



Het Ottawa-Charter

Soms denk je: ah een mooie theorie. Maar hoe zat het nu ook alweer precies? Huub Sibbing behandelt in de rubriek *De klepel en de klok* elke keer een theorie die eigenlijk iedereen zou moeten kennen, maar waar velen niet genoeg of geen weet van hebben. Deze keer: het Ottawa-charter.

Tekst: Huub Sibbing

Het Ottawa-Charter (Ottawa-handvest) is de naam van een internationale overeenkomst die is ondertekend tijdens de eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering, georganiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in Ottawa, Canada, in november 1986. Het lanceerde een reeks acties van internationale organisaties, nationale regeringen en lokale gemeenschappen om het doel van *Health For All* vanaf het jaar 2000 te bereiken via een betere gezondheidsbevordering.

Wat eraan vooraf ging

Het begon in 1977, toen de WHO in Alma Ata in de voormalige Sovjet-Unie, nu Kazachstan, haar ambitieuze *Health for All in 2000* (HFA)-programma presenteerde. Kern daarvan was dat elk WHO-lid een programma moest ontwikkelen, met als doel een aantoonbare verbetering van de gezondheidstoestand in 2000, de zogenaamde 'gezondheidswinst'.

De WHO gaf aan de lidstaten twee hulpmiddelen mee:

1. Het Health Fields Model, in Nederland bekend als het model van Lalonde

Dit model benadrukt dat gezondheid door een veelheid van factoren, de zogenaamde determinanten, wordt beïnvloedt. (Meer over dit model in ons tijdschrift 2018-3)

2. Het Primary Health Care-(PHC)-concept

Het PHC-concept werd als beslissend voor het realiseren van de doelstellingen van het HFA-programma beschouwd. Het is een mengeling van een filosofie en een strategie:

- filosofie: Het PHC-concept gaat uit van essentiële waarden als rechtvaardigheid, gelijkheid en solidariteit
- strategie: Het PHC-concept bevat een aantal strategische concepten die bepalend zijn of de doelstellingen daadwerkelijk gerealiseerd kunnen worden.

Kenmerkende onderdelen van het PHC-concept zijn:

- recht op zorg die aansluit bij zorgbehoeften

Iedere wereldburger heeft recht op noodzakelijke zorg, ongeacht ras, geslacht, religie. In eerste instantie lijkt dit vooral op te gaan voor ontwikkelingslanden, maar naarmate de zorg duurder wordt, de wachtlijsten toenemen, de eigen bijdragen stijgen dreigt ook in Nederland een tweedeling te ontstaan die ertoe kan leiden dat niet voor iedereen het recht op zorg automatisch verzekerd is.

Het tweede gedeelte is zo mogelijk nog belangrijker: 'Zorg die aansluit bij de zorgbehoeften'. Er bestaan grote verschillen in de zorgbehoeften. Het zorgaanbod dient daar op aan te sluiten.

Toegankelijke zorg

Maar als die zorg is afgestemd op de zorgbehoeften ben je er nog niet. De zorg moet ook daadwerkelijk toegankelijk en bereikbaar zijn voor de doelgroep.

Het gaat hierbij om:

- financiële toegankelijkheid: betaalbaarheid
- fysieke en geografische bereikbaarheid. Zijn bijvoorbeeld voorzieningen decentraal georganiseerd of wordt gewerkt vanuit één gebouw, ver weg van de doelgroep
- procedurele toegankelijkheid en laagdrempeligheid: Kan de cliënt makkelijk terecht of moet hij of zij zich eerst door een woud van procedures heen worstelen om de gewenste zorg te krijgen?
- culturele toegankelijkheid: dit wordt verder uitgewerkt in het volgende aandachtspunt.

Aansluiten bij leefwereld

Gezondheidszorgwerkers zijn vaak geneigd om te denken vanuit hun eigen professionele referentiekader en vanuit het referentiekader van hun organisatie. Ze vinden dat mensen ongezond gedrag dienen te vermijden, de adviezen van de arts of verpleegkundige op te volgen. Vaak resulteert dit in de veronderstelling dat voorlichting vooral neerkomt op kennisoverdracht: 'Als ze snappen dat iets ongezond is zullen ze het voortaan wel laten'. Maar doelgroepen handelen vaak vanuit andere motieven en andere afwegingen van belangen. Pas als de doelgroep vanuit het eigen referentiekader, vanuit de eigen leefwereld, het belang inziet van de waarde van adviezen, voorlichting en interventies zullen mensen gemotiveerd zijn om daaraan mee te werken.

Actieve betrokkenheid van de doelgroep

Hoe meer de doelgroep zelf betrokken is, des te groter is de kans dat de leden ervan gemotiveerd zijn een actieve

5 actiegebieden Ottawa-handvest

In het handvest werden vijf actiegebieden voor gezondheidsbevordering geïdentificeerd

1. Bouwen aan een gezond openbaar beleid

Hiermee wordt bedoeld dat we in alle aspecten van het overheidsbeleid de positieve of juist negatieve gevolgen voor gezondheid meenemen: *Health in all policies*. Denk bijvoorbeeld aan de discussie over de uitbouw of juist het verkleinen van Schiphol of het nieuwe vliegveld Lelystad. Van oudsher keken we vooral naar de economische effecten. Maar moeten we effecten op het milieu en de gevolgen voor omwonenden (geluidsoverlast) ook niet mee laten spelen?

2. Ondersteunende omgevingen creëren

Ofwel: Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de omgeving waarin burgers wonen, leven en werken bijdragen aan hun gezondheid.

3. Empowerment

Versterk lokale initiatieven van bewoners. Geef ruimte aan bottom-up-projecten waarin buurtbewoners mee kunnen denken en mee kunnen beslissen over de inrichting en ontwikkeling van hun wijk.

4. Persoonlijke vaardigheden ontwikkelen

Wij gaan er wel van uit dat mensen eigen verant-

woordelijkheid moeten dragen en appelleren daaraan met concepten als zelfregie en zelfmanagement, maar niet iedereen heeft vooraan gestaan toen Onze Lieve Heer dit soort competenties uitdeelde. Laaggeletterdheid bijvoorbeeld maakt het voor circa 2,5 Nederlanders steeds moeilijker om hun weg te vinden in een steeds complexere en digitale samenleving.

5. Heroriëntering van de gezondheidszorg

De gezondheidszorg is nog steeds met name gericht op de cure, op het genezen, op de ziekenhuizen. We moeten het hele gezondheidszorg systeem eigenlijk kantelen: Beginnen met hoe we mensen gezond kunnen houden. De afdeling M&G heeft dat ook als basis genomen voor haar visie: Van ZZ via GG naar MM (zie tijdschrift 2016 nummer 3).

Actueler dan ooit

Ook al zijn ze bijna 35 jaar geleden geformuleerd, de uitgangspunten en wijze lessen van het Ottawa-charter zijn actueler en belangrijker dan ooit. Evenals de rol van M&G-verpleegkundigen. Toen in de jaren tachtig aan WHO-directeur Halfdan Mahler werd gevraagd wat de succesfactor voor het slagen van het PHC-concept was, antwoordde hij: *Nurses lead us the way*. Parafrazerend kan ik stellen: M&G-verpleegkundigen: leidt ons de weg.

bijdrage te leveren en mee te werken. Het betekent ook dat je doelgroep actief zult moeten opzoeken en niet kunt afwachten tot ze naar je toe komen; 'outreaching werken' dus.

Werken met 'intermediarieren'

Hoe sla je nou de brug naar die ander die zich zo radicaal anders gedraagt dan je zou willen, en ieder kent wel de voorbeelden: De jongere die zich elk weekend klem zuipt, de werknemer die alle veiligheidsmaatregelen aan zijn laars lapt. Om de brug te slaan naar de doelgroep zijn intermediarieren vaak onontbeerlijk; mensen die de leefwereld van de doelgroep van binnenuit kennen maar met hun andere been in 'jouw' samenleving staan. Denk aan de conciërge van de scholengemeenschap, huismeesters van woningbouwcorporaties, bewoners die actief zijn in bewonersorganisaties.

Aan de slag

Met het model van Lalonde en het PHC-concept in de hand gingen de landen die aangesloten waren bij de WHO aan de slag. In Nederland leidde dat tot het verschijnen van de Nota 2000 in 1986 die de start vormde voor een samenhangend preventiebeleid en het verschijnen van de preventiecyclus. Na tien jaar werden de wereldwijde lessen verzameld, geanalyseerd en geordend. De conclusies van die wereldwijde ervaringen met het werken aan gezondheidsbeleid vormden in 1987 de basis voor het Ottawa-charter. ☞

Dit is het laatste artikel in de rubriek *De Klepel en de klok*

Huub Sibbing
is adviseur van
het bestuur van
V&VN M&G en
redactielid van
Tijdschrift M&G