

Leiden, 8 November 1978

Aan: Nederlandse instellingen op het gebied
van (medische) ontwikkelingssamenwerking
gericht op het platteland van Afrika

Mijne Heren,

HET "NJONJOLO CLINIC PROJECT": FINANCIËLE EN BELEIDS-ASPECTEN

Hiermee vraag ik Uw aandacht voor het Njonjolo Clinic Project. Njonjolo is een afgelegen vallei in het oostelijk deel van Kaoma district, Western Province, Zambia. Sinds 1972 doe ik antropologisch/sociologisch onderzoek onder de mensen uit deze streek, die qua inkomen en toekomstmogelijkheden tot de allerarmsten gerekend moeten worden. Tijdens mijn laatste bezoek, in Augustus 1978, bleek de economische en medische nood in de streek zo hoog gestegen dat ik mij verplicht zag, inspelend op een reeds jaren algemeen gevoelde behoefte bij de bevolking, een plaatselijk comité in het leven te roepen met het doel te ijveren voor de stichting van een kliniek (Rural Health Centre) in deze vallei. Aspecten van de medische situatie in Njonjolo, eerdere pogingen om ter plaatse moderne gezondheidsvoorzieningen te creëren, de daarmee samenhangende problemen, mogelijke oplossingen, en het ontstaan van het comité vindt U beknopt beschreven in bijgaand rapport getiteld Njonjolo Clinic Project. Aangezien dat stuk in eerste instantie een mobiliserend en voorlichtend doel heeft binnen Zambia zelf, lijkt het nuttig enige aantekeningen te maken ten behoeve van de Nederlandse context, waar de medische en administratieve gang van zaken in Kaoma district onbekend is, en waar de Zambiaanse politieke en sociale spelregels niet van toepassing zijn.

Het project bedoelt een antwoord te zijn op de volgende vraag: wat te doen aan de zeer slechte medische situatie van ca. 1.000 zeer arme Zambiaanse dorpelingen, levend in een afgelegen gebied waar de dichtsbijzijnde klinieken minstens 30 km ver liggen en door de uiterst geringe vervoersmogelijkheden daardoor in de meeste gevallen onbereikbaar zijn?

De bouw (zoals in het Njonjolo Clinic Project voorgesteld) van een complete kliniek, volgens bouwvoorschriften van het Zambiaanse ministerie van gezondheid opgetrokken uit duurzaam

en kostbaar materiaal, en met drie stafwoningen, sanitaire voorzieningen en watervoorziening in dezelfde stijl, is misschien niet de meest voor de hand liggende oplossing. In een moderne benadering van gezondheidszorg in de derde wereld zou men eerder geneigd zijn te denken aan een aantal alternatieven, in onderlinge combinatie, bijvoorbeeld:

1. een ecologische aanpak die in het milieu de oorzaken van malaria, bilharzia etc. bestrijdt

2. hygiëne-voorlichting die de ziekmakende factoren in het dagelijks leven kan beperken

3. een geïntegreerde samenwerking tussen lokale, traditionele genezers, en moderne geneeskunst

4. een nederig, goedkoop, niet duurzaam maar gemakkelijk te repareren of te vervangen kliniek^{gebouw} en idem stafaccommodatie

5. creatie van een netwerk van halfgeschoolde medische krachten die, voortkomend uit en opgenomen in de plaatselijke gemeenschap, met eenvoudige en goedkope middelen, vele voorkomende aandoeningen kunnen voorkomen of behandelen, om meer ernstige gevallen door te verwijzen

6. massale inentingscampagnes, bijvoorbeeld tegen mazelen, een ziekte die nu zeer veel slachtoffers maakt onder kinderen

7. periodiek bezoek door gekwalificeerd medisch personeel verbonden aan de drie ziekenhuizen die het district rijk is (maar die alle 80 à 130 km van Njonjolo afliggen, d.w.z. 2 à 3 uur reizen per auto)

8. door opvoeren van de landbouwproductie de economische omstandigheden van de bevolking van Njonjolo zodanig verbeteren, dat zij minder kwetsbaar is ten aanzien van de ziekmakende factoren in milieu en cultuur (bijvoorbeeld: ander voedingspatroon, aanschaf van muskietennetten, of van betrouwbare fietsen waarmee men klinieken elders kan bezoeken); deze economische groei zal tegelijk zoveel meer motortransport betekenen (zie onder), en zal zoveel geld beschikbaar maken om van dat vervoer gebruik te maken, dat de afstanden tot medische centra elders in het district geen groot probleem meer hoeven te vormen

9. verhuizen naar andere delen van het district, waar wel redelijke medische voorzieningen voorhanden zijn

Samenvattend: voorkeur zou uitgaan, niet naar een kliniek zoals gestipuleerd in het Njonjolo Clinic Project, maar naar een geïntegreerde medisch-sociale benadering, waarin het accent ligt niet op curatieve medische praktijk binnen een kostbare en kwetsbare structuur die sterk formeel is en van de buitenwereld

afhankelijk, maar op preventie, gebruik makend van ter plaatse aanwezige mankracht en sociale verbanden, en met oog voor het feit dat gezondheid onderdeel is van een totaal van welzijnsbehoeften die een sterk economische basis hebben.

Het zou te ver voeren om puntsgewijs bij al deze alternatieven stil te staan en uitvoerig aan te tonen waarom, in het bijzondere geval van Njonjolo, zij helaas geen haalbare oplossing bieden op korte termijn. Desgevraagd zal ik een dergelijke toelichting echter graag geven in een later stadium. Voorlopig lijkt het mij voldoende de volgende punten te benadrukken:

De bevolking van Njonjolo bestaat nu al uit "achterblijvers": mensen (relatief veel vrouwen, kinderen en ouderen) die werkelijk nergens anders meer heen kunnen gaan waar het qua ontwikkelings- en voorzieningsniveau beter is. Al hun vroegere dorpsgenoten met iets meer mogelijkheden of alternatieven zijn al weggetrokken naar de verre stad of naar andere, in moderne zin meer ontwikkelde delen van het district. Hoewel afgelegen en verstoken van de meeste moderne voorzieningen, en hoewel (gezien de transportschaarste in het district en in geheel Zambia) zonder afzetmogelijkheden die tot een effectieve ontwikkeling van de productie van marktgewassen (vooral: mais) zouden kunnen leiden, is Njonjolo aan de andere kant tamelijk aantrekkelijk vanuit het oogpunt van de zelfvoorzieningseconomie: de bodem is uitstekend, er is veel vis in de rivieren en het bos herbergt nog vrij veel wild. Wie kansen zag om in de verbouw van marktgewassen vooruit te komen, of als werknemer in een stedelijke context, is al weggetrokken; wie overbleef, heeft die kansen niet meer (of, als jongere, nog niet), en is economisch beter af hier.

Aangezien de enige reële mogelijkheid tot economische verbetering van de bevolking (met een secundair positief effect op de medische situatie) lijkt te liggen in het creëren van afzetmogelijkheden voor een dan op te voeren productie van marktgewassen, vervult het vervoersprobleem een sleutelpositie in de Njonjolo situatie - zoals trouwens in ruraal Zambia in het algemeen. Van die kant is op korte termijn geen oplossing te verwachten. Zelfs gevestigde instanties (districtsoverheid, leger, politie, partijwezen, ziekenhuizen, missies, scholen), zelfs in het districtscentrum, hebben de grootste moeite om hun voertuigen in bedrijf te houden, en moeten vaak zonder doen. Benzine

en reserve-onderdelen worden onregelmatig aangevoerd, en voertuigen zijn in dit gebied aan grote slijtage blootgesteld door zowel milieu als menselijke factoren. (Uiteraard betekent dit dat zich ook bij de bouw en, na voltooiing, de bevoorrading van een eventuele kliniek vervoersproblemen zullen voordoen; maar hoewel deze tot vertraging zullen leiden, zullen zij toch niet volstrekt onoplosbaar blijken, zoals de ervaring leert.)

Als de bevolking van Njonjolo niet kan wegtrekken, en het vervoersprobleem zo groot is dat het onmogelijk lijkt om op korte termijn hun economische situatie aanzienlijk te verbeteren en/of de toegankelijkheid van medische centra elders in het district te verhogen, dan lijkt er inderdaad weinig anders op te zitten dan in Njonjolo zelf enige vorm van moderne gezondheidszorg te creëren. Maar waarom zo kostbaar, formeel, en van buiten gedirigeerd?

De keuze van het type gezondheidszorg dat in Njonjolo aangereikt kan worden, is in laatste instantie aan de Zambiaanse overheid. De te stichten kliniek moet worden geïntegreerd in de Zambiaanse gezondheidszorg, zodat de zorg voor haar functioneren, personeel, bevoorrading, onder verantwoordelijkheid van die overheid valt. De Zambiaanse overheid biedt ruimschoots de mogelijkheid tot zo'n integratie van medische ontwikkelingsprojecten. Het Njonjolo Clinic Project staat niet op zichzelf, maar sluit aan bij het principe van de self-help clinic, zoals er sinds 1970 tientallen in Zambia gerealiseerd zijn, o.a. enkele elders in Kaoma district. Dit principe bestaat hierin dat de Zambiaanse overheid zelf geen eenmalige kapitaalsinvesteringen doet in plattelandsklinieken, maar wel bereid is (en daar zijn vele precedënten van) om een eenmaal door plaatselijk initiatief gebouwde kliniek, mits deze aan de overheids-specificaties voldoet, permanent op te nemen in de bestaande gezondheidszorg. (Het is in dit verband van belang op te merken dat de Zambiaanse gezondheidszorg sinds ca. 1970 geheel gratis is.)

Het komt er dan echter wel op aan de richtlijnen van de Zambiaanse overheid precies te volgen, en de medische taakopvatting die aan die richtlijnen ten grondslag ligt, op de koop toe te nemen. Die taakopvatting is tamelijk conservatief, centralistisch, en legt de nadruk op curatief, klinisch medisch handelen binnen formele, bureaucratische organisaties, gehuisvest in permanente, kostbare ruimten, en gebruik makend van kostbare geneesmiddelen en hulpmiddelen zoals gepropageerd door de internationale medische industrie en handel. Pas de laatste twee, drie jaar komt er enige verandering in dit patroon. In het verre Noord-oosten van Zambia is

een experiment met blote-voetendokters aan de gang, en in 1977 organiseerde het ministerie voor gezondheid een conferentie over de mogelijke waarde van traditionele geneeskunst. Maar deze aanzetten verkeren nog in een zeer vroeg stadium, en hebben de ideeën binnen de Zambiaanse medische hiërarchie (waarbinnen overigens nog zeer veel buitenlanders werkzaam zijn) nog nauwelijks veranderd. Gegeven deze context van beleid en ideologie, is het niet verstandig om de medische belangen van de toch al zo kwetsbare bevolking van Njonjolo op het spel te zetten voor een principiële strijd over de ideale vorm van gezondheidszorg op het platteland. Beter het soort gezondheidszorg dat de Zambiaanse overheid voorstaat en waarvoor zij bereid is de lopende kosten te dragen, dan helemaal geen. Het lijkt mij namelijk uitgesloten dat, gegeven de politieke constellatie van westelijk Zambia, en de uiterst perifer positie die de bevolking van Njonjolo daarin inneemt, een baanbrekend experiment op het gebied van progressieve, geïntegreerde gezondheidszorg op het platteland, en de daaruit voortvloeiende medische "methodenstrijd", met dit gebied als inzet, enige kans van slagen heeft.

Inmiddels is het goed te bedenken dat sommige van de alternatieve strategieën, waardoor de gezondheidstoestand van de bevolking van Njonjolo zou kunnen worden verbeterd zonder nu direct een kliniek noodzakelijk te maken, toch ook wel binnen het kader van zo'n formele kliniek verwezenlijkt zouden kunnen worden: voorlichting over hygiëne; peuterzorg; inentingscampagnes. Buiten de directe medische opbrengst zou de aanwezigheid van 3 à 4 medische stafleden (onder leiding van een Medical Assistant) die een overheidssalaris verdienen, een extra stimulans op de plaatselijke economie uitoefenen, met name op het gebied van de detailhandel (er is nu zelfs geen winkel in Njonjolo). Belangrijk is ook de symboolfunctie die ligt in het krijgen van een eigen, heuse kliniek (in niets afwijkend van die op een tiental andere plaatsen in het district), voor de mensen van Njonjolo, die, terecht, het gevoel hebben dat tot nog toe alle nationale ontwikkeling aan hun neus is voorbijgegaan. Tenslotte lijkt een belangrijke opbrengst van het project de volgende: Door allerlei lokaal-politieke oorzaken, die mede het onderwerp zijn van mijn veldonderzoek, ontbreekt in Njonjolo tot nog toe een effectieve organisatie die in staat is plaatselijke belangen te behartigen binnen de politieke en administratieve organen op district- en nationaal niveau. Het project levert nu, voor een allereerst uiterst begeerd doel, de mogelijkheid tot constructieve samenwerking op lokaal

niveau, bewustwording, en training in organisatie en politieke participatie, die het begin zou kunnen zijn van een minder apathische en passieve houding ook ten aanzien van andere dan medische problemen in de streek.

Nadat ik aldus geprobeerd heb het Njonjolo Clinic Project te plaatsen binnen zijn Zambiaanse context, en de keuzen die het vertegenwoordigt te verdedigen, is het nu tijd om de financiële kant kort te belichten. Met de economische teruggang van Zambia in de laatste jaren, en de toenemende import-problemen, is het moeilijk een nauwkeurige schatting te maken van het bedrag nodig voor het totale kliniek-complex volgens de specificaties van de Zambiaanse overheid gebouwd met gebruikmaking van plaatselijke, overwegend gratis geleverde arbeidskracht. Een voorlopig, en natuurlijk veel te vage, schatting ligt tussen f. 50.000 en f. 85.000. Wanneer eenmaal contacten zijn gelegd met de Provincial Headquarters, Ministry of Health, Mongu, Western Province, Zambia, moet het mogelijk zijn om aan de hand van de bouwtekeningen en bestekken een meer concrete begroting te maken.

Maar ook bij de hoogste genoemde schatting gaat het hier om een relatief klein ontwikkelingsproject, dat zonder enige twijfel ten goede komt aan de allerarmsten, in een land dat een concentratieland voor Nederlandse ontwikkelingssamenwerking is. Bovendien is het, gezien de voorhanden kennis over en relaties met het gebied, onwaarschijnlijk dat het project op onoverkomelijke moeilijkheden zal stuiten van sociale of organisatorische aard.

Ik hoop dat dit alles ertoe geleid heeft Uw belangstelling voor dit project te wekken. Naast het realiseren van een samenwerkingsverband in Njonjolo zelf, en het verkrijgen van Zambiaanse overheidstoestemming voor de kliniek, is op het ogenblik onze grootste zorg een Nederlandse ontwikkelingsorganisatie te vinden die bereid is het project financieel te adopteren. Onbekend met de wereld van ontwikkelingssamenwerking, zou ik U bijzonder dankbaar zijn voor suggesties die kunnen leiden, binnen afzienbare termijn, tot een oplossing van de financiële kant van ons project. Ook Uw suggesties ten aanzien van de opzet van het project zijn zeer welkom.

In afwachting van Uw reactie verblijf ik hoogachtend,

Wim van Binsbergen
Drs Wim van Binsbergen

Buiksloterdijk 186,
1025 WC Amsterdam
tel (020) 360226

(wetenschappelijk ambtenaar,
Afrika-Studiecentrum, Leiden;
external representative,
Njonjolo Clinic Committee)