

Primary health care en de betekenis voor Nederland

Verslag van een symposium

G. Th. VAN DER WERF EN P. H. DIJKSTERHUIS*

In 1978 werd door de lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie de Verklaring van Alma Ata ondertekend, waarin nadrukkelijk *primary health care* (PHC) werd genoemd als middel om de WHO-doelstelling „Health for all by the year 2000” te verwezenlijken.¹ Als uitvloeisel hiervan vond op 11 en 12 november 1983 in Groningen een door de Universitaire Leergangen Gezondheidszorg georganiseerd symposium plaats. Voorlopig lijkt PHC als begrip vooral te leven bij de denkers en planners, en nog nauwelijks bij de werkers in de gezondheidszorg, laat staan bij de bevolking.

Inleiding

De Wereldgezondheidsorganisatie propageert *primary health care* nadrukkelijk niet alleen als antwoord op de gezondheidszorgproblemen in de Derde Wereld, maar ook als een zinvol concept in de welvarende landen.^{2,3} Ongeveer een jaar geleden werd in Engeland een conferentie gehouden waarop werd getracht antwoorden te formuleren op de uitdaging van de WHO.⁴ Ook Horder pakte de handschoen op, terwijl in september 1983 een deel van het SIMG-congres aan dit thema werd gewijd.^{5,6} Het Groningse symposium telde 170 deelnemers, voor een groot deel afkomstig uit de sociaal-geneeskundige sector en uit de bestuurs- en beleids sfeer van de gezondheidszorg.

PHC – een vaag begrip

Voor we naar het symposium gingen, was *primary health care* voor ons een vaag begrip, zij het wel aantrekkelijk, omdat het veel belooft: een nieuwe aanpak van de problemen in de gezondheidszorg.

Een keur van sprekers trok voorbij: Hogerzeil (hoogleraar sociale geneeskunde), Lammers (decaan van de faculteit der geneeskunde), Kaprio (directeur van het Europese bureau van de WHO), Van Londen (directeur-generaal Volks-

gezondheid van het ministerie van wvc), Bensing (hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI), Muller (public health consultant te Tietjerk), Hadders (coördinator van de HBO-verpleegkunde) en Idenburg (voorzitter van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid). Tot slot was er een paneldiscussie met onder meer de voorzitter van het NHG, Cromme, Van Mourik, verpleegkundige, Schneider, directeur-geneesheer van Ziekenhuis Ziekenzorg te Enschede, en Dijkstra, lid Gedeputeerde Staten van Overijssel. Het symposium stond onder voorzitterschap van W. Frankenberg.

Primary health care is een vaag begrip gebleven. Wel is duidelijk geworden waarom.

Het lijkt of iedereen die erover spreekt of schrijft, zich genoopt voelt om verantwoording af te leggen ten opzichte van het PHC-concept; bijna ieder onderschrijft het, ongeacht discipline of politieke kleur. PHC is: aansluiten bij de noden van de bevolking, individuele en collectieve participatie van de bevolking bij de zorg, bevordering van de effectiviteit van de zorg en een geïntegreerd onderdeel van de totale gezondheidszorg.

PHC als panacee

Van Londen onderscheidde in navolging van Vuori⁶ vier aspecten aan het begrip PHC:

1. PHC als een verzameling van activiteiten. Hieronder dienen verstaan te

worden de eerstelijns gezondheidszorg, basisgezondheidszorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg én die structurele en collectieve activiteiten die de kans op gezondheid^d bevorderen, zoals milieu-, verkeers- en voedingsbeleid.

2. PHC als een niveau van zorg.

3. PHC als een ontwikkelingsstrategie.

4. PHC als een ideologie die de gezondheidszorg als geheel moet doortrekken.

Nu wordt begrijpelijk dat elkeen zich wel kan scharen achter het PHC-span-doek: de verpleegkundige bedoelde ermee haar aandacht voor het zorgaspect en haar stimuleren van zelf- en mantelzorg; de huisarts benadrukte zijn centrale plaats in de eerste lijn; de ziekenhuisdirecteur zag PHC vooral als een attitude om moeilijke problemen te benaderen; zoals sterven in het ziekenhuis, chronisch zieken of heroïnehoertjes; de regering kan er gebruik van maken om bezuinigingsbeleid te beargumenteren; de decaan tracht voor zijn faculteit een aparte positie te claimen door PHC in het vaandel te schrijven en zo de bezuinigingsdans van O & W te ontspringen.

Bensing onderscheidde dan ook enerzijds ideologische en anderzijds economische en planningstechnische motieven om PHC na te streven. Bij de eerste categorie wordt vooral de nadruk gelegd op de participatie en het aansluiten bij de behoeften van de bevolking (vergelijk het scenario van Muller³). De overheid daarentegen legt vooral de nadruk op zelf- en mantelzorg. Dat is één reden waarom het PHC-concept vaag blijft.

Primary health care is een meer omvattend begrip dan *primary medical care*, het is zorg voor gezondheid. En dan wreekt zich de gezondheidsdefinitie van de WHO, zo betoogde Giel in zijn slotwoord; dat is een tweede oorzaak van de ongrijpbaarheid van PHC. Hij pleitte voor een veel engere definitie van gezondheid, louter als afwezigheid van ziekte. Maar, voegde hij eraan toe, dat impliceert dan wel een beperking en herverdeling van de medische macht. In de woorden van Idenburg: is de arts een probleem-oplosser of een somatisch-technicus? Moeten artsen doen wat van hen gevraagd wordt, of moeten ze doen wat ze kunnen? Een dilemma dat in onze cultuur nog steeds geen oplossing heeft gevonden, zo stelde hij.

Idenburg maakte met gegevens van het Sociaal en Cultureel Planbureau het volgende overzicht: in een huisartspraktijk van 2500 zielen maken 750 mensen zich zorgen, 475 voelen zich eenzaam,

* De auteurs zijn beiden huisarts en als wetenschappelijk medewerkers verbonden aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen.

675 vertonen nerveus-functionele klachten, 425 voelen zich angstig. Van die 2500 mensen waren 1000 in de drie maanden voorafgaand aan het onderzoek, naar de huisarts geweest en 100 naar een alternatief genezer. In één jaar worden 100 bedreigd of mishandeld, 40 overlijden, 25 zijn betrokken bij een aanrijding, 20 worden veroordeeld door de rechter. Uit diezelfde praktijk verblijven per dag gemiddeld 17 mensen in het ziekenhuis.

Het merendeel van de kosten van de gezondheidszorg wordt besteed aan die 17 per 2500. PHC is veel meer bedoeld voor die overige 2483 mensen, aldus Idenburg.

Zelfzorg en verantwoordelijkheid

Met opzet sprak Idenburg van „burgers” en niet van „individuen”. In onze tijd zijn veel gezondheidsproblemen in hoge mate door collectieve factoren bepaald (denk bijvoorbeeld aan de verkeersslachtoffers) en derhalve niet of nauwelijks toegankelijk voor een individuele oplossing. Daarin schuilt een fundamentele kritiek op het begrip zelfzorg. Zelfzorg is ontoereikend als oplossing voor de gezondheidsproblemen van deze tijd.

Wil de burger van Nederland verantwoordelijk zijn voor zijn of haar gezondheid? Uit onderzoek dat Bensing citeerde, bleek het percentage gezonde Nederlanders dat het eens was met de stelling dat zelfzorg goed is, hoger te zijn dan het percentage zieken dat deze stelling onderschrijft.

De Nederlander acht ook mantelzorg een goede zaak (overigens mannen in meerdere mate dan vrouwen – en wie knapt het in het algemeen op?) maar ondertussen desintegreert de samenleving verder. Is de burger ook voorstander van versterking van de eerste lijn? Onderzoek in Lelystad wees uit dat 2 procent vond dat de huisarts weleens te vroeg verwees, terwijl 29 procent meende dat de huisarts soms te lang draalde alvorens te verwijzen. Moet dan de consequentie zijn versterking van de tweede lijn, of zou men juist de eerste lijn beter moeten toerusten en de bevolking daarin meer laten participeren om zo doende een mentaliteitsverandering te bewerkstelligen?

Kortom het ligt toch allemaal niet zo simpel. In de woorden van Veder-Smit, voorzitter van het forum: „We hebben dit systeem, waar nu zoveel kritiek op komt, toch met z'n allen gewild”. Net zo'n probleem is „participatie”, dat uitvoering aan de orde kwam. Duidelijk

werd dat participatie alleen kans van slagen heeft als er rechtstreekse belangen van de mensen mee gemoeid zijn. Op het symposium was behalve in de bijdrage van de politicus nauwelijks sprake van „participatie van de bevolking”. Dat was een derde oorzaak waardoor PHC vaag bleef.

Naar analogie van „een ieder wordt geacht de wet te kennen” stelde Idenburg: „Ieder wordt geacht de beginselen van gezond gedrag te kennen en na te leven”. De consequentie van PHC is de autonomie van de burger ten aanzien van zijn gezondheid; daarin verschilt het van de huidige toestand waarin de burger heteronoom is, afhankelijk van anderen met betrekking tot *tekorten* in zijn gezondheid. Dat zou ook moeten doorwerken in de financiering: wie zich bezorgd maakt over zijn gezondheid (die 750 per 2500), zou niet beloofd moeten worden voor de somatisering van zijn probleem, zoals nu het geval is.

PHC als bedreiging

Een nieuw concept dient bestaande zaken ter discussie te stellen, zei een congresganger. Dat gebeurde te weinig. En daarmee werd de kans gemist om bij te dragen aan de discussie over de problemen waarmee de Nederlandse gezondheidszorg de komende jaren geconfronteerd wordt: (hoe) moet er bezuinigd worden; kan „de politiek” de moed opbrengen om keuzen te maken die tegen het belang indruisen van de georganiseerde categoriale patiëntenverenigingen (het mondige deel der patiënten), bijvoorbeeld door het geld niet te besteden voor open hart-chirurgie, maar voor wijkgezondheidszorg of culturele minderheden?

Dat klemt des te meer, omdat uit recent onderzoek in Amsterdam blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de gezondheidstoestand van de bevolking in de verschillende wijken, ten nadele van de armere wijken.⁷

En wat zullen de consequenties zijn van het „beheersen en sturen” van de gezondheidszorg voor de macht van de professie, bijvoorbeeld van de huisarts? Volgens Idenburg zal PHC met zich meebrengen dat het prestige van de arts daalt en dat er meer wordt samengewerkt in de eerste lijn. En misschien gaat Hogerzeils toekomstidee in vervulling: een wijkziekenverzorger met 10 à 15 medicamenten in de tas.

Binnen het huidige gezondheidszorgsysteem bestaat op dergelijke vragen geen pasklaar antwoord: tegen PHC wordt aangekeken als tegen een bedrei-

ging van de eigen positie en daarom wordt het begrip onschadelijk gemaakt door dat eruit te lichten waarover men zichzelf op de borst kan kloppen. De indruk van dit symposium is dan ook dat de veranderingen in de gezondheidszorg die willen inspelen op de eerder gestelde vragen, niet van de beroepsgroep(en) zijn te verwachten.

¹ Anoniem. Verklaring en aanbevelingen van Alma Ata. Med Contact 1979; 34: 40-3.

² Vuori H. Primary health care in industrialized countries. JR. Coll Gen Pract 1982; 32: 729-35.

³ Muller F. Primaire gezondheidszorg. Med Contact 1983; 38: 1303-6.

⁴ Burkhart S. Primary health care, is it poor care for poor people? Br Med J 1983; 286: 195-6.

⁵ Horder J. Alma Ata declaration. Br Med J 1983; 286: 191-4.

⁶ Hofmans A. Terug naar de Wörtersee. Huisarts en Wetenschap 1983; 26: 422-3.

⁷ Habbema JDF. Onderzoek naar verschillen in sterfte, ziekenhuisopname en langdurige arbeidsongeschiktheid tussen buurten in Amsterdam. Ned Tijdschr Soc Geneeskd 1980; (suppl): 101-7.

Nota bene

Het aanleggen, onderhouden en vervolgens weer afbreken van trimbanen in de jaren zeventig is beter geweest voor de werkgelegenheid dan voor de volksgezondheid.

Stelling bij: Slikkerveer LJ. Medisch pluralisme in Noordoost-Afrika [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit te Leiden, 1983.

Het is wenselijk, dat men, meer dan tot nu toe het geval is, bij de aanstaande medisch student een onderzoek instelt naar zijn geschiktheid voor de hem wachtende, vaak moeilijke, werkkring. Stelling bij: Kruijff H. Primary carcinoma of the fallopian tube [Dissertatie]. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1983.

Urineweginfecties komen bij vrouwen zo vaak voor dat het nodig is rekening te houden met de statistische toevallskans bij het definiëren van de criteria van een recidief.

Stelling bij: Baselier PJAM. Acute bacteriële urineweginfecties in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.