

Primary Health Care

0275 X

'Primary Health Care' – primaire gezondheidszorg – is een begrip dat sinds de internationale conferentie over dit onderwerp in 1978 in Alma Ata werd gehouden de World Health Organization steeds verder gaand heeft doorgetrokken. Men kan nauwelijks een WHO-publikatie opslaan zonder met dit begrip te worden geconfronteerd. Dit is eigenlijk niet zo verwonderlijk.

Om te beginnen bezit het concept van de Primary Health Care (PHC) zeer ruim getrokken grenzen. In de 'Declaration of Alma Ata'* omvat PHC onder andere gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bevordering van een juiste voeding, van goed drinkwater en basale sanitaire voorzieningen, immunisatie, bestrijding van endemische ziekten, passende behandeling van veel voorkomende ziekten en verstrekken van essentieel geachte geneesmiddelen. Echter: PHC is ook betrokken bij aan de gezondheidszorg grenzende gebieden, onder andere landbouw en veeteelt, huisvesting, voedselproductie, industrie en talloze andere terreinen. Primaire gezondheidszorg vormt dus een veel breder concept dan de eerstelijnsgezondheidszorg, die daarmee wel eens als identiek wordt beschouwd. Laatstgenoemde vorm van zorg is wel onderdeel van de PHC.

Veel gebieden binnen de PHC beschouwen we in West-Europa eigenlijk nauwelijks meer als gezondheidszorg: goede drinkwatervoorzieningen, verantwoorde behuizing en vele andere. Deze voorzieningen zijn zo vergaand in onze normale leefpatronen opgenomen, dat het stempel 'gezondheidszorg' daarvan is afgesleten. In de praktijk blijkt dat ook: waar voorheen medische deskundigen zich óók bezighielden met deze gebieden is dat nu in veel mindere mate het geval; andere deskundigen, zoals ingenieurs, hebben deze gezondheidsaspecten in hun vakgebied opgenomen. In landen uit de Derde Wereld ligt dit heel anders. Hier kan een arts zich nog 's morgens bezighouden met de zorg voor zieken, 's middags met watervoorziening en afvalverwerking. Door de geringe functiedifferentiatie, gevolg van de achterstand in economische ontwikkeling, wordt de PHC in

J. C. Van Es

Concept van
primaire gezondheidszorg
toetssteen bij
prioriteitsstelling
en bezuinigingen

veel sterker mate door geneeskundigen uitgevoerd. In minder geïndustrialiseerde Europese landen, zoals Joegoslavië, vindt men overgangsvormen; daar behoort het ook nog tot de taak van een plattelandshuisarts, exponent van de PHC, toezicht te houden op voedsel- en drinkwatervoorziening.

Het concept van de primaire gezondheidszorg wordt dan ook vooral in de, in economisch-industrieel opzicht, minder ontwikkelde landen het meest zichtbaar. In die landen moet de gezondheidszorg, inclusief de medische zorg, verder tot ontwikkeling komen. Het concept van de PHC is daar als model zeer bruikbaar en kan verhinderen dat de Westeuropese gezondheidszorg zonder meer als voorbeeld dient voor de opbouw in die landen. Waar dit laatste wel gebeurt, bijvoorbeeld bij de bouw en exploitatie van ziekenhuizen naar een westers type, komen de beschikbare middelen slechts aan een zeer klein deel van de bevolking ten goede. Niet voor niets stelt Leo Kaprio**, directeur van de Europese regio van de Wereldgezondheidsorganisatie, als eerste kenmerk van een goed opgezette PHC dat er een nauwe relatie bestaat tussen de 'needs': de behoefte aan hulp bij geïdentificeerde gezondheidsproblemen, en de daarvoor geboden hulp.

In hoeverre wordt in ons land op een dergelijke manier de gezondheidszorg opgebouwd en in hoeverre speelt het PHC-concept daarbij een rol? Die vraag zal binnenkort uitputtend worden behandeld tijdens een symposium van de Universitaire Leergangen Gezondheidszorg te Groningen, waar overigens Kaprio één der sprekers zal zijn. Ter inleiding op dit symposium 'Primary Health Care en de betekenis voor Nederland' schreef F. Muller een beschouwing die in dit nummer van

Medisch Contact wordt afgedrukt (blz. 1303).

Over het algemeen gesproken worden medische aspecten van de gezondheidszorg te onzent op een andere manier ingevuld: veeleer bepaald door de mogelijkheden die de medische wetenschap te bieden heeft en voor een deel ook door de 'demands' van groepen van de bevolking die druk uitoefenen. Het expliciet bepalen van de 'needs' komt slechts aarzeland op gang. Onmiskenbaar worden de 'needs' mede bepaald door het waardenstelsel dat men hanteert, van het beeld dat men van gezond-zijn bezit en wie of wat daartoe kan bijdragen. Het aanbod van de medische wetenschap is behoefteverschepend.

Als de 'needs' mede door een PHC-concept worden vastgesteld, zal blijken dat dit ook voor ons land van veel belang is. Dit kan op veel gebieden blijken. Ik noem er slechts twee van. Het blijkt dat water en bodemverontreiniging gevaren voor de gezondheid inhouden. Het milieu is niet *nog niet*, maar *niet meer* vanzelfsprekend veilig. Dit vergt de belangstelling van artsen, of beter: van de artsengemeenschap. Een ander voorbeeld wordt gevormd door de specifieke aandacht die minderheidsgroeperingen in de gezondheidszorg vergen. PHC bevindt zich dichtbij de patiënt of potentiële patiënt en moet daarvan uitgaand de 'needs', de objectieveerbare, de gezondheidszorg bedreigende factoren, definiëren om de gezondheidszorg dáárop af te stemmen.

Het PHC-concept kan als toetssteen fungeren bij het opstellen van prioriteiten. Dit vergt onderbouwing door wetenschappelijk onderzoek. Zodanig gericht onderzoek zal echter weinig kans krijgen als de recente adviezen van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid worden opgevolgd. Men leze het in het vorige nummer van Medisch Contact opgenomen artikel van Prof. Dr. M. J. de Vries***; hierop komen wij later nog terug. ■

* Alma Ata 1978; Primary Health Care. Genève: WHO, 1978.

** Kaprio L.A. Primary Health Care in Europe. Euroreport and studies 14. Copenhagen: WHO, 1979.

*** Vries MJ de. Prioriteiten in het gezondheidsonderzoek: een advies van de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid: onkunde of misleiding? Medisch Contact 1983; 38: 1297.