



Internationaal perspectief

Primaire gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden: wie?

Onze gezondheidszorg is te commercieel geworden, vinden velen, en in de ontwikkelingslanden dreigt nu hetzelfde te gebeuren. Om dit te voorkomen wordt nu gepleit voor een eerste lijnsgezondheidszorg op niet-commerciële basis. De primaire gezondheidswerkers in de dorpen van de derde wereld zouden hun werk vrijwillig moeten doen, uit liefde voor de gemeenschap. Hoe realistisch is dit plan? Onderzoekervaringen in Kameroen van de cultureel antropoloog S. van der Geest, verbonden aan het Antropologisch-Sociologisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, beloven niet veel goeds; hij doet dan ook een andere (misschien wat provocerende) suggestie.

De opvatting dat onze gezondheidszorg te commercieel is geworden, is wijd verbreid¹. Wie het best betaalt krijgt ook het beste en de huidige gezondheidszorg biedt het minst aan hen die haar het meest nodig hebben; de situatie op het platteland van de arme landen is daar het schrijnendste voorbeeld van. Het is niet nodig hier te wijzen op de concentratie van medische voorzieningen in de steden en hun afwezigheid in de dorpen. Het is dan ook geen wonder dat de Alma Ata-conferentie van de WHO in 1978 heeft gepleit voor een drastische verandering in de strijd tegen ziekte in de arme gebieden van de derde wereld; de voorgestelde veranderingen zijn genoegzaam bekend. Primaire gezondheidszorg in deze gebieden houdt in dat men zich zoveel mogelijk onafhankelijk maakt van al die medische voorzieningen die men toch niet kan betalen. De nadruk moet liggen op preventie van ziekte door kleine verbeteringen in de leefwijze en op het zelf behandelen van eenvoudige ziekten. Een sleutelrol bij het op gang brengen van deze veranderingen is weggelegd voor de primaire gezondheidswerker, ook wel

'village health worker' of 'community health worker' genoemd.

Idealisme

Over deze primaire gezondheidswerker gaat het hier. Het is niet verwonderlijk dat in de aanbevelingen van de WHO een gezondheidswerker wordt geschetst die in haast alle opzichten het tegenovergestelde van een arts is. Wellicht het allerbekendste verschil is dat hij², in tegenstelling tot een arts, wordt verondersteld niet te werken voor zijn geld maar voor zijn dorp, zijn gemeenschap. De aanbevelingen en de literatuur eromheen spreken hoofdzakelijk in dergelijke idealistische termen. De primaire gezondheidswerker wordt gekozen door de gemeenschap. Hij maakt deel uit van die gemeenschap en zijn belangen liggen daarom in die gemeenschap. De onderliggende gedachte is duidelijk: het winstprincipe heeft tot averechtse gevolgen geleid en dient daarom zorgvuldig buiten de deur te worden gehouden. Slechts een gezondheidswerker die het te doen is om de *gezondheid* van zijn mensen kan succes hebben. Men gaat er daarbij vanuit dat die gemeenschap zich eensgezind schaart achter de doelstellingen van het programma en een grote bereidheid heeft om op vrijwillige basis aan het gemeenschappelijk goed mee te werken. In sommige landen wordt de primaire gezondheidswerker zelfs verondersteld zijn taak zonder enige betaling te verrichten; in andere landen ontvangt hij een bescheiden beloning, in geld of natura, soms van de gemeenschap, soms van de staat. Hoe het ook zij, er is voor gewaakt de functie van primaire gezondheidswerker commercieel aantrekkelijk te maken.

Realiteit

Hoewel dit beleid logisch voortvloeit uit de kritiek op een commerciële gezondheidszorg, ben ik van mening dat het tot mislukken is gedoemd omdat het een niet-realistisch beleid is, en wel in drie opzichten:

Ten eerste is het onwaarschijnlijk dat er een stuk commercieel niemandsland kan worden geschapen waar mensen bereid zijn en, wat nog belangrijker is, het zich kunnen permitteren, niet voor geld te werken.

Er is nauwelijks meer een plaats op de wereld te vinden waar het vrije-marktbeginsel niet is doorgedrongen. Die klok kan men niet meer terugzetten. De enige plaats in de huidige maatschappij die hiervoor nog enigszins gespaard is gebleven ligt binnen de privé-sfeer van familie en vriendenkring: dáár alleen is het nog gewoon dat mensen diensten verrichten die niet – althans niet in geld – worden betaald. De opstellers van het Alma Ata-document zijn er blijkbaar van uitgegaan dat dorpen in de derde wereld zoets zijn als grote families. Deze opvatting brengt me tot het tweede punt.

Het beeld van een harmonische dorpsgemeenschap komt in de meeste gevallen niet overeen met de werkelijkheid. Vele dorpen zijn het toneel van elkaar bestrijdende families of politieke facties. Vaak zijn er ernstige belangentegenstellingen en in dat geval is het welhaast onmogelijk een 'community health worker' te kiezen die wordt gezien als een vertegenwoordiger van de belangen van het gehele dorp. Bovendien is het dan onwaarschijnlijk dat er zoets als een 'village health committee' dat effectief werkt kan komen. In zulk een situatie is het uiterst moeilijk doelstellingen te formuleren die het gehele dorp tot voordeel strekken, of juist gezegd: doelstellingen waarvan men *gelooft* dat iedereen er baat bij heeft. Het ligt voor de hand dat iedere doelstelling, terecht of ten onterechte, politiek wordt vertaald en dus door sommigen als nadelig wordt gezien simpel om het feit dat anderen er voordeel bij hebben.

Een derde punt van kritiek, het eerste gedeeltelijk overlappend, is dat het niet realistisch is bij planning uit te gaan van een mensopvatting anders dan die dat de mens een *homo economicus* is. Of men het leuk vindt of niet, het lijkt mij een elementaire waarheid, waar men niet omheen kan. Een systeem, of dat nu econo- ▶

misch, politiek of medisch is, dat dit feit verwaarloost, is niet levensvatbaar. Dat wil niet zeggen dat we Adam Smith terug moeten halen en het winstprincipe de vrije teugel moeten laten; ook dié klok kan, denk ik, niet worden teruggezet. Het betekent wél dat we rekening moeten houden met het feit dat mensen 'winst' willen maken en we moeten dat 'instinct' via wetten en regels zodanig inkapselen en in toom houden dat we er zoveel mogelijk voordelen en zo weinig mogelijk nadelen van ondervinden.

Ter illustratie van mijn eerste punt van kritiek wil ik er nog aan toevoegen dat het absurd is (maar het gebeurt!) dat goedbetaalde artsen en ambtenaren een 'primary health care'-programma ontwerpen waarbij de mensen die het eigenlijke werk moeten doen niet of nauwelijks worden betaald. Hoe absurd dit is wordt vooral duidelijk als men beseft dat artsen en primaire gezondheidswerkers binnen hetzelfde programma functioneren, zij het op verschillende niveaus, en via doorverwijzing, supervisie en training met elkaar samenwerken.

Kameroen

In 1980 en 1983 heb ik in Kameroen medisch-antropologisch onderzoek gedaan naar de verspreiding en het gebruik van geneesmiddelen. Het is in dit korte bestek niet mogelijk daar diep op in te gaan³, maar op één conclusie van dat onderzoek wil ik ingaan omdat dat van belang is voor het onderwerp van deze beschouwing.

Gezondheidsvoorzieningen met een commerciële prikkel functioneren redelijk in Kameroen. Voorzieningen die zo'n prikkel niet hebben (de staatsinstellingen) functioneren slecht tot zeer slecht. Ironisch genoeg is het personeel in deze niet-commerciële voorzieningen wél commercieel ingesteld; het onttrekt tijd en middelen aan de publieke gezondheidszorg om er privé winst mee te maken. De gevolgen daarvan voor de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn vaak dramatisch.

Voor de mensen op het platteland zijn het slachtoffer. Gezondheidscentra zijn vaak gesloten wegens afwezigheid van de verpleger of functioneren niet wegens gebrek aan medicijnen. De dorpelingen zijn genooddaakt vooral op zichzelf te vertrouwen. Zelfhulp is de belangrijkste medische 'voorziening' op het platteland. Die zelfhulp kan zijn gebaseerd op traditionele middelen zoals kruiden, of op

westerse farmaceutische producten die worden gekocht van handelaars of van een gekwalificeerde apotheker in een grote stad. Zowel bij de handelaar als bij de apotheker kan men de medicijnen zonder doktersrecept krijgen. Een belangrijk verschil is echter dat de apotheker medicijnen alleen verkoopt in de officiële verpakking, dus in grotere hoeveelheden, terwijl men bij de handelaars iedere gewenste hoeveelheid kan krijgen. Ook injecteerbare geneesmiddelen worden veelvuldig gekocht en in ieder dorp zijn wel enkele mensen te vinden die bereid zijn de injectie toe te dienen.

Als de ziekte niet met de eigen middelen kan worden genezen, kan men een beroep doen op specialistische hulp in een gezondheidscentrum. De meeste centra zijn van de staat. Als die evenwel zonder medicijnen zitten, is men gedwongen door te reizen (een behandeling zonder medicijnen is nog steeds ondenkbaar) naar een privé-instelling. Dat kan een centrum van missie of zending zijn, een gepensioneerde verpleger die er in zijn dorp een eigen praktijk op nahoudt, een 'zwartwerker' die tegelijkertijd aan een of andere gezondheidsinstelling is verbonden, een ongekwalificeerde medicijnverkoper die vrijblijvend adviezen geeft, of een traditionele genezer. Tenslotte kan men, als de ziekte nog ernstiger blijkt, een reis maken naar een ziekenhuis, de stadsapotheek of naar een als zeer bekwaam bekend staande specialist in de traditionele geneeskunde.

Het is mijn schatting dat, hoewel de staat een wijdvertakt net van gezondheidscentra heeft, veel meer patiënten een beroep doen op private dan op publieke gezondheidswerkers. De meest toegankelijke voorziening is de medicijnverkoper, die zijn producten tot in de meest afgelegen plaatsen brengt. Gewoonlijk heeft hij enkele veel gevraagde medicijnen tegen malaria, wormen, pijn en infecties bij zich. Helaas is zijn kennis meestal beperkt en verkoopt hij ook medicijnen die waarschijnlijk veel schade aanrichten.

Commerciële prikkel

Zacht uitgedrukt kan men zeggen dat de toestand in de dorpen niet ideaal is. Hoe zou men daar verbetering in kunnen brengen? Het Alma Ata-plan beveelt aan een primaire gezondheidswerker te kiezen die zich, na een korte training, moet bezighouden met primaire curatieve handelingen en de bevolking moet mobiliseren om haar levensomstandigheden te

verbeteren. Deze functie mag niet een commercieel karakter hebben. De gezondheidswerker zal zijn werk misschien vrijwillig moeten gaan doen, misschien zal hij een bescheiden beloning ontvangen. Het is zeker niet de bedoeling dat hij een verkoper van medicijnen wordt.

Mijn onderzoekervaringen met de gezondheidswerkers in de openbare, niet-commerciële, sector van Kameroen zijn echter weinig hoopgevend. Het is te verwachten dat een van alle commercie ont-dane functie ófwel niet zal worden vervuld, ófwel zal worden uitgehold omdat de betrokken persoon zal proberen de functie toch op commerciële wijze te gebruiken (of misbruiken).

Als dat de verwachtingen zijn, is het dan niet realistischer bij voorbaat – zij het in beperkte mate – toe te geven aan deze commerciële geneigdheid en het de betrokken persoon mogelijk te maken winst te halen uit zijn functie? Een voor de hand liggende gedachte is, die persoon in staat te stellen iets bij te verdienen via de verkoop van elementaire medicijnen. Vervolgens zou men kunnen overwegen niet een geheel nieuwe functie, waarvan men dan maar moet afwachten of die levensvatbaar is, te scheppen, maar uit te gaan van een functie die reeds bestaat en waarvan is bewezen dat zij ook in de meest afgelegen dorpen kan overleven. Ik denk hierbij aan de illegale – want dat is hij meestal – medicijnverkoper.

Ik ben me ervan bewust dat dit een provocerende gedachte is. In de afgelopen jaren is in talloze artikelen en korte berichten over gezondheidsproblemen in derde-wereldlanden gewezen op de funeste rol die onbevoegde medicijnverkopers spelen. Veel daarvan is ongetwijfeld waar, maar men moet daar tevens bij bedenken dat medicijnverkopers vaak de enige bereikbare medische voorziening in afgelegen gebieden vormen. Het verdient mijns inziens aanbeveling te onderzoeken of de huidige – vaak gevaarlijke – activiteiten van medicijnverkopers zodanig kunnen worden verbeterd en gereguleerd dat zij een nuttige rol kunnen gaan vervullen in de primaire gezondheidszorg.

Vergelijkbare argumenten zijn aangevoerd om de traditionele genezer de functie van 'community health worker' te laten vervullen. Een overeenkomst tussen de medicijnverkoper en de traditionele genezer is dat beiden de levensvatbaarheid van hun functie hebben bewezen en dat beiden hun bestaansvoorwaarden in het dorp zelf vinden en er dus niet binnen de kortste tijd vandaan zullen gaan. Een ►

andere overeenkomst tussen hen wordt veel minder vermeld: beiden hebben, evenals de westers opgeleide arts, vaak een commerciële instelling. De vraag of de een meer dan de ander geschikt is voor de rol van primaire gezondheidswerker kan niet in zijn algemeenheid worden beantwoord.

Besluit

In dit korte artikel heb ik slechts de aandacht willen vestigen op een figuur die zelden ter sprake komt als men het heeft over gezondheidswerkers: de onbevoegde medicijnverkoper. Deze figuur heeft in medische kringen een uitgesproken slechte naam. Toch zou ik ervoor willen pleiten dat men zijn kandidatuur voor de rol van gezondheidswerker niet bij voor-

baat verwerpt. Ervaring wijst uit dat beperkte commerciële impulsen reeds voldoende zijn om hem zijn produkten tot in ver afgelegen dorpen te laten bezorgen. Ik ben ervan overtuigd dat een dergelijke commercie een solidere basis vormt voor primaire gezondheidszorg dan vrijwilligerswerk. ■

Noten

1. De commercialisatie van de gezondheidszorg is uitvoerig beschreven. Enkele van de belangrijkste publikaties zijn: V. Navarro, *Medicine under Capitalism*, New York: Prodist, 1976; V. Navarro (ed) *Imperialism, Health and Medicine*, New York: Baywood, 1981; L. Doyal, *The Political Economy of*

Health, London: Pluto Press, 1979; en R. H. Elling, *The Capitalist World-system in International Health*, in *International Journal of Health Services II* (1): 21-51. Vooral de geneesmiddelenindustrie is ernstig bekritiseerd om haar harde commerciële aanpak, hier maar vooral in de derde wereld. Enkele van de vele publikaties hierover: K. Langbein e.a. *Gezonde zaken*, Amsterdam: Van Genneep, 1981; D. Melrose, *Bitter Pills: Medicines and the Third World Poor*, Oxford: Oxfam, 1982; en I. Wolfers, *Druppels tegen de armoede*, Baarn: Fontein, 1983.

2. Primaire gezondheidswerkers zijn soms mannen, soms vrouwen. Ik spreek hier over hem/haar in de mannelijke persoon.

3. Een uitvoeriger beschrijving van het onderzoek is onder meer te vinden in *Gezondheid en Samenleving* 4 (4) (1983): 216-225. Het onderzoek werd verricht met financiële steun van WOTRO en de Universiteit van Amsterdam.

Prof. Dr. I. Kazem. Inleiding tot de Oncologie. Dekker & van de Vegt, Nijmegen, 1983.

Een opvallend nuttig boekje. Opvallend, omdat naar ik meende de boekenmarkt wat kanker betreft bijna was verzadigd. In 120 pagina's van zakformaat wordt de hele oncologie op uiterst efficiënte wijze besproken. De hoofdstukken 'Epidemiologie', 'Etiologie' en 'Vroege detectie' bevatten veel nuttige informatie. In drie hoofdstukken worden de mogelijkheden en beperkingen van respectievelijk de chirurgische behandeling, de radiotherapie en van chemotherapie op sympathieke wijze besproken. Het geheel wordt afgesloten met een hoofdstuk (34 pagina's), waarin per tumortype beknopt worden opgegeven: frequentie, geslacht, leeftijd, klinisch beeld, histologie, stageringsprocedure, TNM-stadiumindeling, behandeling en prognose. Voor huisartsen en medisch studenten lijkt me dit boekje een zeer goede aankoop.

Dr. J. H. Mulder

J. M. Boot, M. H. J. M. Knapen. De Nederlandse Gezondheidszorg. Het Spectrum, Utrecht/Arnhem, 1983.

J. M. Boot en M. H. J. M. Knapen, medewerkers van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht, schreven: 'De Nederlandse Gezondheidszorg'. Zij willen in dit boek een totaalbeeld van de zorg in Nederland schetsen: niet alleen van de gezondheidszorg in strikte zin maar ook van maatschappelijke dienstverlening en andere zorgactiviteiten; ook de verschillende groepen van gebruikers worden beschreven. Het boek bevat drie delen: Bevolking en eigen initiatief; Voorzieningen op het terrein van de



zorg; De overheid en haar beleid. Het eerste deel geeft demografische gegevens; tevens wordt de ontwikkeling van het eigen initiatief in de gezondheidszorg belicht. Het tweede deel beschrijft de voorzieningen. Het begint met een historisch overzicht, waarna een aantal beroepsgroepen in de eerste lijn wordt belicht. Daarna volgen hoofdstukken over de geestelijke gezondheidszorg, de somatische gezondheidszorg en de zorg voor geestelijk gehandicapten. Het gaat daarbij vooral om een beschrijving van de inrichtingen en instituten; een beschrijving van beroepsgroepen in de tweede lijn ontbreekt.

In het derde deel van het boek wordt een aantal ontwikkelingen in het overheidsbeleid geschetst: WVG, WTG, enz. Het slothoofdstuk van dit deel behandelt in vijftien pagina's de onderwerpen: (de)medicalisering, zorgverlening, gebruikersbeleid en machtsverhoudingen.

Vooral het laatste hoofdstuk maakt duidelijk, dat de beide auteurs wel een tour de force hebben willen uithalen: een schets van de hedendaagse gezondheidszorg in 250 pagina's van het bekende Aula-formaat. Dat betekent onvermijdelijk, dat het boek wel veel maar soms wat al te toevallig gekozen feitenmateriaal bevat en bepaald niet wordt gekenmerkt door diepgaande beschouwingen. Dat wordt echter voor een flink deel goedge maakt door de uitgebreide literatuurlijst. Het boek geeft de lezer een begin aan kennis en zet hem op een goed spoor als hij meer wil weten. Daardoor is het een goede inleiding in de Nederlandse gezondheidszorg geworden.

Dr. G. Schrijvers

W. A. R. Shadid en P. S. van Koningsveld, 'Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg'.

'Minderheden, hulpverlening en gezondheidszorg' geeft een kort en helder overzicht van de islam. In dit kader worden verschillende onderwerpen, onder andere huwelijk, gezin, seksualiteit en begrippen als 'eer', 'schaamte' en 'schande' toegelicht.

Het onderscheid dat de auteurs maken tussen de visie van de islam op ziekte en genezing en volksgeloof over dezelfde onderwerpen is zeer illustratief. Hierdoor wordt het duidelijk dat men de oorsprong van allerlei gewoonten van de moslimpatiënt niet altijd en alleen in de islam moet zoeken. Even belangrijk is de nadruk die steeds komt te liggen op individuele verschillen bij de leden van de doelgroep onderling, waardoor de lezer erop attent wordt gemaakt dat stereotypingen en overgeneralisaties die in de Nederlandstalige literatuur worden aangetroffen de hulpverlener kunnen belemmeren de ware persoonskenmerken van de individuele patiënt waar te nemen.

Door de hoofdstukken heen wordt geleidelijk aan de indruk gewekt dat de auteurs de moslimmigranten identificeren met een Arabier of Marokkaan door specifieke informatie over de achtergronden en volksgewoonten van andere moslimgroeperingen in Nederland, zoals Turken en Pakistani, achterwege te laten.

Psychosociale hulpverlening ten behoeve van de moslimmigranten en de moeilijkheden hierin krijgen relatief minder aandacht dan de medisch-praktische problemen, die in dit boek zeer detaillistisch zijn behandeld. Dit gemakkelijk leesbare boek lijkt mij qua omvang en inhoud in eerste instantie geschikt voor medici en paramedici, maar ook voor de psychosociale sector of geïnteresseerden in buitenlanders met een islamitische achtergrond.

H. Z. Örtücü