

J

Jozien Bensing



2245

Wie wil in Nederland Primary Health Care?

PHC, wat doen we ermee? Hoe realistisch is het streven naar Primary Health Care voor een land als het onze? Die vraag was aan de orde tijdens het symposium 'Primary Health Care en de betekenis voor Nederland', georganiseerd door de Universitaire Leergangen Gezondheidszorg van de RU Groningen. Het hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut, de psychologe Jozien Bensing, zette daar in een voordracht de beide vaderlandse voorbeelden tegen elkaar af. Bijgaand haar bewerking van die voordracht. Gecombineerd zouden het scenario van WVC en het scenario-Muller volgens haar veel voor de Nederlandse gezondheidszorg kunnen betekenen. Het zwakke punt dat beide delen is, dat ze er geen rekening mee houden dat je anders tegen gezondheid en gezondheidszorg aankijkt wanneer je ziek of zwak bent of gezond.

De veronderstelling die bij velen leeft, dat Primary Health Care de letterlijke vertaling is van ons vertrouwde begrip 'eerstelijnsgezondheidszorg' (of andersom natuurlijk), is onjuist. Uit de vele publicaties van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is duidelijk geworden dat 'Primary Health Care' een veelomvattender begrip is en ook veel nadrukkelijker ingrijpt in het leven van iedere Nederlandse burger^{1,2}. Daarom is het alleszins gerechtvaardigd stil te staan bij de vraag in hoeverre de Nederlandse samenleving eigenlijk zit te wachten op iets als 'Primary Health Care'. Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven zal dat veelomvattende begrip eerst nader moeten worden geanalyseerd.

Het doel van Primary Health Care is 'gezondheid voor iedereen tegen het jaar 2000'. Uiteraard zal de Nederlandse samenleving die doelstelling graag ondersteunen. Zeker wanneer gezondheid zo ruim wordt gedefinieerd als de World

Health Organisation dat nog steeds doet: 'Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing, and not merely the absence of disease and infirmity' (Declaration of Alma Ata (1978) act. 1). En zeker wanneer in navolging van de World Health Organisation 'gestreefd wordt naar een gezondheidsniveau (in het jaar 2000) dat alle mensen in de wereld in staat stelt een sociaal en economisch leven te leiden' (Declaration of Alma Ata, act. 5).

Maar hoe realistisch is dit streven? De huidige economische vooruitzichten maken de kans op een 'sociaal en economisch productief leven' minder vanzelfsprekend. En bevolkingsprognoses tonen aan dat het aantal bejaarden en met name het aantal hoogbejaarden in de komende twintig jaar zowel in absolute als in relatieve zin sterk zal toenemen (figuur 1)³. Wanneer daarbij wordt bedacht dat ouderen vaker en meer klachten hebben en meer naar de huisarts gaan, vaker worden verwezen naar een specialist, meer worden opgenomen en langer in het ziekenhuis liggen⁴, kortom, minder gezond zijn dan jongeren, krijgt de slogan van Alma Ata een wat cynische bijklank, een bijklank die ook ontstaat bij de gedachte aan de voorspelde groei van het aantal

chronisch zieken, het aantal werklozen, etc.

Verskillende motieven

De doelstelling van Primary Health Care moet dus niet al te letterlijk worden genomen: *Primary Health Care is een ideologie*, een geloof. Het verwijst naar algemene waarden als:

- gelijkheid;
- sociale rechtvaardigheid;
- een eigen verantwoording;
- zelfbeschikkingsrecht; en
- zelfontplooiing.

Het verwijst naar iets waarnaar moet worden gestreefd, alhoewel iedereen weet dat het einddoel nooit helemaal zal worden bereikt.

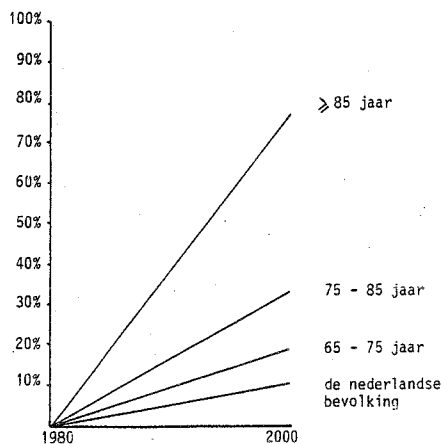
Primary Health Care is echter niet alleen een ideologisch begrip. Beleidsmakers kennen natuurlijk de bevolkingsprognoses en velen van hen zullen een wat onbehaaglijk gevoel hebben bij de gedachte aan de consequenties hiervan voor de omvang en de kosten van de gezondheidszorg bij ongewijzigd beleid. Primary Health Care lijkt hiervoor een oplossing te bieden. Daarmee is *Primary Health Care* - los van alle ideologie - ook een economisch begrip en een managementbegrip, dat verwijst naar economische en planningsprincipes als:

- effectiviteit;
- doelmatigheid;
- verantwoorde afweging van kosten en baten; en
- optimale allokatie van mankracht en middelen.

In alle publicaties over Primary Health Care wordt benadrukt dat de kosten van gezondheidszorg in ieder land in overeenstemming moeten zijn met wat het land economisch kan opbrengen. Primary Health Care is kostenbewust en goedkoper dan de traditionele medische zorg, met name de technologisch-medische zorg en de zorg in intramurale voorzieningen.

Primary Health Care is een economisch verantwoorde vorm van gezondheids- ▶

Figuur 1. Groei van de Nederlandse bevolking tussen 1980 en 2000 (in percentages).



Bron: Prognose voorzieningen voor bejaarden in 2010, Ziekenfondsraad (1982).

zorg, die toch leidt tot het begeerde doel 'gezondheid voor allen in het jaar 2000'. Dat maakt Primary Health Care de moeite van het nastreven waard. Maar: Primary Health Care wordt nagestreefd vanuit volstrekt verschillende motieven, te weten ideologische motieven en economische of planningsmotieven. En hoewel de ideologen van de Primary Health Care-beweging zich ongetwijfeld bewust zijn van het profijtelijk karakter van hun beweging en (omgekeerd) de gezondheidsplanners zich ongetwijfeld in meer of mindere mate bewust zijn van het ideële karakter ervan (en zich daar vaak ook mee identificeren), zijn het in wezen toch twee heel verschillende stromingen, zowel naar inhoud als naar type verdediger: twee stromingen die elkaar toevallig – door hun gelijktijdigheid – hebben gevonden en vervolgens een hecht en stabiel bondgenootschap hebben gesloten. Op het niveau van doelstellingen benadrukken deze bondgenoten de overeenkomsten tussen hun beider visie en versterken zij elkaars argumenten, waardoor het lijkt of er één omvattende visie op Primary Health Care bestaat. Geen van beide stromingen zou afzonderlijk – dus zonder de ander – in staat zijn geweest een dergelijk krachtige beweging te mobiliseren.

Op het niveau van concrete maatregelen duiken echter de verschillen tussen beide stromingen op, waardoor het begrip Primary Health Care in zijn uitwerking vaak verwarrend en tegenstrijdig wordt. Dat wordt pas zichtbaar wanneer wordt gekeken naar de concrete interpretaties en invullingen van het begrip 'Primary Health Care'. Kaprio geeft in zijn boek 'Primary Health Care in Europe' een aantal afgeleide doelen of basisprincipes van het begrip 'Primary Health Care' dat van belang is voor de Europese situatie en dat goed als kapstok kan dienen voor een dergelijke exercitie⁴:

4 *principles of Primary Health Care*

- a. Health care should be related to the needs of the population.
- b. Consumers should participate in the planning and implementation of health care.
- c. The fullest use must be made of available resources.
- d. PHC is not an isolated approach, but part of a comprehensive health system.

Twee scenario's

Er zijn twee Nederlandse voorbeelden van denken over Primary Health Care die aan deze 'principes' van Kaprio kunnen worden getoetst:

1. het door Muller ontwikkelde scenario in zijn congresbijdrage en artikel in Medisch Contact: 'Primaire Gezondheidszorg: de betekenis van de Primary Health Care-benadering voor Nederland'⁶; en
2. het (meer impliciet) als scenario geformuleerde door WVC voorgestane volksgezondheidsbeleid, zoals dat is neergelegd in de nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen'⁷.

Beide scenario's zijn ontwikkeld vanuit de WHO-optiek van Primary Health Care en zijn speciaal ontwikkeld voor de Nederlandse situatie. Toch zijn ze in een aantal opzichten heel verschillend:

– *scenario-Muller*. We laten voor dit moment een enkele inconsistentie in dit scenario buiten beschouwing (ook Muller lost in mijn ogen het spanningsveld tussen centraal normeren en financieren enerzijds en decentraal plannen uitvoeren en controleren anderszijds niet op een bevredigende manier op) en richten ons op de kernpunten.

Centraal in Mullers scenario staat de 'community', een kleine gemeenschap (5.000 tot 40.000 mensen) die bepaalde kenmerken deelt (N.B. Het hoeft niet per se een geografisch gebied te zijn, het kan ook een school of een fabriek zijn). Deze 'community' heeft *onbelemmerd toegang tot een integraal pakket van essentiële gezondheidszorg*. Wat 'essentiële gezondheidszorg' is wordt bepaald door hulpverleners en hulpvragers (die laatste zijn daarvoor in een *vereniging* verenigd) op basis van een voortschrijdende *gezondheidsanalyse*. Om dat goed te kunnen doen en er ook naar te kunnen handelen is volgens dit scenario in iedere wijk een 'public health consultant' nodig (dit geeft in ieder geval werkgelegenheid voor een paar duizend opbouwwerkers). Omvang en kwaliteit van deze voorzieningen worden meer dan voorheen onder nationale en lokale invloeden geplaatst, waarbij normen en financiering centraal, uitvoering en controle lokaal worden bepaald. De zorg zal zo dicht mogelijk naar de mensen worden gebracht.

De kernpunten van dit scenario kunnen vooral worden gelokaliseerd in de eerste twee door Kaprio geformuleerde principes (a en b, schema). De voortschrijden-

de gezondheidsanalyse staat er borg voor dat de zorg aan de behoeften van de bevolking zal zijn gerelateerd; de verenigingsstructuur garandeert de participatie van de bevolking in de planning en implementatie van zorg. De twee andere principes komen veel minder duidelijk uit de verf: er zijn geen prikkels of procedures ingebouwd die ervoor zorgen dat zorg op een zo laag (en zo goedkoop) mogelijk niveau wordt gegeven. De relatie met de omringende wereld waar ziekenhuizen, diagnostische laboratoria en dergelijke hun aandeel in de zorg opeisen, wordt niet behandeld.

– *scenario WVC*. Bij het door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur ontworpen scenario, althans voor zover dat tot uiting komt in de nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen', is precies het omgekeerde te zien. Centraal staat hier niet de gemeenschap, maar de zelfstandigheid van de consument/patiënt.

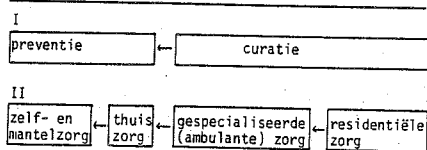
De nota begint met een verwijzing naar de Grondwet: '*De Grondwet bevat thans de opdracht voor de Overheid om de volksgezondheid te bevorderen. Voor het overheidsbeleid betekent dit, dat het direct of indirect moet zijn gericht op het bevorderen, behouden of herstellen van gezondheid, voorts op het in stand houden en zo mogelijk vergroten van de zelfstandigheid van het individu bij chronische ziekte of handicap, tenslotte op het verzachten van pijn*'. Dan volgt een aantal afgeleide doelen als: kwaliteitsbewaking en -bevordering; afstemming van vraag en aanbod; goede spreiding en toegankelijkheid van voorzieningen (ook in financieel opzicht); vergroting van de samenhang tussen voorzieningen; en het scheppen van een doorzichtige structuur, die bovendien beheersbaar is. En dan komt het: '*Het belang van deze doeleinden erkennend stel ik centraal: de bevordering van de zelfstandigheid van de consument/patiënt*'.

De beleidsvoornemens van de overheid vallen conform deze centrale doelstelling uiteen in drie hoofdgroepen:

1. Het stimuleren van preventie en de promotie van gezondheidsbevorderend gedrag (onder andere door gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en patiëntenvoorlichting).
2. Een stimulerend beleid in de richting van zelf- en mantelzorg (hoewel ook de thuiszorg versterkt dan wel behouden zal blijven).

- Een restrictief beleid ten aanzien van residentiële en gespecialiseerde ambulante zorg (onder andere door budgettering, beddenreductie, bouwbeheersing, instroom- en vestigingsregeling, etc.) teneinde de beoogde substitutie te kunnen realiseren (figuur 2).

Figuur 2. Accentverschuivingen in de gezondheidszorg.



Bron: Nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' (1983).

De kernpunten uit dit scenario zijn gesitueerd rond de twee laatste principes van Kaprio (c en d, schema). Veel minder aandacht is er voor de afstemming van de zorg op de reële behoeften van het volk. Ook het begrip 'participatie' krijgt in deze nota minimale aandacht.

Op dit niveau begint het onderscheid tussen de verschillende benaderingen van het begrip Primary Health Care zichtbaar te worden: het ideologisch getinte scenario van Muller heeft zijn accenten in de eerste twee basisprincipes; het voornamelijk door economische en planningsmotieven ingegeven scenario van het ministerie van WVC heeft zijn accenten in de twee laatste principes (uiteraard gaat het daarbij niet om absolute verschillen). Het eindplaatje van beide scenario's is daarmee wezenlijk verschillend.

Premissen

Waar zit de Nederlandse samenleving nu op te wachten? Het gaat hier niet om het belichten van de sterke en de zwakke punten van beide scenario's. Het gaat om de vraag of het Nederlandse volk zich wel kan vinden in de uitgangspunten ervan.

Scenario WVC

Het scenario van WVC is – conform de signatuur van het huidige kabinet – nog sterk gericht op de zelfstandigheid en het gevoel van eigen verantwoordelijkheid van de mensen zelf. Daarbij wordt uitgegaan van een aantal premissen die nergens expliciet worden verwoord, laat

staan met cijfers of argumenten onderbouwd. Hier en daar zijn echter wel degelijk vraagtekens of nuanceringen bij deze premissen te plaatsen.

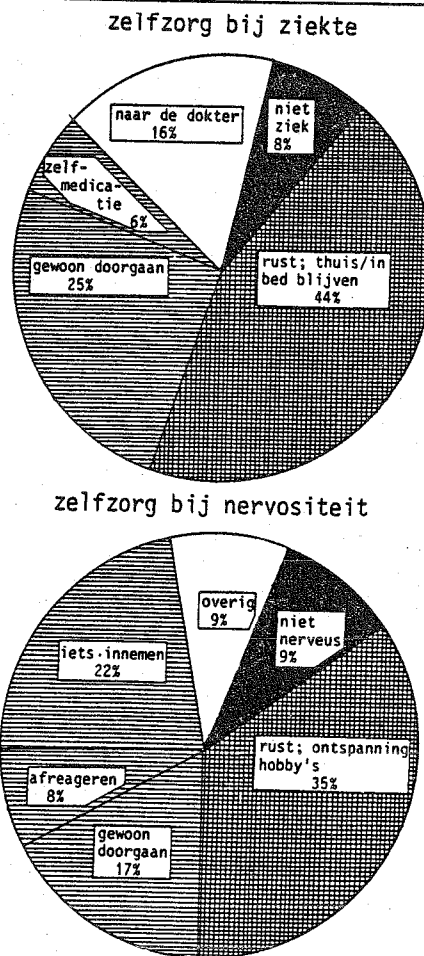
Premisse 1: De Nederlander wil verantwoordelijk zijn voor zijn eigen gezondheid. Deze uitspraak is in zijn algemeenheid waar. Tijdens een onderzoek in 1981 bleek dat maar liefst 87% van de Nederlanders spontaan zei zelf de meest verantwoordelijke voor de eigen gezondheid te zijn⁸. Er bleek echter een negatieve correlatie te bestaan tussen de mate waarin iemand zich verantwoordelijk voelt voor zijn gezondheid en de mate waarin hij zich gezond voelt, oftewel: ongezonde mensen voelen zich minder verantwoordelijk voor hun gezondheid dan gezonde. In hetzelfde onderzoek werd een groep niet-actieven (mensen onder de 65 jaar die langdurig werkloos, ziek of arbeidsongeschikt zijn, dan wel vroegtijdig gepensioneerd) gevraagd wie het meest verantwoordelijk was voor de volksgezondheid; deze groep noemde de huisarts of specialist als eerste, in tegenstelling tot de 'gemiddelde Nederlander'. *Hoe je aankijkt tegen verantwoordelijkheid lijkt af te hangen van de vraag of je ziek of gezond bent.*

Een kwalitatief, maar heel kleurrijk beeld geeft een recent artikel in Vrij Nederland over spreekuurbezoekers van een huisartsenduopraktijk⁹. Onthutsend was het beeld dat uit deze reportage naar voren kwam: terwijl de twee betrokken huisartsen zich pijnlijk kweten van hun zelf opgelegde taak de mensen meer verantwoordelijk te maken voor hun eigen gezondheid, zelf belangrijke besluiten te laten nemen, etc., bleek dat het gros van de patiënten toch het liefst de oude autoritaire dokter had, die alles wist en ook zo handelde. Een markant citaat uit deze reportage is de uitlating van een vrouwelijke patiënt die zegt: 'Als de dokter zegt: 'Je moet stoppen met roken, het is zo slecht', dan zou ik stoppen'. Ook hier werden patiënten ondervraagd en geen gezonde mensen.

Premisse 2: De Nederlander is in staat om op verantwoorde wijze voor zichzelf te zorgen. Zelfzorg is goed. Ook deze uitspraak is in zijn algemeenheid mischien waar. Nederlanders lossen 85% van hun gezondheidsproblemen zelf op, dat wil zeggen zonder een professionele hulpverlener te raadplegen. Meestal hoor je daar nooit meer iets over, dus het zal vaak wel goed gaan. Maar ook hier is het gevaarlijk te simplistisch te zijn, want

wat te denken van het feit dat 25% van de Nederlanders bij zijn laatste ziekte gewoon is doorgegaan, zonder zichzelf in acht te nemen, en dat 10% zelf medicijnen heeft genomen (6% als eerste reactie), veelal pijnstillers, zonder dat deze door een arts waren voorgeschreven? En is de manier waarop Nederlanders met nervositeit omgaan wel optimaal: 17% van de Nederlanders verdringt zijn nervositeit door gewoon door te gaan, 22% reageert op nervositeit door meer te gaan roken, alcohol te drinken, kalmeringstabletten in te nemen of te gaan snoepen, 8% reageert zijn zenuwen af door harder te werken, te huilen, schelden, slaan, etc. Slechts 35% van de Nederlanders blijkt een constructieve reactie op nervositeit te vertonen, zoals rust nemen, ontspanningsoefeningen en hobbies (figuur 3)³. In dit kader is ook de stelling van Schnabel interessant¹⁰: 'In de pleidooien voor

Figuur 3. De Nederlander en zijn zelfzorg (N= 1.278).



Bron: Adriaanse c.s., Leeft Nederland oké? (1981).

meer zelfhulp' en 'mantelzorg' in de geestelijke gezondheidszorg wordt te zeer over het hoofd gezien dat de geestelijke gezondheidszorg haar bestaansrecht voor een belangrijk deel vindt in het behandelen van de problemen, die door 'zelfhulp' en 'mantelzorg' zijn ontstaan. De neurose is nog altijd de populairste vorm van zelfhulp, de psychose het spectaculairste gevolg van sommige vormen van mantelzorg'.

In de discussie over de omvang van het gevaar van iatrogene, door de arts veroorzaakte schade, en het gemak waarmee wordt gesteld dat deze kan worden voorkomen door überhaupt minder professionele hulpverlening toe te passen, wordt vaak gemakshalve vergeten dat de mensen door aan zichzelf te dokteren aardig wat *autogene schade* kunnen oplopen. Aspirinevergiftiging is een bekend voorbeeld. Sportletsels een minder vaak gebruikt maar misschien nog pregnanter voorbeeld. Immers, in Nederland alleen al worden per jaar ruim 1 miljoen sportblessures geteld¹¹; deze leiden tot ongeveer 600.000 spreekuurbezoeken, 200.000 ziekenhuismeldingen en ongeveer 1 miljoen verzuimdagen per jaar. Op basis hiervan moeten we constateren dat het beoefenen van sport misschien helemaal geen gezondheidsbevorderend gedrag kan worden genoemd (zoals in de WVC-nota), maar eerder een riskante gewoonte is geworden.

Premisse 3: De Nederlander is in staat en bereid mantelzorg te verlenen. Zelf- en mantelzorg was binnen de maatschappijstructuur van enkele decennia geleden goed mogelijk. De huidige verzorgingsstaat heeft die structuur niet meer. Er is een toenemende desintegratie van gezins- en buurtleven, een grotere mobiliteit van mensen, waardoor het niet meer vanzelfsprekend is dat kinderen in de buurt van hun ouders (blijven) wonen of überhaupt lang genoeg ergens blijven wonen om een solide relatiernetwerk op te bouwen; ook de afschaffing van de wettelijke onderhoudsplicht van kinderen voor hun ouders (bij de invoering van de Algemene Bijstandswet in 1965) speelt hierbij een rol.

Dit alles maakt de zware claim van mantelzorg tot een hachelijke zaak, zeker wanneer de bereidheid van mantelzorg daarbij wordt betrokken. Van Wijck onderzocht de hulpvaardigheid van mensen bij demente bejaarden¹². Deze hulpvaardigheid bleek snel af te nemen naarmate de karweitjes belastender van karakter waren (figuur 4). Regelmatig contact wil

Figuur 4. Hypothetische bereidwilligheid tot mantelzorg (linkerkolom) en feitelijk verleende zorg (rechterkolom) bij demente bejaarden.

	onbekenden	bekenden
1. regelmatig contact	96%	48%
2. op bezoek	82%	39%
3. praten over zorgen	71%	25%
4. huishoudelijke karweitjes	71%	29%
5. aan- en uitkleden	41%	21%
6. helpen met toiletgang	39%	19%
7. helpen met wassen	35%	19%

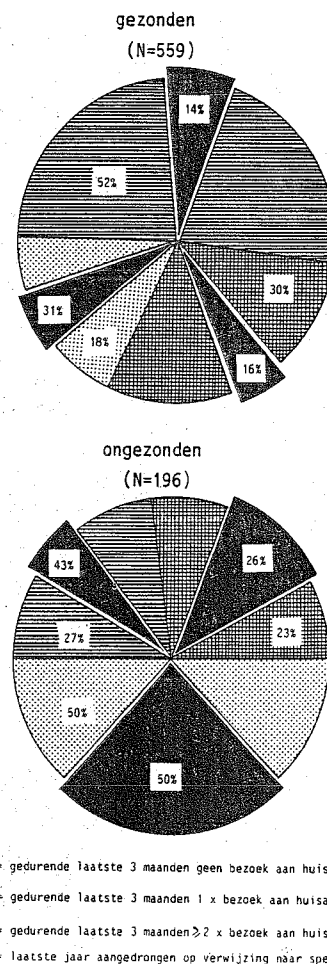
Bron: Van Wijck, Dementie als etiket (1981).

iedereen wel hebben; huishoudelijke karweitjes doen gaat ook nog, maar bejaarden helpen met wassen of naar de wc gaan willen de meeste mensen al niet. Nog belangrijker is het verschil dat te zien is tussen mensen die wél en mensen die niet een demente bejaarde kennen. De daadwerkelijk geboden hulp door mensen die wél een demente bejaarde in hun omgeving hebben, is veel en veel minder dan de hypothetische bereidwilligheid. Dit geldt voor mannen nog meer dan voor vrouwen (mannen zeggen meer hulp te willen geven dan zij daadwerkelijk doen; bij vrouwen is dat andersom). Het valt blijkbaar niet mee voor een demente bejaarde te zorgen. De draagkracht van de omgeving waarvan wordt verwacht dat ze mantelzorg verleent is een serieuze zaak, die nadere studie verdient: de mogelijke consequenties van een dergelijk beleid voor de vrouwenemancipatie mogen daarbij zeker niet worden vergeten. Een andere les die hieruit valt te leren, is dat waar de vroegere spontane mantelzorg zo duidelijk door desintegratie van structuren is ontmanteld, een simpele mentaliteitsverandering door middel van GVO waarschijnlijk niet voldoende zal zijn om deze te herstellen.

Premisse 4: De Nederlander wil liever door de eerste dan door de tweede lijn worden geholpen. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de voorkeur van patiënten voor de eerste of de tweede lijn van de gezondheidszorg. Het Nederlands Huisartsen Instituut is op dit moment met zo'n onderzoek bezig¹³. Dat onderzoek vindt plaats in Lelystad, waar onlangs door de komst van een ziekenhuis in een voorheen ziekenhuisloze regio het aanbod aan tweedelijnsvoorzieningen sterk en sprongsgewijs is toegenomen.

Vóór de komst van het ziekenhuis werd de bewoners gevraagd in hoeverre zij het vervelend vonden dat er geen ziekenhuis was. Slechts 4% vond het niet vervelend, maar liefst 64% vond het zeer vervelend. Als belangrijke reden hiervoor werd opgegeven dat men in noodgevallen niet op tijd in het ziekenhuis zou zijn en dat het vervelend is ver van je woonplaats in het ziekenhuis te liggen. Wat verwijzingen naar de tweede lijn betreft zijn het vooral de mensen die zich 'ongezond voelen' die bij hun huisarts aandringen op een verwijzing (figuur 5).

Figuur 5. Het aandringen op een verwijzing door 'gezonde' en 'ongezonde' mensen.



Bron: Dopheide/Nijhout, Een ziekenhuis op nieuw land (1983).

Dit aandringen op een verwijzing gebeurt meer naarmate men vaker bij de huisarts komt (correlatie: .35); dit geldt zowel voor mensen die zich 'ongezond voelen' ▶

als voor degenen die zich 'gezonder voelen'. Het is interessant dat juist de 'ongezonde mensen' zich weinig aantrekken van wat hun omgeving vindt van een eventuele verwijzing, noch van wat de algemene normen hieromtrent zijn: *als je erg ziek bent, wil je naar de specialist* en het liefst naar de beste specialist zo dichtbij mogelijk. Ook daar helpt geen eenvoudige mentaliteitsverandering tegen.

Vier premissen die in de nota 'Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen' niet of nauwelijks ter discussie worden gesteld, maar waar stuk voor stuk toch wel wat kanttekeningen bij te maken zijn.

Scenario-Muller

Ook het scenario van Muller kent enkele van zulke premissen:

Premisse 1: De Nederlander wil zich verenigen in algemene verenigingen voor primaire gezondheidszorg. Nederlanders verenigen zich graag en uitbundig: lees er de dorpskrant maar op na! Ook patiëntenverenigingen worden steeds populairder. Vooral sinds 1970 is hun aantal enorm toegenomen. Volgens opgave van de Werkgroep 2000 zijn er momenteel ongeveer 200 categorale verenigingen met in totaal zo'n 400.000 leden¹⁴; enkele honderden zelfhulpgroepen, evenals de categorale verenigingen, meestal geconcentreerd rond een gemeenschappelijk probleem; ongeveer 100 algemene (veelal plaatselijke) patiëntenverenigingen.

Echter, ook hier is weer te zien dat de verenigingen sterker, de leden talrijker en de organisatiegraad hoger is naarmate de vereniging meer is geconcentreerd rond een direct gemeenschappelijk belang, vaak een gemeenschappelijke kwaal of ziekte. Zelfs de Algemene Patiëntenvereniging, die uitdrukkelijk ook voor niet-patiënten openstaat, telt slechts 1.500 niet-patiëntleden; de overige 63.500 leden zijn aangesloten bij categorale verenigingen en dus in principe patiënt. Algemene plaatselijke patiëntenverenigingen leiden vaak een vlottend bestaan, hebben moeite mensen blijvend te mobiliseren, kennen slechts een kleine actieve kern en hebben zelfs moeite met het volschrijven van hun patiëntenkrantjes. Het tijdschrift De Eerste Lijn geeft geen al te vrolijk beeld van dit soort verenigingen^{15 16}. De Werkgroep 2000 constateert dan ook dat 'een algemene voorwaarde om participatie te laten slagen is dat deze aansluit bij de directe belangen

van degenen die participeren. De ervaring leert dat mensen alleen te motiveren zijn voor vrij concrete dingen die hun eigen leven raken'. Het is de vraag of de door Muller voorgestelde verenigingen voldoende aan dit criterium voldoen, in het bijzonder wanneer zij als het ware van boven worden opgelegd. Vaak is te zien dat door de overheid vanuit haar beleidsoptiek gegeven participatiemogelijkheden op niets uitlopen wanneer deze niet herkenbaar zijn.

Premisse 2: Participatie leidt tot een efficiënt en doelmatig gebruik van voorzieningen. De ene patiëntenvereniging is de andere niet. Niet in aard en omvang, maar ook niet in de doelstellingen die zij nastreeft. De patiëntenbeweging bestaat niet; de patiëntenbeweging valt ruwweg uiteen in twee hoofdstromingen: één stroming die (vaak uit kritiek op de professionele hulpverlening) streeft naar meer eigen verantwoordelijkheid, zelfzorg, gezonde leefwijzen, etc., maar ook een stroming die nadrukkelijk streeft naar uitbreiding van voorzieningen, naar vervanging van zelfhulp door professionele zorg of naar omvorming van vrijwilligers tot beroepsmatige hulpverleners. De Henk Fievetvereniging is een sprekend voorbeeld, maar lang niet het enige. Menig categorale patiëntenvereniging kreeg via schrijvende spandoeken op het Binnenhof dingen klaar bij politici die zeker niet passen in het algemene beleid van substitutie van tweede naar eerste lijn, deprofessionalisering en versterking van zelf- en mantelzorg. Ook hier is weer te zien dat de scheidslijn tussen de beide stromingen vaak samenvalt met de scheiding tussen gezond en ziek of gehandicapt: wanneer gezonde mensen zich eenmaal verenigen behoren zij in het algemeen tot de eerste stroming; zieken of gehandicapten verenigen zich vaak tot strijdbare patiëntenbewegingen.

Het beeld dringt zich op van de eerste lijn die zich in zijn scrupuleus uitgevoerde sluiswachterfunctie bekneld weet tussen een militante, opdringende patiëntenvereniging en een zuigende tweede lijn. De eerste lijn wordt maar al te vaak en links en rechts gepasseerd! Kenmerkend in dit verband is een ander resultaat uit het Lelystadse onderzoek. Hieruit bleek dat patiënten die vonden dat de beslissing over een verwijzing in de eerste plaats bij de patiënt zelf ligt een sterkere attitude hebben in de richting van de tweede lijn, het vanzelfsprekend vinden een huisarts te laten merken dat zij verwezen willen worden en, vooral, ook vaker proberen

hun huisarts tot een verwijzing te bewegen. Interessant is in dit geval ook nog dat vrijwel niemand van de Lelystadse bevolking vond dat de huisarts te vroeg doorstuurde (1%). Daarentegen vond maar liefst 29% dat de huisarts wel eens te lang wachtte met verwijzen. Ook hier dus een aantal premissen dat ten dele kan worden ontmythologiseerd.

Conclusie

Wat leert ons nu deze kritische beschouwing?

In de eerste plaats: beide scenario's zijn beperkt, omdat ze allebei een eenzijdige nadruk leggen op bepaalde elementen uit het Primary Health Care-concept. Dat brengt bepaalde risico's met zich mee. Het scenario van WVC loopt het risico dat de zware claim op preventie, gezondheidsbevorderend gedrag, zelf- en mantelzorg, etc. de gezondheidszorg te veel individualiseert en in een normatief kader plaatst ('Gezond zijn is goed, ongezond zijn is slecht en dat heb je voor een belangrijk deel zelf in de hand'), waardoor de onderlinge solidariteit in gevaar komt, althans niet meer vanzelfsprekend is. Op macroniveau zijn daar de eerste tekenen al van te merken in de concurrentieslag van de verzekeringsmaatschappijen over ziektekostenverzekering. Het scenario Muller loopt een ander risico, namelijk dat de ongetwijfeld uit idealistische motieven opgezette participatie, als zij al lukt, ongewild zal leiden tot een zekere maximalisatie van zorg, omdat wanneer gebruikers en leveranciers van zorg zich samen buigen over de gezondheidsnoden van de bevolking, zij ongetwijfeld meer noden zullen opsporen dan kunnen worden gelenigd, zeker wanneer milieuproblemen, arbeids- en onderwijssituatie mede onderdeel van de gezondheidsanalyse zijn. Mensen die zich willen inzetten voor de gezondheidszorg doen dit meestal vanuit een belang, en dat belang zal vaak zijn: de drang niet dood te gaan, menswaardig te blijven leven of de kans te blijven leven te vergroten, en dan doet het er niet toe wat het kost.

Beide scenario's hebben hun sterke punten. Zowel het zelfstandigheidsconcept van WVC als het participatieconcept van Muller spreken tot de algemene verbeelding. Gecombineerd (al zal dat niet meevallen) zouden ze veel voor de Nederlandse gezondheidszorg kunnen betekenen.

Beide scenario's hebben echter ook één ►

gemeenschappelijk zwak punt: ze houden geen rekening met het feit dat je anders aankijkt tegen gezondheid en gezondheidszorg wanneer je ziek of zwak bent of gezond.

Zo is er dan uiteindelijk toch antwoord te geven op de vraag of de Nederlandse samenleving eigenlijk wel zit te wachten op Primary Health Care. Dat antwoord is eenvoudig: het hangt er vanaf of je ziek bent of gezond.

Primary Health Care is in wezen gezondheidszorg voor gezonde mensen. ■

Literatuur

1. European seminar on research in primary health care. Tulbingerkogel/Vienna, Austria, October 24-30, 1982. Vien-

na: World Health Organization, 1983 (Eurosocietal reports 21).

2. Vuori H. General Practitioners: allies or enemies of Primary Health Care. SIMG International Congress on General Practice, Klagenfurt, 19-24 September 1983.

3. Prognose voorzieningen voor bejaarden in 2010. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1982 (nota nr. 191).

4. Boot JM, Knape MHJM. De Nederlandse Gezondheidszorg. Utrecht/Antwerpen: Spectrum, 1983.

5. Kaprio LA. Primary Health Care in Europe. Copenhagen: World Health Organization, 1979 (Euro reports and studies 14).

6. Muller F. Primaire gezondheidszorg: de betekenis van de 'primary health care'-benadering voor Nederland. Medisch Contact 1983; 38: 1303-6.

7. Volksgezondheid bij beperkte middelen. 's Gravenhage: Tweede Kamer der Staten-Generaal, 1983, vergaderjaar 1983-1984, 18 108, nrs. 1-2.

8. Adriaanse H, Drop MJ, Halfen R et al. Leeft Nederland Oké? Verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid, uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Limburg. Zeist: Stichting Nederland Oké, 1981.

9. Holtrop A. Bij de dokter. Vrij Nederland 12 maart 1983 (themanummer).

10. Schnabel P. Tussen stigma en charisma; nieuwe religieuze bewegingen en geestelijke volksgezondheid. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1982.

11. Kranenborg N. Sportbeoefening en blessures. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 1982; 9: 224-8.

12. Wijck M van. Dementie als etiket: een onderzoek naar alledaagse opvattingen over dementie. Rotterdam: Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie, 1982 (publ. 41).

13. Dopheide JF, Nijhout FP. Een ziekenhuis op nieuw land: een onderzoek naar de gevolgen van de opening van het Zuiderzeeziekenhuis te Lelystad voor de medische consumptie in die regio. 1e interimrapport. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1983.

14. Presentatie Vaste Kamercommissie 11 maart 1982. Amersfoort: Stichting Werkgroep 2000, 1982.

15. Bos A. Doorgeest K. Overgebleven is de wijkkrant. De Eerste Lijn 1982; 7: 22-7.

16. Bruins CP. Patiëntenparticipatie? De Eerste Lijn 1982; 7: 15-9.

Handwritten notes:
 A
 In de praktijk van de gezondheidszorg
 wordt vaak niet aangekeken
 World Health Organization

A. Vrij



2246

Primary Health Care

Bordeaux 1983, of: schenkt de WHO klare wijn?

Alom is een groot gezondheidszorgherverkavelingsspel aan de gang, waarbij spelers met verschillende pionnen en dobbelstenen het spel met eigen spelregels en bedoelingen spelen. Niettemin slaagt de Wereldgezondheidsorganisatie er steeds weer in uit de veelheid van gezondheidszorgsystemen in de diverse lidstaten en de grote variatie aan beleidsvoornemens de grote lijn te destilleren en uit te dragen. De geneeskundig inspecteur voor de eerstelijnsgezondheidszorg, A. Vrij, bezocht in november jl. de WHO-conferentie 'Primary Health Care in industrialized countries' te Bordeaux. Een impressie.

Van 14-18 november 1983 vond te Bordeaux een internationale conferentie: 'Primary Health Care in industrialized countries' plaats. Het bureau Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie had er zo'n honderdvijftig deelnemers voor bijeengebracht. Officiële regeringsvertegenwoordigers uit zesentwintig landen (Europa minus Luxemburg en Roemenië, verder Australië, Canada en Israël), deels bewindslieden, deels ambtenaren, konden samen met afgevaardigden van non-gouvernementele organisaties in aanwezigheid van uitgenodigde journalisten vijf jaar na de wereld-

conferentie van Alma Ata (1978) de balans opmaken.

Hoever is men in de diverse WHO-lidstaten met het verwezenlijken van de in de Verklaring van Alma Ata vastgelegde voornemens? Behalve de rapportage daaromtrent werden voorbeelden van geslaagde projecten gegeven, terwijl in themagerichte discussies ('Selfreliance', 'Community participation', 'Intersectoral collaboration', 'Integration of health services', 'High risk and vulnerable groups', 'Appropriate technology for PHC') bouwstenen voor een uitbouw van het PHC-concept werden aangedragen.

De immense hoeveelheid schriftelijke en mondelinge informatie die vóór en tijdens dergelijke conferenties over de deelnemers pleegt te worden uitgestort maakt iedere poging tot volledige verslaggeving illusoir. Daarom hier een poging iets van de belangrijkste zaken die in Bordeaux aan de orde werden gesteld weer te geven.

Boodschap

'Health for all by the year 2000' is de internationaal aanvaarde en door de Wereldgezondheidsorganisatie met missionaire ijver uitgedragen slagzin die ook Bordeaux beheerste. Gezondheid, voorwaarde voor een bevredigende deelneming aan het sociale en economische

leven, door velen zo niet door allen als het hoogste goed gewaardeerd en door sommigen zelfs tot een recht verheven, wordt evenwel voor de meeste mensen pas een punt van aandacht wanneer er iets aan schort: wanneer ze ziek worden. De belangstelling voor de reparatieve, curatieve ziekenzorg is dan ook aanzienlijk groter dan die voor de instandhouding van de gezondheid en de bevordering ervan. Gezondheidszorg, zeker Primary Health Care, is voor gezonde mensen, zo concludeerde Jozien Bensing onlangs tijdens een symposium in het kader van de Universitaire Leergangen Groningen (zie blz. 141 van dit nummer; Red.). De opgave voor ons allen is, ervoor te zorgen dat dit grote goed in het jaar 2000 ook aan allen ten deel valt. 'U hebt er de intellectuele en materiële mogelijkheden toe', hield WHO-voorzitter Mahler de conferentie voor. Leidraad van zijn indringend betoog was het 'Liberté, Egalité, Fraternité': eigen verantwoordelijkheid in vrijheid, keuzemogelijkheden ook in eigen gedrag, gelijke kansen, verkleining van de verschillen in gezondheidstoestand en in gezondheidszorgniveau tussen landen en bevolkingsgroepen, sociale gerechtigheid, solidariteit.

Gezondheidszorg is er primair om de mensen gezond te houden en pas secundair om stoornissen te verhelpen c.q. de gevolgen daarvan zoveel mogelijk te beperken. Polariserende tus-