

Bob Mash*

Indien jy enigeen sou vra wat die wêreld se grootste gesondheidsuitdaging in 2021 is, sal hulle uiteraard sê dit is die koronaviruspandemie. Gemeenskappe, gesinne, gesondheidswerkers en gesondheidstelsels is getraumatiseer en uitgedaag deur die verlies van geliefdes, ekonomiese swaarkry, vrees vir infeksie, die oorweldigende aantal pasiënte en om voortdurend by die situasie te moet aanpas.

Nuusdekking het veral op hospitale, waakeenhede en die kritiese sorg van mense wat ernstig siek is, gefokus. Baie min is egter gesê oor die belangrike rol van primêre gesondheidsorg en wat ons uit die koronaviruspandemie geleer het om dienslewering nou en in die toekoms te verbeter. Die koronavirus is nie net 'n krisis nie, maar ook 'n geleentheid om innoverend te wees en te leer.

Met Wêreldgesondheidsdag (7 April) wat vandeeweek gevier word, is dit belangrik om daarop te wys dat primêre gesondheidsorg die grondslag van die gesondheidsorgstelsel is. Dit is waarheen mense eerste gaan wanneer hulle siek is en waar gesondheidsdienste met gemeenskappe en hul gesondheidsbehoefte omgaan. Danksy die feit dat primêre gesondheidsorg so groot is in dekking en omvang en elke gemeenskap bereik, het dit die potensiaal om die gesondheid van bevolkings te verbeter, om op veranderende gesondheidsbehoefte te reageer, om die billike toegang tot gesondheidsorg te verbeter, om hulpbronne effektiewer aan te wend en om die veerkragtigheid van gesondheidsorgstelsels te verbeter. Primêre gesondheidsorg word egter in baie Afrikalande afgeskeep en is dikwels die Aspoestertjie van die gesondheidsorgstelsel ten opsigte van befondsing, infrastruktuur, personeel en toerusting.

In die Metro Gesondheidsdienste (MGD) van Kaapstad speel primêre gesondheidsorg vyf sleutelrolle om op die koronaviruspandemie te reageer. Dit is gemeenskapsifting en -toetsing vir koronavirus, die behandeling van ligte gevalle van koronavirus, gemeenskapskaking, die onderhoud van noodsaaklike dienste en die inwerkingstelling van inenting.

Vóór die pandemie het die MGD in die rigting van 'n meer gemeenskapsgeoriënteerde primêre sorgbenadering beweeg en dit was op die ou einde van onskatbare waarde in hul reaksie op die koronavirus. 'n Baie belangrike aspek van hierdie benadering was die spanne gemeenskapsgesondheidswerkers in kwesbare gemeenskappe wat duidelik afgebakende gebiede en huishoudings gehad het waarvoor hulle verantwoordelik was. Hierdie spanne is met plaaslike primêresorgfasiliteite verbind en deur professionele verpleegpersoneel ondersteun. Gemeenskapsgesondheidswerkers en professionele verpleegpersoneel is deur gemeenskapsgebaseerde organisasies in diens geneem wat deur die MGD gekontrakteer is.

Gemeenskapsgesondheidswerkers is reeds vroeg in die pandemie gemobiliseer om met gemeenskapsifting en toetsing te help. Dit het meestal op bekende gevalle en brandpunte gefokus om die verspreiding in die gemeenskap te beperk en om die oordrag van die virus te vertraag. Mense wat simptome van die koronavirus getoon het, is na die plaaslike gesondheidsorgfasiliteit of 'n mobiele fasiliteit vir toetsing gestuur. Terselfdertyd is ondersoekspanne in elke substruktuur gevorm om telefonies met alle bekende gevalle en hul kontakte op te volg.

Ongelukkig is die potensiale impak van hierdie werk in primêre gesondheidsorg grootliks deur die vermoëns van laboratoriums om die monsters te toets en 'n vinnige uitslag te verskaf, in die wiele gery. Aangesien laboratoriums oorweldig is met monsters, het dit hulle baie langer geneem om 'n uitslag te verskaf as wat die ontkiemingstyd van die siekte was. Teen die tyd wat 'n uitslag eers beskikbaar was, het oordrag dus reeds plaasgevind. Toetsing is tot ouer mense en diegene met onderliggende toestande beperk ten einde die las op laboratoriums te verlig.

Gevalleondersoekspanne het egter noodsaaklike ondersteuning en inligting aan mense verskaf, selfs al kon hulle nie die verspreiding van die siekte merkbaar verminder nie.

Primêresorgfasiliteite in die MGD is geherorganiseer om mense in “warm” en “koue” strome te verdeel by die ingang en om die strome sover moontlik uitmekaar te hou. Pasiënte met respiratoriese simptome – wat tipies van die koronavirus is – is in die “warm” stroom ondersoek en behandel. Baie fasiliteite het bykomende voorafvervaardigde koronavirusfasiliteite laat bou. Gevalle kon geassesseer, getoets en behandel word en matige gevalle kon raad oor selfafsondering opvolgsorg tuis ontvang. Mense wat ernstiger of baie ernstig siek was, kon behandel en na ’n hospitaal verwys word.

Ondanks die beskikbaarheid van primêre sorg, het pasiënte steeds direk by distrikshospitale aangemeld. Dit kon wees weens vrees oor die siekte, die beskikbaarheid van noodhospitaaldienste 24 uur per dag wees, of omdat boodskappe in die gemeenskappe versprei is om opeenhoping by fasiliteite te verminder om die primêresorgfasiliteite sover as moontlik te vermy. Hierdie boodskap was bedoel om die onbewuste verspreiding van die koronavirus te beperk en om meer kapasiteit beskikbaar te stel om te reageer.

Een van die sleutelaspekte van reaksie op epidemies is gemeenskapskakeling en -betrokkenheid in gesondheidsdienste en -kwessies. Die reaksie op die Ebolavirus het gesondheidsdienste in Afrika meer geleer oor die behoefte om gemeenskappe in te lig en op te voed oor die siekte, om vertrouensverhoudings te bou en om te beplan hoe openbaregesondheidsmaatreëls plaaslik aanvaarbaar en haalbaar gemaak kan word. Gebrekkige gemeenskapskakeling en -deelname kan tot misverstande, verkeerde inligting, weerstand en selfs proteste lei.

Primêre gesondheidsorgdienste in die MGD beskik oor beide formele en informele meganismes om met gemeenskappe om te gaan. Kliniekkomitees en wyksraadslede skakel op ’n meer formele manier, terwyl plaaslike gemeenskapsgebaseerde organisasies en gemeenskapsgesondheidsforums meer informele skakeling bied. Toe die pandemie ons getref het, was baie van hierdie verhoudings nog nie formeel gevestig of nog nie ten volle op dreef nie, en dit is ’n aspek van die reaksie wat verbeter kan word. Die openbare gesondheidsaanbevelings was in baie kwesbare gemeenskappe nie realisties nie, of is nie wyd verstaan of plaaslik aangepas nie.

Een van die uitdagings van primêresorgdienste was hoe om onnodige besoeke te verminder ten einde opeenhopings by fasiliteite te vermy en om mense teen die koronavirus te beskerm, terwyl noodsaaklike dienste terselfdertyd steeds gelewer kon word. Dit was veral ’n kwessie vir mense met chroniese siektes soos HIV en diabetes wat hulle risiko groter gemaak het om ernstig siek te word van die koronavirus. Die hulp van gemeenskapswerkers is weer eens ingeroep – in hierdie geval om medikasie by mense se huise te gaan aflewer sodat hulle besoeke aan die fasiliteit kon vermy.

Duisende mense het by hierdie diens gebaat en dit het baie beslis ook lewens gered. Mense met diabetes wat nie goed beheer is nie of komplikasies soos niersiektes het ’n nog groter risiko geloop en ’n spesiale telemediese diens is opgestel om hulle te help. Daar is daaglik met mense wat aan diabetes ly en koronavirus opgedoen het, telefonies geskakel en hulle is vinnig in die hospitaal opgeneem in diens daar enige probleme was. Daar is ook ’n opvoedingsinisiatief vir diabetespasiënte via WhatsApp ontwikkel en bekendgestel. Danksy hierdie ondervinding, word meer aandag geskenk aan hoe mense met chroniese siektes meer in die gemeenskap bygestaan word en sodoende ’n kleiner behoefte het om ’n primêre gesondheidsfasiliteit te besoek. Innovasie met tegnologie het ook ’n prominente rol gespeel om met pasiënte en gesondheidsorgspanne te kommunikeer. Daar is kommer dat sommige dienste gedurende die pandemie agteruit kon gaan, soos die identifisering van aktiewe TB-gevalle en dienste soos gesinsbeplanning.

Ons verwag die inwerkingstelling van inentings vir die koronavirus in die nabye toekoms. Primêre gesondheidsorg sal weer eens ’n deurslaggewende rol moet speel om waninformatie en ’n huiwering om die entstof te ontvang, te verminder, asook om inenting vir alle gemeenskappe toeganklik te maak. Ons sal maar moet wag en sien hoe dit die res van die jaar gaan uitspeel.

Die koronaviruspandemie het getoon hoe voordelig 'n gemeenskapsgeoriënteerde primêre sorgbenadering kan wees, asook die behoefte vir gesondheidsdienste om voort te gaan om hierdie benadering te implementeer en te versterk. Hierdie benadering verskuif die klem van primêresorgfasiliteite wat wag om siek mense te help na 'n primêregesondheidsorgoorsig van die hele bevolking wat 'n risiko loop. Dit bevorder groter samewerking tussen gesondheidswerkers by die fasiliteit en dié in die gemeenskap.

Spanne gemeenskapsgesondheidswerkers is duidelik die sleutel tot voldoende ondersteuning, oorsiening en hulpbronne. Hoë-gehalte en toeganklike primêre sorg wat deur gemotiveerde en bekwame versorgers verskaf word, bly 'n prioriteit. Namate ons vooruit beweeg, sal ons leer oor toeganklikheid, die gebruik van tegnologie, alternatiewe maniere om medikasie te gaan afhaal, gemeenskapskaking en gemeenskapsgebaseerde dienste by die verbetering van dienslewering integreer.

***Prof Bob Mash is hoof van die afdeling Huisartskunde en Primêre Sorg by die Universiteit Stellenbosch.**