

De huisarts achter het ijzeren gordijn

Inleiding. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt regelmatig beurzen beschikbaar om onder anderen artsen in de gelegenheid te stellen zich in andere landen te oriënteren. De toewijzing van een dergelijke beurs maakte het mij mogelijk een studiereis naar Tsjecho-Slowakije te maken. Dit land was reeds voor de oorlog een van de meest ontwikkelde Balkanlanden. Na de machtsovername in 1947 heeft men een reorganisatie ingevoerd van de gezondheidszorg, die werd aangepast aan het Russische systeem. In 1951 is men met de opbouw begonnen. Het is belangwekkend om te zien welke plaats de huisarts in Tsjecho-Slowakije in de gezondheidszorg inneemt, welke middelen worden gebruikt en hoe de patiënt dit alles aanvaardt.

Er bestaat in ons land een tekort aan informatie over de algemene toestand en over de gezondheidszorg in communistische landen. Ondanks een verschil in uitgangspunt is er een vrij grote mate van overeenstemming in de problematiek in de landen voor en achter het IJzeren Gordijn.

De huisarts. Het gezondheidsstelsel van de landen van het Oostblok is opgebouwd met de huisarts als centrale figuur. Hij heeft een vaste wijk, die hem is toegewezen door de directeur van de G.G.D. Deze wijk omvat gemiddeld 4000 zielen, hetgeen men echter teveel vindt: men streeft naar 2700. De huisarts heeft de zorg voor curatieve en preventieve geneeskunde, voor epidemiologie en hygiëne, voor gezondheidsvoorlichting en opvoeding. Hij is tevens, althans in theorie, de centrale figuur voor het gezondheidsteam, dat in deze wijk opereert. De patiënten in deze wijk zijn dus zijn eigen patiënten, die allen op hem zijn aangewezen. De tweede arts, die in twee wijken van 4000 patiënten opereert, is de huisarts-kinderarts, die in curatief en preventief opzicht de zorg heeft voor alle kinderen tot vijftien jaar. Men meent dat de vereiste medische kennis voor één arts te uitgebreid is en men heeft hieruit de consequentie getrokken door naast hem een huisarts-kinderarts aan te stellen. In de praktijk zijn er echter te weinig huisarts-kinderartsen voor het goed functioneren van een dergelijke organisatie. Hun arbeidsterrein beslaat vaak drie of vier wijken zodat zij in vele gevallen alleen de preventieve zorg voor kinderen tot vijftien jaar hebben, terwijl de curatieve zorg wisselt van drie tot vijftien jaar. Het overgebleven werk komt dan voor rekening van de huisarts maar deze is daarvoor niet adequaat opgeleid. Men schat dat 25 procent van de bewoners van een wijk kinderen tot vijftien jaar zijn.

De derde arts in de wijk is de huisarts-verloskundige, die de gynaecologische en verloskundige onderzoeken doet in vijf wijken. Vermeld moet worden dat 98 procent van alle bevallingen in een ziekenhuis plaats vindt, waar de gynaecoloog de leiding op zich neemt. De vierde collega in de wijk is de tandarts, die, evenals de huisarts, een wijk van 4000 zielen bezit. In feite werkt ook nog een vijfde arts op dit terrein en wel de bedrijfsarts, die gerechtigd is vanuit de fabriek preventieve en curatieve gezondheidszorg te bedrijven. De uitgestrektheid van de wijken varieert, de maximale doorsnede is 25 km. Een aantal verpleegsters werkt met de arts samen en bezoekt de patiënten ook zelfstandig thuis. Iedere arts heeft een eigen wijkverpleegster, men kent dus een wijkverpleegster voor volwassenen, een wijkverpleegster voor kinderen en een vroedvrouw of gynaecologische wijkverpleegster.

De spreekkamer van de huisarts bevindt zich in een centraal gebouw, waar minstens twee en vaak tien huisartsen spreekuur houden. Men noemt dit gebouw een polikliniek en men treft er de vier artsen aan, die in de wijk werken: huisarts, kinderarts, gynaecoloog en tandarts. Een aantal van deze poliklinieken is gehuisvest in ziekenhuizen, een aantal

staat los daarvan. Vaak zijn het bestaande panden, die zijn verbouwd, bijvoorbeeld voormalige ziekenfondskantoren.

* * *

Het dorp van 6000 zielen, waar ik de lezer nu heen breng, ligt bij de Poolse grens. De polikliniek biedt ruimte aan twee huisartsen en is gehuisvest in de riante villa van de voormalige directeur van een glasfabriek. Bij binnenkomst in de ruime hal vol met wachtende patiënten worden wij meegenomen in de stroom naar het loket van de secretaresse, die de centrale administratie beheert. Zij maakt een afspraak voor een bepaalde tijd en legt het dossier voor de arts klaar. Het is duidelijk dat deze secretaresse, vaak een oudere, dus ervaren verpleegster, een sleutelpositie inneemt. Het praktijk-bedrijf begint 's morgens zeven uur. De werktijden van de huisarts zijn van zeven tot twaalf en van één tot vier uur, daarna is hij vrij. Er is een 46-urige werkweek zonder vrije zaterdag.

Ongeveer zestig patiënten worden op het spreekuur in vijf uren verwerkt, hetgeen dus neerkomt op ongeveer vijf minuten per patiënt, tenminste als er geen honderd of meer moeten worden geholpen, hetgeen ook wel eens gebeurt.

De medische consumptie is hoger dan in ons land, ongeveer tien medische diensten per patiënt per jaar, waarvan zes voor de huisarts, twee voor de tandarts en twee voor specialisten tot wie de patiënt rechtstreeks toegang heeft, namelijk behalve kinderarts en gynaecoloog, oogarts en dermatoloog. Van de bevolking heeft 95% recht op gratis medische diensten, waarvoor men sedert een jaar vijftig cent per recept moet betalen. De medische consumptie is de laatste jaren stabiel gebleven. De spreekkamer van de huisarts is een ruim vertrek, meestal zonder kleedkamer, waarin de arts en de verpleegster ieder een bureau hebben. De verpleegster is gedurende het gehele spreekuur aanwezig, tenzij zij door de arts wordt weggezonden. Zij is uitermate goed op de hoogte van alle patiënten en zij is een grote steun voor de huisarts. Er is een onderzoekbank, een kleine instrumententafel en kast, er kunnen ook enkele laboratoriumonderzoeken worden gedaan, zoals het onderzoeken van urine op eiwit en suiker en het bepalen van de bezinkingssnelheid van de erythrocyten. Andere eenvoudige laboratoriumonderzoeken kunnen door het poliklinieklaboratorium worden verricht, voor meer ingewikkelde doet men een beroep op het ziekenhuis. Merkwaardig is dat de huisarts geen microscoop heeft, een audiometer en een elektrocardiograaf staan niet ter beschikking, wel een röntgentoestel. De röntgenoloog komt eens per week voor consultatieve adviezen.

Zowel de huisarts als de wijkverpleegster moeten veel tijd aan administratie besteden. Iedere patiënt, iedere diagnose en ieder onderzoek wordt aangetekend en statistisch verwerkt, vele formulieren moeten worden ingevuld. Tenslotte is er in iedere polikliniek een afdeling voor fysische therapie, soms eenvoudig met alleen hoogtezoon, diathermie en ultrasonore therapie, vaak uitgebreid voor natte en droge fysische therapie met oefenzaal en vele andere hulpmiddelen; enkele inhalerapparaten zag ik hier staan, welke ik niet kende, ten behoeve van bronchitis- en astmapatiënten. Voorts is er een apotheek.

Het aantal huisvisites is gering, ongeveer 10 procent van het aantal spreekuurconsulten, dus ongeveer zes per dag. De arts maakt deze visites van een tot drie uur. Hij heeft dan nog één uur over voor epidemiologie, hygiëne en gezondheidsvoorlichting. Vaak worden de visites met een auto van de dienst met chauffeur gereden, of met een ambulance, omdat de autovergoeding te gering is. Ongeveer de helft van de huisartsen heeft een eigen auto, vaak gekocht van het geld dat hun vrouw verdiende. Het huisbezoek brengt ons naar enkele flatwoningen. De woonruimte is gering, maar de

kamers zijn behoorlijk ingericht, er is radio en televisie, centrale verwarming, w.c., douche of badkamer en keuken. Dubbele ramen treft men in alle woningen aan. Het zijn meestal arbeiderswoningen, die zelfs iets rianter kunnen zijn dan de woningen van artsen. Het type patiënten is bekend: een oude dame met een trigeminus-neuralgie die een intraveneuze injectie krijgt, een vrouw met een myocardegeneratie en nierstenen, die op bed ligt, een oude gepensioneerde officier uit het Oostenrijks-Hongaarse leger met een hartinfarct, doofheid en parkinsonisme, een arbeider van dertig jaar met een hernia nucleus pulposus en een jongen van twaalf met een faryngitis.

Tijdens deze visites, die in rustig tempo gebeurden, was er gelegenheid iets van de gastheer-huisarts te horen over zijn secundaire arbeidsvoorwaarden. Het salaris van een jonge arts is 7000 gulden, het gaat omhoog met de praktijkjaren tot 15000 gulden voor een stadsarts en 17000 voor een plattelandsarts. Volledige sociale zekerheid is hierbij natuurlijk inbegrepen, vier weken vakantie, een pensioen op het zestigste jaar met 70 procent salaris, afhankelijk van de dienstjaren. Het gemiddelde inkomen van alle arbeiders is 7000 gulden, een mijnwerker verdient 25000 gulden, een hoogleraar 20000 gulden, een specialist 15000 gulden. De nachtdienst is één keer per veertien dagen voor een rayon van tien tot vijftien huisartsen, waarbij dertig consulten per nacht geen uitzondering zijn. De zondagsdienst is één keer per maand. In principe heeft men recht op vier vrije uren na een nachtdienst, in de praktijk volstaat men met het toucheren van een extrabeloning van 40 gulden. De waarneming bij vakantie, ziekte en afwezigheid voor bijscholing geschiedt onderling zonder extra betaling, hetgeen veel extra werk meebrengt.

Het contact met specialisten is gemakkelijker tot stand te brengen dan in ons land. In de meest eenvoudige poliklinieken werken huisarts, kinderarts, gynaecoloog en tandarts in een gebouw, terwijl in vele wat grotere en zeer grote poliklinieken een aantal specialisten met de huisartsen samen in het gebouw werken. Een direct mondeling advies is mogelijk en inderdaad liepen specialisten en huisartsen tijdens mijn bezoek wel bij elkaar binnen. Regelmatige teambesprekingen met home-team of specialisten hadden niet plaats en men klaagde toch nog wel over de onderlinge communicatie. Velen meenden het daarvoor te druk te hebben. Een groep van tien huisartsen heeft als mentor en consulent een ervaren internist, die de groep wekelijks bijeenroept voor een korte bespreking en die ook wel de huisartsen bezoekt. Het verwijzingspercentage is vrij hoog, waarschijnlijk ongeveer 50. Het is niet vergelijkbaar met ons land door het systeem van directe toegang tot verschillende specialisten. De huisarts heeft eenmaal per week vier uren beschikbaar voor het bezoek aan zijn patiënten in het ziekenhuis en voor het contact met de behandelende specialisten; men tracht hem eens per drie jaar twee maanden op een afdeling als assistent te laten werken. Er is in theorie een ingewikkeld systeem uitgedacht om artsen werkzaam in ziekenhuis en in de praktijk frequent te laten wisselen, maar hiervan komt weinig terecht.

* * *

Behalve curatief werk verricht de huisarts ook preventief werk gedurende 10 procent van zijn tijd. Dit vloeit gedeeltelijk voort uit zijn verantwoordelijkheid voor de epidemiologie en hygiëne in zijn wijk. In samenwerking met de G.G.D.-epidemioloog en hygiënist houdt hij een wakend oog over drinkwatervoorziening, rioolwaterafvoer, personeel en hygiëne van levensmiddelenbedrijven, woning- en schoolhygiëne. Een huisarts toonde mij een keurig met foto's en grafieken verlicht rapport over zijn wijk. Voorts is hij verplicht enkele uren per maand aan gezondheidsvoorlichting te wijden, ook dit weer in samenwerking met de G.G.D.-medicus, die dit terrein behartigt. Lezingen, groepsdiscussies, E.H.B.O.-cursussen en lessen behoren hiertoe. Het contact met het civiele bestuur bestaat onder andere uit het enkele malen per jaar bijwonen van de vergaderingen van de gezondheidscommissie en uit het dienen van advies.

De huisarts verricht ook keuringen en controles. Er is geen scheiding tussen behandeling en controle, omdat men meent

dat dit aan de integrale behandeling afbreuk zou doen. Als de patiënt langer dan een week ziek is, moet de huisarts een consult vragen bij de rayonspecialist; enkele artsen zijn gespecialiseerd als controlearts. Een stelselmatig periodiek geneeskundig onderzoek kent men slechts bij gepredisponeerde groepen en bij bepaalde ziekten: tuberculose, reuma, hartziekten, hypertensie. Daarnaast bestaat massaonderzoek voor tuberculose en cervixcarcinoom.

De collega-huisarts nodigde mij uit bij hem thuis te komen eten. Hij woont in een arbeidersflat op de bovenste verdieping met een prachtig uitzicht op de bergen. Voor zijn gezin met een dochter van twee jaar en een inwonend schoonzusje heeft hij een hal, twee kamers, een keuken en een badkamer met w.c. Het huis ziet er nieuw ingericht uit, televisie, wasmachine, boekenkast en radio zijn aanwezig. Het diner is uitstekend, al moet men even wennen aan het gelijktijdig drinken van wijn en bier. De huisvrouw werkt als administratieve kracht in het ziekenhuis, huishoudelijke hulp is er niet.

Het is nu een gunstig ogenblik enige vragen over ethische principes te stellen. De artsenstudie duurt zes jaar. Ongeveer 25 procent van alle artsen is huisarts. De arts moet in zijn laatste studiejaar een keuze maken voor zijn toekomst, soms wordt daarmee rekening gehouden. Op aanbeveling van een commissie van universiteitswege wordt hem dan een loopbaan opgedragen door het ministerie, een loopbaan als huisarts of specialist naar gelang van de behoefte. Na zijn artsexamen moet hij nog drie jaar als assistent in een ziekenhuis werken, daarna kan hij een examen voor internist afleggen. Van alle huisartsen heeft 80 procent dit eerste graads internist examen. Na dit examen wordt hem een praktijk als huisarts aangewezen, waar hij verplicht is gedurende drie jaren te blijven. Vrije artsenkeuze is er voor de patiënten niet, hoewel het in theorie mogelijk is een aanvraag voor een andere huisarts in te dienen. Men voert in medische en lekenpers uitgebreide discussies over de wenselijkheid van vrije artsen- en vrije patiëntenkeuze.

Het voorschrijven is binnen zekere grenzen vrij. De supervisorinternist heeft hiervoor de verantwoordelijkheid, hij kan overschrijdingen van het gemiddelde naar boven en naar beneden signaleren en zo nodig redresseren. Bij juiste indicatie zijn er geen moeilijkheden. Het beroepsgeheim is een delicaat en moeilijk voorrecht van de arts in communistische landen. Een groot aantal gegevens moet worden verstrekt onder nummer en vaak zonder vermelding van naam. Het schijnt dat de jongere artsen de aantasting van het beroepsgeheim minder zorgen baart dan de oudere artsen, terwijl de patiënten zich niet beklagen. De integrale zorg voor het gezin, verstrekt door één vertrouwde huisarts en gezinsarts, zien velen als een niet meer te verwezenlijken ideaal. Vele artsen geven echter toe dat de zorg voor het gezin nu door te veel artsen wordt gehanteerd en dat er te veel medische en paramedische werkers in een gezin komen. De theorie van de huisarts als centrale figuur van het medische team laat in de praktijk veel te wensen over, voornamelijk in de grote steden. Het scheen mij toe dat men in dit land nog te veel vaart op het kompas van de specialistische ziekenhuisgeneeskunde, van rationeel en somatisch georiënteerde geneeskunde. Allerwegen was men echter overtuigd van de noodzaak van het voortbestaan van de huisarts.

Tuchtrecht en tuchtmaatregelen zijn in handen van de G.G.D.-directeur en een bepaalde tuchtraad. Belangwekkend is de discussie op welke wijze men het werk van de huisarts kan evalueren en hoe men een stimulerend voor goed werk kan inbouwen. Als criteria voor de kwaliteit van het werk werden de volgende factoren beschouwd: kwantiteit van het werk; overeenstemming met diagnose van de specialist; ethisch-morele instelling; kwaliteit van epidemiologisch-hygiënisch werk; kwaliteit van werk in gezondheidsvoorlichting en opvoeding; verwijzingspercentage met uitschietters naar boven en beneden; voorschrijven van medicijnen; gebruik van laboratorium- en röntgenonderzoek; contact met bevolking, Rode Kruis, civiele autoriteiten; oordeel van internist-supervisor en oordeel van patiënten. In theorie is een salarisverhoging voor goed werk of een verlaging voor slecht werk mogelijk, maar in de praktijk past men dit niet toe. Een oplossing voor dit probleem heeft men gevonden in het systeem van de internist-super-

visor en de regelmatige groepsbesprekingen. Het is mogelijk een slecht werkende arts enige tijd als assistent in een ziekenhuis te plaatsen.

De bijscholing geschiedt regelmatig in ziekenhuizen en in conferentieoorden, meestal in de vorm van gebroken cursussen. De bijscholingsuren zijn inbegrepen in de werktijd, waarneming wordt onderling geregeld. Een andere vorm is het assisteren in ziekenhuizen gedurende twee maanden per jaar. Ongeveer 50 procent van de artsen neemt aan deze verplichte bijscholing deel. Ook hier was mijn indruk dat de bijscholing op de ziekenhuisgeneeskunde is afgestemd en dat de huisartsen zelf te weinig beseffen welke lacunes er bij hen bestaan, terwijl zij ook te weinig invloed hebben op de gang van zaken. Er bestaat slechts een algemene wetenschappelijke artsenvereniging, die de naam draagt van Purkinje en die bijna honderd jaar oud is. Hiervan is 50 procent van alle artsen lid. De huisartsen hebben geen eigen sectie. Voorts is er een vakvereniging van werkers in de gezondheidszorg, zonder aparte afdeling voor artsen.

Wetenschappelijk werk wordt door huisartsen praktisch niet gedaan, het onderzoek naar het functioneren van de huisarts is in handen van het instituut voor onderzoek naar de organisatie van de gezondheidszorg. Daar was men dan ook op de hoogte van de problematiek en het zoeken naar oplossingen door het College of General Practitioners en men kende namen als Scott, Eimerl, Horder, Logan, Crombie en anderen. Men was ook in Engeland, Zweden, Nederland en België geweest. De bevruchtende werking van het denken van de huisarts zelf ontbreekt echter. Met name John Horder, die eind 1964 als consultant van de World Health Organization in dit land verbleef, heeft gewezen op de achterstand in psychosociale interesse en kennis bij de huisartsen. Het is mogelijk dat daarin nu verandering komt. Polen schijnt in dit opzicht verder te zijn dan Tsjecho-Slowakije. Ook hier bestaat het probleem van de discrepantie tussen vraag en aanbod voor het beroep van huisarts. Vele jonge artsen werken liever in het ziekenhuis en ambiëren een carrière als specialist. Het toenemend aantal vrouwen maakt dit vraagstuk slechts moeilijker. De gemiddelde leeftijd van de huisartsen ligt tussen veertig en vijftig jaar, de gemiddelde praktijkduur is ongeveer tien jaren.

Een korte samenvatting van de problematiek moge hier volgen: onderbetaling van artsen; overbelasting met administratief werk; tijdsgebrek; te weinig delegeren van werk aan hulpkrachten; te weinig aandacht voor psychologische en sociologische problemen; ethische vraagstukken als vrije artskeuze, vrije vestiging; beroepsgeheim; verlies van de gezinsarts en tekortschieten in de zorg voor de patiënt thuis.

Indien men nu de mening vraagt van oudere artsen, die ook de toestand van voor de oorlog hebben gekend, hoort men toch een zekere appreciatie van het huidige systeem, ondanks een onderkennen van de fouten. De jongere artsen zijn, behalve over hun salariering en hun teveel aan werk, wel tevreden. De patiënten tenslotte schijnen zich op het platteland beter met dit systeem te kunnen verenigen dan in de grote stad.

De huisarts-kinderarts. Om een vergelijking te kunnen maken tussen de resultaten van de zorg voor moeder en kind in dit land en het onze dienen de volgende statistische gegevens.

	Tsjecho-Slowakije	Nederland
Levendgeborenen per 1000 zielen	15,8	21,2
Doodgeboorten per 1000 geboorten	9,8	14,9
Neonatale sterfte per 1000 levendgeborenen	12,7	8,0
Kindersterfte per 1000 levendgeborenen	22,7	15,5

De bevolkingsopbouw in beide landen is in grote trekken gelijk. Men ziet dat de resultaten elkaar niet veel ontlopen.

Sociale voorzieningen. De werkende moeder heeft recht op zes maanden uitkering rondom de bevalling met behoud van 70 tot 90 procent van haar loon. Zij krijgt een uitkering in

geld. Het onderzoek tijdens de graviditeit, de hulp bij de bevalling en de preventieve en curatieve zorg tot het vijftiende jaar van het kind zijn vrij. De bevalling geschiedt thans in 95 procent van de gevallen in het ziekenhuis, terwijl dit in 1946 nog maar voor 30 procent het geval was. Van het totale aantal ziekenhuisbedden van twaalf per 1000 zielen is dan ook 0,54 gereserveerd voor de verloskunde.

Opleiding. Er zijn drie aparte faculteiten voor de opleiding tot kinderarts, waarvan het curriculum niet erg veel verschilt van de algemene medische faculteit. Na de zes jaar durende studie voor het artsexamen is een driejarige specialisatie verplicht, afgesloten met een examen. Daarna kan nog een verdergaande tweede graads specialisatie plaats vinden van vijf jaar. Men kent ook in de andere specialismen artsen die zich speciaal op kindergeneeskunde toeleggen, zoals chirurgie, psychiatrie, keel-neus- en oorheelkunde en revalidatie. Ongeveer 15 procent van alle artsen is kinderarts.

Organisatie. Men kent hier de figuur van huisarts-kinderarts, dat wil zeggen dat een kinderarts de volledige zorg op preventief en curatief gebied heeft voor twee wijken van ieder 4000 zielen, hetgeen ongeveer 2000 kinderen betekent. Deze huisarts-kinderarts heeft dus zijn eigen patiënten. Tien huisarts-kinderartsen hebben als consultant = supervisor een tweede graads kinderarts, die hun geregeld van advies dient, eens per veertien dagen bijeenroept en mede verantwoordelijk is voor hun werk. De huisarts-kinderartsen werken meestal een dag per week in het ziekenhuis, de supervisor heeft een eigen afdeling. Ook de superviserende kinderartsen hebben weer een provinciale chef-kinderarts. De bijscholing wordt via deze hiërarchische trappen gerealiseerd.

De werkelijkheid wijkt af van de theorie, omdat men niet voldoende kinderartsen heeft: meestal heeft een huisarts-kinderarts de zorg voor 4000 in plaats van 2000 kinderen, vaak doet hij wel het preventieve werk tot vijftien jaar, maar het curatieve tot drie of zes jaar. De totale werkverdeling tussen preventief en curatief werk is bij de kinderarts 50 procent. Iedere huisarts-kinderarts heeft zijn eigen kinderverpleegster, een kracht die hiervoor een speciale opleiding van vier jaar heeft gehad. Deze verpleegster assisteert tijdens het spreekuur en doet in overleg met de arts zelfstandig huisbezoeken. Het consultatiebureau of spreekuur wordt meestal in een polikliniek gehouden, waar ook de andere wijkartsen (huisarts, gynaecoloog, tandarts) werken. In dit gebouw zijn gescheiden spreek- en wachtkamers voor gezonde en zieke kinderen, er is de beschikking over isoleerkamers, laboratorium en röntgentoestel.

Perinatale sterfte. Er is een uitstekende samenwerking tussen kinderarts, gynaecoloog en laboratoriumartsen om ieder geval van perinatale sterfte te bestuderen. Ieder kind dat overlijdt wordt geseceerd, bij elke aangeboren afwijking wordt de moeder en de gehele familie nagezien door huisarts, internist en gynaecoloog. De ouders krijgen zo nodig advies betreffende anticonceptie, waaraan zij al dan niet gevolg kunnen geven. Voorts is er een goed georganiseerde prematuren-zorg met aparte afdelingen in het ziekenhuis en een uitstekende prenatale zorg. De cijfers wijzen uit dat men in dit opzicht zeer goede resultaten heeft geboekt.

Consultatiebureaus voor zuigelingen. Meestal worden deze bureaus gehouden in het polikliniekgebouw. Men geeft hieraan de voorkeur boven een apart bureau vanwege het contact met de andere artsen. Iedere zuigeling wordt achttien keer door de huisarts-kinderarts gezien tijdens het eerste jaar en twaalf keer door de kinderverpleegster thuis. Van de zuigelingen komt 95 procent voor deze controle naar de arts.

Het entschema ziet er als volgt uit: eerste week B.C.G., herhaling om de drie jaar; derde maand difterie, kinkhoest, tetanus (d.k.t.); vierde maand vaccinatie; vijfde maand d.k.t.; elfde maand d.k.t. Poliovaccin wordt twee keer per jaar oraal gegeven en massaal georganiseerd: eerst polio I, na zes weken polio II en III.

Consultatiebureaus voor kleuters. Men streeft naar een keer per jaar een onderzoek van de kleuter, maar in de praktijk komt hiervan weinig terecht. De preventieve zorg

voor kleuter en schoolkind wordt op de scholen gedaan. Vooral van het eerste tot het zesde jaar bestaat hier een duidelijke lacune, aangezien slechts 10 procent van alle kinderen naar een crèche gaan en 50 procent naar een kleuterschool.

Crèches. Van alle arbeiders zijn 45 procent vrouwen; ongeveer 30 procent valt in de leeftijdsgroep van 18 tot 35 jaar, 50 procent is ouder dan 35 jaar. Geavanceerde vrouwen deelden mij mede dat de emancipatie de vrouw naar eigen werk deed uitzien. Er bestaat dus een economische noodzaak de kinderen naar crèches te brengen.

Voorlopig bestaat er grote behoefte aan crèches en kleuterdagverblijven, waar de moeders van 's morgens zes uur tot 's middags vijf uur hun kind kunnen onderbrengen. De verblijven zijn meestal ruim ingericht met ontvangstkamers, eet- en slaapkamers, gymnastiekzaaltjes, speelweiden en speelvijvers, goed voorzien van personeel, met nauwlettend toezicht op hygiëne en goede keukenvoorzieningen. De vraag overtreft het aanbod echter verre. Medische contraïndicaties voor crècheverpleging kent men niet officieel, hoewel besmettelijke ziekten, recidiverende tonsillitis, faryngitis, rhinitis en huidaandoeningen in de praktijk bezwaren opleveren, evenals sommige geestelijke afwijkingen. De huisarts-kinderarts bezoekt de crèches drie keer per week; behandeling en controle worden hier verricht. De ouders moeten een gering bedrag per dag betalen.

Schoolartsen. De leerplicht strekt zich uit van zes tot vijftien jaar. Er zijn moderne schoolgebouwen, maar ook veel oude en heel oude. Ik bezocht een gebouw uit de tijd van Maria Theresia. Voor de helft van de schoolkinderen zijn full-time schoolartsen aangesteld, vooral in de steden. De huisarts-kinderartsen hebben de overige kinderen onder hun hoede. De schoolarts heeft de zorg voor 4000 kinderen, hetgeen men teveel acht. Men tracht het aantal tot 2000 terug te brengen. Alle kinderen worden één keer per jaar onderzocht; het tempo ligt bij twaalf kinderen per uur. Men kent enkele psychologen; een schoolteam, bestaande uit schoolarts, schoolpsycholoog, „remedial teacher” en maatschappelijk werker, is echter onbekend. Evaluatie van het werk van de schoolarts is niet uitgevoerd. Er bestaat een zekere ontevredenheid onder deze artsen over hun werk, waaraan men tegemoet wil komen door hun ook een curatieve taak te geven. Ten behoeve van adolescenten van vijftien tot achttien jaar werken tien gespecialiseerde artsen in scholen en bedrijven. Er bestaat een uitgebreid net van koloniehuisen en kinderkampen.

Gehandicapte kinderen. Merkwaardig is voor dit land, zo geavanceerd in statistisch opzicht, dat men mij geen exacte cijfers over het aantal gehandicapte kinderen kon verstrekken. Overigens wordt er veel gedaan om opsporing en behandeling optimaal te doen zijn. Bij iedere baby van drie maanden wordt een röntgenfoto genomen om congenitale heupluxatie

te ontdekken; voor het eerste jaar worden ogen en oren onderzocht. Er zijn gespecialiseerde kinderrevalidatieartsen, men heeft in ziekenhuizen aparte revalidatieafdelingen voor kinderen en kinderrevalidatiecentra, vaak voor bepaalde ziekten zoals voor polio, spastische kinderen en tuberculose, veelal gelegen in badplaatsen.

Problematiek. De scheiding in de medische gezinszorg, door het naast elkaar werken van huisarts en kinderarts in een gezin, wordt door enkelen wel als een probleem gezien, de meesten zijn echter tevreden met het systeem. Een moeilijk punt vormt overigens het regelmatig overleg tussen beide artsen, in theorie goed mogelijk, in de praktijk vaak tekort schietend door tijdsgebrek of individualisme. De belangstelling voor psychologische en sociale facetten van de geneeskunde laat over de gehele linie te wensen over, maar de oudere kinderartsen zouden hierin vooral tekort schieten. De theorie, dat de gehele zorg voor het kind door de kinderarts wordt uitgevoerd, is afgespiegeld in de opleiding, die de huisarts weinig kindergeneeskunde bijbrengt. In de praktijk, waarbij toch een deel van de curatieve zorg door de huisarts wordt opgevangen, ziet men de gevolgen van een in dit opzicht te gebrekkige opleiding. De samenwerking tussen kinderarts en kinderverpleegster is door het nauwe dagelijkse contact goed. Men krijgt echter de indruk dat veel meer werk aan de zuster kan worden gedelegeerd. Experimenten in deze zin zijn gunstig verlopen. Overigens valt ook hier weer op dat er een overlading bestaat met administratief werk.

De algemene problemen van onderbetaling en feminisering van het beroep gelden ook hier. De vrouwelijke arts is door gezin en kinderen sneller afwezig en moeilijker aan een plaats te binden dan de man. Waarnemers zijn moeilijk te krijgen, hetgeen bij ziekte en bijscholing tot problemen leidt.

De gezondheidszorg in Tsjecho-Slowakije is goed georganiseerd. Hoewel het principe van een gecentraliseerde staatsgezondheidsdienst ons vreemd is, vallen enkele uitgangspunten op die misschien de moeite waard zijn ook voor ons land te overdenken. Deze punten zijn vooral de volgende:

De eenheid van curatieve, preventieve en positieve gezondheidszorg.

Het contact tussen ziekenhuizen, perifere gezondheidsdiensten en huisartsen.

De goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegster. De groepsvorming onder huisartsen.

De goede outillage en administratie in de huisartspraktijk.

Het maken van deze studiereis was een groot voorrecht. De gastvrijheid van de Tsjechen, de openheid waarmee problemen en kritiek aan de orde werden gesteld en de inspanning, welke men zich getroostte om mij wegwijs te maken, hebben de reis tot een succes gemaakt. Misschien dringt het besef, dat mensen minder ver van elkaar staan dan staten, door dit verblijf iets beter door.

Dr. J. M. L. Phaff