

# Naar de dokter in Havlickuv Brod

Een werkbezoek in het kader van een uitwisselingsprogramma

Zes jaar geleden werd een culturele uitwisseling op gang gebracht tussen Havlickuv Brod, een kleine stad in het voormalige Tsjecho-Slowakije, en Brielle.\* Vijf jaar geleden bracht Ben Ponsioen, huisarts te Brielle, een bezoek aan de tweelingstad; gedurende een week liep hij mee in diverse huisartspraktijken en bij specialisten in het ziekenhuis van Havlickuv Brod. Onlangs bracht Hana Cihakova, die sinds 1978 werkzaam is als huisarts in Havlicuv Brod, een werkbezoek aan Brielle. Voor haar was een twee weken durend programma samengesteld, waarbij ze een dag kon meelopen in vier huisartspraktijken en een bezoek kon brengen aan het verpleeghuis, de interne afdeling van het ziekenhuis in de regio en de GGD. Tevens werd ze in de gelegenheid gesteld om kennis te maken met de werkwijze van apotheker, fysiotherapeut en consultatiebureau-arts.

Tot de eerste lijn in Tsjechië worden gerekend: artsen voor kinderen en adolescenten, generalisten (huisartsen) voor de volwassenen, tandartsen en extramuraal werkende gynaecologen. Voor anticonceptie, zwangerschapscontrole en bevalling gaan vrouwen dus zonder bemoeienis van de huisarts naar een gynaecoloog, die spreekuur houdt in het ziekenhuis of op een polikliniek in de stad. Voor medische zorg van kinderen van 0-14 jaar kunnen ouders (meestal de moeders) en kinderen terecht bij een kinderarts, die zitting houdt in één van de poliklinieken die over de stad zijn verspreid. Deze kinderarts doet ook het preventief-geneeskundig onderzoek, vergelijkbaar met het werk van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters, en van de schoolartsdienst bij ons.

Adolescenten kunnen zich voor medische zorg wenden tot de 'adolescenten-arts'. Tot de preventief-geneeskundige taak van deze adolescenten-arts behoort ook het verrichten van de keuring voor militaire dienst.

## De huisartspraktijk

Volwassenen wenden zich voor medische zorg tot een huisarts, die wijkgebonden werkt voor ongeveer 2000 mensen. Voor de medische zorg aan bejaarden is de huisarts ook verantwoordelijk, maar hij kan hiertoe gebruik maken van de diensten van een geriatrisch-verpleegkundige, die onder meer huisbezoek aflegt bij de bejaard-

den; per twee à drie huisartspraktijken is één geriatrisch-verpleegkundige beschikbaar.

Daarnaast heeft elke huisartspraktijk een praktijkverpleegkundige, wier takenpakket voor een belangrijk deel overeenkomt met dat van de Nederlandse praktijkassistente: telefonische communicatie verzorgen, afspraken maken, administratie verzorgen en medisch-technische verrichtingen, zoals bloeddruk meten, bloed prikken, injecties geven en eenvoudig laboratoriumonderzoek. Huisbezoek behoort tot de taken van de praktijkverpleegkundige.

De praktijkverpleegkundige – die in de geobserveerde praktijk niet de beschikking had over een eigen werkruimte – is meestal aanwezig bij het spreekuur, en soms behulpzaam bij het verduidelijken van de klacht van de patiënt. In de meeste huisartspraktijken in Tsjechië passeert de patiënt eerst de werkruimte van de praktijkverpleegkundige om zaken als het meten van de bloeddruk af te handelen, alvorens de spreekkamer van de dokter binnen te gaan.

Voor visites maken huisarts en geriatrisch-verpleegkundige gebruik van de ambulance die bij de praktijk hoort. Sommige huisartsen krijgen voor het gebruik van de eigen auto bij visites een aparte vergoeding. Deze huisartsen blijken aanmerkelijk meer visites af te leggen.

Tot de taken van de Tsjechische huisarts behoort het geven van werkadvies, hetgeen betekent dat de huisarts dagelijks briefjes moet schrijven voor mensen die niet naar hun werk kunnen. De controlerend arts, die deze ziekmeldingen ontvangt, bezoekt de huisartspraktijken elke twee à drie weken. Voor mensen die langdurig (meer dan drie tot zes maanden) arbeidsongeschikt zijn, kan de controlerend arts een procedure voor blijvende arbeidsongeschiktheid starten. De huisarts houdt zich bezig met het kortdurend ziekteverzuim, de controlerend arts met langer durend verzuim of blijvende arbeidsongeschiktheid.

Op het spreekuur bij een Tsjechische huisarts wordt veel aandacht besteed aan het al dan niet kunnen werken. Eventueel onderzoek van het bewegingsapparaat geschiedt grondig. Desondanks worden sommige patiënten opvallend snel verwezen naar een orthopedisch chirurg, neuroloog of revalidatie-arts, kennelijk ter legitimering van het ziekteverzuim (operatieve behandeling leek naar mijn idee niet direct aangewezen).

De huisarts geeft verklaringen af over geschiktheid voor het werken met bepaalde machines of wapens, en het besturen van (vracht)auto's. Ook geeft de huisarts verklaringen af ten behoeve van justitie of gemeentelijke instanties, bijvoorbeeld over huisvesting.

De verbinding tussen curatieve zorg en verpleeg- en verzorgingshuisfunctie, zoals wij die kennen, ontbreekt. Een infauste prognose wordt meestal meegedeeld aan de familieleden van een uitbehandelde patiënt; de patiënt zelf krijgt in zo'n geval vaak niets te horen, of een andere diagnose dan de gestelde. Ook de thuiszorg lijkt niet sterk ontwikkeld in Tsjechië. De afstand tussen arts en patiënt lijkt naar Nederlandse begrippen vrij groot.

De functie van huisarts kan in Tsjechië ook worden uitgeoefend door bedrijfsartsen. De praktijk van een huisarts-bedrijfsarts omvat ongeveer 1200 werknemers.

## Verschillen

De Nederlandse huisarts heeft een breder takenpakket en meer mogelijkheden voor een gezinsgeneeskundige benadering en levenslooppeneeskunde dan zijn Tsjechische collega. Anderzijds heeft de Tsjechische huisarts op een aantal punten een voorsprong. Het werk is goed georganiseerd, de praktijkverpleegkundigen zijn weliswaar in overheidsdienst, maar zijn gedetacheerd in de huisartspraktijk. Tijdens weekend- en avonddienst blijft de praktijkverpleegkundige ook in functie: de staat zorgt voor een achterwacht.

Wanneer een patiënt van baan verandert, wordt de medische keuring gedaan door de huisarts, hetgeen bevorderlijk is voor de betrokkenheid van de huisarts bij latere arbeidsongeschiktheid door ziekte of gebrek.

Het verschil in taken tussen de Nederlandse en de Tsjechische praktijkassistente is overigens minder relevant dan het lijkt. Bloedprikken aan huis en medicijnen rondbrengen (een taak voor de praktijkverpleegkundige) wordt bij ons in voorkomende gevallen gedaan door het huisartsenlaboratorium of de apotheek. Het aantal visites door de praktijkverpleegkundige blijft achter bij dat van de huisarts. Het aantal huisbezoeken door de geriatrisch-verpleegkundige is echter weer wel aanzienlijk groter dan dat van de Tsjechische huisarts. Het contact tussen de patiënt en de Nederlandse huisarts ziet er ongedwongener uit.

Pijnmedicatie lijkt vaker te worden voorgeschreven in Tsjechië; met name ouderen krijgen van de huisarts vaak medicatie voor gewrichtsklachten. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is, dat in Nederland fysiotherapie en operatieve behandeling bij deze aandoeningen in ruimere mate beschikbaar zijn.

De Tsjechische huisarts zou zich veel meer dan nu kunnen toelagen op anticonceptie. Ongewenste zwangerschappen komen vaak voor

\* In verband met de gewijzigde staatkundige toestand wordt in de rest van dit verslag nog uitsluitend gesproken van Tsjechië.

en abortus is een gebruikelijke methode voor geboortenbeperking: in 1988 vonden 94 abortus plaats tegen 100 levendgeborenen.<sup>2</sup> Van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd heeft 15 procent een IUD en 5 procent gebruikt de anticonceptiepil.

Op scholen zou wel systematisch aan voorlichting worden gedaan, maar de acceptatie van de anticonceptiepil bij de Tsjechische artsen is niet zo groot als bij ons, onder andere doordat eenzelfde pil na korte tijd reeds niet meer verkrijgbaar is. Een ander probleem is dat vaak niet duidelijk is tot welke arts een tiener zich moet wenden voor het krijgen van de pil: de gynaecoloog, de kinderarts, de huisarts, of de bedrijfsarts.

De belangrijkste verklaring voor de waargenomen verschillen is hierin gelegen dat huisarts en gezondheidszorg in Nederland meer aan de patiënt te bieden hebben dan in Tsjechië. Het polikliniekbezoek per hoofd van de bevolking is in Tsjechië hoger dan in een aantal westerse landen, en ook de artsendichtheid is er het hoogst: 37 artsen per 10.000 inwoners. Anderzijds wordt echter slechts 5,8 procent van het nationaal inkomen besteed aan gezondheidszorg.<sup>2</sup>

De sterftecijfers zijn in Tsjechië even hoog als in een aantal Westeuropese landen aan het begin van de jaren vijftig.<sup>3</sup> De ziekenhuisvoorzieningen in Tsjechië worden inefficiënt gebruikt en de leefgewoonten – roken, voeding – verschillen in belangrijke mate van die in westerse landen.<sup>2,3</sup>

Hoewel de Nederlandse huisartsen niet minder uren werken dan hun Tsjechische collega's, maken ze een veel actievere indruk, mogelijk ook doordat zij minder administratieve handelingen behoeven te verrichten. Huisartsen in Tsjechië zien er vaak wat vermoeid uit. Volgens Hana Cihakova wordt dat voor een deel verklaard door het gegeven dat 50 procent van de Tsjechische huisartsen vrouwen zijn, die naast hun werk nog een gezin te verzorgen hebben.

### Prestige en identiteit

Het aanzien van de huisartsgeneeskunde in Tsjechië was voorheen niet groot. Wanneer er gens in een stad of dorp een huisarts nodig was, werd aan het ziekenhuis in de regio gevraagd een arts te leveren. Meestal werd dan de jongste assistent interne geneeskunde aangewezen voor de opengevallen plaats. Dat betekent dat een basisarts met soms slechts een half jaar ervaring met interne geneeskunde te werk werd gesteld als huisarts.

Met het instellen van de beroepsopleiding tot huisarts in 1977 is daar verandering in gekomen. De beroepsopleiding duurt 2,5 jaar en bestaat uit een jaar interne geneeskunde, 3 maanden chirurgie, 6-8 maanden stages bij de 'kleine vakken', 2 maanden cursus op een instituut voor hygiëne en epidemiologie en ten slotte vier maanden bij een huisarts. Terugkomdag-onderwijs wordt niet gegeven, ook niet tijdens de stage in de huisartspraktijk. Na de eerste week bij de huisarts, waarin men persoonlijk wordt begeleid, bestaat de stage bij de opleidingspraktijk uit 'zelfstandig werken'.

De huisartsgeneeskunde in Tsjechië is nog geen academische discipline: vakgroepen of hoogleraren in de huisartsgeneeskunde zijn er niet. Colleges in de huisartsgeneeskunde worden sinds drie à vier jaar aan sommige universiteiten gegeven. In het nationale nascholingsinstituut in Praag voor artsen en apothekers is de huisartsgeneeskunde echter wel vertegenwoordigd. Drie huisartsen verzorgen praktijkgerichte nascholing; vandaaruit is een netwerk georganiseerd ten behoeve van nascholing van huisartsen en selectie van opleiders.

### Uitdaging

De artsen in het voormalige Tsjecho-Slowakije hebben sinds 1949 een wetenschappelijke vereniging, het Purkinje-Genootschap. Sinds 1977 hebben de huisartsen hierin een eigen afdeling. Kort na de omwenteling van 1989 hebben de Tsjechische artsen en huisartsen hun eigen belangenorganisatie opgericht. Wat taak en functie betreft, zijn deze Tsjechische verenigingen vergelijkbaar met onze KNMG en LHV.

Voor de Tsjechische huisarts was het loslaten van de wijkgebonden werkwijze van de huisartspraktijk de eerst merkbare verandering na 1989. De inwoners kunnen nu gemakkelijker een huisarts buiten de eigen woonwijk kiezen. Van deze mogelijkheid heeft 11 procent van de inwoners gebruik gemaakt.<sup>2</sup> Volgens 87 procent van de Tsjechen leidt vrije artsenuke tot een betere houding van artsen; 85 procent verwacht tevens dat de kwaliteit van de medische zorg hierdoor zal verbeteren.<sup>2</sup>

Een voor de patiënt belangrijke verandering is dat medicijnen niet meer volledig worden vergoed. Ibuprofen van Tsjechisch fabrikaat is bijvoorbeeld het goedkoopst, voor ibuprofen uit Polen moet iets meer worden bijbetaald, en voor Brufen uit het westen moet het meeste worden uitgegeven. Vitamines worden niet meer vergoed, sommige slaapmiddelen nog wel, andere niet. Voor de huisarts brengt dit vergoedingssysteem weliswaar nieuwe rompslomp

met zich mee, maar het leidt er tevens toe dat hij zich rekenschap moet geven van de consumptie aan pijnstillende middelen, en naar andere oplossingen moet zoeken.

Huisartsen zijn op dit moment nog steeds in overheidsdienst, maar in 1993 zal de honorering moeten gaan verlopen via de intussen opgerichte ziektekostenverzekeringsmaatschappijen. De onderhandelingen komen langzaam op gang. Een steeds terugkerende vraag voor de huisartsen is, hoe ver het tijdsschema van uitvoering van de beleidsvoornemens van de overheid weer zal worden overschreden.

Een praktijk aan huis is niet op korte termijn te realiseren, aangezien de meeste Tsjechische artsen klein behuisd zijn. De gebouwen waarin de huisartspraktijken nu zijn gevestigd, zijn in bezit van de overheid. De gebouwen die voor 1948 aan particulieren of stichtingen toebehoorden, worden nu aan de eigenaren teruggegeven. Gedurende de eerste acht jaar na de overdracht moeten deze gebouwen nog wel beschikbaar blijven voor de uitoefening van de huisartspraktijk. De praktijkgebouwen van na 1948 worden mogelijk verkocht; er wordt gewerkt aan een overgangsregeling waarbij huisartsen tegen een lagere rente (4-7 procent in plaats van de normale hypotheekrente van 16-18 procent) geld kunnen lenen voor huisvesting van de praktijk.

Een andere keus die op korte termijn moet worden gemaakt, is of de praktijkverpleegkundigen in dienst komen bij een individuele huisarts of bij een groep van huisartsen. Een andere mogelijkheid is dat de praktijkverpleegkundige een dienstverband aangaat met de ziektekostenverzekeraar. Wat betreft de geriatrisch-verpleegkundigen is door de overheid reeds besloten dat zij in dienst blijven van overheid of ziektekostenverzekeraar; Nederland zou hierbij voor de Tsjechen als voorbeeld dienen.<sup>2</sup>

De recente veranderingen hebben er ook toe bijgedragen dat de Tsjechische huisarts zich meer dan voorheen kan richten op vragen van de kant van de jongere leeftijdsgroepen. De vraag naar nascholingscursussen, waaronder die gericht op geneeskunde voor kinderen en adolescenten, neemt toe.

### Adviseren of uitnodigen?

De waargenomen verschillen in werkwijze tussen een aantal huisartsen in Nederland en in Tsjechië zijn voor een niet onbelangrijk deel te herleiden tot een verschil in het niveau van de medische voorzieningen. De Nederlandse huisarts kan nog iets leren van zijn Tsjechische collega wat betreft praktijkorganisatie.

# COOP/WONCA Charts, behandeling Cara

De overeenkomsten tussen de Nederlandse en Tsjechische huisartsgeneeskunde hebben ons meer getroffen dan de verschillen. De belangstelling van de Tsjechische huisarts voor werkwijze en organisatie van hun Nederlandse collega's is dan ook groot. Het is de vraag op welke wijze de Tsjechische huisartsen door ons geholpen kunnen worden bij het vinden van hun plaats onder de nieuwe omstandigheden.

Voor de Tsjechische huisartsen is het aangrenzende Duitsland geen inspirerend voorbeeld: in het voormalig Oost-Duitsland dreigt het relatief goed functionerende systeem van eerstelijns geneeskunde opgeofferd te worden aan de 'deficiënte structuur' van de gezondheidszorg in West-Duitsland.<sup>4</sup>

In voormalige oostbloklanden worden adviseurs uit West-Europa vaak beleefd alsof ze op bezoek komen in een ontwikkelingsland, terwijl de bewoners hun conclusies al lang geleden al zelf getrokken hebben.<sup>5</sup> Het uitnodigen van collega's uit de voormalige oostbloklanden door de huisartsen en hun organisaties uit West-Europa, voor kennismaking met onze werkomsstandigheden, verdient daarom onzes inziens de voorkeur boven het geven van advies.

## Dankbetuiging

Met dank aan mevrouw E. Hora te Brielle voor haar vertaling van de eerste versie van het manuscript in het Tsjechisch. Deze vertaling diende ter ondersteuning van de in het Engels gevoerde correspondentie tussen de beide auteurs. Tevens danken wij mw C. Engelblik van het comité Havlickuv Brod-Brielle, zonder wier inzet deze uitwisseling niet tot stand zou zijn gekomen.

Ben Ponsioen, huisarts, Slagveld 42,  
3231 AP Brielle

Hana Cihakova, huisarts te Havlickuv Brod

## COOP/WONCA Charts

Recent is in *Huisarts en Wetenschap* uitvoerig aandacht besteed aan de Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA.<sup>1-3</sup> Klinimetrie – het kwantificeren van klinische verschijnselen en de gezondheidstoestand – is een gebied vol methodologische voetangels en klemmen. Adequate toepassing van instrumenten voor het meten van de gezondheidstoestand vereist complete en uitgebreide valideringsstrategieën met inachtneming van strikte methodologische regels.<sup>4</sup> Het feit dat een Amerikaans instrument in een Nederlands onderzoek is toegepast, zegt nog niet dat de Nederlandse versie ervan gevalideerd is. Hiertoe dient een gericht programma te worden afgewerkt, zoals bijvoorbeeld voor de Nederlandse versie van de SIP is gebeurd.<sup>5-7</sup> Bij gezondheidsmetingen dienen toepassing van de beschikbare instrumenten naar het doel van onderzoek en gebruik ervan in de patiëntenzorg onderscheiden te worden.<sup>4</sup>

Helaas worden deze regels in dit nummer van *Huisarts en Wetenschap* overtreden. Dit geldt in het bijzonder voor het overigens belangwekkende artikel van *Reenders et al.*<sup>3</sup> In tabel 2 worden de resultaten van gezondheidsmetingen door middel van COOP/WONCA en Duke-17 met elkaar vergeleken. De auteurs vragen zich daarbij af of vergelijkbare resultaten worden behaald. Beide meetinstrumenten bevatten aspecten als fysieke, psychische, sociale en algemene toestand.<sup>2</sup> Verwacht werd dat deze aspecten uit beide instrumenten met elkaar zouden samenhangen. De COOP/WONCA bevat echter nog een tweetal aspecten: dagelijkse activiteiten en verandering van gezondheid. Om verschillende redenen is deze vergelijking niet verantwoord. De COOP/WONCA is een eenvoudige en snelle methode, die is ontwikkeld voor gebruik in de patiëntenzorg, terwijl de Duke-17 is ontwikkeld voor onderzoek. De verschillende aspecten van deze twee instrumenten zijn niet (goed) te vergelijken. Dit geldt in het bijzonder voor aspect V van COOP/WONCA, die betrekking heeft op een 'verandering' van de ervaren gezondheid, dit in tegenstelling tot de andere vragen, die over de situatie van de afgelopen twee weken gaan. De Duke-17 vraagt naar de actuele situatie en het gaat om dimensies: verschillende vragen vormen de fysieke dimensie. Bovendien kunnen bij 24 vergelijkingen alleen al op grond van het 'toeval' enkele matig of goede correlaties worden verwacht.

Vergelijking dient systematisch te gebeuren en gericht te zijn op te verwachten correlaties

van vergelijkbare aspecten. Voor zover vergelijking mogelijk is, mag verwacht worden dat de fysieke, psychische en sociale aspecten met elkaar correleren. Van deze drie belangrijkste aspecten blijkt alleen het psychische aspect een goede correlatie te tonen, terwijl de beide andere aspecten een slechte samenhang tonen. De auteurs gaan hier niet op in en benadrukken eenzijdig de gevonden goede of matige correlaties, zonder op de betekenis hiervan in te gaan. Kennelijk meten beide instrumenten niet hetzelfde bij de onderzochte categorieën patiënten.

Een omissie is ook dat niet wordt vermeld dat een van beide instrumenten is 'omgescoord' voor het berekenen van de correlaties. Bij de COOP/WONCA-scores (1-5) geldt immers 'hoe hoger, des te slechter', terwijl bij de Duke-17-scores (1-100) geldt 'hoe hoger, des te beter'; in tabel 2 ontbreken echter negatieve correlaties. De conclusie in de beschouwing dat de Duke-17 en COOP/WONCA redelijk/goed correleren, is dan ook niet juist. De mogelijke oorzaken hiervan – conceptuele verschillen tussen de instrumenten, selectieve non-respons op de Duke-17 – komen niet aan bod.

Op grond van beschreven resultaten is slechts één conclusie mogelijk: de COOP/WONCA correleert slecht met de Duke-17. Het is te betreuren dat in een belangrijk en goed artikel – onderdeel van een proefschrift – dergelijke fundamentele methodologische fouten voorkomen. Hierdoor worden de lezers van *Huisarts en Wetenschap* en mogelijk toekomstige onderzoekers op een verkeerd spoor gezet met betrekking tot het gebruik van instrumenten die de functionele gezondheidstoestand meten. Gezien de grote aandacht die aan de COOP/WONCA wordt besteed, is goed valideringsonderzoek van deze afbeeldingen noodzakelijk, voordat enige conclusies van onderzoeksresultaten met dit instrument mogelijk zijn.

R.A. de Melker

F.W.M.M. Touw-Otten

- 1 Spreeuwenberg C. Oost-Europa: te veel adviseurs, te weinig hulp. *Med Contact* 1992; 47: 1307.
- 2 Albert A, Bennet C, Bojar M. Letter from Prague. *Health Care in the Czech Republic*. *JAMA* 1992; 267: 2461-6.
- 3 Foster DP, Jozan P. Health in Eastern Europe. *Lancet* 1990; 335: 458-60.
- 4 Freudenstein U, Borgwardt G. Primary care in former East Germany: the frosty winds of change. *Br Med J* 1992; 304: 827-8.
- 5 Chopin K. Letter from Poland. Too many advisors, not enough aid. *Br Med J* 1992; 304: 1429-32.

- 1 Meyboom-de Jong B. Informeren naar functioneren in de dagelijkse praktijk. *Huisarts Wet* 1992; 35: 373-5.
- 2 Van Weel C, Scholten JHG. De Dartmouth COOP Functional Health Assessment Charts/WONCA. *Huisarts Wet* 1992; 35: 376-80.
- 3 Reenders K, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. Functionele toestand, complicaties en comorbiditeit bij 249 NIDDM-patiënten. *Huisarts Wet* 1992; 35: 386-90.
- 4 De Melker RA, Touw-Otten FWMM, Jacobs HM,