



wie wil in nederland primary health care?

door Jozien Bensing

Voordracht, gehouden tijdens het
symposium 'Primary Health Care en de
betekenis voor Nederland'

georganiseerd door de Universitaire
Leergangen Gezondheidszorg van de RU
Groningen

op 11 en 12 november 1983

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Telefoon: 030 - 31 99 46

Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht, 1983

Het gebruiken van de inhoud van deze brochure in publicaties
is toegestaan, mits de bron duidelijk en nauwkeurig wordt
vermeld.

omslag en lay-out: Mieke Cornelius
druk: Anton Leerenveld

W0-brochure 83-09

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Daarnaast werkt het NHI veel met externe project-financiering.

Het instituut verricht wetenschappelijk onderzoek en houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde en - in toevallende mate - andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Algemeen directeur is S. van der Kooij, arts.

Deze lezing verscheen in artikel-vorm in Medisch Contact, nr.5, 1984

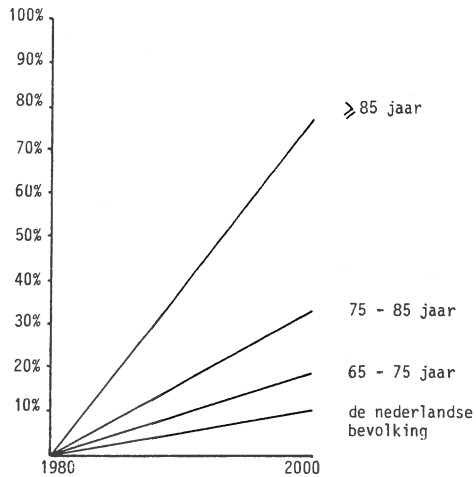
Lange tijd heb ik in de naïeve veronderstelling geleefd dat Primary Health Care de letterlijk vertaling is van ons vertrouwde begrip "eerstelijns gezondheidszorg" (of andersom natuurlijk). Inmiddels is uit de veelheid van publicaties uit de World Health Organisation duidelijk geworden dat dat geenszins het geval is. Primary Health Care is een veel omvattender begrip en grijpt ook veel nadrukkelijker in in het leven van iedere Nederlandse burger. Mij is gevraagd nader in te gaan op de vraag in hoeverre de Nederlandse samenleving zit te wachten op iets als 'Primary Health Care'. Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven zullen we dat veel-omvattende begrip eerst moeten analyseren.

Het doel van Primary Health Care is "gezondheid voor iedereen tegen het jaar 2000". Het antwoord op de aan mij gestelde vraag lijkt snel te geven. Uiteraard wil de Nederlandse samenleving graag dat iedereen rond de eeuwwisseling gezond is. Zeker wanneer we gezondheid zo ruim definiëren 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 we in navolging van de World Health Organisation *"streven naar een gezondheidsniveau (in het jaar 2000) dat alle mensen in de wereld in staat stelt een sociaal en economisch productief leven te leiden"*. (Declaration of Alma Ata, act.5) Ongetwijfeld wil ook iedereen hier niets liever dan over 15, 20 jaar (nog) gezond zijn op de ma-

nier zoals de World Health Organisatie dat bedoelt. Allemaal iets ouder; bejaard misschien, of hard op weg bejaard te worden. En met economische vooruitzichten die kans op een 'sociaal en economisch productief leven' hoe dan ook minder vanzelfsprekend maken. Dat geeft meteen de relativiteit aan van het begrip Primary Health Care. Bevolkingsprognoses tonen aan dat het aantal bejaarden en met name het aantal hoogbejaarden de komende 20 jaar zowel in absolute als in relatieve zin sterk zal toenemen.

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



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

Wanneer we daarbij bedenken dat ouderen

- vaker en meer klachten hebben
- meer naar de huisarts gaan
- vaker verwezen worden naar een specialist
- meer opgenomen worden, en
- langer in het ziekenhuis liggen

kortom: minder gezond zijn dan jongeren, krijgt de slogan van Alma Ata een wat cynische bijklank, een bijklank die ook ontstaat wanneer we denken aan de voorspelde groei van het aantal chronische zieken, het aantal werklozen, etcetera.

We moeten de doelstelling van Primary Health Care dus maar niet al te lettelijk nemen: *Primary Health Care is een ideologie, een geloof*. Het verwijst naar algemene waarden als: - gelijkheid, - sociale rechtvaardigheid, - eigen verantwoordelijkheid, - zelfbeschikkingsrecht en - zelfontplooiing. Het verwijst naar iets waarnaar gestreefd moet worden alhoewel iedereen weet dat het einddoel nooit helemaal bereikt zal worden.

Maar Primary Health Care is niet alleen een ideologisch begrip. Beleidsmakers kennen natuurlijk de bevolkingsprognoses en velen van hen zullen een wat onbehaaglijk gevoel hebben bij de gedachten 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 management begrip*. Het verwijst naar economische en planningsprincipes als :

- effectiviteit
 - doelmatigheid
 - verantwoorde afweging van kosten en baten
 - optimale allocatie van mankracht en middelen.
- In alle publikaties 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 gezondheidszorg 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 stromen die elkaar toe-vallig - door hun gelijktijdigheid - hebben gevonden en vervolgens een hecht en stabiel bondgenoot-

schap hebben gesloten.

Op het niveau van doelstellingen benadrukken deze bondgenoten de overeenkomsten tussen hun beider visie en versterken 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 zichtbaar wanneer we gaan kijken naar de concrete interpretaties en invullingen van het begrip "Primary Health Care". Kaprio (1979) geeft in zijn boek "Primary Health Care in Europe" een aantal afgeleide doelen of basisprincipes van het begrip "Primary Health Care" die van belang zijn voor de Europese situatie, en die goed als kapstok voor een dergelijke exercitie kunnen dienen. Muller (1983) noemt ze ook in zijn congresbijdrage.

- | |
|--|
| <p>4 principles of Primary Health Care</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>(Kaprio, 1979)</p> |
|--|

We zullen twee Nederlandse voorbeelden van denken over Primary Health Care toetsen tegen deze "principles" van Kaprio.

1. Het door Muller ontwikkelde *scenario* in zijn congresbijdrage/artikel: "Primaire Gezondheidszorg: de betekenis van de Primary Health Care benadering voor Nederland" en
2. het (meer impliciete) als *scenario* geformuleerde door WVC voorgestane volksgezondheidsbeleid, zoals dat is neergelegd in de nota "Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen" (1983).

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

Centraal in Mullers scenario staat de "Community" een kleine gemeenschap (5 tot 40.000 mensen) die bepaalde kenmerken deelt (n.b. het hoeft niet per sé een geografisch gebied te zijn, het kan ook een school of 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 laatsten 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 (ik heb even uitgerekend dat dit in ieder geval werkgelegenheid oplevert voor een paar duizend opbouwwerkers). De

omvang en kwaliteit van deze voorzieningen worden meer dan voorheen onder nationale en lokale invloeden geplaatst, waarbij normen en financiering centraal worden bepaald; uitvoering en controle lokaal. De zorg zal zo dicht mogelijk naar de mensen worden gebracht.

We laten voor dit moment een enkele inconsistentie in het scenario buiten beschouwing (ook Muller lost in mijn ogen het spanningsveld tussen centraal normeren en financieren enerzijds en decentraal plannen, uitvoeren en controleren niet op een bevredigende manier op - hetgeen hem overigens niet kwalijk te nemen is) en richten ons op de kernpunten van het scenario. We zien dat deze vooral gecaliseerd kunnen worden in de eerste twee door Kaprio geformuleerde principes (zie kader pagina 7):

- a. *health should be related to the needs of the population*
- b. *consumers should participate in the planning and implementation of health care.*

De voortschrijdende gezondheidsanalyse staat er borg voor dat de zorg gerelateerd zal zijn aan de behoeften van de bevolking; de verenigingsstructuur garandeert de participatie van de bevolking in de planning en implementatie van zorg. De twee andere principes (c. en d., kader pag. 7) komen veel minder duidelijk uit de verf: er zijn geen prikkels of procedures ingebouwd die ervoor zorgen dat zorg op een zo laag (en dus goedkoop) mogelijk niveau gegeven wordt. De relatie met de omringende wereld waar ziekenhuizen, diagnostische laboratoria en dergelijke hun aandeel in de zorg opeisen, wordt

niet behandeld.

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" zien we precies het omgekeerde. Centraal staat hier niet de gemeenschap, maar de consument/patiënt; en zelfs de zelfstandigheid van de consument/patiënt. De nota begint (op pagina 5) met een verwijzing naar de Grondwet die voor de Overheid de opdracht bevat om de volksgezondheid te bevorderen.

"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 er 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".

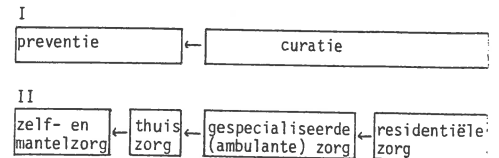
De beleidsvoornemens van de Overheid vallen conform deze centrale doelstelling uiteen in drie hoofdgroepen:

10

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

Schematisch kunnen deze doelstellingen als volgt worden voorgesteld:

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 (zie kader pagina 7). Veel minder aandacht is er voor de afstemming van de zorg op de reële behoeften van het volk. Illustratief in dit verband is de passage in de nota "Volksgezondheidsbeleid bij be-

11

perkte middelen" over de informatievoorziening ten behoeve van de gezondheidszorg:

"Er is kwantitatieve informatie nodig om een gericht volumebeleid te kunnen voeren in overeenstemming met - en dan komt niet iets als: 'de noden van de bevolking', maar (in overeenstemming met) het streven naar relatieve versterking van zelfstandigheidsbevorderende zorgvormen"

Ook het begrip 'participatie' krijgt in deze nota minimale aandacht.

Terug naar de vier basisprincipes van Primary Health Care van Kaprio, zien we dat er op dit niveau een onderscheid gaat ontstaan tussen de verschillende benaderingen van het begrip Primary Health Care: 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.

WAAR ZIT DE NEDERLANDSE SAMENLEVING NU OP TE Wachten?

Beide scenario's hebben hun sterke en hun zwakke punten. Ik zal de sterke punten nu buiten beschouwing laten. Niet omdat die er niet zijn of omdat ze onbelangrijk zouden zijn. Integendeel; ik vind dat Nederland op het gebied van de Primary Health Care een enorme voorsprong heeft op een aantal ons

omringende landen, wanneer het gaat om integrale hulpverlening, multi-disciplinaire teamvorming, systematisch onderzoek, etcetera. Maar representanten van beide scenario's zijn zelf uitstekend in staat de sterke punten van hun scenario te belichten. Bovendien zijn de zwakke plekken interessanter.

Eerst het scenario van WVC.

Dat is nogal sterk gericht - conform de signatuur van het huidige kabinet - 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 nuancerings bij deze premissen te plaatsen.

4 premissen uit het scenario van WVC

1. De Nederlander wil zelf verantwoordelijk zijn voor zijn eigen gezondheid
2. De Nederlander is in staat tot verantwoorde zelfzorg
3. De Nederlander is in staat en bereid om mantelzorg te verlenen
4. De Nederlander wil liever door de eerste dan door de tweede lijn geholpen worden

Premisse 1:

De Nederlander wil verantwoordelijk zijn voor zijn

eigen gezondheid

Deze uitspraak is in zijn algemeenheid waar. In een onderzoek dat door de Rijksuniversiteit Limburg is uitgevoerd in het kader van de actie Nederland Oké (Adriaanse e.a., 1981) bleek dat maar liefst 87% van de Nederlanders spontaan zei zelf de meest verantwoordelijke voor de eigen gezondheid te zijn. 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.

Toen in hetzelfde onderzoek een groep van niet actieven (dit zijn mensen onder de 65 jaar die langdurig werkloos, ziek of arbeidsongeschikt zijn, dan wel vroegtijdig gepensioneerd) gevraagd werd wie het meest en wie het minst verantwoordelijk was voor de volksgezondheid, noemden zij 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 bent of gezond.

Dit zijn gegevens uit een kwantitatief onderzoek. Een kwalitatief maar heel kleurig beeld geeft Holtrop in de weekendbijlage van Vrij Nederland van 12 maart 1983. Daar werden enkele tientallen spreekuurbezoekers van een huisartsenuopraktijk thuis bezocht en gevraagd naar hun klachten, de dokter en alles wat daar om heen zat. Onthutsend was het beeld dat uit deze reportage naar voren kwam: terwijl de twee betrokken huisartsen zich pijnlijk kweten van hun zelf opgelegde taak om de

mensen meer verantwoordelijk te maken voor hun eigen gezondheid, zelf belangrijke besluiten te later nemen etcetera, bleek dat het gros van de patiënten toch het liefst de oude autoritaire dokter had die alles wist en zo ook 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. Let wel: ook hier werden patiënten ondervraagd en geen gezonde mensen.

premisses 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 professioneel hulpverlener te raadplegen. En meestal hoor je daar nooit meer iets over. Dus het zal wel vaak goed gaan. Maar ook hier is het gevaarlijk om te simplistisch te zijn. Want wat te denken van het feit dat 25% van de Nederlanders bij zijn laatste ziekte gewoon door is gegaan, 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? Wat vinden we ervan dat 17% van de Nederlanders zijn nervositeit verdringt door gewoon door te gaan, 22% op nervositeit reageert door meer te gaan roken, alcohol te drinken, kalmeringstabletten in te nemen of te gaan snoepen, en 8% zijn zenuwen afreageert door harder te gaan

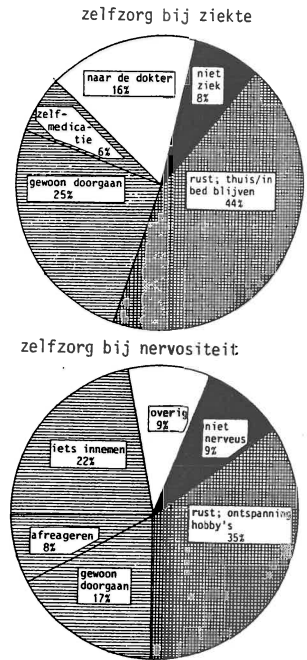
werken, te huilen, schelden, slaan, etcetera. Slechts 35% van de Nederlanders blijkt een constructieve reactie op nervositeit te vertonen (rust nemen, ontspanningsoefeningen en hobbies). Zie figuur 3, pagina 17.

In dit kader is ook de stelling van Paul Schnabel bij zijn vorig jaar verschenen proefschrift 'Tussen stigma en charisma' interessant:

"In de pleidooien voor meer 'zelfhulp' en 'mantelzorg' in de geestelijke gezondheidszorg wordt te zeer over het hoofd gezien dat de geestelijke gezondheidszorg zijn 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 overigens terechte discussie over de omvang en het gevaar van iatrogene, door de arts veroorzaakte schade, en het (minder terechte) gemak waarmee gesteld wordt dat deze voorkomen kan worden door überhaupt minder professionele hulpverlening toe te passen, wordt vaak gemakshalve vergeten dat de mensen door aan zichzelf te dokteren vaak aardig wat autogene schade oplopen. Aspirinevergiftiging is een bekend voorbeeld. Sportletsels een minder vaak gebruikt maar misschien nog pregnanter voorbeeld. Immers uit een in Maastricht gehouden onderzoek (Kranenborg, 1982) blijkt dat in Nederland per jaar ruim 1 miljoen sportblessures worden geteld. Deze leiden tot ongeveer 600.000 spreekuurbezoeken, 200.000 ziekmeldingen en ongeveer 1 miljoen verzuimdagen per jaar. Op basis

Figuur 3: De Nederlander en zijn zelfzorg (n=1278)



uit: 'Leeft Nederland oké?'

hiervan moeten we constateren dat het beoefenen van sport misschien helemaal geen gezondheidsbevorderend gedrag genoemd kan worden (zoals in de nota van WVC gebeurt) maar eerder een riskante gewoonte.

Premisse 3:

De Nederlander is in staat en bereid om mantelzorg te verlenen

Professor Schuyt verweet de Nederlandse regering laatst in een interview in de Volkskrant dat zij met haar nadruk op zelfzorg en mantelzorg in feite terug wilde keren naar de maatschappij van enkele tientallen jaren geleden; de maatschappij van vóór de verzorgingsstaat; toen het gezin nog hecht en gewoonlijk intact was; een maatschappij die nooit meer terug zal keren. De verzorgingsstaat zal volgens Schuyt eerder plaatsmaken voor een informatietechnologische maatschappij. Ik ben het met hem eens. De desintegratie van gezins- en buurtleven, met name in de grote steden en forensengemeenten, de 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 relatienetwerk op te bouwen; maar ook: het afschaffen van de wettelijke onderhoudsplicht van kinderen voor hun ouders (bij de invoering van de Algemene Bijstandswet in 1965); dit alles maakt de zware claim op mantelzorg tot een hachelijke zaak. De cijfers spreken voor zich. Uit het onderzoek 'Leeft Nederland Oké?' blijkt dat mensen zich in afnemende mate verantwoordelijk voelen voor de gezondheid: heel

sterk voor zichzelf; ook nog voor partner, kinderen, ouders en schoonouders, maar niet of veel minder voor ooms, tantes, neven, nichten, kennissen en burens.

Uit het onderzoek 'Dementie als etiket', uitgevoerd door het Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie te Rotterdam (van Wijck, 1981), bleek dat de hulpvaardigheid van mensen bij demente bejaarden snel afnam naarmate de karweitjes belastender van karakter waren. Regelmatig contact wil iedereen wel hebben; huishoudelijke karweitjes doen gaat ook nog wel, maar bejaarden helpen met wassen of naar de wc gaan willen de meeste mensen al niet.

Figuur 4: Hypothetische bereidwilligheid tot mantelzorg (linker kolom) en feitelijk verleende zorg (rechter kolom) bij demente bejaarden.

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%
	onbekenden	bekenden

(uit: 'Dementie als etiket', van Wijck, 1981)

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.

Het valt blijkbaar niet mee om voor een demente bejaarde te zorgen. De draagkracht van de omgeving die verwacht wordt mantelzorg te verlenen is een serieuze zaak, die nadere studie verdient. Een andere les die we hieruit kunnen leren, is dat waar de vroegere spontane mantelzorg zo duidelijk door desintegratie van structuren is ontmanteld, een simpele mentaliteitsverandering middels g.v.o. waarschijnlijk niet voldoende zal zijn om deze te herstellen.

Premisse 4:

De Nederlander wil liever door de eerste dan door de tweede lijn geholpen worden

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de preferentie van patiënten voor de eerste of de tweede lijn van de gezondheidszorg. Het Nederlands Huisartsen Instituut is op dit moment met zo'n onderzoek bezig (Dopheide en Nijhout, 1983). 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. We vroegen de bewoners vóór de komst van het ziekenhuis in hoeverre men het vervelend vond dat er geen ziekenhuis was. Slechts 4% vond het niet vervelend, en maar liefst 64% zeer vervelend. Als belangrijke

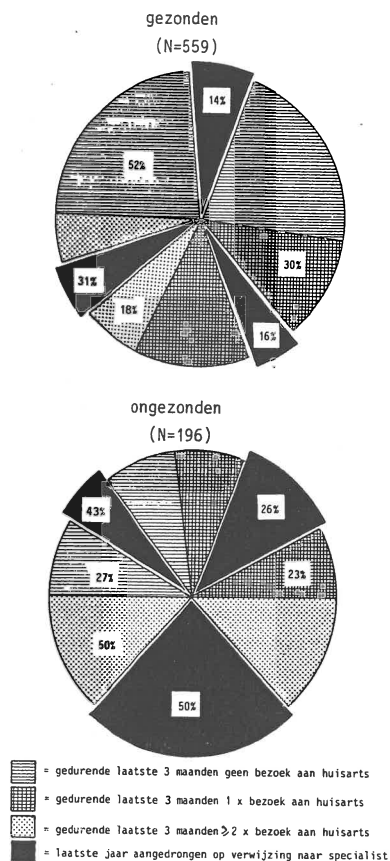
reden hiervoor werd opgegeven dat men in noodgeval- len niet op tijd in het ziekenhuis zou zijn en dat het vervelend is ver van je woonplaats in het ziekenhuis te liggen.

Wat betreft de verwijzingen naar de tweede lijn zijn het vooral de 'ongezonden', die bij hun huisarts aandringen op een verwijzing (zie figuur 5 op blz. 22). Mensen die zich ongezond voelen dringen vaker aan op een verwijzing en dit gebeurt meer (zowel bij gezonden als bij ongezonden), naar mate men vaker bij de huisarts komt (de correlatie tussen beide variabelen bedraagt .35). Interessant is het dat juist deze ongezonde mensen zich weinig aantrekken van wat hun omgeving vindt van een eventuele verwijzing, noch van wat de algemene normen hieromtrent zijn: als je ziek bent wil je naar de specialist. En als je erg ziek bent wil je gewoon naar de beste specialist op de hoek van de straat. 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. Ook het scenario van Muller kent enkele van deze premissen:

- | |
|---|
| 2 premissen uit het scénario van Muller |
| 1. De Nederlander wil zich verenigen in algemene verenigingen voor primaire gezondheidszorg |
| 2. Participatie leidt tot een efficiënt en doelmatig gebruik van voorzieningen |

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



Premisse 1:

De Nederlander wil zich verenigen in algemene verenigingen voor primaire gezondheidszorg
 Nederlanders verenigen zich graag en uitbundig. Ik ken er geen exacte cijfers over, maar als ik in het plaatselijke dorpskrantje kijk kan het bijna niet anders of iedere dorpsgenoot is minstens lid van 2 of 3 verenigingen; en dan hebben we het nog alleen over plaatselijke verenigingen.

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 leden
- enkele honderden zelfhulpgroepen, evenals de categorale verenigingen, meestal geconcentreerd rond een gemeenschappelijk probleem
- ongeveer 100 algemene (veelal plaatselijke) patiëntenverenigingen

Maar ook hier zien we dat de verenigingen sterker, de leden talrijker en de organisatiegraad hoger is naarmate de vereniging meer geconcentreerd is rond een direct gemeenschappelijk belang, vaak een gemeenschappelijke kwaal of ziekte. Zelfs de Algemene Patiëntenvereniging die uitdrukkelijk ook voor niet-patiënten openstaat telt slechts 1500 niet-patiënt leden. De overige 63.500 zijn aangesloten bij categorale verenigingen en dus in principe patiënt. Algemene plaatselijke patiëntenverenigingen leiden vaak een vlottend bestaan, hebben moeite om 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 (zie bijvoorbeeld Bos en Doorgeest, 1982).

De Werkgroep 2000 constateert dan ook bij zijn presentatie aan de Vaste Kamercommissie in maart 1982 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".

En het is de vraag of de door Muller voorgestelde verenigingen voldoende aan dit criterium voldoen, met name wanneer zij als het ware van boven worden opgelegd. Ik citeer wederom de Werkgroep 2000:

"... we zien dat er een *faseverschil* is tussen de participatiemogelijkheden die nu voor de gebruikers van de gezondheidszorg gecreëerd worden en de huidige stand van de patiëntenbeweging ...".

Participatie moet zo dicht mogelijk bij het eigen belang kunnen groeien. We zien vaak dat wanneer de overheid vanuit haar beleidsoptiek participatie mogelijkheden geeft die niet herkenbaar zijn, dit op niets uitloopt. Voorwaar een dilemma: opgelegde verenigingen lopen op niets uit; spontane verenigingen concentreren zich vooral rond een (deel)belang. En dat brengt ons op de volgende premisse.

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 nastreven. De patiëntenbeweging bestaat niet maar valt ruwweg uiteen in twee hoofdstromingen: één stroom die (vaak vanuit een kritiek op de professionele hulpverlening streeft naar meer eigen verantwoordelijkheid, zelfzorg, gezonde leefwijzen, etcetera, maar ook nadrukkelijk een stroom die streeft naar uitbreidingen van voorzieningen, naar vervanging van zelfhulp door professionele zorg of naar omvorming van vrijwilligers tot beroepsmatige hulpverleners. De Henk Fievetvereniging is een sprekend maar lang niet het enige voorbeeld. Menig met name categoriale patiëntenvereniging kreeg via schrijvende spandoeken op het Binnenhof dingen klaar bij politici die zeker niet passen in het algemene beleid van: substitutie van 2e naar 1e lijn, déprofessionalisering en versterking van zelf- en mantelzorg. En ook hier zien we weer dat de scheidslijn tussen de beide stromingen (niet altijd maar vaak) samenvalt met de scheiding tussen gezond, en ziek of gehandicapt: wanneer gezonde mensen zich eenmaal verenigen, behoren ze in zijn algemeenheid 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 onderzoeks-

resultaat uit het Lelystadse onderzoek, waar 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 om een huisarts te laten merken dat zij verwezen willen worden, en vooral
- dat zij ook vaker proberen hun huisarts tot een verwijzing te bewegen (33% gedurende het laatste jaar tegen 22% van de patiënten die de verantwoordelijkheid bij de arts of hen samen leggen).

Wat ook nog interessant is in dit verband is 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 die ten dele ontmythologiseerd kunnen worden.

WAT LEERT ONS NU DEZE KRITISCHE BESCHOUWING?

In de eerste plaats dat beide scenario's beperkt zijn 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 als risico dat de zware claim op preventie, gezondheidsbevorderend gedrag, zelf- en mantelzorg, etcetera de gezondheidszorg teveel individualiseert en in een normatief kader plaatst ("gezond zijn is goed; on-

gezond 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 macro niveau zijn daar de eerste tekenen al van te merken in de concurrentieslag van de verzekeringsmaatschappijen over ziektekostenverzekering.

Het scenario van 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 gelenigd kunnen worden; zeker wanneer milieuproblemen, arbeids- en onderwijssituatie mede onderdeel van de gezondheidsanalyse zijn.

Omdat mensen die zich willen inzetten voor de gezondheidszorg dit meestal doen vanuit een belang. En dat belang zal vaak zijn: de drang om niet dood te gaan, menswaardig te blijven leven of de kans om 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. Ook tot de mijne. Gecombineerd (al zal dat niet meevallen) zouden ze veel voor de Nederlandse gezondheidszorg kunnen betekenen. Maar beide scenario's hebben 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. En zo kan ik dan uiteindelijk toch antwoord geven op de vraag of de Nederlandse samenleving eigenlijk wel zit te wachten op Primary Health Care. Dat antwoord is heel eenvoudig: dat hangt er vanaf of je ziek bent of gezond.

Primary Health Care is in wezen gezondheidszorg voor gezonde mensen.

Jozien Bensing.

Jozien Bensing is hoofd van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Instituut.

LITERATUURLIJST

- Adriaanse, H., M.J. Drop, R. Halfsen, e.a. *Leeft Nederland Oké?*, Verslag van een onderzoek naar de beleving, opvattingen en gedragingen inzake gezondheid, Uitgevoerd door de Rijksuniversiteit Limburg, augustus 1981; Zeist, Stichting Nederland Oké, 1981
- Boot, J.M., M.H.J.M. Knapen *De Nederlandse Gezondheidszorg*; Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum, 1983
- Bos, A, K. Doorgeest, Overgebleven is de wijkkrant. *De Eerste Lijn* 7 (1982) 1 p.22-27
- Bruins, C.P. Patiëntenparticipatie??. *De Eerste Lijn* 7 (1982) 3 p.15-19
- Dopheide, J.P., F.P. Nijhout *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, NHI, 1983
- European seminar on research in primary health care*, Tulbingerkogel/Vienna, Austria, October 24-30, 1982; World Health Organization, Vienna, 1983; Eurosocial reports, 21
- Holtrop, A, Bij de Dokter, *Themanummer Vrij Nederland*, 12 maart 1983
- Kaprio, L.A. *Primary Health Care in Europe*; Copenhagen, World Health Organization, 1979; *Euro reports and studies*, 14
- Kranenborg, N. Sportbeoefening en blessures. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 60 (1982) 9 p.224-228
- Muller, F. Primaire gezondheidszorg: de betekenis van de 'Primary Health Care' benadering voor Ne-

- derland. *Medisch Contact* 38 (1983) 41 p.1303-1306
- Presentatie Vaste Kamercommissie* 11 maart 1982; Stichting Werkgroep 2000; Amersfoort 1982
- Prognose voorzieningen voor bejaarden in 2010*; Ziekenfondsraad; Amstelveen 1982; (nota nummer 191)
- Schnabel. P. *Tussen stigma en charisma*, nieuwe religieuze bewegingen en geestelijke volksgezondheid. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 1982; *Proefschrift*
- Volksgezondheid bij beperkte middelen*, Tweede Kamer der Staten Generaal; 's-Gravenhage, 1983; vergaderjaar 1983-1984, 18 108, nrs. 1-2
- Vuori, H. *General Practitioners: allies or enemies of Primary Health Care*, SIMG International Congress on General practice, Klagenfurt, 19 - 24 september 1983
- Wijck, M. van *Dementie als etiket: een onderzoek naar alledaagse opvattingen over dementie*; Rotterdam, Instituut voor Preventieve en Sociale Psychiatrie, 1982; publ.41

