



Public Health 2020

Op basis van lessen die we kunnen trekken uit programma's voor verbeteren van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, wil ik u schetsen hoe de public health in Nederland zich in de komende decade zou kunnen ontwikkelen om een grotere bijdrage te leveren aan een gezonder Nederland.

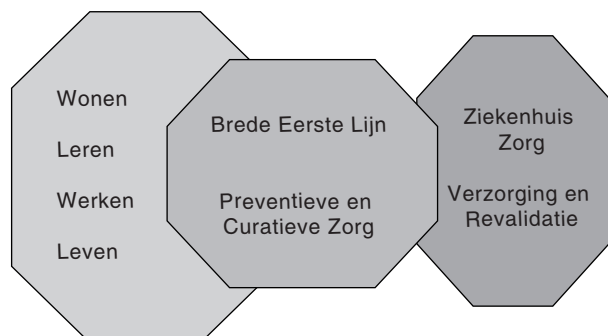
HET MODEL

Laat mij u eerst het beeld van public health 2020 schetsen, en daarna verklaren hoe ik er toe gekomen ben.

De gezondheidszorg is georganiseerd volgens het 'district health care' model. De publieke eerste lijn bestaat uit gezondheidscentra (met satellieten) van waaruit huisartsenzorg, verloskundige zorg en thuiszorg wordt verleend, en preventie en gezondheidsbevordering wordt verzorgd. Zo'n centrum bedient een doelgroep van ongeveer 10.000 mensen (een wijk of dorp). Het centrum is ook verantwoordelijk voor de public health activiteiten in het werkgebied, en onderhoudt intensieve contacten met scholen, bedrijven, woningcorporaties, buurtorganisaties, lokale overheden en andere belanghebbenden. Het bestuur (met vergaande financiële bevoegdheden) is in handen van buurtbewoners (patiënten). De centra spelen ook een rol bij infectieziektebestrijding. Voor ongeveer 100.000 mensen is er een streekziekenhuis waar eenvoudige specialistische zorg wordt verleend. Dit ziekenhuis werkt nauw samen met de gezondheidscentra en maakt nog min of meer deel uit van de eerste lijn.

In zo'n gezondheidsdistrict is er geen concurrentie, maar bestaan er sterke instrumenten van kwaliteit en efficiency.

Regionaal is er technische ondersteuning in public health, coördinatie van infectieziektebestrijding, deskundigheidsbevordering et cetera. Op regionaal niveau zijn ook gespecialiseerde ziekenhuizen, die geavanceerde medische zorg verlenen.



Figuur 1 Public Health 2020

DE MOTIVATIE

De redenen voor samenvoegen van eerste lijn en wijk- of dorpsgerichte public health zijn mijns inziens overduidelijk: de eerste lijn is de plek waar gezondheidsrisico's onderkend worden en waar in een vroeg stadium een goed pakket aan op maat gesneden gezondheidsbevorderende interventies zou moeten worden aangeboden. De groepen die wij nu in de public health bestempelen als "moeilijk te bereiken" zijn tegelijkertijd grootverbruikers van eerstelijnszorg.

Maar in aanvulling op gezondheidsbevordering in de eerste lijn zullen de determinanten van gezondheid moeten worden aangepakt waar de werkelijke problemen liggen: in armoede, gebrekkige scholing of laaggeletterdheid, slechte woonomgeving, etc. En daarvoor zullen we intensief moeten samenwerken met andere sectoren: doordringen in de haarvaten van de samenleving. Oplossen van de oorzaken gaat veel dieper dan beweeg- of dieetadvies of hulp bij stoppen met roken.

WHO EN WERELDBANK RAPPORTEN

Het bovenstaande is beslist niet nieuw en is ook te lezen in twee WHO rapporten, die in 2008 gepubliceerd zijn, maar die hier in Nederland nauwelijks aandacht hebben gekregen "want die zijn geschreven voor ontwikkelingslanden". Het WHO jaarrapport "*Primary health care: now more than ever*" geeft vier actiepunten:

- Toegang tot zorg, om sociaal economische gezondheidsverschillen te verminderen en uitsluiting te beëindigen;
- Herziening van zorg: stel de patiënt centraal, met geïntegreerde zorg door multidisciplinaire teams om de werkelijke noden aan te pakken;
- Herziening van leiderschap: zorg voor een meer betrouwbare overheid, die regie houdt en alle belanghebbende partijen betreft bij beleid;
- Herziening van het overheidsbeleid: integratie van public health en eerste lijn met een intersectoraal gezondheidsbeleid.

Het rapport "*Closing the gap in a generation*" van de WHO commissie sociale determinanten van gezondheid noemt drie actiepunten:

- Verbeteren van de dagelijkse leefomstandigheden, beter onderwijs, veiliger werk, en voorzieningen voor ouderen;
- Tegengaan van oneerlijke spreiding in macht, geld en middelen, door goed bestuur en samenwerking met het maatschappelijke middenveld;
- Vermeerdering van inzicht in de problemen door ongelijkheid in gezondheid en meten van effecten van maatregelen.

Het wordt tijd dat een land, dat achterblijft in Europa in verbetering van de levensverwachting, en waar de verschillen in gezonde levensverwachting tussen rijken en armen steeds groter worden, zich iets serieuzer verdiept in aanbevelingen van de WHO.

Voor de geïnteresseerde lezer is het Wereldbank rapport “*Investing in health*” uit 1993 een aanrader. Na jarenlang bezuinigingen in sociale voorzieningen in ontwikkelingslanden gepropageerd te hebben, kwam de Wereldbank tot de ontdekking, dat daarmee grote schade werd aangericht. In een 180 graden draai, noemde men nu gezondheid als een van de determinanten voor economische en maatschappelijk ontwikkeling. Ook dit biedt ons nieuwe perspectieven: in plaats van bedelen bij andere sectoren om aandacht voor gezondheid, bieden wij nu *health in all policies* als bijdrage aan verbeteren van onderwijs, verhogen van de productiviteit, gezond werken tot 67 jaar, versterken van de sociale cohesie, integratie van minderheden en maatschappelijke participatie van ouderen.

SYSTEEMBENADERING

Als het gaat over verbeteren van de gezondheid in ontwikkelingslanden woedt al sinds de Alma Ata conferentie in 1978 een debat tussen de voorstanders van de “selective” en de verdedigers van de “comprehensive” benadering. Bij de selectieve aanpak worden bepaalde ziekten aangepakt, in het bijzonder AIDS, malaria en tuberculose, naast vaccinaties voor kinderen. Hoewel dit leidt tot aanzienlijke vermindering van de ziektelast, is het effect op de gezondheidsstatus van de totale bevolking beperkt. De moedersterfte neemt niet af; kinderen sterven rond de geboorte, of aan ondervoeding of diarree. Niet-infectieziekten worden helemaal niet aangepakt, resulterend in een hogere sterfte. Bij een selectieve benadering wordt er onvoldoende aandacht besteed aan het systeem: brede opleiding van personeel, medicijnvoorziening en budgetten voor andere ziekten, of onderhoud van de infrastructuur. Zo’n effect lijkt ook te verwachten van de huidige aanpak van ketenzorg in Nederland, waarbij de verbindende elementen in de gezondheidszorg verwaarloosd worden. Nog afgezien van de vraag of je een mens mag beschouwen als de optelsom van diabetes, hartfalen en dementie is vooralsnog het bewijs afwezig, dat deze aanpak tot een betere gezondheidsstatus van de bevolking leidt.

In de systeembenadering, die nu in gezondheidszorg in ontwikkelingslanden gepropageerd wordt, gaat het om aandacht voor de structuren, functies en context, waarbinnen evidence-based interventies geplaatst worden. Ook hier moeten wij van leren: zolang we niet de randvoorwaarden creëren waarbinnen public health activiteiten tot hun recht kunnen komen, zullen we niet in staat zijn de gezondheid van de bevolking werkelijk te verbeteren.

AGENDA 2020

Hier presenteer ik u de agenda voor de komende jaren op weg naar een gezonder 2020:

- 1 Vorming van allianties tussen het public health veld en de eerste lijn, om preventie breder te trekken dan zorggerelateerde of (beperkte) geïndiceerde preventie. Het zou een goed begin zijn om de positie van vroegtijdige preventie in zorgstandaarden te versterken. Pilots en proefprojecten moeten ondersteund worden om aan te tonen, dat preventie in de eerste lijn in staat is risicogroepen te bereiken en daar effecten te sorteren.
- 2 Lobby voor duurzame financiering en verbinden van fragmentarische en korte-termijnsbudgetten voor preventie en gezondheidsbevordering. Er zou één preventiefonds moeten komen, waaruit langdurige programma’s uit betaald kunnen worden, ook in de eerste lijn. De eerstvolgende verkiezing voor een nieuwe Tweede Kamer bieden een aangrijpingspunt voor gezamenlijk actie.
- 3 Samenwerken met andere sectoren in coalities en verbinden van gezondheidsbevordering aan maatschappelijke thema’s zoals duurzaamheid, gezond langer werken, integratie van minderheden, aanpak van laaggeletterdheid, etc. met als insteek het gezamenlijke belang (wat verder gaat dan parallelle van belangen). Public health professionals moeten zich verder buiten het vertrouwde werkveld begeven om werkelijke oorzaken van gezondheidsproblemen te agenderen en te bestrijden. Zij moeten kunnen aantonen dat gezondheid inderdaad een determinant van economische en maatschappelijke ontwikkeling is.
- 4 Empowerment van bevolkingsgroepen om daadwerkelijk een bijdrage te leveren aan inhoud en management van public health activiteiten, door middel van peer-group versterking, mobilisatie van buurtgroepen, zelf-organisaties van ouderen voor maatschappelijke en gezondheidsactiviteiten. Bij deze empowerment moet het dan ook gaan om delen van macht en middelen.
- 5 Verbeteren van het monitoren van public health systemen, die verder gaat dan verzamelen van evidence op het niveau van interventies. We moeten meer inzicht krijgen in de context en randvoorwaarden, zodat we effecten kunnen meten voorbij het projectniveau.

U ziet het: eigenlijk niets nieuws onder de zon; organiseren van public health in Nederland is niet wezenlijk verschillend van het werk in ontwikkelingslanden, en in beide gevallen geldt: we moeten nu het praten over onze onderlinge verschillen van inzichten beëindigen, en die zaken aan de orde stellen waar het werkelijk om gaat.

Jaap Koot

Directeur Gezondheidsinstituut NIGZ