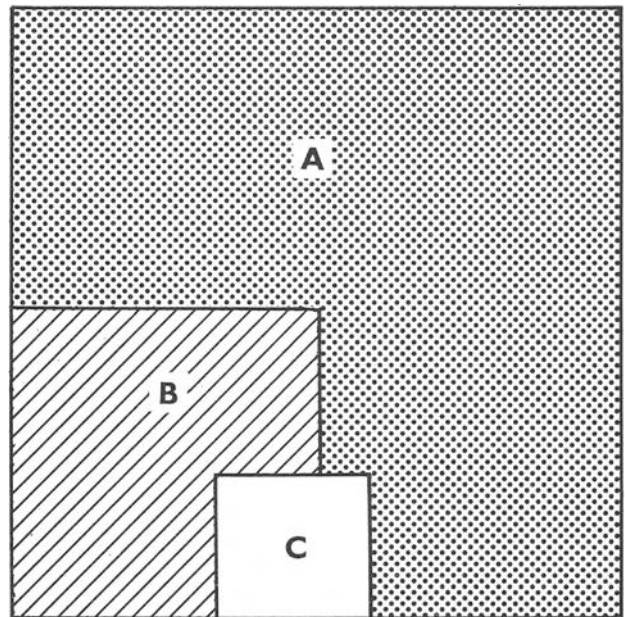
Een dergelijke gedachte is in een nader uitgewerkte vorm door de sociaal-geneeskundige *Prof. Mc. Keown* gepubliceerd. Zijn artikel is door *J. H. Baay* in *Medisch Contact* helder gerefereerd. *Mc. Keown* onderscheidt drie aspecten in het werk van de huisarts: de persoonlijke zorg, de zorg voor de patiënt thuis en de zorg voor het gezin. De eerste twee wil hij behouden, maar de laatste opofferen, om een verbinding tussen ziekenhuis en huispraktijk tot stand te kunnen brengen. Hij wil de huisarts vervangen door artsen, die zowel persoonlijke als specialistische hulp geven, thuis en in het ziekenhuis, zich daarbij beperkend tot bepaalde leeftijdsgroepen. Deze artsen zouden als het ware het midden houden tussen huisartsen en specialisten zoals wij die nu kennen. Zuivere ziekenhuisspecialisten zou hij willen handhaven, maar het werk van de huisarts zou worden overgenomen door vier soorten persoonlijke artsen, namelijk verloskundige ziekenhuis-huisartsen, kinderarts-huisartsen, algemene artsen voor volwassenen en gerieters. Deze artsen zouden niet vanuit hun eigen huis maar vanuit gezondheidscentra moeten werken.

Bij de opzet van *Mc. Keown* zou dus elk gezin altijd te maken hebben met minstens drie en dikwijls met vier artsen, die de zorg voor hun patiënten telkens aan elkaar zouden moeten overdragen en soms aan volledige specialisten. Het komt mij voor dat dit zeer veel moeilijkheden en wrijvingspunten op zou leveren. Maar zelfs wanneer deze artsen in teamverband in goede verstandhouding zouden samenwerken, lijkt mij een persoonlijke zorg vrijwel illusoir te worden. Het lijkt mij bijzonder onwaarschijnlijk dat de huismoeders, die in de gezondheidszorg van het gezin de spil blijken te vormen, in staat zullen zijn persoonlijke relaties te leggen met een dergelijk aantal artsen, dat ook nog onderhevig is aan de normale bezettingswisseling. Bovendien zal zowel de gehele artsenopleiding, als de rolverdeling in het ziekenhuis moeten worden gewijzigd. Het komt mij voor dat de ideeën van *Mc. Keown* zulke ingrijpende wijzigingen in de gehele gezondheidszorg en de artsenopleiding vereisen en zodanig op louter theoretische overwegingen berusten, dat ze praktisch onuitvoerbaar zijn en nauwelijks serieuze overweging verdienen.

Het wordt geloof ik tijd, na deze theoretische luchtkastelen van buitenstaanders, eens een verstandige huisarts aan het woord te laten. In een

artikel over het toekomstige patroon van de medische praktijk, dat mij geïnspireerd lijkt door de beschouwingen van *Mc. Keown*, constateert de huisarts *D. L. Crombie* nuchter, dat het gewenst is de toestand goed in ogenschouw te nemen, voordat men geneesmiddelen aanbeveelt. Als uitgangspunt kiest hij het schema van *Horder*, dat hij enigszins wijzigt (zie *figuur 1*). De getallen, waarop dit schema berust, zijn inmiddels bevestigd door uitvoerige Engelse en Amerikaanse onderzoekingen (*White, Williams* en *Greenberg*). *Crombie* wijst erop dat het goed is te beseffen, dat wij, medici, slechts een klein gedeelte (± 25 procent) van de gezondheidsstoornissen van de bevolking ter behandeling krijgen. Van degenen, die de hulp van hun huisarts inroepen, wordt slechts een zeer klein gedeelte (10-20 procent) naar specialisten of het ziekenhuis doorgestuurd. Een nog veel kleiner gedeelte komt rechtstreeks bij de specialist terecht.

Na dit overzicht van de morbiditeit van de bevolking geeft *Crombie* nog enkele verhelderende schemata. *Figuur 2a* brengt de totale medische kennis en techniek in beeld. Deze figuur is door mij iets gewijzigd. Door arcering gaf ik aan over welke kennis de huisarts beschikt. Afhankelijk van vooropleiding, interesse en ervaring zal dit van huisarts tot huisarts variëren. De kennis van de huisarts dient de kennis van alle specialistische technieken gedeeltelijk te overlappen. Huisarts en specialist hebben gemeenschappelijk een zekere kennis van de mens, die zowel een algemene mensenkennis als een wetenschappelijke antropologische kennis omvat. Daarnaast heeft de huisarts, evenals een specialist op zijn gebied, een eigen specifieke kennis, die niet alleen



Figuur 1. Schema volgens *Horder*, gewijzigd door *Crombie*. A = totale morbiditeit; B = morbiditeit, welke door de huisarts wordt behandeld; C = morbiditeit, welke poliklinisch en klinisch specialistisch wordt behandeld.

de techniek van de algemene praktijk omvat, maar vooral ook een kennis omtrent het medische verleden van zijn patiënt, diens sociale en emotionele situaties, persoonlijkheid, gezin en de wijze waarop hij reageert op levensproblemen in het algemeen en op ziekte en behandeling in het bijzonder.

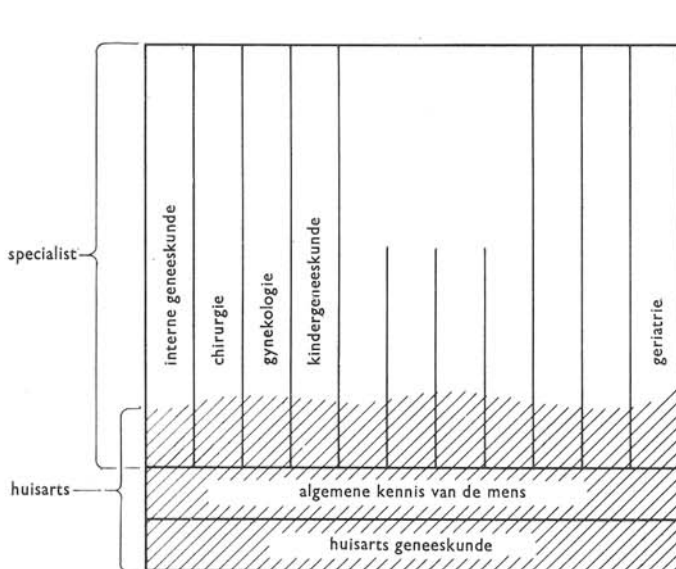
Figuur 2b geeft een schema van de wijze waarop in de medische behoefte van de patiënten wordt voorzien. Wanneer we nu *figuur 2b* met *figuur 2a* vergelijken, springt het verrassende feit in het oog, dat de huisarts, wiens medische kennis slechts een klein gedeelte (volgens Crombie misschien slechts 10 procent) van het totaal van de medische kennis dekt, toch in staat blijkt 80-90 procent van de medische behoeften van zijn patiënten te dekken. Het is namelijk uit tal van onderzoeken bekend, dat de huisarts 80-90 procent van de medische problemen, die zijn patiënten hem voorleggen, zelfstandig oplost. Tegelijkertijd is hij in staat kanaliserend te bemiddelen bij het verkrijgen van specialistische hulp voor de overblijvende 10 à 20 procent.

Naast het aspect van de behandeling onderscheidt Crombie in de functie van de huisarts die van het schatten van de noodzaak aan medische behandeling (wij zouden dit misschien vrij kunnen vertalen door: als diagnostische zeef fungeren). Hij meent zelfs dat dit de meest essentiële functie van de algemene arts is. De huisarts kan dit betrekkelijk gemakkelijk doen door zijn unieke persoonlijke kennis van zijn patiënten, die hij in de loop der jaren vele malen in verschillende omstandigheden ontmoet. Iedere andere arts die tracht medische behoeften te schatten, moet op dit moment algemeen arts worden. Zo zal een specialist in kinderziekten of interne geneeskunde, tot wie de patiënt zich rechtstreeks kan wenden, als zijn eigen zeef moeten gaan fungeren. Maar concentratie op een specialisme doet onvermijdelijk afbreuk aan iemands vermogen te kunnen

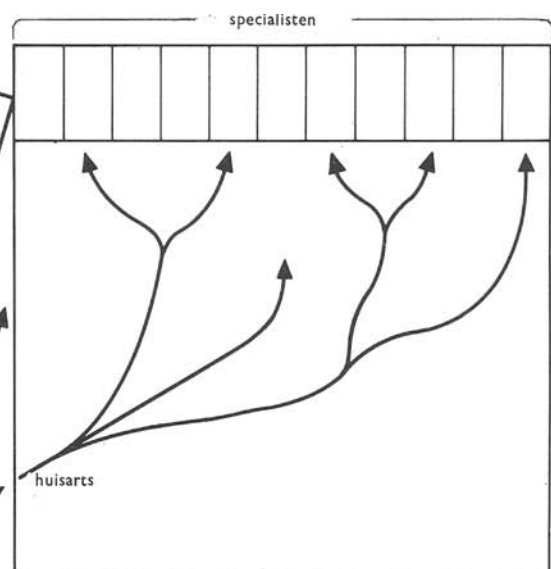
fungeren als algemeen arts, als schatter van de in totaal noodzakelijke medische behandeling.

Bij het huidige systeem is praktisch de gehele last van de initiële schatting van de medische behoefte van de bevolking aan de huisarts overgelaten en voldoet deze huisarts tegelijkertijd voor het grootste gedeelte aan de therapeutische behoefte. Van elk ander systeem, waaraan men de voorkeur zou willen geven, moet eerst worden bewezen dat het beter is dan het huidige. Crombie acht deze algemeen-diagnostische functie van de huisarts het belangrijkste. Het feit, dat vereenvoudiging veel vaker optreedt bij de therapie dan bij de diagnostiek, heeft de huisarts echter in staat gesteld zijn functie als voornaamste therapeut te handhaven in de meeste takken van de geneeskunde, zoals interne geneeskunde, psychiatrie, pediatrie, geriatrie en dermatologie. Om voor de handliggende redenen is de therapeutische activiteit van de huisarts op het gebied van de chirurgie grotendeels verdwenen en op het gebied van de verloskunde beperkter geworden.

Crombie gaat nog wat nader in op deze diagnostisch-schattende functie van de huisarts. Het eerste wat een huisarts heeft uit te maken, zegt hij, is bij de problemen van zijn patiënten de invloed van emotionele en van organische factoren tegen elkaar af te wegen. Alleen de huisarts benadert zijn taak op deze wijze en kan dit ook zo doen, omdat hij beschikt over een unieke kennis vanuit het verleden van zijn patiënten. Wanneer een arts een dergelijke kennis niet heeft, moet hij diagnostisch tewerk gaan volgens de veel omslachtiger en minder zekere methode van het evalueren van de emotionele component door het uitsluiten van organisch lijden. Deze methode is onbeholpen en inefficiënt, blijkt wel passend te zijn voor de 10 à 20 procent geselecteerde problemen die de artsen bereiken, die vanuit het ziekenhuis werken, maar niet passend voor de alge-



Figuur 2a. Schema volgens Crombie van de totale medische kennis en techniek (voor verklaring zie tekst).



Figuur 2b. Wijze waarop aan de medische behoefte van de bevolking wordt voldaan (volgens Crombie).

mene praktijk. Deze werkwijze betekent dan een verspilling van medische hulpbronnen. In de ziekten, waarmee de huisarts in aanraking komt, is het organische element veel minder goed definieerbaar als in de geselecteerde ziekten die bij de specialist terechtkomen, maar is het emotionele element relatief van grotere betekenis. In het patiëntenmateriaal van het ziekenhuis is de verhouding andersom en is een bevredigende diagnose in morfologisch en etiologisch opzicht met meer waarschijnlijkheid te bereiken dan in de huispraktijk. Vraagstukken waarop — zoals in het ziekenhuis — altijd of bijna altijd een bevredigend antwoord kan worden gegeven, zijn interessanter dan vraagstukken waarop — zoals in de huispraktijk — dikwijls helemaal geen antwoord kan worden gegeven. Het feit dat ziekenhuisgevallen in dit opzicht interessanter zijn kan echter uiteindelijk worden teruggevoerd tot de effectieve preselectie, die door de huisarts wordt verricht.

Het huidige systeem werkt alleen maar goed, omdat de huisartsen zelf 80-90 procent van alle ziekten behandelen en de rest zo ver diagnostisch schatten, dat de daarvoor passende specialist te hulp kan worden geroepen. Deze 80-90 procent bestaat niet alleen uit problemen van mindere betekenis, maar omvat ook een belangrijk gedeelte van ernstige ziekten, die deskundige medische zorg vereisen. Crombie heeft samen met *Cross* aangetoond, dat van de patiënten, die in een doorsnee ziekenhuis verblijven, 25 procent geen uitsluitend in een ziekenhuis te verkrijgen geneeskundige of verpleegtechnische hulp nodig heeft. Tegenover iedere patiënt uit deze groep in het ziekenhuis waren er zes anderen in de betreffende gemeenschap, die even ziek waren maar thuis door hun huisarts en met de hulp van gezinsleden werden behandeld.

De functie van het diagnostisch schatten wordt volgens Crombie zo goed verricht, dat artsen, die zelf geen huisarts zijn, het belang hiervan voortdurend onderschatten. Initiële schatting en voortdurende herschatting zijn onderdeel van een continu proces. Men vergeet dikwijls dat de huisarts in een even gunstige positie verkeert als de specialist om belangrijke beslissingen te nemen, niet alleen bij het begin van een ernstige ziekte, maar ook gedurende het beloop van deze ziekte.

De vruchten van het continue karakter van de gezondheidszorg van de huisarts komen voort uit zijn telkens herhaalde korte contacten met zijn patiënten, welke contacten hem in staat stellen zich op unieke wijze bewust te zijn van de achtergronden van zijn patiënten. Deze continuïteit is inherent aan de opvatting van de persoonlijke arts, zoals deze door Fox naar voren is gebracht. Er is echter misschien niet voldoende aandacht geschonken aan de diagnostische voordelen van de huisarts ten aanzien van de problemen, zoals deze zich in de algemene praktijk voordoen. De batterij van diagnostische hulpmiddelen, welke de ziekenhuisarts tot zijn beschikking heeft, is van waarde voor het geselecteerde klinische materiaal, waarbij het accent ligt op organische ziekten, maar is van veel

minder waarde in de huispraktijk, waar de nadruk meer ligt op de emotionele componenten van ziekten en waar kennis van de patiënt en zijn achtergronden van het allerhoogste belang is.

Crombie acht het zeer gewenst dat de huisarts zoveel mogelijk persoonlijk contact houdt met al zijn patiënten die in het ziekenhuis terecht komen. Maar hij meent — mijns inziens terecht — dat de huisarts als behandelend medicus in het ziekenhuis slechts als lid van een ziekenhuisteam zal kunnen werken en niet als individueel persoonlijk arts. Hij wijst erop dat men niet moet vergeten dat de doorsnee mens niet vaker dan eens in de veertien jaar in een ziekenhuis wordt opgenomen, maar zijn huisarts gemiddeld viermaal per jaar consulteert. Hij besluit met te constateren, dat de rol van de huisarts in ons huidige systeem van gezondheidszorg in meer dan een opzicht wordt onderschat.

Dat een ander systeem betere oplossingen zou geven voor de ingewikkelde en technische elementen in de gecompliceerde gedeelten van de medische diagnostiek is geen voldoende aanbeveling: een dergelijk systeem zou ook een adequate zorg moeten verzekeren voor de minder ernstige, maar veel frequentere afwijkingen van de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Tot zover Crombie.

W. Darley, directeur van de „Association of American Medical Colleges”, begint een recent artikel over de toekomst van de huisarts met de volgende zin: „The availability and adequacy of continuing comprehensive health and medical care for individuals and their families is, I believe, one of the most important questions facing the future of American medicine”. Hij toont aan dat het aantal algemene artsen in de Verenigde Staten in snel tempo terugloopt, terwijl het aantal specialisten groeit. Hij gaat ervan uit dat de wetenschap, die van belang is voor de geneeskunde, zich steeds sneller zal uitbreiden en dat hand in hand hiermee de specialisering zal toenemen. Hij meent dat wij het feit zullen moeten accepteren, dat het bij de voortdurende groei van de medische wetenschap niet langer mogelijk zal zijn algemene artsen op te leiden, die op effectieve wijze de huisartsenpraktijk volgens de huidige opvattingen zullen kunnen blijven uitoefenen. Toch gelooft hij, dat, juist door de groei van de medische wetenschap en de specialismen, een toenemende behoefte zal ontstaan aan een bijzonder soort algemene arts.

In plaats van te proberen de problemen van een continue, integrale („comprehensive”) zorg in termen van vandaag op te lossen, meent Darley dat wij naar de toekomst moeten kijken in het licht van de huidige tendenties en moeten trachten te zien wat over bijvoorbeeld twintig jaar nodig zal zijn. Hij breekt dan een lans voor een nieuw specialisme, „gezinsgeneeskunde”. Hij omschrijft de functie van de gezinsarts met: het dienen als medisch raadgever gedurende het gehele leven. Dit betekent dat hij de zorg voor kinderen, adolescenten, volwassenen en ouden van dagen moet superviseren. Hij dient een

uitstekend diagnost te zijn, wil hij bijtijds het begin van ziekte onderkennen en opvangen. De behandeling van chronische ziekten en hun revalidatie zal een van zijn belangrijkste activiteiten zijn. Het zal zijn taak zijn de gezondheid te handhaven en te bevorderen, naast de preventie en bestrijding van ziekte. Deze arts zal goed getraind dienen te zijn in geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, daar hij een juist gebruik zal moeten kunnen maken van de dokter-patiënt relatie. Zijn opleiding in de interne, chirurgische en obstetrische specialismen hoeft hem slechts voldoende begrip te geven van hun diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Over twintig jaar zal (in Amerika) praktisch geen enkele arts meer hoeven te praktiseren zonder snel de hulp van collegae-specialisten te kunnen inroepen. De opleiding van deze arts zal erop berekend moeten zijn te weten wanneer zijn patiënten de hulp van anderen nodig hebben. Hij dient echter zijn patiënten te blijven volgen in de periode, gedurende welke zij onder specialistische behandeling zijn, zodat hij in deze fase als tolk kan fungeren voor de patiënt en zijn gezin en zodat hij de behandeling weer kan overnemen wanneer specialistische behandeling niet langer nodig is.

Darley ziet de functie van deze arts als gids in het steeds ingewikkelder wordende veld van de medische voorzieningen, als een van zijn fundamentele verantwoordelijkheden. Naar alle waarschijnlijkheid zal het grootste gedeelte van zijn werk betrekking hebben op ambulante patiënten. Het centrum van zijn activiteit zal dus zijn spreekkamer zijn. Van hieruit zal hij zijn diensten echter moeten uitstrekken in de gemeenschap tot het huis van zijn patiënten en, in het belang van deze patiënten, ook tot het ziekenhuis. Hij zal zich scherp bewust moeten zijn van het belang van het gebruik van die hulpbronnen van de gemeenschap, die van enig nut kunnen zijn voor de behandeling van zijn patiënten. Door zijn wetenschap uit de eerste hand omtrent het huisgezin en de omringende gemeenschap zal hij in een positie verkeren die gunstig is om zijn patiënten te helpen bij de aanpassing aan hun omgeving. Deze gezinsartsen zouden een sleutelpositie in de gezondheidszorg innemen, hoe deze zich ook ontwikkelt.

Op deze wijze omschrijft Darley de functie van het nieuwe specialisme dat hij voorstelt en dat frappante overeenkomsten toont met de taakomschrijving van de huisarts, die door het Nederlands Huisartsen Genootschap is aanvaard. De uitoefening hiervan veronderstelt, naar Darley's mening, de toepassing van een eigen wetenschap, die een eigen specifieke opleiding noodzakelijk zal maken. Dit specialisme gezinsgeneeskunde zal voorzien in een behoefte, die door geen enkel ander specialisme zal kunnen worden vervuld. Voor een adequate training acht Darley op den duur een periode van specialisatie na het artsexamen van drie tot vier jaar noodzakelijk, waarbij aan kindergeneeskunde, interne geneeskunde, psychiatrie, preventieve geneeskunde en revalidatie een rol wordt toebedacht, maar waarbij het essentieel zal zijn zo spoedig mogelijk artsen

in te schakelen, die zelf een continue en integrale gezondheidszorg kunnen doceren. Darley meent dat de geboorte van een specialisme in het verleden altijd is gekenmerkt door de ontwikkeling van research, die voorafgaat aan de academische en praktische toepassing. Hij gelooft dat het voor de gezinsgeneeskunde gemakkelijk zal zijn om dit aspect van een specialisme te ontwikkelen. Hij uit echter ernstige bezorgdheid over het feit dat er in de Verenigde Staten een steeds grotere kloof ontstaat tussen de behoefte aan een continue en integrale gezondheidszorg bij de bevolking en de mogelijkheid hierin op praktisch en academisch niveau te voorzien. De ontwikkeling van opleidingsprogramma's en de beschikbaarheid van personen om aan deze behoefte te voldoen, schieten te kort en zullen in Amerika misschien te laat komen.

Uit dit artikel van Darley blijkt, dat men in Amerika de huisarts, zoals wij hem kennen, eigenlijk gaarne terug zou willen hebben. Uit de voordracht van de World Health Organization-functionaris Btsh op de conferentie over de huisarts, in Londen georganiseerd door de Medical World in het najaar van 1962, blijkt dat de lijn van de ontwikkeling die in Amerika zichtbaar wordt, in Israël nog verder is doorgetrokken. Het grote aantal medische specialisten, waartoe de bevolking zich aldaar kan wenden, leidde tot een dergelijke chaos op medisch gebied, dat men bewust heeft gekozen voor herstel van de huisarts. In landen als Joegoslavië is men nog verder; daar is het specialisme huisarts reeds erkend en heeft men hiervoor een vierjarige periode van veelzijdige specialisering gecreëerd.

Tot zover gaf ik een overzicht van belangrijke stemmen uit de buitenlandse literatuur over de toekomst van de huisarts. In het binnenland is een dergelijke discussie niet bepaald van de laatste jaren, wat blijkt uit de belangwekkende, geschiedkundige overzichten van *Festen*. In een volgend artikel stel ik mij voor conclusies te trekken en mijn eigen visie op de toekomst van de huisarts in Nederland te geven.

Samenvatting. Als inleiding op een beschouwing over de toekomst van de huisarts in Nederland wordt een overzicht gegeven van buitenlandse meningen betreffende dit onderwerp.

Summary. As an introduction to a treatise on the future of the general practitioner in the Netherlands, a survey is given of foreign opinions on this subject.

Baay, J. H. (1962) *Medisch Contact* 17, 497.

Batten, L. W. (1962) *Lancet* I, 36.

Crombie, D. L. (1962) *Lancet* I, 257.

Crombie, D. L., K. W. Cross (1961) *J. Coll. Gen. Pract.* 4, 270.

Darley, W. (1961) *J. Med. Educ.* 36, 142.

Festen, H. (1961) *Medisch Contact* 16, 35, 97, 306 en 324.

Festen, H. (1962) *Medisch Contact* 17, 149, 393 en 416.

Fox, T. F. (1961) *Practitioner* 186, 631.

Horder, J. en E. Horder (1954) *Practitioner* 173, 177.

Hunt, J. H. (1961) *Practitioner* 186, 628.

Mc Keown, Th. (1962) *Lancet* I, 923.

Silver, G. A. (1961) *Practitioner* 186, 632.

Smith, A. (1962) *Lancet* I, 38.

White, K. L., T. F. Williams en B. G. Greenberg (1961) *New Engl. J. Med.* 265, 885.