

Nederlandse aanpak biedt nieuwe kansen voor arme landen

JGZ goes Africa

Wat doe je als na dertig jaar werken in de jeugdgezondheidszorg de pensioengerechtigde leeftijd nadert? Je hebt recht op uitrusten en daar is ook niets op tegen, maar als het je passie is kinderen gezond te houden en als je zelf nog gezond bent, wil je misschien met al die kennis en ervaring nog graag iets nuttigs doen. Cécile Schat, jeugdarts in Zoetermeer, bedacht dat Afrikaanse kinderen behoefte kunnen hebben aan jeugdgezondheidszorg. Ze richtte met familie en vrienden een stichting op, deed twee stages en haalbaarheidstudies, en is per 15 september 2010 haar eigen jeugdgezondheidsdienst gestart in Togo, in West-Afrika. **JGZ aangepast aan de Togolese realiteit: preventie met een scheut curatieve zorg in een ontwikkelingsland. Hoe ziet dat eruit?**

■ CÉCILE SCHAT-SAVY

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is in Afrika een tekort van ongeveer één miljoen artsen en verplegers. Dat terwijl er door het lage welvaartsniveau en de grote hoeveelheid ziektes juist veel meer primaire zorg nodig is dan bij ons. Voor zover er geld is, gaat dat naar de bestrijding van ernstige ziektes zoals malaria en aids. Aandacht voor preventie is er daardoor nauwelijks. In Togo is alleen geld voor een klein aantal vaccinaties van baby's en gewichtscntrole van kinderen tot drie jaar. Ouders moeten dus zelf voor de ge-

zondheid van hun kinderen zorgen. Dat valt niet mee. Door chronisch geldgebrek gaan kinderen – maar ook volwassenen – pas naar de dokter als ze ernstig ziek zijn. Je loopt met een kwaal door tot het echt niet langer gaat. Dan legt de familie hutje bij mutje om de dokter en de vervolgbehandelingen te betalen. Want ziekenfondsen zijn er nauwelijks en voor 95% van de mensen bovendien onbetaalbaar. Als het gemiddelde dagloon van een arbeider rond één euro ligt en de helft van de bevolking nog minder verdient, kan een verzekering van twintig euro per maand per



persoon er niet af. Bovendien keert die verzekering slechts mondesmaat uit. Medische hulp uit de 'westerse' wereld is vrijwel altijd curatief van aard. Donoren bouwen vooral ziekenhuisjes, huisartsenposten en eerstehulplocaties. De mensen stromen toe met de vreselijkste aandoeningen. Vaak zijn dat uit de hand gelopen huis-, tuin- en keukenziektes, die wij in ons systeem van betaalbare gezondheidszorg al veel eerder hebben aangepakt. De gezondheidsautoriteiten weten dat ze het paard achter de wagen spannen door niet massaal in te zetten op preventie en *early diagnostics*, maar missen het geld en de specifieke kennis en ervaring.

Het preventiemodel getest

Door omstandigheden kwam ik in aanraking met Togo, het buurland van Ghana in West-Afrika, op het moment waar-



op ik begon na te denken over wat te doen na mijn pensionering. In Nederland is er gelukkig veel aandacht voor preventie en dat loont. Waarom zou dat in Togo niet kunnen werken? De minister van volksgezondheid en zijn staf hadden er wel oren naar, want zij slagen er niet in om de mortaliteit en de morbiditeit bij kinderen te verlagen.¹

Dus deed ik eind 2008 samen met het Togolese ministerie van Volksgezondheid een haalbaarheidsstudie van twee maanden. Deze had de vorm van een uitgebreide literatuurstudie, stages, interviews en bestudering van lokale gegevens en rapporten in vrijwel alle ziekenhuizen en in een aantal dispensaria (een soort huisartsenposten).² Hieruit bleek een enorme behoefte aan dit soort eerstelijns medische zorg en aan kennisoverdracht over voeding en gezondheid aan ouders en hun kinderen en aan het onderwijzend personeel.

Een jaar later organiseerde ik in overleg met de directeur-generaal van het ministerie van Volksgezondheid een pilot van twee maanden onder alle (250) kinderen op een 'gemiddelde' school in een 'gemiddelde' stad.³ Het doel daarvan was vierledig: nagaan of ouders, kinderen en scholen interesse hebben in deze nieuwe vorm van gezondheidszorg,⁴ me vertrouwd maken met de leefgewoonten en de afwijkende ziektes, in kaart brengen welke zorg precies nodig is en tot slot het ontdekken van het voortraject (samenwerking met de scholen en de ouders) en het natraject (follow-up door de curatieve sector).

De belangrijkste resultaten van de pilot op een rijtje.

Betrokkenheid:

- Opkomst bij pilot boven 95%;
- Meer dan 95% van de kinderen uit de stad Kpalimé gaat naar de basisschool, zij het soms op latere leeftijd;



- Grote interesse bij ouders in de gezondheid van de kinderen;
- Goede samenwerking met de scholen en de gezondheidsautoriteiten.

Gezondheid:

- 32%-66%⁵ van de kinderen is niet of niet genoeg gevaccineerd;
- 15%-37%⁶ ziet slecht of heeft andere oogproblemen (onder andere glaucoom);
- 14% is min of meer slechthorend;
- 21% heeft wormen in de ontlasting (vermoedelijk nog veel meer);
- 16%-32% plast nog in bed (vanaf groep 4);
- 62% heeft malaria of andere ernstige ziektes (gehad);
- De staat van de gebitten is slecht, hetgeen in een land van twintig tandartsen op zes miljoen mensen niet hoeft te verbazen;
- 16% wordt geregeld mishandeld.⁷

De pilot was op alle vier doelgebieden een groot succes.⁸ Zo was de interesse overweldigend: meer dan 95% van de kinderen van de school deed mee. Mijn kennis van en ervaringen met de leefgewoonten – onontbeerlijk voor een succesvolle aanpak – zijn sterk gegroeid, evenals mijn kennis van de specifieke ziektes in dit land. Welke Nederlandse jeugdarts zou bijvoorbeeld ooit kinderen boven de tien jaar screenen op glau-

coom of standaard de ontlasting, het bloed en de urine controleren op typische Afrikaanse ziektes en deficiënties? Ik leerde veel over de leefgewoonten van de bevolking, bijvoorbeeld waarom ze vrijwel altijd moe zijn. De zogenaamde luiheid van de bevolking heeft veel te maken met onvoldoende en eenzijdig eten, met het vrijwel continu rondlopen met ziektes – vooral malaria, maar ook wormen in de darmen en bloedarmoede – en met het snikhete en vochtige klimaat.

Andere belangrijke conclusies waren dat als je jeugdgezondheidszorg wilt opzetten en de doelgroep nauwelijks Frans spreekt, je assistenten moet hebben die een aantal van de 37 talen van het land spreken. En hoe bereik je ouders en kinderen in een land waar geen straatnamen zijn en geen post wordt bezorgd en trouwens het briefpapier schaars en heel duur is (maar wel heel goed te gebruiken als wc-papier)? Ook moet je leren hoe je samenwerking organiseert met de gezondheidsautoriteiten en met de curatieve sector in de regio. Je bent in een ontwikkelingsland, maar juist hier zijn de hoeveelheid regels en handhavers van die regels enorm. En wat doen we met de vele straatkinderen die ziek zijn, vaak wezen, of met geestelijk en lichamelijk gehandicapte kinderen die weggedrukt worden in de vergetelheid omdat ze 'het boze oog' hebben?



In de afgelopen jaren hebben wij goede contacten opgebouwd met de plaatselijke Rotaryclub, waarvan artsen, de plaatselijke apotheker, schoolhoofden en ambtenaren lid zijn. En met de kerken die een wijd vertakt net van (curatieve) zorg hebben opgezet en een flink aantal scholen exploiteren. En met de gezondheidsautoriteiten die ons aanvankelijk als concurrenten zagen, maar nu als potentiële bondgenoten. Zo ontstaat een netwerk dat onontbeerlijk is om voor- en nazorg te verzekeren.

JGZ à la Togolaise

Medio september 2010 openen wij onze 'JGZ à la Togolèse' in de stad Kpalimé. Wij hebben een dubbelhuis gekocht dat de laatste maanden is verbouwd tot JGZ.⁹ Daar begin ik met een team van lokale mensen, bestaande uit twee assistentes, een laboratoriummedewerker (voor het onderzoek van bloed, urine en ontlasting), een apothekersassistent annex boekhouder annex receptionist, een bewaker en een schoonmaakster. Gaandeweg leren de assistenten denken in termen van preventie, evenals trouwens de bevolking. Dat proces is al gestart tijdens de pilot. Maar het zal een flinke tijd duren voordat het team min of meer zelfstandig kan opereren en ik me kan richten op het opleiden van nieuwe teams.

We gaan werken met protocollen uit Nederland, die zijn vertaald in het Frans

en aangepast aan de ervaringen uit de stages en aan input van deskundigen op het gebied van openbare gezondheidszorg. Ongetwijfeld zullen we onze werkwijze in de loop der tijd nog verder aanpassen aan de situatie ter plekke. We maken zoveel mogelijk gebruik van plaatselijke kennis over voeding en gezondheid en van goedkope manieren om kinderen gezond te houden of te maken. Zo helpt elke dag eten bereiden met palmolie om voldoende vitamine A binnen te krijgen, waardoor de oogproblemen afnemen, en zorgen pompoenpitten voor het verdrijven van de wormen uit de darmen. Veel voorlichting over gezondheid en opvoeding is nodig want er is een ontstellend gebrek aan de meest basale kennis. Een voorbeeld: zolang in een land waar aids voorkomt het verhaal nog steeds geloofd wordt dat slapen met een maagd je van deze ziekte afhelpt, is er veel te doen. Hieronder valt ook het uitbannen van vooroordelen; gemakkelijker gezegd dan gedaan. In onze planning is opgenomen dat we in het schooljaar 2011/2012 een tweede team gaan inzetten (één arts en twee assistentes) en dat we in 2012/2013 met schooltandverzorging zullen beginnen. Geen overbodige luxe in een land met twintig tandartsen. De enige tandheelkundige zorg voor het overgrote deel van de bevolking is het trekken van tanden en kiezen als de mensen teveel pijn hebben. Ook hier moet vooral voorlich-

ting op scholen en bij volwassenen een groot deel van de problemen voorkomen. Maar we zullen ook stimuleren dat meer tandartsen in Togo worden opgeleid. Een eerste begin is er al: dit jaar is een opleiding gestart aan de universiteit van Lomé voor een soort HBO-tandartsen. We lobbyen ook voor een opleiding voor mondhygiënist; zo nodig beginnen we daar zelf mee, met hulp van een of meer deskundigen uit Europa.

Een paar cijfers: met één team kunnen we naar schatting per jaar 2500 kinderen bereiken. Later worden dat er meer, als we beter ingespeeld raken op elkaar en op de bevolking. In 2011 kunnen we met twee teams circa 5000 kinderen per jaar zien. Misschien komt er later een derde team en op langere termijn openen we wellicht centra in andere steden. Maar belangrijker nog dan het (grondig) onderzoeken van kinderen is voorlichting geven over voeding en gezondheid. Daartoe willen we betaalde en onbetaalde krachten gaan opleiden die de boodschap verder gaan brengen. In de komende jaren zullen we cursussen over voeding en gezondheid gaan schrijven en een opleiding starten die door de overheid gecertificeerd moet worden. Daarmee bereiken we uiteindelijk het meest, naar het Chinees gezegd: geef een hongerige een hengel en leer hem vissen. Zoals de secretaris van de Togolese KNMG, een professor in de gynaecologie, tegen ons zei: jullie zullen veel meer mensenlevens redden dan ik ooit kan doen. Juist door het verhogen van het kennisniveau.

Wie betaalt?

De kosten voor de preventieve zorg en de voorlichting en scholing die wij gaan bieden, zijn in vergelijking met Nederland erg laag. Een verpleegster kost per maand 40 euro, een assistent nog minder. Een arts verdient 120 euro per maand. Ikzelf werk pro deo, evenals alle deskundigen uit Europa die ons van tijd tot tijd komen helpen. Natuurlijk moet de aanschaf en het onderhoud van het medisch centrum worden betaald en zijn er maandelijkse kosten van elektra, water en schoonhouden.

Die moeten voor het overgrote deel komen uit sponsoring in geld of natura. We vragen in tegenstelling tot de werkwijze in Nederland een kleine financiële bijdrage aan de ouders van de kinderen die we onderzoeken, behalve voor de armsten en voor gehandicapte kinderen. Daarmee betalen we een klein deel van de onkosten maar belangrijker nog: we worden zodoende serieus genomen. Alle hulpverleners in Togo hebben ons de raad gegeven om niets gratis te doen. Dan verlies je elk respect.

Samenwerking met Nederland

Dit soort projecten heeft alleen kans van slagen als het thuisfront actief meewerkt. Dat geldt eerst en vooral voor de

langs de ziekenhuizen in Togo bleek mij dat er cardiologie noch cardiochirurgie bestaat. Voor hartproblemen moet een Togolees naar buurland Ghana. Dat zal niet onmiddellijk veranderen, maar we zullen er bij de minister wel op aandringen om aan dit probleem te gaan werken.

De GGD Zuid-Holland West, waar ik tot eind juni heb gewerkt, heeft ons steun toegezegd in de vorm van advisering en achtervang. Ook anderen willen helpen, zoals het oogheelkundig team van het Ikazia-ziekenhuis in Rotterdam, dat als achtervang functioneert voor oogheelkundige problemen. Opticistenketen Het Huis heeft circa 500 tweedehands brillen ter beschikking gesteld

willen uitnodigen voor kennisoverdracht en hulp bij moeilijke gevallen. Wie geïnteresseerd is, kan dat via de website www.kinderhulp-togo.nl laten weten (kennis van de Franse taal is noodzakelijk). Daar staat ook uitgebreide informatie over het land en het project, waaronder het beleidsplan 2010-2011.¹¹

Cécile Schat-Savy
Arts Maatschappij & Gezondheid
GGD Zuid-Holland West
Vanaf 15/09/2010: Jeugdgezondheidsdienst Kpalimé (Togo)
Email: cschatsavy@kinderhulp-togo.nl



jeugdgezondheidszorg in Nederland maar ook voor aanpalende medische en paramedische¹⁰ specialisten uit Europa, die nodig zijn om de tweedelijnsgezondheidszorg in Togo te verbeteren. Want we kunnen wel via ons jeugdgezondheidsproject bij de kinderen in Togo ziekten en gebreken opsporen, als de specialisten en ziekenhuizen ter plaatse die – waar nodig – vervolgens niet kunnen behandelen, schieten we ons doel voorbij. Vandaar dat we naast ons preventieprogramma als tweede hoofdactiviteit hebben geformuleerd dat we de tweedelijnsgezondheidszorg ter plaatse een forse kwaliteitsimpuls willen geven. Een voorbeeld: tijdens mijn rondgang

(maar we hebben er nog duizenden nodig want een bril kost in Afrika twee maandsalarissen van een onderwijzer). Dat geldt ook voor andere bedrijven en instellingen die medische en niet-medische apparatuur ter beschikking stellen. Maar er is nog heel veel nodig. Wie apparatuur of andere nuttige zaken over heeft, wordt verzocht dat door te geven op cschatsavy@kinderhulp-togo.nl. Het is de bedoeling dat het centrum vanaf 2012 stageplaatsen en later ook opleidingsmogelijkheden creëert voor medische en paramedische studenten, en voor afgestudeerden. Artsen en paramedici met veel ervaring zouden we graag een tijdje in ons centrum of in de met ons samenwerkende ziekenhuizen

- ¹ Kindersterfte in Togo is 152 per 1000 (in Nederland 5 per 1000). Bron: <http://www.plannederland.nl/content/watwijdooen/index.jsp?land=togo>
- ² Geïnteresseerden kunnen een samenvatting van de geaggregeerde resultaten (in het Frans) opvragen bij ondergetekende.
- ³ Kpalimé, 120 km ten noord-oosten van de hoofdstad Lomé, met 120.000 inwoners waarvan de helft onder 18 jaar.
- ⁴ Dat was op voorhand lang niet zeker: voodoo-dokters en bijgeloof hebben veel projecten van NGO's in de kiem gesmoord.
- ⁵ Per klas is het percentage verschillend.
- ⁶ Per klas is het percentage verschillend.
- ⁷ Vrijwel alle kinderen krijgen van tijd tot tijd een corrigerende tik maar 16% wordt geregeld zwaar geslagen met een lat of met de vuisten.
- ⁸ Een samenvatting van de geaggregeerde resultaten (in het Frans) is voor geïnteresseerden op te vragen bij ondergetekende.
- ⁹ Zie http://www.kinderhulp-togo.nl/Fotogalerij/2010/Verbouwing_2010/index.html
- ¹⁰ Logopedisten, fysiotherapeuten, chiropractors et cetera.
- ¹¹ http://www.kinderhulp-togo.nl/Nederlands/Over_Ons/Beleidsplan_2010_2011.html