

Basisgezondheidszorg:

Over uitgewoone Cadillacs en nieuwe voertuigen

René Dubbeldam

De torenhoge ziekte- en sterftcijfers in veel ontwikkelingslanden spreken boekdelen. Bovendien is de ellende ook nog eens behoorlijk scheef verdeeld. Zowel in arme rurale streken als in de *slums* van grote steden zijn de kinder- en moedersterfte vaak zeer hoog. Tegelijkertijd is in die gebieden, waar het merendeel van de bevolking woont, het *gebruik* van ziekenhuizen en gezondheidscentra erg laag. Met de invoering van eigen bijdragen – in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw – nam dat gebruik in veel landen zelfs nog eens flink af.

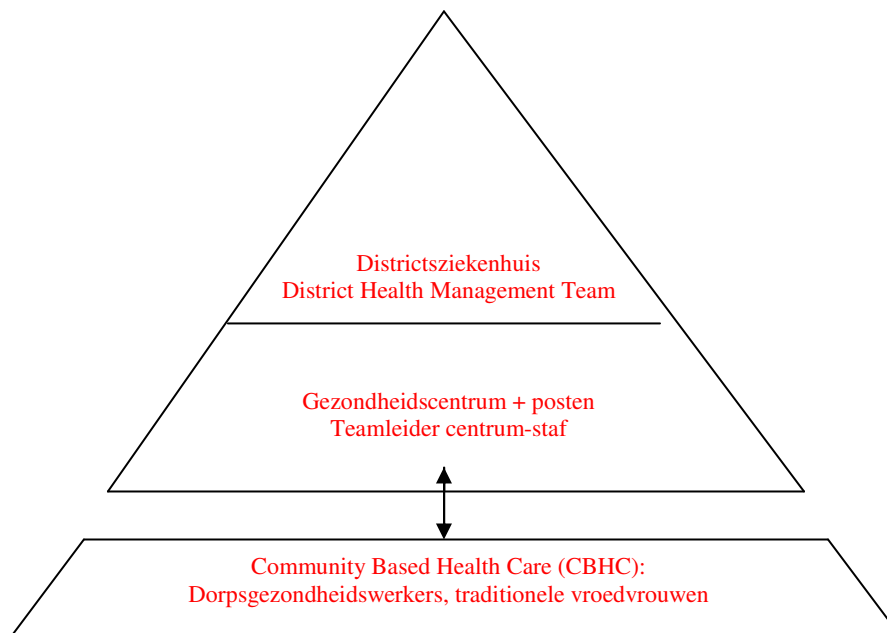
Een goed voorbeeld van de problematiek is het aantal keizersneden. De grote meerderheid (tot meer dan 90%) van de Afrikaanse vrouwen die in aanmerking komen voor een levensreddende – en technisch vrij eenvoudige – operatie wordt uiteindelijk *niet* geholpen, met alle dodelijke gevolgen van dien. Ook de dekkingsgraad van veel preventieve programma's en activiteiten blijven achter bij de ambities, zoals bijvoorbeeld de controles van zwangeren en vaccinaties. In meerdere staten in het noorden van Nigeria is minder dan eenderde van de kinderen goed gevaccineerd. Het lijkt er dus op dat veel gezondheidsdiensten in rurale gebieden en in de *slums* maar zeer matig worden gebruikt. In ieder geval is een deel van de hoge sterfte daar het wrange gevolg van. Er is al veel spoorwerk verricht om te achterhalen waarom het 'bereik' en gebruik van de diensten vaak zo laag is. Enerzijds ligt het lage gebruik aan een vaak gebrekkig georganiseerd systeem, waarbij diensten niet goed op elkaar aansluiten, met doublures en tekorten. Anderzijds is er veelal sprake van beperkte middelen. Het enorme gebrek aan goedgeschoolde gezondheidswerkers, met name in de *hardship* gebieden, is daarbij een cruciale factor.

Een uitgewoone Cadillac

Hoe zou de basisgezondheidszorg dan georganiseerd moeten zijn? In de loop der tijd is het concept 'districtsgezondheidszorg' in zwang geraakt, waarbij een strakke opbouw van de diensten, en de bereikbaarheid ervan voor de gehele bevolking, voorop staat. Eigenlijk is dat allemaal niets nieuws: de PHC'ers 'avant la lettre', de terugkerende tropenartsen uit Nieuw-Guinea, en de *basic health goeroes* als Maurice King en David Morley, pleitten daar al voor, zij het met een wat ander jargon. Veel later, in de jaren negentig, vergeleek de toenmalige minister van Gezondheidszorg in Zambia, dr. Katele Kalumba, de zorg in zijn land met ... een uitgewoone *Cadillac*. Ten tijde van de onafhankelijkheid, toen de kopereconomie nog floreerde, bestond er een goed geoutilleerde zorg, inclusief grote ziekenhuizen met topklinische zorg. Ofwel: een glimmende *Cadillac*, om in de beeldspraak te blijven. De economische neergang – en daar staat Zambia niet alleen in – maakte het echter onmogelijk om de *Cadillac* in de glans te houden. Kalumba hield een pleidooi om het roer drastisch om te gooien, en een *nieuwer, kleiner vervoermiddel* te ontwerpen, maar dan ook wel een voertuig dat ook de mensen ver buiten de grote steden zou kunnen bereiken! Ofwel: een politiek pleidooi voor het drastisch herverdelen van de schaarse middelen, met het behalen van gezondheidswinst onder grote groepen mensen als inzet. Geen eenvoudige boodschap, want zo'n herverdeling betekende in de praktijk het versterken van basiszorg door het beknotten of zelfs sluiten van grotere ziekenhuizen in de stad...

Zorgniveaus

Centraal in de basisgezondheidszorg staat de gedachte van de piramide, die de onderlinge samenhang laat zien van *community health*, het netwerk van gezondheidsposten en gezondheidscentra, en een districtsziekenhuis.



Figuur 1. Districtsgezondheidszorg. Niveaus van zorg en management.

Volgens dit idee dient de gehele districtsbevolking – 100.000 tot 250.000 mensen – toegang (zowel qua afstand als financieel) te hebben tot een ‘basispakket’ van zorg. Dit levert gezondheidswinst op voor een relatief lage prijs, en bestrijkt het leeuwendeel van de gezondheidsproblematiek. Veel landen stopten in zo’n zorgpakket ondermeer: eenvoudige curatieve zorg – inclusief goedkope en deugdelijke ‘essentiële geneesmiddelen’ voor de belangrijkste aandoeningen – , verloskundige controle en assistentie bij de bevalling door getraind personeel, geboorteregeling en andere vormen van ‘reproductieve gezondheid’, moeder- en kindzorg inclusief vaccinaties en gezondheidsvoorlichting. Per niveau van de piramide wordt vastgesteld – en dat verschilt van land tot land, afhankelijk van beschikbare financiën en personeel – welk deel van het zorgpakket geleverd kan worden. Het gezondheidscentrum zou in dit model dé spil moeten zijn om de meeste basiszorg binnen bereik te brengen van de omwonende bevolking (ongeveer 15.000 – 20.000 mensen), met in dat gebied eventueel nog enkele vooruitgeschoven gezondheidsposten voor deelactiviteiten.

Poortwachter

Net als de Nederlandse huisartsenpraktijk speelt het gezondheidscentrum idealiter de rol van ‘poortwachter’ van het gezondheidszorgsysteem: op dat niveau vinden mensen de zorg die ze nodig hebben; zij gaan pas naar het ziekenhuis ná verwijzing. Polivalente gezondheidswerkers – goed getrainde paramedici die van veel markten thuis zijn – zorgen voor totaalzorg, net als in de supermarkt (in het Engels: *supermarket approach*). Een zwangere met klachten, én met een kind op de rug, gaat pas naar huis als óók is gecheckt of het kind op haar rug de benodigde vaccinaties heeft gehad. Het districtsziekenhuis – van de overheid of de missie – heeft als primaire taak om als ‘referentieziekenhuis’ aanvullende zorg te bieden. Zorg die niet kan worden geboden in een gezondheidscentrum, zoals bijvoorbeeld een keizersnede bij een levensbedreigende complicatie tijdens een bevalling, of een andere chirurgische ingreep.

Ketenzorg als uitgangspunt

Ook de *community health* werkers – dorpsgezondheidswerkers, getrainde traditionele vroedvrouwen – zijn weer complementair en ondersteunend aan de activiteiten van het spilcentrum, bijvoorbeeld door het geven van gezondheidsvoorlichting, het ondersteunen van TBC-patiënten bij het innemen van hun medicijnen¹, of het begeleiden van bevallingen voor die vrouwen die écht niet kunnen bevallen in het gezondheidscentrum. Ofwel, elk niveau van zorg heeft dan eigen kerntaken, zonder dat er sprake is van veel overlap tussen de niveaus. En: ketenzorg is uitgangspunt! Het ziekenhuis kan niet in isolement werken zonder daaromheen een netwerk van gezondheidscentra. Evenmin kan van een getrainde traditionele vroedvrouw werkelijke meerwaarde worden verwacht indien zij niet heel tijdig kan aankloppen bij professionele hulp – in het gezondheidscentrum of ziekenhuis – in het geval van echte complicaties tijdens een bevalling.

Informatiesystemen

Op districtsniveau is er een managementteam, bestaande uit vertegenwoordigers van het ziekenhuis, gezondheidscentra, de missie (missieziekenhuizen spelen een belangrijke rol in de basisgezondheidszorg en vervullen nogal eens de rol van districtsziekenhuis), in het gebied werkzame NGO's, e.d. Dit team, dat in meer of mindere mate beschikt over een mandaat voor het beheer van lokale budgetten², is verantwoordelijk voor de supervisie van de verschillende gezondheidsdiensten, voor de planning en voor het managen van de beschikbare middelen. In veel landen is opmerkelijk veel vooruitgang gemaakt met de ontwikkeling van accurate en overzichtelijke informatiesystemen. Districten zijn veelal in staat om zonder mankeren relevante informatie te genereren over ingezette middelen (personeel, voorraden en medicijnen, financiën) en ook over de *outputs* van het systeem, zoals het gebruik van curatieve zorg, dekkingsgraden van preventieprogramma's, en ziekenhuiszorg (beddenbezetting, ligtijden enz.). Nederland kan er nog wat van leren! Ondanks alle ICT-middelen zijn onze informatiesystemen sterk gefragmenteerd, waardoor het overzicht nogal eens ontbreekt.

Verdelingsvraagstuk

Dit alles klinkt eenvoudig en logisch. En: in veel landen is er ook al heel veel bereikt in de opbouw van goede districtszorg. Toch is dit allerm minst vanzelfsprekend en hebben veel mensen nog steeds niet of nauwelijks toegang tot dergelijke zorg. Ook in dit geval draait het om schaarste van middelen, en vooral ook om de verdeling daarvan. Er is eens becijferd dat in de armste landen zo'n pakket aan essentiële curatieve en preventieve zorg, exclusief extra maatregelen zoals het bevorderen van latrines en schoon drinkwater, pakweg 12 dollar per inwoner mag kosten³. Welnu, in veel landen beneden de Sahara zijn de beschikbare middelen voor gezondheidszorg (overheidsbudget, bijdragen door ontwikkelingshulp, eigen bijdragen van de bevolking) niet of nauwelijks toereikend om alleen al deze kosten te dekken.

¹ 'Direct Observed Treatment': DOT. Omdat TBC-patiënten gedurende enkele maanden medicijnen krijgen, en nogal eens de neiging hebben om na verloop van tijd de behandeling voortijdig te staken, is het van belang die inname van medicijnen te laten checken door daartoe opgeleide mensen. Dat kunnen *community health* werkers zijn. De DOT is een belangrijke strategie bij TBC-bestrijding en kan uitstekend geïntegreerd zijn in de districtsgezondheidszorg.

² Onder andere afhankelijk van de wijze waarop bepaalde verantwoordelijkheden in een land worden gedecentraliseerd. Soms is er sprake van deconcentratie, waarbij het centrale ministerie van gezondheidszorg bepaalde taken 'deconcentreert'. In toenemende mate zien we modellen van 'devolutie', waarbij lokale overheden veel meer verantwoordelijkheden krijgen overgeheveld van lijnministeries om de gezondheidszorg, waaronder de districtsgezondheidszorg, te organiseren.

³ World Bank, "Better Health in Africa. Experience and Lessons Learned", 1994.

Bovendien speelt er nog een ander, netelig verdelingsvraagstuk. In veel gevallen gaat het meeste geld niet naar de districten, maar naar de grotere ziekenhuizen in de steden – ofwel naar de *Cadillac*, die toch al sleet vertoont... Uiteraard is er veel politieke wil voor nodig om een ombuiging van de inzet van middelen, ten gunste van de basisgezondheidszorg in de districten, te bewerkstelligen. Ook *binnen* de districten bestaat vaak de neiging om de meeste middelen aan te wenden voor het districtsziekenhuis, ten koste van de andere zorgniveaus: gezondheidscentra, gezondheidsposten, *community health*. Als we ook die prioriteit eens zouden omdraaien? Immers, als meer mensen terechtkunnen bij het gezondheidscentrum wordt het districtsziekenhuis ongetwijfeld ontlast. Dit heeft veel toegepast onderzoek in het veld inmiddels wel aangetoond. En dan functioneert het ziekenhuis ook weer beter.

Beschikbare middelen

In de Afrikaanse landen beneden de Sahara is momenteel – en dat is nauwelijks voor te stellen – veelal niet meer dan 10-15 \$ per inwoner per jaar beschikbaar voor gezondheidszorg. Dat betreft dus: overheidsgeld, geld vanuit externe hulp en eigen bijdragen van de bevolking. Hoe ‘rond te komen’ met zo’n budget, en hoe dit goed te verdelen, is een uiterst ingewikkelde opgave waar veel landen voor staan. Sommige landen, zoals Ethiopië, zitten met hun middelen overigens nóg veel lager. In vergelijking met de ruim € 3000 per inwoner per jaar in Nederland is dat dus extreem weinig. Niet dat in Nederland de zorg 300 keer beter is, trouwens. Als rijk land kan Nederland zich veroorloven om inefficiënt te zijn; en dat zijn we ook! Let eens op ons verbrokkelde gezondheidssysteem met al die langs elkaar heen werkende partijen.... Ook bij ons staat ‘ketenzorg’ nog maar in de kinderschoenen. En hoe staat het met de participatie van onze eigen bevolking? En met de aansluiting van preventie met de curatieve zorg? Allemaal zaken waarvan Nederland veel kan en móet leren van arme landen, waar met zeer schaarse middelen het maximaliseren van (gezondheids)winst is geboden. Een Afrikaans land moet efficiënter te werk gaan met de extreem schaarse middelen, en doet dat ook veelal. Hoewel er chronisch heel veel voor verbetering vatbaar is, valt tegelijkertijd op dat duizenden gezondheidsposten en -centra met lokaal personeel in staat zijn om bergen werk te verzetten.

Achilleshiel: personeelscrisis

Een groot deel van de financiële middelen wordt gebruikt voor personeelskosten – het belangrijkste ‘kapitaal’ voor de zorg. De ‘mix’ van beschikbaar personeel op de werkvloer, en met name ook de spreiding daarvan, is van cruciale betekenis voor het functioneren van het gehele systeem. En daarmee is het momenteel slecht gesteld. Zo spreekt de WHO over de ‘Human Resource Crisis for Health’ en weidde de NVTG hier – en over de vraag welke rol Westerse tropenartsen kunnen blijven spelen in ontwikkelingslanden – in 2006 haar landelijk congres aan. Hoger opgeleid lokaal personeel, waaronder artsen en HBO-verpleegkundigen, zijn vaak niet in staat of bereid om in de hierboven beschreven basisgezondheidszorg in de districten te werken. Zij zijn veelal werkzaam in grotere ziekenhuizen in de stad, terwijl lager opgeleiden de vele gezondheidsposten en -centra bemensen. Bovendien verlaten veel artsen na hun opleiding het land, om zich te vestigen in westerse landen – de *braindrain*. Dit verschijnsel wordt ook elders in dit boek belicht. Zo vinden veel Malawiaanse en Zambiaanse artsen emplooi in Engeland, terwijl juist in die herkomstlanden een gigantisch tekort is aan artsen. De ‘norm’ van 1 arts op 10.000 inwoners wordt in ieder geval bij lange na niet gehaald, en zéker niet in de districten buiten de grote steden. Nu worden deze tekorten enigszins opgevangen door het opleiden en verspreiden van degelijk opgeleide paramedici – zoals *clinical officers*, *medical licentiates*, *medical assistants* – die ook heel veel aankunnen en vaak worden gezien als de *backbone* van het zorgsysteem. Maar ook van die kaders is de verdeling nogal scheef. Ofwel: veel districtsziekenhuizen en gezondheidscentra functioneren

onvoldoende, als gevolg van chronisch gebrek aan gekwalificeerd personeel. Dat is dan ook meteen een heel belangrijke reden voor de hierboven genoemde beperkte bereikbaarheid van *acceptabele* zorg voor grote groepen inwoners van ontwikkelingslanden.

Nieuw beleid, nieuwe rollen

Wat ligt meer voor de hand dan om de vele gaten te vullen met westerse gemotiveerde deskundigen, zoals Nederlandse tropenartsen? Nou, dat is nog maar zeer de vraag. Een vraag die de gemoederen in Nederland – begrijpelijkerwijs – flink heeft beziggehouden. Juist Nederland heeft jarenlang een vooraanstaande rol gespeeld – en doet dat gelukkig nog steeds – door te participeren in basiszorg in ontwikkelingslanden. Veel in Nederland praktiserende artsen zijn hun carrière gestart als ‘tropenarts’. De NVTG speelde daarbij steeds een cruciale rol, onder andere door de opleidingseisen steeds aan te passen aan de praktijk. Legendarisch is de al decennia geleden gestarte NTA-opleiding⁴. De situatie in Zambia illustreert de veranderende problematiek uitstekend. Zambia was één van de landen waar de Nederlandse overheid lange tijd een groot aantal Nederlandse jonge artsen naar uitzond om te gaan werken in de districten. De Zambiaanse provincie Western-Province was een echt concentratiegebied. In de jaren '90 besloot Nederland deze personele inzet af te bouwen. Overigens was men zich ervan bewust dat juist dóór die inzet van gedreven artsen veel inzicht was verkregen over het functioneren van de zorg binnen de districten. Ook heeft die personele inzet er ongetwijfeld voor gezorgd dat veel districtsziekenhuizen konden blijven functioneren; het cruciale belang daarvan is hierboven al geschetst. Het streven was echter een duurzaam systeem van gezondheidszorg te ondersteunen, waarbij de districtsziekenhuizen in toenemende mate bemenst dienden te worden door nationaal personeel. Nederland zou, als donor, het vestigen van Zambiaanse artsen stimuleren door met beperkte middelen de arbeidsomstandigheden (uitrusting, transport) en arbeidsvoorwaarden (aanvullend salaris) te verbeteren. In hoeverre dit nieuwe – logische – beleid vruchten afwerpt is nog niet bekend. Bovendien is er meer nodig. Zo zal de hedendaagse *braindrain* van duur opgeleide Afrikaanse en Aziatische artsen en verpleegkundigen naar westerse landen onverminderd kritisch moeten worden gevolgd en waar mogelijk gereguleerd in internationaal verband.

Overdracht van vaardigheden

Is daarmee de rol van buitenlandse expertise binnen ontwikkelingslanden ineens uitgespeeld, of beperkt tot specifieke externe hulpprogramma's en noodhulp? Dat zou ongetwijfeld een te radicale wending betekenen. Zeker met de huidige tendens om externe financiële ondersteuning sectorbreed (SWAP) of als algemene budgetsteun aan te bieden, wordt het zicht van nationale en externe beleidsmakers op datgene wat zich ín die districten precies afspeelt vaak te zeer vertroebeld door het macrobeeld. Juist een goed inzicht in de werking van het districtsgesondheidssysteem is essentieel voor het optimaal kunnen inzetten van nationale en externe middelen. Vanuit die optiek kan het zeker gewenst zijn om ook extern, westers personeel te blijven inzetten. Niet louter om de beschreven gaatjes te vullen – daarvoor is immers een structurele nationale oplossing nodig ondersteund door de externe partners – maar veeleer als instrument van een goed opgezet nationaal monitoring systeem en/of van specifiek onderzoek gericht op het verder verbeteren van de basisgezondheidszorg. Ofwel: meewerkende voormannen en -vrouwen, als *linking pin* met (inter)nationale beleidsmakers. En áls extern personeel al wordt ingezet, dan zal nog meer dan voorheen het overdragen van vaardigheden op het gebied van training en management centraal moeten staan in de beoogde doelstelling. Dat impliceert een kritische beschouwing van het profiel van de nieuwe generatie gezondheidswerkers.

⁴ De Nederlandse Tropencursus voor Artsen, nu NTC geheten, wordt uitgevoerd door het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT). Onlangs startte de 121^{ste} editie van de opleiding.

Nieuwe vragen, nieuwe antwoorden

Het verstevigen van de basisgezondheidszorg is niet sexy. Het is een zaak van lange adem, en door de politieke lading ook een zaak van vallen en opstaan. Toch is de aanwezigheid van een simpele maar robuuste structuur van basisgezondheidszorg, die toegankelijk is voor de overgrote meerderheid van de bevolking, de enige weg om enige blijvende gezondheidswinst te kunnen oogsten. Ook vormt zo'n systeem een essentiële basis voor specifieke ziektebestrijdingsprogramma's, zoals voor AIDS, malaria en tuberculose. Vanwege dit belang is het noodzakelijk om de voortgang op dit vlak goed te blijven volgen – ook op de laagste zorgniveaus – in de nieuwe hulpmodaliteiten, zoals SWAP en budgetsteun. Verschuiven de budgetten richting district? En verschuiven de middelen binnen die districten ook in voldoende mate naar de gezondheidscentra? Worden de basisdiensten werkelijk meer gebruikt? Verbeterd de kwaliteit? Dát zijn voorbeelden van praktische maar tegelijkertijd cruciale beleidsvragen voor beleidsmakers en donoren. Antwoorden op dergelijke vragen moeten leiden tot verbeterde zorg. Nederland heeft decennialang heel veel ervaring opgedaan met de opbouw van gezondheidszorg en geniet op basis daarvan veel internationaal aanzien. Die ervaring, samen met het enthousiasme van nieuwe aanwas onder 'tropengangers', zal van pas komen bij de versterking van de basiszorg. Want die moet doorgaan. Het gaat dan niet alleen meer om het genezen van patiënten door externe dokters, hoe belangrijk dat ook is. Waar het nu om gaat is vooral ook zorgen dat dit blijft gebeuren, maar dan vooral door lokaal personeel. En, het is eerder gezegd, dat is niet altijd vanzelfsprekend.

[streamers]

De economische neergang maakte het onmogelijk om de *Cadillac* in de glans te houden.

Herverdeling betekende in de praktijk het beknotten of zelfs sluiten van ziekenhuizen.

Het verstevigen van de basisgezondheidszorg is niet sexy. Het is een zaak van vallen en opstaan.