

Woorden en hun betekenis: Primary Health Care van Genève naar Colombia

Elly Engelkes

Er heeft zich rondom Primary Health Care (PHC) een terminologie ontwikkeld, die voor verschillende interpretaties vatbaar is. De auteur geeft aan, hoe op verschillende niveaus (internationaal, nationaal, provinciaal en lokaal) een aantal van de gebruikelijke termen van betekenis verandert. Zij illustreert dit met een case uit Colombia, waar zij een aantal jaren projectcoördinator was van een door Nederland gefinancierd PHC project binnen de provinciale gezondheidsdienst.

Het PHC-concept is ontstaan op een internationale conferentie van vertegenwoordigers van WHO-lidstaten. Het toen gedefinieerde concept beoogde de creatie van een nieuw soort gezondheidszorg, die integraler was dan de meer gebruikelijke medisch-technische benadering, oog had voor sociaal-economische oorzaken van ziekte, en gezondheidszorg derhalve als onderdeel van de gehele sociaal-economische ontwikkeling beschouwde.

PHC werd echter niet in een vacuüm gecreëerd. Ieder land had al een gezondheidszorg en een politiek systeem. In sommige landen bestonden enorme verschillen in gezondheid tussen bevolkingsgroepen of regio's. Afhankelijk van de context werd na Alma Ata het PHC-concept verschillend geïnterpreteerd. Daarbij bleef de terminologie weliswaar dezelfde als de in de WHO en andere internationale organisaties gebezigde, maar de betekenis van de terminologie ging variëren. Zelfs binnen een land verschoof de betekenis onder invloed lokale politieke, culturele en sociale factoren, en soms door aanwezigheid van projecten van buitenlandse donoren. veranderen.

Dit artikel illustreert dit proces van betekenisverandering. Eerst worden de internationale definities van veelgebruikte concepten gegeven. Daarna wordt gekeken hoe in Colombiaanse beleidsdocumenten dezelfde concepten worden gedefinieerd. Vervolgens wordt gekeken hoe op provinciaal niveau, in de provincie Chocó, in een door Nederland gesteund PHC-project met de concepten werd omgegaan, en wat de bevolking ermee deed. Het artikel is gebaseerd op een vierjarige ervaring als projectcoördinator van bovengenoemd project.

Enkele definities van de WHO: het internationale niveau

In 1978 werd PHC tijdens de conferentie van Alma Ata door de internationale gemeenschap als volgt gedefinieerd:

PHC is essentiële gezondheidszorg, gebaseerd op praktische, wetenschappelijk verantwoorde en sociaal aanvaardbare methoden en technologie, die universeel toegankelijk gemaakt wordt voor individuen en families in de gemeenschap, met hun volledige participatie en tegen kosten die de gemeenschap en het land kan betalen in iedere fase van zijn ontwikkeling, in het teken van zelfstandigheid en zelfbeschikking. PHC is een wezenlijk onderdeel van zowel het nationale gezondheidszorgsysteem, waarin het een centrale rol vervult, als van de totale sociaal-economische ontwikkeling van de gemeenschap. Het vormt het eerste contact tussen individuen, gezinnen, gemeenschap en nationaal gezondheidszorgsysteem. De gezondheidszorg wordt op deze manier zo dicht mogelijk gebracht bij de plaats waar mensen wonen en werken. PHC vormt de eerste fase van een ononderbroken doorgaande zorg voor de gezondheid. (WHO 1978)

Na Alma Ata is in Genève veel nagedacht en geschreven over de uitvoering in de praktijk van dit concept. Dit heeft geleid tot de publikatie van een serie richtlijnen voor nationale overheden om PHC in hun land te plannen, implementeren en evalueren. De serie boekwerkjes waarin deze richtlijnen zijn gepubliceerd, officieel de 'Health for All series', ook wel de 'Regenboogserie' genoemd (vanwege de kleuren waarin de verschillende delen zijn uitgebracht), bevat acht delen, over de mondiale strategie (WHO 1979, 1981a, 1982, 1983) en over management (WHO 1981d) en evaluatie (WHO 1982, 1983) van nationale gezondheidszorg. In de serie wordt een terminologie gebruikt, die in een glossary (WHO 1984) is gedefinieerd. Met behulp van de richtlijnen van de WHO is bovendien in veel landen PHC geëvalueerd. Op mondiaal, regionaal en nationaal niveau zijn rond 1985 hierover verslagen uitgekomen (WHO 1985).

In de richtlijnen voor PHC wordt ervan uitgegaan dat PHC niet alleen een onderdeel, maar het centrale uitgangspunt is van het gezondheidssysteem van een land. Gezondheidssysteem wordt als volgt gedefinieerd:

Een gezondheidssysteem is het complex van samenhangende elementen die bijdragen tot gezondheid in huis, onderwijsinstellingen, werkplaatsen, openbare gelegenheden en gemeenschappen, evenals in de fysische en psychosociale omgeving en in de sectoren die verwant zijn aan gezondheidszorg. (WHO 1984)

Binnen het gezondheidssysteem worden niveaus onderscheiden: Eerste niveau: (gemeenschap), Intermediair niveau: (district, regio of provincie), en Centraal niveau: nationaal. Deze indeling is een administratieve en beleidsmatige. Daarnaast is er een indeling in diensten die te maken hebben met PHC, van beneden naar boven als volgt in te delen: Gemeenschapszorg, Gezondheidscentrum, Tweedelijns-gezondheidszorg (districts- of provinciaal ziekenhuis), en Derdelijns-gezondheidszorg (gespecialiseerde faciliteiten, bijvoorbeeld universiteitsziekenhuis).

Er wordt in de definitie van het gezondheidssysteem dus uitgegaan van gezondheid, en van factoren die met gezondheid te maken hebben. Deze kunnen niet slechts door gezondheidsdiensten beïnvloed worden. Er is een verschil tussen gezondheidssysteem en gezondheidsdienst. Hoewel in de eerste plaats alle niveaus van de gezondheidsdien-

sten met PHC te maken hebben, kunnen ook andere sectoren zich hier niet aan onttrekken. Samen vormen zij het gezondheidssysteem.

In de definitie van PHC, en in de latere uitwerking en evaluatie ervan komen enkele termen steeds weer naar voren die centraal staan en principieel zijn voor wat PHC beoogt. In dit artikel zal slechts een greep daaruit genomen worden. Doel van dit artikel is, te analyseren hoe deze termen op verschillende niveaus worden geïnterpreteerd. Voor het internationale niveau wordt hierbij voornamelijk gebruik gemaakt van de 'Health for All serie' van de WHO. Voor de lagere niveaus, (nationaal, provinciaal en lokaal) baseer ik mij op beleids- en evaluatiedocumenten en mijn ervaring binnen het Colombiaanse gezondheidssysteem, het bilaterale PHC-project, en de gezondheidsdienst van de provincie Chocó.

Aldus worden de volgende termen geanalyseerd: gemeenschapsparticipatie, zelf-redzaamheid en zelfbeschikking (self-reliance, self-determination), rechtvaardigheid (equity) en dekkingsgraad (coverage).

De WHO definieert gemeenschapsparticipatie als volgt:

Het actief betrekken van mensen, die in enige vorm van sociale organisatie en samenhang samenwonen, bij de planning en uitvoering van en controle over PHC, hierbij gebruik makend van lokale, nationale en andere hulpbronnen (WHO 1984)

De WHO adviseert in plaats van de term participatie te spreken van betrokkenheid (involvement), omdat die term een diepere en persoonlijker identificatie van de gemeenschap en zijn leden met PHC impliceert. Daarbij nemen de leden van de gemeenschap verantwoordelijkheid voor hun gezondheid en welzijn, en dragen bij aan de ontwikkeling van hun gemeenschap. Participatie heeft zo twee aspecten: het betrokken zijn bij planning en implementatie, en het bijdragen aan de ontwikkeling, zowel in materiële als in niet-materiële zin. Waar de nadruk gaat liggen op het betrokken zijn of op het bijdragen aan, op de materiële of niet-materiële kant hangt af van de interpretatie die men er aan geeft.

Nauw gerelateerd aan participatie en betrokkenheid zijn de termen zelfredzaamheid (self-reliance) en zelfbeschikking (self-determination), die volgens de WHO impliceren:

Dat individuen, gemeenschappen en nationale autoriteiten initiatieven ontwikkelen, waarbij zij de verantwoordelijkheid voor hun eigen gezondheid op zich nemen, maatregelen treffen die door hen begrepen worden en acceptabel voor ze zijn, hun eigen kracht en hulpbronnen kennend en wetend hoe die toegepast kunnen worden, en waarvoor zich tot anderen te richten voor ondersteuning en samenwerking.

Er wordt gewaarschuwd – de glossary is in 1984 geschreven, en de ervaring zal toen al veel geleerd hebben – dat self-reliance iets anders is dan 'self-sufficiency': dat betekent: 'geheel op eigen kracht en hulpbronnen aangewezen zijn'.

De term rechtvaardigheid (equity) wordt in latere literatuur over PHC vaak gebruikt om een van de kernprincipes van met name 'comprehensive PHC' te beschrijven (Walt & Rifkin 1986). In de 'Health for All serie' komt rechtvaardigheid slechts voor als rechtvaardigheid in verdeling, doelend op de verdeling van geld, faciliteiten en personeel

over verschillende delen van een land. Rechtvaardigheid kan echter ook anders geïnterpreteerd worden, en wordt dat in andere internationale literatuur ook. De Wereldbank, in een document over het financieren van gezondheidszorg (Vogel 1986), kwam zelfs tot acht definities van rechtvaardigheid, waarbij naast "rechtvaardigheid in de verdeling van hulpbronnen" ook "rechtvaardigheid in de toegankelijkheid van diensten", "rechtvaardigheid in de mogelijkheid om gezond te zijn" (en dus sociaal-economische verschillen uitsluitend), en rechtvaardigheid in die zin, dat "meer aandacht gegeven wordt aan hen die het meer nodig hebben" (risicobenadering). Gezien de vele interpretaties die aan rechtvaardigheid gegeven kunnen worden, kan het begrip bij implementatie onder andere gebruikt worden om moeder- en kindzorg (risicobenadering) te propageren, of om zeer armen gratis gezondheidszorg te geven (gelijke toegang tot diensten).

Voor de evaluatie van PHC wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de term dekkingsgraad (coverage). Het glossarium geeft hierbij al aan dat dekkingsgraad veel aspecten heeft die soms onder andere namen gehanteerd worden, zoals beschikbaarheid, gebruik, acceptatie en toegankelijkheid van diensten. Het begrip dekkingsgraad werd geanalyseerd door Tanahashi in een WHO publikatie (Tanahashi, 1978), en zijn ideeën komen in de beschrijving in het glossarium duidelijk naar voren. Dekkingsgraad kan namelijk zijn:

- 'Availability coverage': ratio tussen bevolking van een administratieve eenheid (bijvoorbeeld land, district) en aanwezige faciliteiten (bijvoorbeeld aantal artsen per aantal inwoners, bevolking per gezondheidscentrum);
- 'Accessibility coverage': het aantal mensen, dat een bepaalde faciliteit gebruikt, doordat die faciliteit dicht genoeg bij, betaalbaar en cultureel gezien acceptabel is.

Daarbinnen kan dan weer onderscheid gemaakt worden tussen:

- 'Acceptability en utilization coverage', waarbij duidelijk gemaakt dat accessibiliteit zowel een geografische en economische component heeft als een culturele, en slechts gebruik gemaakt wordt van een dienst (utilization) als aan alle voorwaarden wordt voldaan.
- 'Utilization of acceptability coverage' is dan: van diegenen, die een dienst nodig hebben en er op bereikbare afstand vanaf wonen, het aantal dat de dienst ook werkelijk gebruikt.
- Of dit ook 'effective coverage' (het percentage mensen, dat effectief van een kwalitatief goede voorziening gebruik maakt) is, hangt af van de kwaliteit van de dienst en van het juiste gebruik ervan. Dekkingsgraad is niet effectief als een verkeerde behandeling wordt ingesteld of als de patiënt de juiste medicijnen niet juist inneemt.

Als dekkingsgraad zonder verdere aanduiding wordt gebruikt om vooruitgang van een project of programma aan te tonen (bijvoorbeeld om te laten zien wat met het geld is gebeurd), biedt de term vele mogelijkheden hem te gebruiken op een manier, die iedere relatie met werkelijk gebruik, nut en kwaliteit van diensten verbergt en niets zegt over de bedoelde verbetering van de gezondheid van de doelgroep.

Hoe bovengenoemde termen in een concrete situatie gebruikt worden en hoe het gebruik ervan samenhangt met politieke, historische en culturele factoren, wil ik illustreren met voorbeelden uit Colombia.

Primary Health Care en het gezondheidssysteem van Colombia

Colombia beschikt sinds 1975 over een gezondheidssysteem. Dit werd opgericht om orde te scheppen in de veelheid van instituten, organisaties en individuen die tot dan toe iets aan gezondheidszorg deden. Men zou dit kunnen vergelijken met de Structuurnota in Nederland, die uit dezelfde tijd dateert. Het gezondheidssysteem werd per wet als volgt gedefinieerd (Minsalud 1984):

Het geheel van organisaties, instituten en eenheden, die als specifiek doel hebben zich met de gezondheid van de gemeenschap bezig te houden, met betrekking tot bevordering, rehabilitatie en herstel.

De wettelijk vastgelegde eenheden die bij het gezondheidssysteem horen zijn diegenen "die diensten verlenen op het gebied van de gezondheid", of ze hier nu hulp van de staat voor krijgen of niet. Er wordt onderscheid gemaakt in diensten van de openbare sector (de overheid), de privé-sector en de sociale verzekering (waarbinnen alle in loondienst werkenden gratis gezondheidszorg krijgen).

Het lijkt mij dat het gezondheidssysteem, zoals dit in Colombia gedefinieerd is, een smallere basis heeft dan in de WHO-definitie is vastgelegd. Het is namelijk beperkt tot die activiteiten die binnen de gezondheidssector vallen, oftewel de gezondheidsdiensten. Binnen dit gezondheidssysteem is PHC echter ontstaan en moet het functioneren. Het is dan ook niet verwonderlijk, dat de definitie van PHC in Colombia (al wordt die van Alma Ata in Colombia ook vaak aangehaald) anders is dan die van de WHO:

PHC is een strategie om de dekkingsgraad van gezondheidsdiensten en sanitaire voorzieningen tot stand te brengen, wat eenvoudige activiteiten inhoudt om de meest elementaire noden in de gemeenschap te lenigen, met betrekking tot gezondheidsbevordering, preventie en bestrijding van prevalentie ziekten, als wel tot herstel en rehabilitatie (Minsalud 1984).

De uitbreiding van de dekkingsgraad van gezondheidsdiensten wordt, door middel van PHC, vooral gezocht onder de meest kwetsbare bevolkingsgroepen, zoals de rurale en de marginale stedelijke bevolking. Ook het begrip PHC wordt aldus beperkt tot activiteiten, die rechtstreeks onder gezondheidsdiensten en sanitaire voorzieningen vallen (in Colombia ook onder het Ministerie van Gezondheid).

De niveaus van het gezondheidssysteem in Colombia zijn vergelijkbaar met de door de WHO genoemde. Administratief gezien bestaat het land uit: gemeenschappen met (politieke) comités, gemeentes met gemeenteraden (gekozen), regio's, provincies, en nationaal niveau (ministeries)

Op het gebied van gezondheidsdiensten zijn de volgende niveaus te onderscheiden: de dorpsgezondheidswerker, het gezondheidscentrum, het regionaal ziekenhuis, het provinciaal ziekenhuis, en, in vele wat meer welvarende provincies dan nog een academisch ziekenhuis.

Interpretatie van termen in Colombia

De term participatie komt in nationale nota's (Minsalud 1984) en de nationale evaluatie van PHC in Colombia (Minsalud/PAHO 1986) veelvuldig voor. In 1979, kort na Alma Ata dus, wordt in een document over de herziening van het nationale systeem van gezondheidszorg nog van participatie gesproken als:

Een proces, waarin de bevolking haar eigen gezondheidssituatie leert kennen en waarin zij zelf de besluitvorming, uitvoering en verbetering ter hand neemt (geciteerd in Reijkerkerk 1988).

In de evaluatie van 1986 (Minsalud/PAHO 1986) wordt de mate van participatie van de bevolking beperkt tot:

Het percentage van de doelgroep dat meewerkt aan de constructie van watervoorziening, van riolering, van gezondheidsfaciliteiten en in de distributie van medicijnen.

Participatie wordt hier dus in materiële zin (menskracht) uitgelegd.

Als doelstelling voor de periode 1983-1984 werd voor participatie gesteld ongeveer 3.000 gezondheidscomités op te richten, wier functie het was activiteiten in de gemeenschappen te stimuleren door oprichting van dorpsapotheken waar medicijnen verkocht werden, door educatieve en culturele activiteiten en door mee te werken aan gezondheidscampagnes (Minsalud, 1984).

Op provinciaal niveau in de provincie Chocó werd gesteld (SSS Chocó 1984) dat de provinciale gezondheidsdienst het sinds 1978 als zijn zorg en belangrijkste taak heeft gezien: "De bevolking te betrekken bij het geven van gezondheidsdiensten, en bij de oplossing van zijn problemen."

Tegelijk werd vastgesteld dat daar door logistieke problemen niet veel van terecht was gekomen, maar dat voor de toekomst de sociale sector van de dienst versterkt moest worden om deze taak systematisch en creatief met educatieve methoden en met participatoir onderzoek te verrichten.

Hoe kan men verklaren, dat op provinciaal niveau de interpretatie van participatie zo veel meer omvattend in beleidsdocumenten verschijnt dan op het nationale niveau waar participatie beschouwd wordt als middel, om via gezondheidscomités de uitvoering van van bovenaf opgelegde plannen te garanderen?

In het Nederlandse PHC-project in die provincie werd aanvankelijk volgens nationale normen gewerkt met gezondheidscomités. Deze bleken op lokaal niveau niet te functioneren, onder andere omdat gezondheid door de gemeenschap niet als prioriteit werd gezien. Binnen het project werd daarna met de gehele dorpsgemeenschap participatoir onderzoek naar problemen en prioriteiten gedaan. De bevolking toonde hiervoor lokaal (dorps)niveau veel enthousiasme. Vrijwel de gehele bevolking discussieerde mee, omdat zij meende op deze wijze "zelf mee te kunnen denken in plannen om hun situatie, en de daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen te verbeteren." Helaas onttaarde dit echter in frustratie, toen andere sectoren niet konden ingaan op door de dorpsbewoners gedane verzoeken om hulp te ontvangen, daar waar zij hun problemen niet zelf konden oplossen. Andere sectoren hadden andere plannen of geen geld om mee te werken aan wat de dorpsbewoners wilden. Zelfredzaamheid en zelfbeschikking, zoals door de WHO

gedefinieerd, en ook door het internationale project zo geïnterpreteerd, werd daardoor self-sufficiency: men bleef aangewezen op eigen middelen.

Dat participatoir onderzoek, en participatie in de zin van betrokkenheid, in een provinciale beleidsnota verschijnt, was een gevolg van internationale concepten. De mensen van de provinciale dienst werden namelijk nauw betrokken bij het door het Nederlandse project geïntroduceerde participatoir onderzoek. Dat het lokaal tot frustraties leidde kwam doordat provinciale niveaus van andere sectoren niet gewend waren aan een dergelijke bottom-up benadering. De bevolking voelde echter veel voor deze interpretatie.

Nog sterker leefde het begrip participatie bij de indiaanse minderheid, die in verreweg de slechtste omstandigheden woonde in het gebied. Deze bevolkingsgroep was goed georganiseerd, zowel nationaal als provinciaal. Haar strijdbaarheid uitte zich in het meermalen de straat opgaan, of zich presenteren bij overheidsinstellingen, om rechten op te eisen. Zo kwam een verzoek tot het introduceren van PHC-activiteiten en het opleiden van dorpsgezondheidswerkers in Indiaanse dorpen vanuit de Indianen zelf. De provinciale indianenorganisatie eiste ook controle op de te ontwikkelen activiteiten op, maar bood ook actieve medewerking aan. Dit in tegenstelling tot de overige – negroïde – bevolking, die meer gemotiveerd was tot het slechts vragen van hulp. Zo beïnvloedden ook culturele en historische feiten de lokale interpretatie van het begrip participatie.

Het begrip rechtvaardigheid verschijnt in 1983 in Colombia op allerlei (nationale) beleidsnota's. Er komt namelijk een groots plan, genaamd "Verandering door rechtvaardigheid" (Minsalud, 1982). Dit plan heeft met name aandacht voor de bevolking in de gebieden, die door de guerilla worden 'geteisterd'. Merkwaardig genoeg wordt niet gezegd wat met rechtvaardigheid bedoeld wordt. In de analyse van het geweld in Colombia wordt in deze beleidsstukken niet eens vermeld, dat de door guerilla geteisterde gebieden een sociaal-economische achterstand hebben. Het aanbieden van een aantal diensten aan deze gebieden, en het bieden van amnestie aan ex-guerilleros, waaruit de rechtvaardigheid hier bestaat, lijkt dan ook meer een politiek zoethoudertje dan een streven naar sociale rechtvaardigheid.

Wel kan het streven van de regering, om via PHC de meest vulnerabele (rurale en marginale urbane) bevolkingsgroepen te bereiken, en ook de grote aandacht voor moeder- en kindzorg (risicobenadering) als rechtvaardigheid uitgelegd worden. Het geven van gratis gezondheidszorg aan de indiaanse bevolking in Colombia kan gezien worden in het licht van rechtvaardigheid, hoewel er andere bevolkingsgroepen zijn, die net zo weinig middelen hebben als indianen, die wel voor de diensten moeten betalen. Toch ook een zoethoudertje voor een strijdbare bevolkingsgroep dus? Overigens zien de strijdbare indianen de rechtvaardigheid als het recht op bezit van hun land. Zij zien hiermee een directe relatie met hun gezondheid, en laten zich niet tevreden stellen met gratis gezondheidszorg.

De verdeling van geld en middelen van nationaal niveau (ministerie van gezondheid) over de verschillende regio's houdt in Colombia geen rekening met de sociaal-economische situatie in die regio's. Sterker nog, omdat het provinciale budget ook afkomstig is uit inkomsten van belastingen en loterijen, zijn economisch betere delen van het land,

ook wat gezondheidsdiensten aangaat, beter af. Daar waar veel economische activiteiten zijn, genieten bovendien veel mensen de voordelen van het verzekerd zijn bij de sociale verzekering voor werknemers. Er valt dus nog veel te doen om in Colombia zelfs rechtvaardigheid van distributie van middelen te bereiken, laat staan de rechtvaardige maatschappij te maken zoals de ruimste betekenis van rechtvaardigheid dat wil. Lokaal, in dorpen in Chocó, waren mensen zich heel goed bewust van de onrechtvaardigheid van hun situatie. Slechts bij de indianen leidde dit echter tot actie.

In Colombia wordt het begrip dekkingsgraad gevarieerd gebruikt. Aangezien PHC gezien wordt als strategie om de dekkingsgraad van gezondheidsdiensten te verhogen, werd in de evaluatie van 1985 (Minsalud, PAHO, 1985) ook naar de behaalde dekkingsgraad gekeken. Daarbij was het aantal getrainde 'promotoras' (Community Health Workers) van groot belang, omdat de aanwezigheid van zo'n promotora de toegankelijkheid tot gezondheidsdiensten vergroot. Door het aantal getrainde gezondheidswerkers te vermenigvuldigen met 2.000 (nationale norm voor de bevolking waarvoor een gezondheidswerker verantwoordelijk is), komt men tot de conclusie dat 90% van de geplande bevolking nu van PHC voorzien is, dat wil zeggen: de dekkingsgraad is 90%. Echter, in werkelijkheid is dit nog niet eens de 'availability coverage'. Er zijn namelijk veel lokale gemeenschappen die geïsoleerd zijn, uit veel minder dan 2.000 mensen bestaan en waar toch een gezondheidswerker opgeleid is. De 90% is dus zelfs geflatteerd voor 'availability coverage'.

Er volgt in de evaluatie van PHC een opsplitsing in de dekkingsgraad van verschillende activiteiten, zoals vaccinatie, prenatale controle, curatieve zorg, en dergelijke, die de 'utilization coverage' (gebruik) weergeeft. Waar het echter de sanitaire voorzieningen – latrines, water – aangaat, moeten de cijfers opnieuw met een korrel zout genomen worden. Zij geven namelijk niet het gebruik ervan weer, maar de aanwezigheid. Gezien de nationale doelstelling om ook van sanitaire voorzieningen de dekkingsgraad te vergroten, worden bijvoorbeeld op gezondheidscentrum-niveau werkende sanitaire gezondheidswerkers geëvalueerd op het aantal door hen geïnstalleerde latrines. De sanitaire gezondheidswerkers probeerden zo veel mogelijk mensen "om te praten" om met hem mee te werken aan goede evaluatie van hun activiteiten, dat wil zeggen: aan zo veel mogelijk geïnstalleerde latrines. Dit resulteerde in een dekkingsgraad van 22%, waarvan opgemerkt moet worden dat:

- een deel van de als dekkingsgraad vermelde toiletposten niet of bijvoorbeeld als bloemenvaas werden gebruikt;
- een deel van de ingevulde formulieren 'leugenbriefjes' waren: formulieren die van gezondheidswerker naar hogere niveaus gingen en een geflatteerd aantal aangaven.

Op zijn best geven de aantallen geïnstalleerde latrines dus beschikbaarheid weer, maar niet het lokale gebruik en de (culturele) acceptatie. Ook de watervoorziening, trouw door gezondheidswerkers lokaal geregistreerd over hun dorp, zal in de meeste gevallen de beschikbaarheid hebben betroffen. Ervaring leerde dat het niet altijd het gebruik ervan betrof.

Ook op lokaal niveau werd trouw het aantal gevaccineerde kinderen, de prenatale controles, en het percentage van mensen dat water kookte en family planning-methoden gebruikte, geregistreerd. De gezondheidswerkers hadden zelfs in hun uitrusting een gekleurde houten plaat, waarop een aantal indicatoren van 'voortgang' stond: aantal gevaccineerde kinderen, mensen die latrines hadden, water kookten, en dergelijke, deels dus lokale dekkingsgraad. Misschien niet zonder reden werden deze "gezondheidsvlaggen", zoals ze genoemd werden, vrijwel nooit gebruikt voor het doel waarvoor ze ontworpen waren: het dorp te laten zien of ze vooruit gingen. Hoewel andere, meestal irrelevante, redenen door de gezondheidswerkers werden aangevoerd, had ik altijd het gevoel, dat zij en de dorpsbewoners andere indicatoren voor voortgang gebruikten dan de dekkingsgraad van deze activiteiten.

Conclusie

PHC is een op internationaal niveau gelanceerd concept, dat een ideaal inhoudt. Al tijdens de lancering wist men, dat uitvoering hiervan niet ideaal zou zijn. Er werden, mogelijk bewust, begrippen gehanteerd die voor velerlei interpretatie vatbaar waren. De gedelegeerden gingen naar huis en troffen op nationaal niveau een bestaand systeem, een politieke context en een cultuur aan waarbinnen de begrippen moesten worden aangepast. Termen werden overgenomen, de onderliggende idealen niet altijd. Afhankelijk van niveau, van internationale invloed en van politieke druk worden nog steeds interpretaties gegeven die aan de context worden aangepast. Soms wordt op lokaal niveau of op districtsniveau wel iets aangetroffen van wat door de WHO bedoeld was, al is het nationale beleid anders. Er bestaan echter ook schakelingen tussen de niveaus (verticaal) en tussen mensen (cultuur), organisaties en in tijd (horizontaal). Ondertussen werkte men in Genève op internationaal niveau aan de verdere uitwerking van de interpretatie zoals men dacht dat die in Alma Ata was afgesproken.

Het is belangrijk, het 'meerniveau-perspectief' van de PHC-terminologie te onderkennen en te analyseren wat in de specifieke context de terminologie betekent en waarom. Want het is niet slechts een kwestie van woordspeling of semantiek. Achter de interpretatie van de termen gaat een wereld van geschiedenis, politiek en cultuur schuil.

Noot

Elly Engelkes werkt als public health consultant bij CDP/Eurohealth, een consultancy bureau op het gebied van gezondheidszorg in de derde wereld. Na afstuderen in de geneeskunde in 1971 werkte zij vier jaar als algemeen arts in Nederland en vier jaar in Nigeria. Daarna specialiseerde zij zich in public health en werkte vier jaar als adviseur en coördinator van een door Nederland gefinancierd PHC-project in Colombia. Over de evaluatie hiervan schreef zij een proefschrift, waarop zij in 1989 promoveerde.

Literatuur

MinSalud Colombia

1984 *Colombia, diagnostico de salud. Politicas y estrategias*. Hoofdstuk III.

- MinSalud/PAHO/UNICEF Colombia
 1986 *Evaluación de extensión de cobertura en servicios de salud 1979-1984.*
- MinSalud Colombia
 1982 *Cambio con equidad: Políticas y realizaciones 1983-1984.*
- Reijerkerk, L.
 1987 *Choco, Colombia: Zelfredzaamheid of politieke inkapseling? Eerstelijnsgezondheidszorg vanuit een schakelingenperspectief.* Scriptie Culturele Antropologie. Universiteit van Utrecht.
- Rifkin, S. & G. Walt
 1986 *Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive PHC" and "selective PHC".* *Social Science and Medicine.* Vol. 23(6): 559-66.
- Servicio Seccional del Chocó
 1983 *Plan Seccional de Salud 1984-1986.*
- Tanabashi, T.
 1978 *Health service coverage and its evaluation.* *Bulletin of the WHO* 56: 295-303.
- Vogel, R.
 1988 *Community financing of the health sector.* *World Bank Technical Papers* 82: 172-74.
- WHO:
 1978 *Primary Health Care.* "Health for All" Series No. 1.
 1979 *Formulating strategies for "Health for All by the year 2000".* "Health for All" Series No. 2.
 1981a *Global strategy for "Health for All by the Year 2000".* "Health for All" Series No. 3.
 1981b *Development of indicators for monitoring progress towards "Health for All by the Year 2000".* "Health for All" Series No. 4.
 1981c *Managerial process for national health development: Guiding principles.* "Health for All" Series No. 5.
 1981d *Health programme evaluation: Guiding principles.* "Health for All" Series No. 6.
 1982 *Plan of action for implementing the global strategy for "Health for All in the Year 2000".* "Health for All" Series No. 7.
 1983 *Seventh general programme of work covering the period 1984-1989.* "Health for All" Series No. 8.
 1984 *Glossary of terms used in the "Health for All" Series 1-8.* "Health for All" Series No. 9.
 1985 *Evaluation of the strategy for "Health for All by the year 2000". 7th Report on the World Situation.* Vol. 1-6.