



Arbeitsgruppentagung: Einbeziehung der Bevölkerung
in ein Gesundheitssystem auf der Grundlage der
primären Gesundheitsversorgung: "Committing
the Community to Care"

Kopenhagen, 24.-26. Februar 1987

EUR/ICP/PHC 319(S)
0426v
24. Juli 1987

ORIGINAL: ENGLISCH

KURZBERICHT

Die Arbeitsgruppe bestand aus 25 Teilnehmern, und zwar 17 aus 17 Ländern der Europäischen Region und einem aus Kanada, zwei Vertretern der WHO-Hauptverwaltung in Genf und vier Vertretern des WHO-Regionalbüros für Europa. Die meisten Teilnehmer waren Ärzte (Experten für öffentliches Gesundheitswesen und Sozialmedizin), die übrigen kamen z.B. aus den Sozialwissenschaften.

Tagungszweck

Seit der Erklärung von Alma-Ata im Jahre 1978 gilt die Einbeziehung der Bevölkerung in das Gesundheitsgeschehen (community involvement in health (CIH)) als ein Eckpfeiler der primären Gesundheitsversorgung (PHC). Die Arbeitsgruppe sollte u.a. bisherige Aktivitäten beurteilen und dadurch die Problematik in den Mitgliedstaaten in breiteren Kreisen bekannt machen. Ausserdem gab sie den Teilnehmern die Gelegenheit, die Verwirklichung von Regionalziel 26 zu analysieren, durch das alle Mitgliedstaaten dazu aufgefordert werden, bis zum Jahr 1990 durch eine effektive Einbeziehung der Bevölkerung und die Unterstützung der sekundären und tertiären Versorgung Gesundheitssysteme auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung aufzubauen. Darüber hinaus bot die Arbeitsgruppe den Teilnehmern ein Forum, in dem sie Ansätze und Möglichkeiten zur Durchsetzung und Unterstützung dieses Ziels in den Mitgliedstaaten vorschlagen konnten.

Definition

Die Teilnehmer versuchten zwar keine exakte Definition der CIH, meinten aber doch, dass eine solche die folgenden drei Elemente enthalten müsse:

- Selbsthilfe (d.h. Laienaktivitäten)

SUMMARY REPORTS are issued by the Regional Office in English, French, German and Russian, but may be reproduced, or translated into any other language, providing due acknowledgement is made.

Les RAPPORTS SOMMAIRES sont publiés par le Bureau régional en allemand, anglais, français et russe, mais ils peuvent être reproduits, ou traduits dans n'importe quelle autre langue, à condition que la source soit dûment mentionnée.

KURZBERICHTE werden vom WGO-Regionalbüro in Deutsch, Englisch, Französisch und Russisch herausgegeben. Nachdruck oder Übersetzung in andere Sprachen mit Quellenangabe gestattet.

КРАТКИЕ ОТЧЕТЫ издаются Региональным бюро на английском, немецком, русском и французском языках, но могут быть размножены или переведены на любой другой язык при наличии соответствующего уведомления.

- Zusammenarbeit (im Sinne der Beteiligung von Laien als Einzelpersonen oder durch die Nahgemeinde) in der Arbeit der primären Gesundheitsversorgung
- Beteiligung an der Planung und dem Management der primären Gesundheitsversorgung.

Die Teilnehmer waren davon überzeugt, dass die CIH (in allen drei oben angeführten Aspekten) eine verbesserte Kontrolle oder auch eine Aufstockung der Ressourcen für die Gesundheitsförderung wie für die Betreuung der Kranken bedeuten würde.

Diskussion

Der Gruppe wurden 18 Länderreferate vorgetragen, die alle von einem oder mehreren Aspekten der CIH in der primären Gesundheitsversorgung bestimmt waren. Folgende Aspekte der Referate waren einigen, wenn nicht allen Ländern gemeinsam: die Verbesserung formaler Instrumentarien der CIH, das wachsende Interesse nichtstaatlicher Organisationen, Verbrauchergruppen usw. an der primären Gesundheitsversorgung sowie das wachsende Potential neuer Gesundheitsbewegungen und Selbsthilfegruppen.

Trotz aller ermutigenden Anzeichen für eine wachsende CIH, würde eine europäische CIH-Karte noch immer hauptsächlich weisse Flecken ohne bemerkenswerte Einbeziehung der Bevölkerung in Gesundheitsfragen zeigen. Selbst dort, wo die CIH bereits etabliert ist, könnte sie direkter und "authentischer" funktionieren. Die WHO und die Mitgliedstaaten sollten deshalb ihre Bemühungen um eine weitere Verbreitung und einen Ausbau der CIH-Erfahrungen erneuern.

Die Gruppe war besorgt über die epidemiologischen Entwicklungen in den Industrieländern, und hier besonders über die Trends bei den chronischen degenerativen Erkrankungen. Dieses Problem lässt sich offensichtlich nicht ausschliesslich durch das etablierte medizinische System lösen, sondern erfordert eine effektive Einbeziehung der Betroffenen (des einzelnen, der Familie und der Gemeinde) in gemeinsame Bemühungen mit den einschlägigen Berufsgruppen, den Verwaltungsfachkräften und den Politikern zur Förderung der Gesundheit und zur medizinischen wie sozialen Rehabilitation der chronisch Kranken.

Demographische Untersuchungen werfen ein Schlaglicht auf den Alterungsprozess der Bevölkerung in den Industrieländern und insbesondere auf das zu erwartende Ansteigen der Altersgruppe über 80 Jahre. Gleichzeitig schwindet das Potential der althergebrachten Betreuungsformen (z.B. durch Familien und Frauen) aufgrund der sich wandelnden Familienstrukturen (z.B. arbeitende Frauen, Familien mit nur einem Elternteil). Das erfordert in erster Linie eine Stärkung der intersektoralen Zusammenarbeit (zwischen den Gesundheits- und Sozialdiensten), macht es aber auch notwendig, die Bevölkerung auf eine Betreuung ihrer alten Menschen zu verpflichten.

Nach den Referaten und der Diskussion der Länderberichte und Fallstudien wurden in drei Untergruppen getrennt folgende Fragen diskutiert:

- die organisatorische Struktur der CIH
- Aus- und Weiterbildung für die CIH
- Informationstätigkeit und Forschung für die CIH

Organisatorische Struktur

Die Gruppe wollte nur ungern eine spezifische Struktur für die Durchsetzung der CIH in allen Ländern herausheben. Das Schwergewicht lag allerdings auf der lokalen Ebene, wo es wünschenswert sein könnte, einen lokalen Gesundheitsrat als Organ zur Verwirklichung der CIH einzusetzen. Dieser Rat sollte sich mit dem Management und der Entwicklung aller Elemente der primären Gesundheitsversorgung beschäftigen und die intersektorale Zusammenarbeit fördern. Seine Mitglieder sollten einen so breiten Ausschnitt der Bevölkerung vertreten wie nur möglich. Fachleute oder Bürokraten sollten in dem Rat nur ausgewogen vertreten sein, um ein Übergewicht ihrer Ansichten zu verhindern. Zur Erfüllung seiner Ziele sollten dem Rat folgende Funktionen übertragen werden:

- Überwachung der Ressourcen (in finanzieller und personeller Hinsicht)
- Sicherung sachgerechter Information
- Verantwortlichkeit für die intersektorale Zusammenarbeit (zwischen den Gesundheitsberufen, anderen Sektoren und gemeindezentrierten Organisationen)
- Rechenschaftslegung (regelmässige Berichterstattung).

Ganz allgemein betrachtete man die Informationstätigkeit als eine der wichtigsten Ressourcen für die CIH. Deshalb müssen der Bevölkerung sachdienliche Informationen zur Verfügung gestellt werden, und die Fähigkeit der Bevölkerung zur Erfassung und Beurteilung von Informationen ist zu verbessern.

Aus- und Weiterbildung

Aus- und Weiterbildung stellen in der CIH in zweierlei Hinsicht eine Schlüsselfrage dar.

- Das allgemeine Bildungssystem vermittelt nicht immer oder nur unzureichend die Wertvorstellungen, die für eine Einbeziehung der Bevölkerung ganz allgemein und für die CIH im besonderen günstig sind. Auch die notwendigen Mittel und Wege zur Förderung des Engagements der Bevölkerung werden dadurch nicht aufgezeigt. Die Erziehung zur CIH (nicht nur für die eigene Gesundheit, sondern auch für die Gesundheit anderer) sollte zu einem wichtigen Element in allen Bereichen der Erziehung werden.

- Die Aus- und Weiterbildung von Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und anderen Schlüsselberufen enthält nichts über eine Beteiligung der Bevölkerung, fördert eine solche auch nicht und vermittelt darüber hinaus zuweilen Werte und Haltungen, die für die CIH negativ sind. Diese Ausbildung sollte dringend korrigiert werden.

Informationstätigkeit und Forschung

Es bestehen erhebliche Forschungslücken, wenn es darum geht, Modelle für die CIH zu entwickeln und die Wirkung und den Wert der CIH zu bewerten. Doch selbst dort, wo solche Vorhaben durchgeführt werden, muss die Bevölkerung stärker in die Arbeit einbezogen werden, z.B. bei der Festlegung der Forschungsthemen, bei der Ermittlung der benötigten Wissenschaftler oder wissenschaftlichen Institute und bei der Methodenwahl.

Die Gruppe war sich darüber im klaren, dass die CIH nicht alle Probleme löst. Beispielsweise war ganz deutlich, dass z.B. den benachteiligten Gruppen und ethnischen oder anderen Minderheiten von seiten der Gesundheits- und Sozialdienste besondere Aufmerksamkeit zuteil werden muss, vor allem, da sie ihre Probleme auf der lokalen Ebene möglicherweise nur schwer verständlich machen können. Wie man die echte Vertretung der Bevölkerung gewährleistet, das ist ein weiteres Problem. Ausserdem kann der ursprüngliche Sinn der CIH möglicherweise konterkariert werden, wenn alle Fehlschläge mit der Beteiligung der Bevölkerung entschuldigt werden oder das Risiko besteht, dass man die Schuld auf die Opfer abwälzt.

Empfehlungen

National

1. Die Mitgliedstaaten sollten das gesundheitliche Engagement der Bevölkerung in der primären Gesundheitsversorgung analysieren. Diese Analyse sollte die organisatorische Struktur, die Aus- und Weiterbildung, die Forschung und Informationstätigkeit umfassen.
2. Die Mitgliedstaaten sollten erwägen, wie eine für die CIH günstige Gesetzgebung auszusehen hätte und mit der die Frage der Mittelzuweisung, der Dezentralisierung und des Engagements der Gemeinde in mit der Entwicklung der primären Gesundheitsversorgung befassten Entscheidungsgremien anzugehen wäre.
3. Die Mitgliedstaaten sollten bereits bestehende Strukturen umlegen, so dass sie die Funktionen eines örtlichen, für die CIH zuständigen Gesundheitsrats erfüllen können. Zu seinen wünschenswerten Funktionen gehören die Einbeziehung in die Entscheidungsfindung, Gesprächsrunden mit Laien, Verbraucher-(Nutzer-)Gruppen und anderen nichtstaatlichen Organisationen sowie mit Stütz- und Selbsthilfegruppen.
4. Die Mitgliedstaaten sollten an einer verstärkten Bewusstseinsbildung der Bevölkerung interessiert sein. Erreicht werden sollte das durch unabhängige Informationsbasen auf allen Ebenen (national, regional und lokal), die auch miteinander verknüpft sein müssten.

5. Die Mitgliedstaaten sollten die Ausbildung ihrer Ärzte, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter und anderer Schlüsselberufe dahingehend abändern, dass sich dadurch positive Wertvorstellungen und Haltungen zur CIH entwickeln und sich bei diesen Berufsgruppen das Verständnis für gemeindebezogene Ansätze verstärkt.

5. Die Mitgliedstaaten sollten Forschungsvorhaben zu folgenden Themen veranlassen, ermutigen und unterstützen: Indikatoren der Lebensweise, positive Gesundheitsindikatoren, Einfluss sozialer Faktoren auf das Krankheitsbild, Register von Gesundheitsdiensten innerhalb der Gemeinde, Beurteilungspraktiken im Rahmen der CIH, Ermittlung von Lücken in der CIH, Entwicklungstendenzen und Widersprüchlichkeiten innerhalb der herkömmlichen medizinischen Dienste (z.B. Einfluss der Gerätemedizin), sachgerechter Einsatz und Verbreitung der Gerätemedizin bei der Verhütung/Rehabilitation. Besonderes Augenmerk sollte den Mechanismen der CIH, dem Widerstand gegen die CIH und den möglichen nachteiligen Auswirkungen der CIH gewidmet werden.

International

1. Für handlungsorientierte Gruppen im Rahmen der CIH sollte ein umfassender Bericht über die CIH in der primären Gesundheitsversorgung erstellt werden.

2. Die WHO sollte ein oder zwei Kooperationszentren für die primäre Gesundheitsversorgung finden (die in diesem Fall eine gut ausgewogene geographische Verteilung repräsentieren müssten), in denen das Schwergewicht auf die Forschung und die Ausbildung für die CIH gelegt werden könnte.

3. Bereits bestehende Netze sollten ausgenutzt und andere, eng mit der CIH verwobene Projekte und Aktivitäten (z.B. das Projekt "Gesunde Stadt", CINDI), in die Arbeit einbezogen werden.

4. Für die Informations- und Dokumentationstätigkeit zur CIH sollte eine Informationsstelle gefunden werden.

5. Es sollte ein multinationales, komparatives Forschungsprojekt zur CIH angeregt werden, wobei ein möglicher Schwerpunkt die Altenbetreuung wäre.