

Primary Health Care

Geprezen en verketterd

René Dubbeldam

Gezondheidszorg voor én door de bevolking. Met aandacht voor voorlichting en preventie. Dat is in het kort de essentie van Primary Health Care (PHC). Deze nieuwe visie heeft sinds de jaren '70 het gezicht van de tropische gezondheidszorg voor een groot deel bepaald. De praktijk bleek vaak weerbarstiger dan gedacht.

In de jaren '60 komen jonge Nederlandse artsen terug uit Nieuw-Guinea met 'preventie' van ziekten onder de lokale bevolking hoog in hun vaandel. *Primary Health Care 'avant la lettre'*, zoals Van Bergen betoogt in zijn boek 'Van koloniale Geneeskunde tot Internationale Gezondheidszorg; een geschiedenis van honderd jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde'. Geleidelijk aan wint het public health-denken aan belang. Lang voordat in 1978 de principes van 'Primary Health Care' gemeengoed worden, zijn verschillende landen al bezig om hun gezondheidssystemen zodanig te reorganiseren dat ook de armen in de rurale gebieden profiteren van eenvoudige, maar wel degelijk effectieve preventieve en curatieve zorg. Niet alleen door een betere infrastructuur (ziekenhuizen, gezondheidscentra), maar ook door het opleiden van lokale *paramedici* die in staat zijn om basale medische handelingen te verrichten. De Medical Assistants van Tanzania en – later – de *Técnicos de Medicina* van Mozambique zijn voorbeelden van uitstekend getraind middenkader in de gezondheidszorg dat veel problemen wist en weet op te lossen. Verder kent iedereen natuurlijk de blotevoetendokter uit China.

Gezondheids campagnes

Parallel aan de opkomst van het public health-denken vinden er belangrijke ontwikkelingen rond ziektebestrijding plaats. Nadat malaria na enkele grootschalige campagnes in sommige gebieden vrijwel volledig is uitgeroeid en de natuurlijke immuniteit voor deze dodelijke ziekte onder de lokale bevolking gaandeweg afneemt, komt de ziekte na beëindiging van de beschermingsmaatregelen in de jaren '60 weer dubbel en dwars terug. Met de wereldwijde uitroeiing van de pokken eind jaren '70 wint de technologische ziektebestrijding weer een belangrijk deel van haar prestige terug. Met het uitroeien van de pokken is de kiem gelegd voor het vaccinatieprogramma *Expanded Programme of Immunisation (EPI)*, dat met steun van UNICEF en de WHO in de jaren '80 door veel landen wordt omarmd. Toch kon die technische vooruitgang niet verhinderen dat andere, linkser getinte, visies over de organisatie van de gezondheidszorg de overhand begonnen te krijgen.

Een bredere visie op gezondheidszorg

Meer en meer dringt het besef door dat een goede gezondheid afhankelijk is van sociaaleconomische ontwikkelingen, zoals onderwijs, goed drinkwater, sanitaire voorzieningen en voldoende ontplooiingsmogelijkheden voor vrouwen. Hiervan maken een goede gezondheid en basisgezondheidszorg - ook curatief - als recht voor iedereen onlosmakelijk deel uit. Dit alles wordt in 1978 tijdens de Conferentie van Alma Ata samengevat onder het nieuwe, beladen begrip *Primary Health Care (PHC)*. Simpele, effectieve preventieve en curatieve zorg zou beschikbaar en bereikbaar moeten zijn voor iedereen. De bevolking diende zelf actief mee te doen: *community participation!* Veel meer belang wordt gehecht aan invoering van collectieve

preventieve maatregelen door middel van uitvoerige bewustwordingsprocessen. Gezondheidszorg zou voortaan moeten worden gezien als middel voor verdere sociaaleconomische ontwikkeling. Ofwel: de idealistische PHC lag erg hoog! In veel landen werd gestart met het opleiden van vrijwilligers op het platteland als dorpsgezondheidswerkers (*community health workers, hygieniste-secouristes*) en het trainen van traditionele vroedvrouwen.

De tegenreactie

Het geloof in de *community health* systemen is de eerste jaren zo groot dat de reguliere gezondheidszorg — ziekenhuizen, gezondheidscentra — nogal eens wordt veronachtzaamd. Mede daardoor, maar ook omdat het ingewikkeld is om de abstracte en politiek getinte PHC-concepten in concrete actie te vertalen, bepleitte een groeiend aantal landen en deskundigen, waaronder UNICEF, de invoering van ‘selectieve PHC’: een selectievere, minder politieke en meer medische benadering van PHC, zoals het regelmatig wegen van kinderen, vochttoediening bij diarree en uitdroging, borstvoeding en vaccinatie. Deze aanpak levert goede *quick fit* resultaten op. Desalniettemin blijft de roep om goede en vooral ook duurzame gezondheidszorg onverminderd bestaan, want veel van de selectieve PHC programma’s waren voor een groot extern betaald, waaronder door de rijkere landen, Verenigde Naties, Europese Unie en ontwikkelingsbanken. Gaandeweg maakt het ideologische PHC-debat plaats voor een meer praktische benadering. In 1987 (Harare, Zimbabwe) wordt een lans gebroken voor het opzetten van een piramide van gezondheidsposten, centra, en districtziekenhuizen, met aan de basis een netwerk van *community* gezondheidswerkers. Vaccinatie, voorlichting en andere preventiemaatregelen moeten worden geïntegreerd binnen het systeem.

Health reforms

Het aanhalen van de financiële discipline eind jaren ’80, onder druk van internationale geldschieters zoals de Wereldbank en het IMF, betekent voor veel ontwikkelingslanden een forse aanslag op het budget voor onderwijs en gezondheidszorg. Daarnaast wordt veelvuldig een beroep gedaan op de eigen bijdragen van de bevolking. In 1987 wordt het ‘Bamako Initiatief’ gelanceerd. Een eigen bijdrage van de bevolking is noodzakelijk om te kunnen investeren in moeder- en kindzorg en medicijnen. Al met al lijkt het erop dat de toch al fragiele gezondheidszorg in veel ontwikkelingslanden in deze periode aanzienlijk is verzwakt. In menig land is vooral in de plattelandsgebieden de kwaliteit van de zorg fors teruggelopen, ondermeer door een gebrek aan medicijnen en personeel.

Als reactie op deze grimmige periode, waarbij de gezondheidszorg in menig land door de bodem zakt, volgen in de negentiger jaren de *health reforms*: hervormingen van de gezondheidszorg. Dit alles onder aanvoering van de Wereldbank. In haar rapport *Investing in Health* (1993) wordt betoogd dat er weer méér geïnvesteerd diende te worden in gezondheidszorg door nationale overheden én externe partners. Niet alleen vanuit humanitair perspectief, maar ook omdat een betere zorg zou leiden tot een sterkere economie. Ook het invoeren van alternatieve financieringssystemen — waaronder allerlei vormen van verzekeringssystemen — zijn een belangrijk onderdeel van menig hervormingsprogramma. In de hervormingsgedachte past een andere rol van externe financiers. Projecthulp, waarbij de duurzaamheid vaak in het geding was, dient plaats te maken voor brede, programmatische, en langduriger ondersteuning van de gezondheidssector, met als uitgangspunt nationale meerjarenplannen voor de gezondheidszorg. Deze aanpak wordt ook wel aangeduid als SWAP: *Sector-Wide Approaches (in health development)*. Een aanpak die uitgaat van een grotere rol voor decentrale structuren, terugtrekkende rol van de nationale overheid en

nationale plannen die worden gebaseerd op trends in ziekte en sterfte, gebruik van gezondheidsdiensten en evenredige verdeling van de beschikbare middelen.

Waar staan we nu?

Het inrichten van gezondheidszorg gaat gepaard met verdelings-, en dus politiek getinte vraagstukken. Niet alleen spelen de welvaartsverschillen tussen arme en rijke landen een rol, ook binnen arme landen is veelal sprake van onacceptabel grote verschillen tussen arm en rijk, en tussen urbaan en ruraal. Dit leidt voor ontwikkelingssamenwerking tot prikkelende en noodzakelijke vragen. Hoe nuttig is het bijvoorbeeld om een jonge westerse tropenarts uit te zenden naar een districtsziekenhuis, terwijl lokale artsen bij gebrek aan prikkels in groten getale in de hoofdstad blijven werken of emigreren naar het Westen (de welbekende *brain drain*)? Stimuleert uitzending van medisch personeel ontwikkeling of staat dat ontwikkeling juist in de weg?

Door het internationale hervormingsdebat lijkt inmiddels brede consensus te zijn ontstaan over de noodzaak om langdurig te investeren in duurzame systemen voor reguliere (basis)zorg, die minder afhankelijk zijn van de modieuze grillen van de meebetalende buitenwereld. Verder is er groeiende consensus over het betrekken van de particuliere sector (missie / zending; andere niet-gouvernementele organisaties) bij de uitvoering van de zorg, en over het mobiliseren van nieuwe financieringsbronnen.

Tot slot

De vraag luidt of deze recente inzichten wél tot betere gezondheid en een beter functionerende zorg leiden. We zullen wellicht nog enkele jaren moeten wachten voordat daar plausibele antwoorden op komen. Of we het geduld wel kunnen opbrengen voor het langzaam uitbouwen van robuuste basisgezondheidszorg - een zaak van lange adem - is nog maar de vraag. Mede door de ingrijpende gevolgen van AIDS en andere grote infectieziekten zijn er de laatste jaren verschillende kapitaalkrachtige, extern gefinancierde programma's ontstaan die specifiek gericht zijn op bijvoorbeeld AIDS, malaria en tuberculose, zoals de Bill & Melinda Gates Health Foundation en het Global Health Fund. Net als twee decennia eerder met de selectieve PHC-programma's bestaat daarmee echter het risico dat deze aandacht voor de toppers onder de killers – hoe begrijpelijk ook – het basisgezondheidssysteem onderuit haalt. De neiging bestaat om de complexe gezondheidsvraagstukken op korte termijn te willen veranderen aan de hand van een set overzichtelijke, maar daarmee veelal te simpele indicatoren. Het valt sterk te hopen dat de geschiedenis zich niet herhaalt en dat deze programma's beter worden geïntegreerd in robuuste