Community oriented primary care

ANSELM DERESE

Het concept van een 'community oriented primary care' heeft zich gedurende de laatste decennia ontwikkeld volgens een aantal krachtlijnen. Het Amerikaanse model laat zien hoe men een klassieke eerstelijns praktijk stapsgewijs kan aanvullen met een aantal gemeenschapsgerichte activiteiten. Eerstelijns gezondheidscentra in Europa legden de basis voor een nieuwe relatie tussen hulpverlener en de lokale gemeenschap. 'Community based health workers' in ontwikkelingslanden vulden aldaar een leemte in het eerstelijns net, maar liepen het risico van een fragmentarische, eenzijdige benadering. Tot nu toe is veel proces- en slechts weinig outcome-onderzoek verricht. Duurzame effecten op lange termijn zijn afhankelijk van de wil van de gehele samenleving om de sociaal-economische factoren aan te pakken die verantwoordelijk zijn voor de ongelijkheid ten aanzien van ziekte en onwelzijn.

Inleiding

De opzet van dit artikel was om een systematisch literatuuroverzicht te geven van de resultaten van wetenschappelijk gefundeerde initiatieven op het vlak van 'community oriented medicine'. Daarbij dienden heel wat horden te worden genomen.

Een eerste moeilijkheid was de vertaling van het begrip: in het Nederlandse taalgebied is de term 'gemeenschapsgerichte eerstelijns gezondheidszorg' niet algemeen gangbaar. Hij roept op het eerste gezicht associaties op met gesloten gemeenschappen, zoals een kloost er, een kostschool of een religieuze of etnische subgroep in de samenleving. Met de Angelsaksische 'community' wordt een veelheid aan entiteiten aangeduid: de praktijkpopulatie, de lokale gemeenschap, een geografische gebiedsomschrijving of de bevolking in het algemeen. Wanneer deze ruime betekenisinhoud gewenst is, zal in dit artikel dan ook af en toe de Engelse term worden gebruikt.

Van wezenlijker belang was het feit dat verschillende auteurs vaak onderling verschillende benaderingswijzen aanduiden met dezelfde term 'community oriented'. Anderzijds worden initiatieven die vanuit een gelijke basisfilosofie vertrekken, in verschillende landen vaak aangeduid met verschillende termen: 'community oriented primary care', 'community based health work', 'community oriented medicine', 'district health care', enz. Door dit gebrek aan een eenduidige begripsomschrijving was een systematische literatuursearch onmogelijk.

Uiteindelijk is dit onderzoek vooral een verkenning geworden van een referentiekader, waarbij enkele vormen van gemeenschapsgeoriënteerde eerstelijns zorg uit diverse systemen van gezondheidszorg tegenover elkaar zijn gesteld. Ik hoop dat lezer hierdoor een beeld krijgt van de mogelijkheden van deze nieuwe dimensie in de eerstelijns gezondheidszorg.

Openheid en bereidheid tot aanpassing

Waarom een gemeenschapsgerichte eerstelijns gezondheidszorg? Deze vraag stelt *Nutting* in zijn standaardwerk over 'community oriented primary care' in de Verenigde Staten: door de enorme vlucht die de specialistische geneeskunde na de tweede wereldoorlog heeft genomen, werden heel wat middelen en mankracht weggezogen uit de eerste lijn. De meeste westerse landen kenden een tijdlang een tekort aan huisartsen. Niet-westerse landen besteedden hun schaarse geldmiddelen aan het kopiëren van westers technologisch vernuft. Later werd duidelijk dat heel wat ziekten hun wortels hadden in de samenleving: de identificatie van risicofactoren, zoals ongezonde leefgewoonten, psychosociale en culturele invloeden, en van risicogroepen leidde tot een herwaardering van een op preventie gerichte eerstelijns gezondheidszorg. In zijn moderne taakopvatting neemt de huisarts ook de ruimere kennis over het gezin en de gemeenschap waartoe het individu behoort, op in zijn diagnosestelling.[1]

Een gemeenschapsgeoriënteerde eerstelijns zorg krijgt echter slechts ten volle betekenis wanneer men ook de diagnose stelt van deze gemeenschap, en wanneer men het aanbod aanpast aan de noden en de behoeften ervan. Deze aanpassing veronderstelt het openstaan voor andere werkvormen dan het individuele arts-patiënt contact, dat in de westerse wereld bijna een sjabloon is geworden van onze praktijkuitoefening.

Deze openheid en bereidheid tot aanpassing aan de noden van de doelpopulatie is de gemeenschappelijke noemer van alle hierna besproken werkvormen. In enkele voorbeelden worden vertegenwoordigers van de gemeenschap betrokken bij het formuleren van de behoeften of bij het bepalen van het beleid van de voorziening. In de meest extreme vorm kunnen andere sectoren van de samenleving worden betrokken bij een gezamenlijk plan ten aanzien van de gezondheidsproblemen en de ontwikkeling van de gemeenschap – een en ander in de geest van Alma Ata.[4]

Werkvormen

Bij de bespreking van de uitgekozen werkvormen starten we met het 'community oriented primary care'-model in de Verenigde Staten,[1-3] omdat dit methodologisch het best onderbouwd is, en omdat het goed aangeeft hoe men stapsgewijs kan evolueren van het traditionele individuele arts-patiënt model naar een gemeenschapsgerichte praktijkuitoefening.

De term community oriented primary care werd voor het eerst gelanceerd door *Kark* in 1981 en werd later uitgediept door *Abramson and Kark* in 1983.[5 6] De basisfilosofie was echter al jaren tevoren ontwikkeld in door de overheid gesubsidieerde instellingen ten behoeve van kansarme en onderdrukte groepen, zoals Neighbourhood Health Centers[7] en the Indian Health Service. Het begrip won snel terrein in de Health Maintenance Organisations (HMO) in de profit en non-profit sector: hun forfaitaire financiering op basis van een abonnementssysteem betekende immers een sterke economische prikkel om zich toe te leggen op preventieve zorg. Enkele HMO's ontwikkelden preventieprogramma's die nationaal en internationaal de aandacht trokken.[8]

Ook in Israël werden de principes van 'community oriented primary care' toegepast bij de stichting van gezondheidscentra.[9 10]

Table *Levels of the target community.*

	Active patients	Practice community	Total community
Stage I. Use of subjective information			Teen-age pregnancy
Stage II. Use of secondary information		Hypertension	
Stage III. Use of newly collected and analyzed data	Urinary tract infections		

Bron *Nutting.*[1]

De drie essentiële kenmerken van het 'community oriented primary care'-model, zijn:
- een eerstelijns voorziening;
- een duidelijk gedefinieerde populatie;
- een proces gericht op de belangrijkste gezondheidsproblemen van deze populatie.

Een eerstelijns voorziening kan in de Verenigde Staten een (groeps)praktijk zijn, maar ook een door de overheid gesubsidieerd eerstelijns programma. De populatie zal, afhankelijk van de setting, samenvallen met een duidelijk afgebakende sociale, culturele, economische en politieke entiteit, zich bepalen tot een structureel omschreven gemeenschap zoals een schoolbevolking, de werknemers van een groot bedrijf of de leden van een HMO; voor praktijken met een betalingssysteem per prestatie kan de gemeenschap op twee manieren worden gedefinieerd: men kiest de actieve populatie (alle patiënten die gedurende de laatste twee jaar de praktijk hebben geconsulteerd, of men kiest de 'practice community': alle leden van de gezinnen waarvan de actieve patiënten deel uitmaken.

In het 'community oriented primary care'-*process* onderscheidt men vier onderdelen of stappen. Deze stappen worden vaak vergeleken met de onderdelen van een individueel arts-patiënt contact:

1 *Omschrijving van de populatie (te vergelijken met het verzamelen van basisgegevens in het individuele arts-patiënt-contact)*

Dit 'vaststellen van de noemer' gebeurt bij voorkeur zo verfijnd mogelijk: idealiter zijn de woonomstandigheden, leefgewoonten en risicofactoren, het verzekeringssysteem en het gebruik van gezondheidsvoorzieningen erin terug te vinden tot op patiëntniveau, zodat patiënten of bepaalde groepen met een hoog risico kunnen worden geïdentificeerd. Veel praktijken maken hierbij gebruik van een geïnformatiseerde database, waarin gegevens verzameld door de praktijk zelf (primary data) gecombineerd worden met sociaal-demografische of epidemiologische gegevens van de overheid (secondary data). Deze secundaire gegevens zijn vaak nauwkeurig tot op het niveau van de statistische sector (circa 4000 inwoners). De primaire gegevens worden verzameld tijdens arts-patiënt contacten en door systematische enquêtes onder de patiëntenpopulatie.

2 *Identificatie van de gezondheidsproblemen van de gemeenschap (te vergelijken met de diagnosestelling)*

Deze stap omvat onder meer het analyseren van de determinanten van de gezondheidsproblemen en het toekennen van prioriteiten. Indrukken vanuit de dagelijkse praktijk vormen vaak de eerste aanzet tot de identificatie, die stapsgewijs kan worden uitgebreid door groepsdiscussies, vergelijking met secundaire gegevens en enquêtes onder de populatie. *Fink et al.* merken op dat door het gebruik van bepaalde groepstechnieken, zoals de consensusmethodiek, subjectieve impressies toch een hoge mate van betrouwbaarheid kunnen opleveren.[11] Vertegenwoordigers van de populatie kunnen een actieve inbreng leveren bij de probleemidentificatie, wanneer zij een plaats krijgen in de beheersstructuur van de HMO of in de patiëntenvereniging van de eerstelijns praktijk.[12]

3 *Opstellen van een activiteitenprogramma (te vergelijken met het opstellen van een behandelingsplan)*

Vaak is samenwerking met andere voorzieningen of met de overheid noodzakelijk, omdat de praktijk alleen niet over de vereiste middelen of vaardigheden beschikt om het programma uit te voeren. Veel belang wordt gehecht aan het realiseren van een 'critical mass': het geheel van personeel, werkinstrumenten en financiële middelen alvorens van start te gaan met een gemeenschapsgericht project.

Een tweede vereiste is een actief naar buiten gerichte strategie, omdat het programma zich bijna per definitie zal richten tot hoog-risico personen of groepen die weinig of geen contact hebben met de praktijk.

4 *Evaluatie*

Vaak is het aanlokkelijk om het ene gezondheidsprobleem na het andere aan te pakken zonder tussentijdse evaluatie. Er zijn nochtans evidente redenen om deze tussenstap wel te doen:
- het activiteitenprogramma kan bijgestuurd worden tot het zijn meest efficiënte vorm heeft bereikt;
- nutteloze programma's kunnen tijdig afgebroken worden zodat er energie en middelen vrijkomen voor zinvollere activiteiten.

Veel huisartsen worden afgeschrikt door de moeilijkheden die zich kunnen voordoen bij de overschakeling naar gemeenschapsgerichte eerstelijns zorg. Men vreest voor ingrijpende veranderingen, die misschien onomkeerbaar zullen zijn, met het risico van verlies van patiënten. Het 'community oriented primary care'-model laat echter een gefaseerde opbouw toe, waarbij men start bij het meest eenvoudige niveau van gegevensverzameling (subjectieve impressies) gericht op de gemakkelijkst te bereiken populatie (de actieve patiënten). Deze progressieve uitbouw in beide dimensies wordt goed geïllustreerd door de *tabel*. Hij geeft ook goed aan dat verschillende gezondheidsproblemen kunnen behandeld worden op een verschillend niveau van gegevensverzameling of ten aanzien van een beperkte of een ruime doelgroep. In feite zijn er slechts enkele basisvoorwaarden om naar een 'community oriented primary care'-praktijk te kunnen evolueren:
- de huisarts of eerstelijns praktijk moet geïnteresseerd zijn in een gemeenschapsgerichte aanpak;
- de doelgroep moet duidelijk gedefinieerd worden;
- men moet een activiteitenprogramma ontwikkelen ten aanzien van deze doelgroep.

Voor een 'community oriented primary care'-praktijk is de computer geen noodzakelijke voorwaarde: de popula-

tie kan evengoed gedefinieerd worden op basis van een goed bijgehouden kaartsysteem, maar de computer biedt uiteraard enorme mogelijkheden om de praktijkpopulatie telkens weer op een ander kenmerk te gaan onderzoeken.

Van belang is verder een epidemiologische scholing voor eerstelijns artsen en de ontwikkeling van bruikbare epidemiologische onderzoekmethoden.[13-17]

Scandinavië

Als reactie op het polikliniek-achtige karakter van de eerstelijns praktijken werd in Zweden tegen het eind van de jaren '70 een systeem van 'district health care' opgesteld.[18] De doelpopulatie werd geografisch omlijnd, op basis van het werkterrein van de 'district nurses'. Enkele auteurs benadrukken de sterke integratie van de district nurse in de gemeenschap, doordat zij veel huisbezoeken aflegt, om medische zowel als om sociaal-psychologische redenen.[19] Deze geografische spreiding van multidisciplinaire centra was opgezet om de Zweedse huisarts meer 'community oriented' te maken, meer geneigd tot het afleggen van huisbezoeken, en meer bereid tot het opzetten van preventieprogramma's.[18]

Deze verwachtingen blijken niet te zijn uitgekomen: Zweedse huisartsen zijn nog erg 'surgery-prone', en er is zelfs een tendens om de district nurse sterker te binden aan het gezondheidscentrum ten koste van haar integratie in de gemeenschap. Een nauwere samenwerking met de gemeentelijke overheid of met locale vrijwilligersorganisaties wordt als een uitweg gezien om de betrokkenheid bij de gemeenschap te verhogen.[18]

Wijkgezondheidscentra in Vlaanderen en Nederland

In de jaren '60-'70 ontstond in Vlaanderen en Nederland een kritische beweging van patiënten en gezondheidswerkers als reactie op de geïsoleerde opstelling van artsen en paramedici. Integratie werd gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor een meer integrale zorg voor de patiënt.[20 21] In Nederland werd deze ontwikkeling ook actief gestimuleerd door de overheid; in Vlaanderen werden de bestaande centra in beperkte mate gesubsidieerd voor hun patiënt- en gemeenschapsgerichte GVO-activiteiten.

Over deze gemeenschapsgerichte activiteiten zijn slechts enkele rapporten gepubliceerd. Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt ontwikkelde verschillende vormen van patiëntenparticipatie en onderzoekt sinds 1986 de mogelijkheden van een geïntegreerd programma van samenlevingsopbouw en GVO ten aanzien van de scholen en de diverse geledingen van de omringende wijk.[22] Het Wijkgezondheidscentrum De Sleep ontwikkelde vooral activiteiten ten behoeve van de Turkse migrantenpopulatie.[23 24]

Uit deze rapporten spreekt de sterke betrokkenheid bij specifieke noden van de doelgroep. Gedefinieerd vanuit het 'community oriented primary care'-model is de subjectieve impressie van de hulpverlener het vertrekpunt: de gesignaleerde problemen worden in groep besproken en er wordt gestreefd naar een strategie van probleemoplossing waarbij de betrokken patiënten of buurtbewoners hun eigen beslisvaardigheid zoveel mogelijk kunnen ontwikkelen. Het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt ontwierp hiervoor overlegstructuren waarin hulpverleners samen hun moeilijkheden bespreken bij het benaderen van een kansarme populatie, of waarin sleutelfiguren uit de lokale gemeenschap samen een beleid uitstippelen ten aanzien van de belangrijkste gezondheids- en welzijnsproblemen van de gemeenschap.[22]

Gezondheidscentra in Nederland, zoals het Withuis, Hoensbroek-Noord, Holendrecht en Ommoord, probeerden hun patiënten via een krant, een patiëntenvereniging, een bezoekersteam, inschakeling in de voorwacht of via deelname aan GVO-activiteiten meer te betrekken bij de eerstelijns zorg.[25-27] De ervaring van Ommoord laat zien dat de samenwerking tussen lokale gemeenschap en hulpverlenersteam in de loop van de historie erg wisselend van karakter kan zijn, in functie van de behoeften van beide partijen.[28]

British National Health Service

Bij de organisatie van de National Health Service in 1946 werd aan de lokale overheden de opdracht gegeven een net van eerstelijns centra uit te bouwen met naast curatieve ook belangrijke taken op het vlak van preventie en gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Een sleutel in het contact met de community wordt toebedeeld aan de 'health visitors': zij kunnen ingeschakeld worden bij de screening van diabetes, bij GVO-programma's en bij de aanpak van sociale risicofactoren.[29]

Ontwikkelingslanden

Sinds de Tweede Wereldoorlog bouwden veel niet-westerse landen een netwerk uit van 'community-based health workers' (CHW's). CHW's zijn in de meeste gevallen plaatselijke inwoners die na een minimaal trainingsprogramma een beperkte taak kregen in de eerstelijns zorg en de GVO van hun medeburgers, vrijwillig of tegen een geringe vergoeding.

De eerste berichten over CHW-programma's waren veelbelovend: in kleine goed geleide projecten bewezen CHW's dat zij een adequate gezondheidszorg konden brengen tegen een lage kostprijs. Deze projecten waren meestal opgezet door toegewijde eerstelijns werkers die ontevreden waren over de inefficiëntie van het – vaak op het ziekenhuis gebaseerde – systeem van gezondheidszorg in hun regio. In deze eerste experimenten hadden de CHW's meestal een belangrijke preventieve en educatieve taak.

Op basis van deze positieve resultaten werden op grote schaal CHW-projecten gelanceerd. Het klassieke voorbeeld zijn de 'blote-voetendokters' in China. Andere voorbeelden zijn de 'health kaders' in Indonesië, 'health promotors' in Peru, 'health post volunteers' in Thailand en 'community health aids' in Jamaica.[30 31] Hierbij werd vaak de nadruk gelegd op enkele specifieke gezondheidsproblemen, zoals de hoge kindersterfte of family planning, en er werden bij voorkeur eenvoudige werkinstrumenten gepropageerd, zoals mazelenvaccinatie, het bijhouden van groeicurves en het gebruik van ORS-voeding. Hierbij werden effecten beoogd op korte termijn, zoals het verlagen van de mortaliteitscijfers bij jonge kinderen. Dit selectieve beleid was soms weinig efficiënt en was bovendien vaak in tegenspraak met het ontwikkelen van een 'comprehensive primary health care' op lange termijn.

Evaluatie

Tot nog toe is slechts weinig evaluatieonderzoek verricht naar de beschreven werkvormen. Meest onderzocht zijn de resultaten van het 'community oriented primary care'-model in HMO's, omdat hun bestaan afhangt van een gunstige kosten-batenverhouding.[32] Voorbeelden zijn:

Een preventieprogramma van de Kaiser-Oregon HMO met betrekking tot het sudden infant death syndrome bracht de incidentie van het syndroom

in de doelpopulatie terug tot 30 procent van het oorspronkelijke niveau.[33] HMO's realiseerden ook een belangrijke besparing ten aanzien van het gebruik van intramurale voorzieningen.[34] The Group Health Cooperative of Puget Sound bedient ongeveer 20 procent van de Seattle Area; zij ontwikkelde onder meer een preventief programma ten aanzien van acute hartdood dat internationaal weerklank vond.[1]

Een lezenswaardig overzicht van CHW-programma's in de Derde Wereld toont aan dat de enthousiaste verwachtingen die geschapen werden door de kleinschalige projecten, niet uitkwamen bij invoering op grote schaal. CHW's zijn weliswaar goedkoop en bereiken een groter deel van de bevolking dan de andere eerstelijns voorzieningen, maar hun interventies zijn vaak inadequaat en van inferieure kwaliteit.[30] Op langere termijn, en met name wat betreft het verhogen van de 'selfreliance' van de doelgroep, hadden de CHW's soms een averechts effect.

In West-Europa is het evaluatie-onderzoek van gemeenschapsgerichte activiteiten erg beperkt gebleven, ondanks het feit dat de Wereldgezondheidsorganisatie herhaalde malen heeft gewezen op de belangrijke rol die eerstelijns teams of gezondheidscentra in verband hiermee kunnen spelen.[35 36] In de literatuur werden vooral de organisatieontwikkeling, de teamvorming, de verwijzing en de besparingen ten opzichte van de tweede lijn bestudeerd.[37-39]

Besluit

Na het voorgaande is het stilaan duidelijk langs welke krachtlijnen een gemeenschapsgerichte eerstelijns zorg zich kan ontwikkelen. De instrumenten die daartoe noodzakelijk zijn, worden voortreffelijk beschreven door het 'community oriented primary care'-model uit de Verenigde Staten. Een door de recente aanwinsten van de informatica ondersteunde screening van risicofactoren binnen een welomschreven populatie kan ongetwijfeld het pad effenen voor meer adequate interventiestrategieën.

Dat hiervoor een nieuwe relatie tussen hulpverlener en gemeenschap noodzakelijk is, zal zonder meer duidelijk zijn: een wederzijdse bevruchting van een meer betrokken hulpverlener en een meer betrokken gemeenschap kan slechts leiden tot een beter op de behoeften afgestemd aanbod. Dit wordt ten overvloede nog gerapporteerd door een aantal auteurs, zoals *Pritchard*.[41] Dat hierover veel proces- en slechts weinig outcome-onderzoek is verricht, doet nauwelijks iets af aan deze evidentie.

Toch zijn er enkele valkuilen:

- Ten eerste moet men zich hoeden voor het al te simplistisch definiëren van behoeften en het nastreven van leniging ervan op korte termijn. Kortlopende programma's voldoen weliswaar aan de tendens tot zelfbevestiging van nationale regeringen, maar gaan voorbij aan de echte problemen. Een hoge kindersterfte is weliswaar een erg opvallende karakteristiek van Derde-Wereldlanden, maar minder erg dan de vroegtijdige invaliditeit of het overlijden van de kostwinner van de daar levende gezinnen.[42]
- Ten tweede moet men beducht zijn voor alle moeilijkheden en beperkingen van een systematische registratie van gezondheidsproblemen in een bepaalde situatie. Standaardisering van werkwijze en uniformering van registratie zijn noodzakelijk om de werkelijkheid zoals die zich voordoet aan de ene hulpverlener, te vergelijken met de werkelijkheid van andere huisartsen; hierbij bestaat steeds de kans dat de interessante kenmerken van de bestudeerde populatie niet te vatten zijn in één van de bestaande classificatiesystemen.[43]

De jeugdgezondheidszorg en studentengezondheidszorg kunnen als voorbeelden gelden voor een (systematische) screening t.a.v. een bepaalde risicogroep:

- uit de ervaring van de jeugdgezondheidszorg blijkt hoe moeilijk eensgezindheid te bereiken is over de gebruikte instrumenten: PGO, PSO, vragenlijsten of regelmatig screeningsonderzoek;[44] over de waarde van deze onderzoeksinstrumenten bestaan nog nauwelijks onderzoeksgegevens;[45]
- in de studentengezondheidszorg bleek dat het aantal geregistreerde psychosociale problemen sterk afhankelijk is van de al dan niet somatische instelling van de arts (onder het adagium: 'de patiënt is ziek tot het tegengestelde bewezen is') en van zijn vermogen om klachten te duiden als leefproblemen in het kader van de specifieke situatie van de student.[46]

- Ten derde hebben gemeenschapsgerichte interventies alleen zin wanneer ze een echt contact weten op te bouwen met de betrokken gemeenschap, en wanneer ze rekening houden met de eigen ontwikkelingsmogelijkheden van de doelgroep.[42 47] Dit betekent haast automatisch een veelomvattende aanpak en een lange-termijn strategie, plus een specifieke attitude van de hulpverlener.[48 49]
- Ten vierde wordt de toekomst van een 'community oriented primary care' verder gehypothekeerd door de babelse verwarring die ontstaan is rond 'primary health care' sinds Alma Ata: voor hulpverleners met een echte wil tot verandering is het een geheel van activiteiten of een ontwikkelingsstrategie, voor anderen is het een modern ideologisch concept waartegen men zijn eigen activiteiten poogt te verantwoorden, plannenmakers verwachten vooral veel economisch voordeel van een effectievere gezondheidszorg, van zelf- en mantelzorg. Van de burgers kan men enkel een grotere participatie verwachten als hun rechtstreekse belangen ermee gemoeid zijn.[50]

Wanneer het de 'community oriented primary care' vergaat als de multidisciplinaire samenwerkingsverbanden kan men eerder somber gestemd zijn: van overheidswege kwam er veel lippendienst, maar nimmer een adequate structurele financiering van de meerkosten.[27]

- Tenslotte is er nog een ethisch-politieke vraag: is dit nog wel het terrein van de idealistische gezondheidswerker (alleen)? Ziekte en (afwezigheid van) gezondheid, gebrek aan welzijn zijn immers een uiting van menselijke deprivatie: allerlei sociaal-economische factoren creëren een ongelijkheid die door de gezondheidszorg alleen niet kan worden weggewerkt. Een goed opgezet gemeenschapsgericht programma zou op die manier toch een ongunstige outcome-evaluatie kunnen opleveren, doordat de noodzakelijke basisvoorwaarden niet aanwezig zijn om de gemeenschap tot ontwikkeling te brengen, in welke richting dan ook.

Slotopmerking

Op dit ogenblik is 'community oriented primary care' een mooi ideologisch concept waaraan met veel idealisme werd gewerkt, maar waarvan de positieve outcome nooit werd aangetoond. Net zoals in het verhaal van de Kleren van de Keizer heeft het nog niet veel om het lijf.

Positieve procesevaluaties van 'community oriented primary care'-initiatieven maken het vooralsnog mogelijk van de Keizer te houden en hem in de toekomst substantiëler aan te kleden.

[1] Nutting PA. Community oriented primary care. From principle to practice. Washington DC: US Department of Health and Human Services. HRSA Publication HRS-A-PE 86-1, 1987.
[2] Nutting PA. Community oriented primary care: a promising innovation in primary care. Public Health Rep 1985; 100(1): 3.
[3] Nutting PA, Connor EM. Community oriented primary care. An examination of the US experience. Am J Publ Health 1986; 76: 279-80.
[4] The Declaration of Alma Ata. In: Anonymous. Alma Ata 1978: primary health care. Geneva, WHO, 1978.
[5] Kark SL. The practice of community oriented primary health care. Appleton-Century Crofts, 1981.
[6] Abramson JH, et al. Trends in primary health care. A joint South-African-Israel symposium. Israel J Med Sci 1983; 19(8).
[7] Geiger HS. The neighborhood health center. Arch Environm Health 1967; 14: 912.
[8] Klatsky AL, Friedman GD, Siegelaub AB. Alcohol and mortality. Ann Intern Med 1981; 95: 139.
[9] Doron H. Planning community oriented primary care in Israel. Public Health Rep 1984; 99: 450-5.
[10] Kark S, Abramson JH. Community focused health care. Israel J Med Sci 1981; 17: 2-3.
[11] Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. Am J Publ Health 1984; 74: 979.
[12] Sheps C. The influence of consumer sponsorship on medical services. Milbank Mem Fund Q 1972; 50(4-II): 41-69.
[13] Abramson JH. Application of epidemiology in community oriented primary care. Public Health Rep 1984; 99: 437-42.
[14] Novick LF, Greene C, Vogt RL. Teaching medical students epidemiology utilizing a state health department. Public Health Rep 1985; 100: 401-5.
[15] Mullan F. Community oriented primary care. Epidemiology's role in the future of primary care. Public Health Rep 1984; 99: 442-5.
[16] Deuschle KW, Bosh SJ. The community medicine-primary care connection. Israel J Med Sci 1981; 17: 86.
[17] Connor E, Mullan F. Community oriented primary care. New directions for health services delivery. Washington DC: National Academy Press, 1983.
[18] Svanström L. District health care teams. Scand J Prim Health Care 1987; 5: 66-7.
[19] Ejlertsson G, Jansson A-K. The district nurse and the district physician in health care teams. An analysis of the content of primary health care. Scand J Prim Health Care 1987; 5: 73-8.
[20] De Maeseneer J, De Smet R. Integration of services in a community health centre. In: Anonymous. Proceedings of the Conference on primary health care in the industrialized countries, Bordeaux 14-18 november 1983. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1983.
[21] De Maeseneer J. Eerstelijnsgezondheidszorg: Van Alma Ata tot in de buurt. Huisarts Nu 1984; 13: 190-4.
[22] Derese A. Een geïntegreerd programma van samenlevingsopbouw en GVO in een kansarme wijk. Belgisch archief van Sociale Geneeskunde (aangeboden april 1988).
[23] De Ridder R. Zwangerschapsbegeleiding bij Turkse vrouwen. Huisarts Nu 1987; 10: 485.
[24] De Ridder R. Voedingsadviezen aan Turkse diabetespatiënten. Referatendag 1988. VHI. St Hubertstraat 58, B-2600 Berchem.
[25] Crebolder HFJM. Onderzoekingen rond het gezondheidscentrum Withuis X. Organisatie en werkwijze. Huisarts Wet 1977; 20: 301-5.
[26] Ebbens EH. Een patiëntenvereniging binnen het Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Huisarts Wet 1980; 23: 264-7.
[27] Feldmann T. Een pleidooi voor gestructureerde samenwerking. Huisarts Wet 1984; 27(suppl 8): 21-30.
[28] Van Weel C, Lamberts H. Het gezondheidscentrum in de wijk. Huisarts Wet 1980; 23: 386-8.
[29] Anonymous. The local health services. London: Office of Health Economics, 1965.
[30] Berman PA, Gwatkin DR, Burger SE. Community-based health workers: head start or false start towards Health for all? Soc Sci Med 1987; 25: 443-59.
[31] Vansintejan GA, Davis RC. A training initiative for community health workers in rural Haiti. World Health Forum 1986; 7: 150-3.
[32] Deeds SG, Mullen PD. Health education in HMO's: part one. Health Educ Q 1981; 8: 279.
[33] Nutting PA, Connor EM, eds. Community oriented primary care. A practical assessment. II: The case studies. Washington, DC: National Academy Press, 1984; 310: 1505.
[34] Manning WG, Loebowitz A, Goldberg GA, et al. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. N Engl J Med 1984; 310: 505.
[35] Vuori H. Primary health care in industrialized countries. Copenhagen: WHO Regional Officie for Europe, 1980.
[36] Kohn R. The health centre concept in primary health care. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
[37] Barber JH, Krats CR. Towards team care. London: Churchill Livingstone, 1980.
[38] Hupkens LAJ. Verschillen in verwijsgedrag door samenwerkingsverband. Med Contact 1981; 933-6.
[39] Wijkel D. Samenwerken en Verwijzen. Deel I: Praktijkvormen en Productiecijfers. Utrecht: NHI, 1983.
[40] De Maeseneer J, Debunne M. Wat verwachten patiënten van patiëntenparticipatie. Huisarts Nu 1986; 15: 424-37.
[41] Pritchard PMM. Community participation in primary health care. Br Med J 1975; iii: 585.
[42] Rifkin SB, Walt C. Why health improves: defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary Health Care'. Soc Sci Med 1986; 23: 259-66.
[43] Van Weel C, Van Veen W. Hulpmiddelen bij het classificeren en registreren. Huisarts Wet 1979; 22: 400-1.
[44] Vuister PM, Wassenaar J, Wouters TA. Een standpuntbepaling van de hoofden/coördinatoren jeugdgezondheidszorg van de basisgezondheidsdiensten en schoolartsendiensten in Noord-Brabant. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 61: 315-8.
[45] Timmermans LJO. Een standpuntbepaling van de hoofden/coördinatoren jeugdgezondheidszorg van de basisgezondheidsdiensten en schoolartsendiensten in Noord-Brabant [Ingezonden commentaar]. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 61: 422.
[46] Meijman FJ, Bracke E. Studentengezondheidszorg. Proeftuin voor integratie. Med Contact 1981; 36: 594-8, 641-5.
[47] Sheerin I, Malcolm L. The Parklands, Queenspark Health Survey. An exercise in community participation. Christchurch, New Zealand: Health Planning and Research Unit, 1978.
[48] MacCormack OP. Community participation in primary health care. Tropical Doctor 1983; 13(2): 51.
[49] Hatch J, Eng E. Health worker roles in community oriented primary care. In: Connor E, Mullan F. Community oriented primary care. New directions for health services delivery. Washington DC: National Academy Press, 1983: 138.
[50] Van der Werf GT, Dijksterhuis PH. Primary health care en de betekenis voor Nederland. Huisarts Wet 1984; 27: 104-5.