

Hoe medicijnen worden voorgeschreven in West-Kalimantan, Indonesië

Maurice Bloem en Eric Naterop

In dit artikel wordt het voorschrijfgedrag onderzocht van gezondheidswerkers in het district Embaloh Hulu, West-Kalimantan (Indonesië), een geïsoleerd en dunbevolkt gebied. De kennis en opleiding van de meeste gezondheidswerkers is beperkt. De behandeling van patiënten bestaat voornamelijk uit symptoombestrijding. De wijze van voorschrijven blijkt afhankelijk te zijn van diverse - niet medische - factoren zoals de beschikbaarheid van medicijnen, verlangens van patiënten en tegenstrijdige opvattingen bij het medisch personeel zelf.

De afgelopen jaren zijn er veel publicaties verschenen over moderne geneesmiddelen in ontwikkelingslanden. Het is opmerkelijk dat zich onder de auteurs zo weinig antropologen bevinden (Van der Geest 1984 en 1988). Het is sinds kort dat dezen zich met geneesmiddelenproblematiek bezig houden en dan met name in dichtbevolkte gebieden. Wij hebben onderzoek gedaan naar de wijze waarop moderne geneesmiddelen worden voorgeschreven en gebruikt in een geïsoleerd en dunbevolkt gebied, namelijk in West-Kalimantan in Indonesië. In dit artikel wordt alleen ingegaan op de vragen hoe en waarom gezondheidswerkers tot de keuze van een bepaald geneesmiddel komen en of de wijze van voorschrijven is veranderd in de laatste decennia.¹

Wolffers (1988a) schreef een algemene beschouwing over de geneesmiddelenproblematiek in West-Kalimantan, terwijl in deze beschouwing gedetailleerder in zal worden gegaan op de wijze waarop geneesmiddelen worden voorgeschreven.

Het gebied en de voorzieningen

Het district Embaloh Hulu, waar het onderzoek werd uitgevoerd, is moeilijk toegankelijk. Het gebied is alleen per boot te bereiken. Wanneer het waterpeil van de rivier te laag is, wordt de rivier slecht bevaarbaar en is het district nauwelijks bereikbaar.

In Embaloh Hulu zijn weinig moderne gezondheidsfaciliteiten. Sinds 1924 is er een missiehospitaal in Benua Martinus (zie kaart) en pas in 1978 werd de eerste, en tot nu toe enige, gezondheidspost (*Puskesmas*) geopend. De *Puskesmas* is onderdeel van het Indonesische 'Primary Health Care' systeem. Wanneer men zich realiseert dat het gebied ongeveer zo groot is als de provincie Noord-Brabant, er 5000 mensen wonen en de twee ziekenhuizen zo'n twee kilometer van elkaar liggen, dan zal het duidelijk zijn dat er van een optimale situatie geen sprake is. Het vereist een goede planning om er

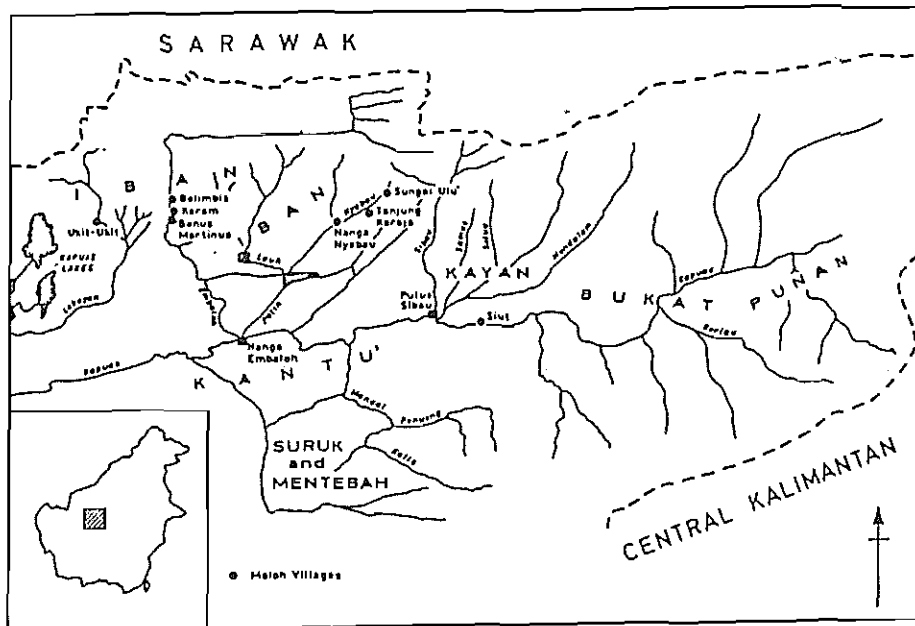
voor te zorgen dat er gedurende het hele jaar voldoende medicijnen in voorraad zijn.

Inherent aan de geïsoleerdheid van een gebied zijn de enorme afstanden uit te drukken in tijd en geld en een gebrekkige informatievoorziening. Radio en televisie zijn de enige media die het gebied van informatie voorzien en lang niet iedereen beschikt erover. Wie wel een radio of televisie heeft, kan er vaak geen gebruik van maken vanwege het regelmatig uitvallen van de electriciteitsvoorziening. Voor de gezondheidswerkers betekent een gebrekkige informatiestroom dat hun medische kennis nauwelijks groeit. De meesten van hen hebben nog nooit van de essentiële geneesmiddelenlijst gehoord. Zij zijn zich ook niet bewust dat 'orale rehydratie' het enige middel is dat helpt tegen uitdroging bij diarree.

Distributie van geneesmiddelen

Behalve bij de genoemde gezondheidsfaciliteiten kan de bevolking voor moderne medicijnen ook terecht bij diverse winkels en bij de militairenpost. Al deze distributiepunten bevinden zich in het dorp Benua Martinus, hoewel in sommige omliggende dorpen ook wel een winkel te vinden is.

Het missiehospitaal krijgt haar geneesmiddelen via het bisdom in Sintang (een dag varen). De geneesmiddelen worden twee tot drie keer per jaar besteld door de verpleegkundige en meestal heeft men voor het hele jaar voldoende. In tegenstelling tot het



1. Het onderzoeksgebied op Kalimantan (uit: King 1985)

missiehospitaal komt de Puskesmas regelmatig medicijnen tekort. De Puskesmas krijgt haar geneesmiddelen via de Inpres (*Instruksi Presiden*: het regeringsprogramma dat erop aanstuurt in elk district een Puskesmas te organiseren) en de Askes (*Assuransi Kesehatan*: een soort verzekering voor de ambtenaren). De oorzaak van de medicijntekorten in de Puskesmas moet gezocht worden in het distributie-systeem. De medicijnen worden in Pontianak (de hoofdstad van West-Kalimantan) verdeeld over een aantal kleinere plaatsen welke op hun beurt weer distribueren naar nog kleinere plaatsen (zoals Benua Martinus). In de praktijk komt het erop neer dat de verst afgelegen Puskesmas de meeste kans heeft onvoldoende medicijnen te ontvangen. Zelfs een middel tegen malaria ontbreekt vaak. Als de medicijnvoorraad op is, schrijft het personeel medicijnen uit de privé-voorraad voor.² Deze voorraad bestaat uit medicijnen welke in Pontianak door het hoofd van de Puskesmas zelf zijn gekocht. De patiënten moeten voor deze medicijnen meer betalen dan voor medicijnen van de Puskesmas zelf.

De wijze waarop winkels en militairen aan medicijnen komen valt buiten het thema van dit artikel. Overigens is de geneesmiddelenvoorziening via winkels en de militairen verwaarloosbaar vergeleken met die in het missiehospitaal en de Puskesmas (Bloem en Naterop 1990).

Diagnose en voorschrijfgedrag

Om het voorschrijfgedrag van gezondheidswerkers te bestuderen, onderzoeken we wie ze zijn, welke opleiding ze hebben gehad en hoe het met hun kennis van geneesmiddelen is gesteld. Vervolgens besteden we aandacht aan de manier waarop zij diagnoses stellen, en tot slot richten we ons op het voorschrift zelf.

Gezondheidswerkers

Ten tijde van ons onderzoek (1988) zijn er drie gezondheidswerkers in het missiehospitaal werkzaam. Het hoofd van het hospitaal is een verpleegkundige uit Nederland met ruim twintig jaar ervaring. Er is geen arts in het district werkzaam en het hoofd van het missiehospitaal is degene met de hoogste medische opleiding. Daarnaast werken er nog twee verpleeghulpverleners uit de Dayak bevolkingsgroep.³ Eén daarvan heeft haar verpleegkundige opleiding nagenoeg voltooid in Pontianak, terwijl de ander geen formele opleiding heeft genoten, maar door het hoofd van het missiehospitaal opgeleid wordt. Sinds augustus 1989 zijn er nog twee nieuwe verpleegkundigen werkzaam die pas hun opleiding in Pontianak hebben afgesloten. De gegevens in dit artikel hebben geen betrekking op de twee laatstgenoemden.

In de Puskesmas zijn vier mensen werkzaam. De vrouw van het districtshoofd (*camat*) heeft er de leiding. Ze is vroedvrouw en heeft een opleiding van drie en een half jaar gevolgd in Medan (Sumatra), waar ze ook vandaan komt. De drie anderen zijn afkomstig uit de lokale bevolking. De man die voor de administratie zorgt ("vroeger heb ik ook wel voorgeschreven") heeft een cursus van twee weken gehad op het gebied van

huidziekten. De overige twee zijn vrouwen die de middelbare school hebben gevolgd. Eén van hen heeft de PHC-opleiding van vier maanden in Sintang gevolgd. Via correspondentie weten we dat in het voorjaar van 1989 voor het eerst een arts in de Puskesmas geplaatst werd, maar inmiddels is hij alweer overgeplaatst naar een ander district.

Concluderend kan vastgesteld worden dat het opleidingsniveau van de gezondheidswerkers over het algemeen beperkt is. Bovendien sluiten de opleidingen die gevolgd worden meestal niet goed aan bij de praktijk.

In Embaloh Hulu zijn er vrijwel geen initiatieven van de gezondheidswerkers om de bevolking in hun eigen woonomgeving op te zoeken. Zelfs de nabijgelegen dorpen worden niet bezocht. Het hoofd van het missiehospitaal is niet meer in staat om tochten af te leggen over slecht begaanbare 'paden' en het personeel van de Puskesmas voelt er niet veel voor.⁴ Dit betekent dat de gezondheidswerkers nauwelijks enig inzicht hebben in de leefomstandigheden van de bevolking en haar niet behoorlijk over gezondheid en hygiëne kunnen voorlichten.

Gezondheidseducatie en participatie welke juist zo belangrijk zijn voor een goede Primary Health Care, ontbreken vrijwel geheel in Embaloh Hulu. Verder moeten ook de diagnose en voorschriften tegen de achtergrond van de beperkte kennis en opleiding worden gezien. De activiteiten van het missiehospitaal en de Puskesmas beperken zich tot curatieve zorg en beide instellingen voldoen niet aan de criteria van Primary Health Care (preventie, gezondheidspromotie, participatie van de bevolking, intersectorale samenwerking).

Dat medicijnen (ernstige) bijwerkingen kunnen hebben of dat bepaalde medicijnen niet geschikt zijn voor kleine kinderen (zo men daar al van op de hoogte is) wordt niet aan de patiënten verteld. De volgende twee voorbeelden laten de gevolgen van de gebrekkige voorlichting zien.

Een vrouw slikte de pil ter voorkoming van zwangerschap. Toch werd ze zwanger. Ze snapte er niets van. Toen haar man enige dagen was weg gegaan om te jagen, had ze het niet nodig gevonden om de pil te slikken. Bij zijn terugkeer was ze weer keurig begonnen.

De vrouwen moeten regelmatig komen om een nieuwe strip anti-conceptie pillen te halen. Bij die gelegenheid wordt een eenvoudig lichamenlijk onderzoek gedaan (pil-controle). Op een dag kwam een man naar het spreekuur om voor zijn vrouw, die zich niet zo lekker voelde, de pil te halen. Hij veronderstelde dat hij nu de pil-controle moest ondergaan.

Klachten

Medische kennis, opleiding en ervaring van gezondheidswerkers zijn bepalend voor de wijze waarop zij klachten vertalen in een diagnose die uiteindelijk leidt tot de keuze van therapie.

Van Es (1980) onderscheidt drie benaderingswijzen welke een arts kan hanteren bij het diagnosticeren. De eerste is de simplistische benadering waarbij de arts zich slechts ten doel heeft gesteld de klachten te vertalen en er een officiële diagnose aan te verbind-

den volgens een classificatie-apparaat. Bij de tweede benadering gaat de arts veel meer uit van de vraagstelling van de patiënten en maakt zich minder zorgen om juiste classificatie. Hij voelt mee met de patiënt en probeert van diens denkwijze en terminologie uit te gaan. De laatste benadering, de dynamische, is een combinatie van de twee genoemde.

Bekijken we de situatie in het district Embaloh Hulu dan moet geconstateerd worden dat zowel bij het missiehospitaal als bij de Puskesmas, sprake is van wat Van Es een 'simplistische benadering' noemt.

Wolffers (1982) wijst op het verschil tussen de diagnose van een huisarts en een specialist. De specialist voelt zich meer gedwongen een definitieve uitspraak te doen over de klachten van de patiënt, aangezien hij als specialist geen verdere verwijzingsmogelijkheden heeft. Wat dit aspect betreft zou men de gezondheidswerkers in Embaloh Hulu kunnen vergelijken met specialisten. Een geïsoleerd gebied als het district Embaloh Hulu, maakt dat de gezondheidswerkers feitelijk nauwelijks de mogelijkheid hebben om een patiënt door te verwijzen. De patiënt zal het advies om naar een arts in een grote plaats te gaan in de meeste gevallen niet opvolgen. De kosten voor transport en consult zijn immers veel te hoog. Verder kunnen de patiënten het zich meestal niet permitteren om voor een langere periode niet op het land te werken.

Een ander onderscheid in diagnose wordt door Wulff (1980) gemaakt: 'beschrijvende diagnose' en 'verklarende diagnose'. Het diagnosticeren in Embaloh Hulu zou Wulff beschrijven als het vertalen van de klacht in een medisch jargon. Mede door gebrekkige onderzoeksmogelijkheden komen de gezondheidswerkers zelden tot een 'verklarende diagnose'. Als een patiënt naar het spreekuur van een van de hospitalen gaat, wordt er naar aanleiding van de klachten meteen een medicijn voorgeschreven. Zelden wordt door de gezondheidswerker de diagnose aan de patiënt medegedeeld. Men schrijft alleen medicijnen voor en vertelt de patiënten hoe de medicijnen moeten worden gebruikt, en of ze wel of niet moeten terugkomen na een paar dagen. Men kan dus spreken van een symptomatische aanpak.

De gezondheidswerkers voelen zich bovendien verplicht om iets voor te schrijven, ook als dit in hun ogen eigenlijk niet nodig is.

Het hoofd van de Puskesmas : "Wanneer er iemand komt die een injectie wil, kun je dat moeilijk weigeren als die persoon daar een paar uur voor heeft moeten lopen."

Enige vorm van onderzoek komt er bij het stellen van een diagnose niet of nauwelijks aan te pas. Een enkele keer wordt wel eens gebruik gemaakt van de stethoscoop en bij de pil-controle wordt meestal wel de bloeddruk opgemeten. Een willekeurig bezoek van een patiënt aan het missiehospitaal verloopt als volgt:

Een vrouw komt de polikliniek binnen. De verpleegkundige vraagt wat er aan scheelt. "Ik heb hoofdpijn en koorts." Er wordt meteen chloroquine, paracetamol en vitamine B12 voorgeschreven. De vrouw krijgt verder nog een injectie kinine. In het boek wordt malaria genoteerd.

Dit is zowel in het missiehospitaal als bij de Puskesmas de normale gang van zaken. De nieuwe verpleegkundige van het missiehospitaal en de gezondheidswerkers van

de Puskesmas zijn bekend met allerlei facetten van het Indonesische PHC-idee. In de Puskesmas spreekt men over het belang van geboortebeperking, moeder- en kindzorg en inenting, maar de werkzaamheden blijven beperkt tot wat curatieve zorg en immunisatie vindt slechts in de Puskesmas plaats en is dus afhankelijk van de komst van ouders met hun kinderen naar de gezondheidspost. De 'afstand' tussen de gezondheidswerkers en de patiënt blijft groot.

Bij het nader bestuderen van onze observaties en archiefgegevens valt een zeer consequent patroon van diagnoses te constateren. De gezondheidswerker heeft een aantal diagnoses op zijn repertoire staan, en probeert alle klachten daarin te passen. Dat repertoire is niet groot.

Opvallend is dat twee gezondheidscentra, die qua afstand zo dicht bij elkaar liggen, tot zeer verschillende percentages komen van de meest voorkomende ziekten (tabel 1). Dit verschil is toe te schrijven aan het beschrijvende karakter van de diagnose. Dit kan er toe leiden dat de ene gezondheidswerker een klacht als malaria kan diagnosticeren en de andere als koorts/verhoging. Er kan dus verschil in diagnosticeren tussen de gezondheidswerkers binnen een instelling zijn, maar zeker ook tussen de twee instellingen. In dit verband kan het verschil tussen de percentages van influenza-gevallen genoemd worden: 21,4 % voor de Puskesmas en 0,3 % voor het missiehospitaal in 1987. De verschillende interpretaties van een zelfde klacht hebben gevolgen voor het voorschrift van moderne medicijnen. Zo kan het voorkomen dat hoest bij het missiehospitaal als 'luchtwegklacht' wordt gediagnosticeerd en bij de Puskesmas als 't.b.c.' (er vindt hierbij geen sputumonderzoek plaats). De medicijnen die in beide gevallen worden

Tabel 1. Een aantal vastgestelde diagnoses in 1987.

ziekten	Puskesmas percentage van ziekten (N = 1952) (%)	Missiehospitaal percentage van ziekten (N = 3139) (%)
malaria	31.9	27.1
influenza	21.4	0.3
cholera	9.2	*
anaemie	6.3	0.6
t.b.c.	5.8	0.0
maagklachten	5.3	**
diarree	4.8	5.0
klachten luchtwegen	5.6	12.7
koorts/verhoging	0.1	7.2
wormen	1.9	6.8
overig	7.7	40.3

* de diagnose cholera wordt bij het missiehospitaal niet gesteld.

** de diagnose wordt wel gesteld, maar is opgenomen in de categorie 'overig'.

voorgeschreven kunnen dan ook zeer verschillen. Bij het missiehospitaal schrijft men bijvoorbeeld een tetracycline-siroop voor of een combinatie van trisulfa en vitamine B12, terwijl men bij de Puskesmas, waar 't.b.c.' geconstateerd wordt, bijvoorbeeld isoniazide, vitamine B6 en een injectie streptomycine voorschrijft.

Voorschrift

Het voorschrijven van medicijnen is vanzelfsprekend sterk afhankelijk van de gestelde diagnose. Toch kan het voorkomen dat twee gezondheidswerkers bij een gelijke diagnose iets totaal verschillends voorschrijven. Eén van de verpleegkundigen in het missiehospitaal heeft de neiging om veel C.T.M. (een anti-histaminicum) voor te schrijven. Het hoofd van het missiehospitaal is hier niet blij mee, maar durft er eigenlijk niets van te zeggen omdat ze haar bezwaren niet weet te beargumenteren.

Wanneer we het voorschrijven door gezondheidswerkers in beide gezondheidscentra bekijken, dan zijn er zeker bepaalde lijnen in te ontdekken. Zo wordt er in het missiehospitaal bijna bij elke klacht chloroquine voorgeschreven, omdat de verpleegkundige van mening is dat zo'n negentig procent van de mensen malaria heeft (bloedonderzoek ter bevestiging vindt alleen plaats bij patiënten die opgenomen worden).

Bij diarree wordt er in de meeste gevallen (57% van alle voorgeschreven diarreemiddelen in 1987) het anti-microbiële middel⁵ sulfaguanidine voorgeschreven en in 33% van de gevallen clioquinol⁶ bevattende diarreemiddelen, zoals enterosept. De WHO is een uitgesproken tegenstander van symptomatische behandeling van diarree en benadrukt het belang van 'orale rehydratie' om de diarree begeleidende dehydratie te bestrijden (WHO 1989). In het voorschrijfgedrag was echter nog niets van deze WHO-lijn te bespeuren.

Opvallend is, dat anti-microbiële middelen verhoudingsgewijs veel worden voorgeschreven, zowel in de Puskesmas als in het missiehospitaal (tabel 2 en 3). In 1987 was dit 21,4% van alle voorgeschreven medicijnen in het missiehospitaal en 28,6% in de Puskesmas. De populairste anti-microbiële middelen bij de Puskesmas zijn tetracycline (34,2% van alle voorgeschreven anti-microbiële middelen), trisulfa (28,0%), chlooramfenicol (16,4%) en isoniazide (13,7%).

Bij het missiehospitaal ligt dit iets anders namelijk: trisulfa (47,0%), tetracycline (18,1%), sulfaguanidine (10,9%), chlooramfenicol (7,2%) en isoniazide (6,6%). Voor het voorschrijven van chlooramfenicol in het missiehospitaal hebben wij voor het jaar 1988 slechts een percentage van minder dan één gevonden. Deze daling is waarschijnlijk het gevolg van het bezoek in juni 1987 van een arts uit Nederland die wees op de gevaren van chlooramfenicol.

Een belangrijke reden waarom gezondheidswerkers snel anti-microbiële middelen voorschrijven is het feit dat zij zich vaak niet zeker voelen van hun diagnose. Men voelt zich onzeker over het verschil tussen virale en bacteriële ontstekingen. Ook meent men via antibiotica allerlei infecties te kunnen voorkomen (profylaxe), hetgeen door deskundigen als ongewenst wordt gezien. In een geïsoleerd gebied als het district Embaloh Hulu betekent een verkeerd voorschrift ook nog eens dat mensen nogmaals een hele reis moeten afleggen voor een nieuw consult. Een gezondheidswerker kiest in zo'n

geval het zekere voor het onzekere en schrijft een anti-microbieel middel voor. De daadwerkelijke invoering van de essentiële geneesmiddelenlijst zou mogelijk tot een verantwoordelijker gebruik van geneesmiddelen kunnen leiden.

Veranderingen in het voorschrijfgedrag tussen 1959 en 1988

Het voorschrijven van moderne geneesmiddelen is voortdurend aan verandering onderhevig. Een manier om dat te bestuderen is het onderzoek van de archieven van klinieken, indien deze tenminste toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Het probleem is vaak dat de archiefgegevens van hospitalen in ontwikkelingslanden onleesbaar en slecht bijgehouden zijn. Hoewel de toegang tot de archieven voor ons geen probleem vormde, hadden wij bij de Puskesmas wel te maken met problemen van onleesbaarheid en het ontbreken van gegevens. Het archief van het missiehospitaal verkeerde in redelijk tot zeer goede staat. Dit is de reden dat onze bevindingen over veranderingen van voorschriften in de periode 1959-1988 uitsluitend zijn gebaseerd op de gegevens van het missiehospitaal.

Wanneer we tabel 2 bekijken, zien we dat in 1959 hoofdzakelijk middelen tegen parasitaire ziekten (zoals malaria en wormziekten) en middelen voor wond/huid/oor/oog

Tabel 2. Missiehospitaal: percentages van het totaal aantal voorgeschreven medicijnen per jaar (periode 1959-1987).

	jaar	1959	1963	1968	1972	1976	1980	1984	1987
aantal bezoekers		4620	4555	4925	3567	4859	2483	3248	3139
	N	4140	4732	4386	6798	8589	5384	7409	6657
medicijnen									
anti-microbiële middelen		7.0	15.1	28.4	45.9	33.0	22.3	20.5	21.4
wond/huid/oor/oog middelen		36.2	29.8	8.8	1.9	4.6	4.4	3.7	3.9
parasitaire middelen		43.7	35.0	42.2	22.7	23.3	19.4	18.3	23.4
pijnstillers		3.9	5.5	6.0	11.9	7.8	12.4	19.9	24.3
diarree middelen		1.9	2.8	3.3	3.4	2.5	3.3	1.6	1.8
luchtweg middelen		3.9	1.1	0.4	0.1	0.6	0.5	0.5	0.3
maag middelen		1.4	5.3	2.1	4.6	4.7	4.9	3.3	3.7
vitaminen/mineralen		1.5	3.9	6.3	8.5	16.0	28.9	24.9	16.2
anti-histaminica		0.0	0.0	0.5	0.3	0.6	1.2	1.8	4.8
centraal zenuwstelsel		0.0	0.0	0.1	0.1	6.8	0.2	0.1	0.2
hormoon middelen		0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.0
hart en bloedvaten		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
overige middelen		0.7	1.4	1.9	0.4	0.2	2.3	5.2	0.0

werden voorgeschreven, respectievelijk 43,7% en 36,2% van alle voorgeschreven medicijnen in dat jaar. Anti-microbiële middelen werden nog nauwelijks voorgeschreven (7,0% in 1959). Het enige antibioticum dat toen voorhanden was, was penicilline dat waarschijnlijk in het begin van de vijftiger jaren zijn entree gedaan heeft in dit gebied. Verder had men tegen t.b.c. alleen het middel streptomycine en tegen darminfecties het middel sulfaguanidine (tabel 3).

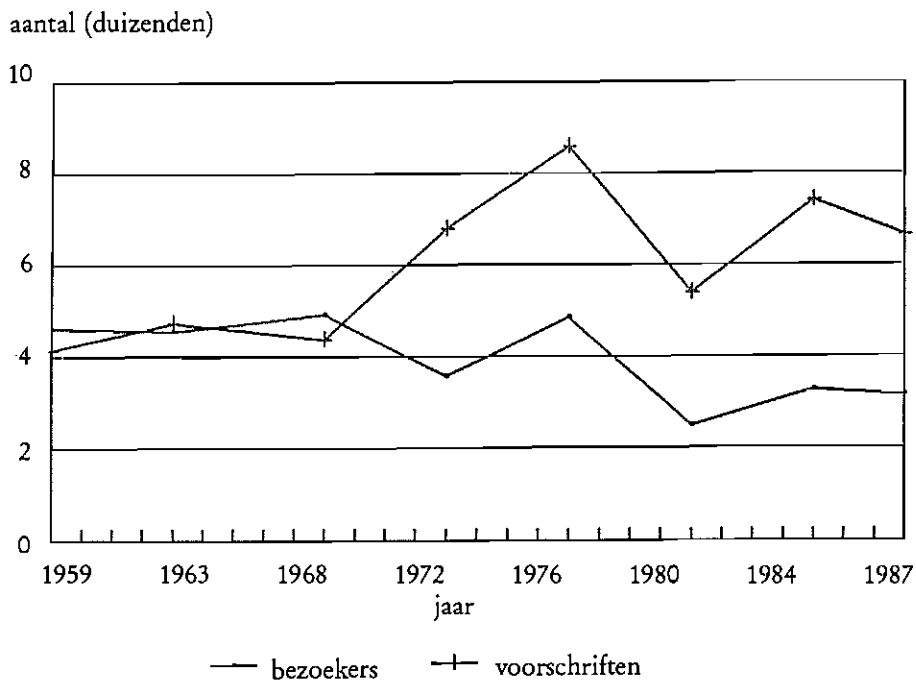
We zien dat in het begin van de jaren zestig voor het eerst chlooramfenicol en tetracycline worden voorgeschreven (tabel 3). Het percentage voorgeschreven anti-microbiële middelen steeg in de periode 1959 tot 1972 van 7,0 naar 45,9. Deze stijging hangt waarschijnlijk samen met veranderde ziektebeelden en de komst in 1968 van een gediplomeerd verpleegkundige uit Nederland.⁷ Na 1972 zakt het percentage geleidelijk tot 21,4 in 1987 (tabel 2). Deze daling lijkt te verklaren door de toename van het aantal medicijnen dat per patiënt wordt voorgeschreven (grafiek 1). In 1959 werd er 0,9 middel

Tabel 3. Missiehospitaal: percentages van het totaal aantal voorgeschreven anti-microbiële middelen per jaar (periode 1959-1988).

	jaar	1959	1963	1968	1972	1976	1980	1984	1987	1988*
aantal bezoekers		4620	4555	4925	3567	4859	2483	3248	3139	2941
N		288	715	1247	3123	2835	1202	1520	1423	1168
soort in percentage		%	%	%	%	%	%	%	%	%
penicilline		57.3	46.7	41.5	14.1	8.4	9.5	7.2	2.8	9.6
chlooramfenicol		0.0	0.3	0.0	1.4	0.9	3.9	3.5	7.2	0.9
tetracycline		0.0	6.3	0.5	0.1	6.3	21.5	18.8	18.1	15.1
penicilline-streptomycine		0.0	0.0	2.4	17.1	13.7	0.3	1.7	2.3	0.0
totaal antibiotica		57.3	53.3	44.4	32.7	29.3	35.2	31.2	30.4	25.6
streptomycine		25.0	8.3	3.7	2.6	4.2	4.5	1.4	1.3	2.3
isioniazide		0.0	4.2	5.0	6.3	8.8	6.0	10.8	6.6	7.1
ethambutol		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.8	1.2	2.8
totaal tuberculostatica		25.0	12.5	8.7	8.9	13.0	10.5	14.0	9.1	12.2
darminfecties (S.G.)		15.6	30.2	18.7	15.8	21.9	14.1	15.3	10.9	18.3
urinewegsinfecties		0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.6	0.7	0.0	0.2
overige chemotherapeutica		2.1	4.1	28.1	42.7	36.0	39.7	38.8	49.6	43.8
totaal chemotherapeutica		17.7	34.3	47.0	58.5	57.9	54.4	54.8	60.5	62.3

* extrapolatie van tien maanden naar een jaar.

Missiehospitaal: aantal
voorschriften en bezoekers van 1959-1987



per patiënt voorgeschreven en in 1987 is dat inmiddels gestegen naar 2,3. Het lijkt waarschijnlijk dat ook in een geïsoleerd gebied als Embaloh Hulu, een groter aanbod van geneesmiddelen tot meer voorschrijven leidt (Wolffers 1989).

Bij nadere bestudering van het gebruik van anti-microbiële middelen valt op dat in een periode van zo'n dertig jaar, het gebruik van penicilline duidelijk is afgenomen en dat twee andere antibiotica (chlooramfenicol en tetracycline) daarvoor in de plaats zijn gekomen (tabel 2). Over de gevaren van het (onverantwoordelijk) gebruik van deze antibiotica is uitvoerig geschreven, onder andere door Melrose (1983). Zoals reeds is vermeld is het gebruik van chlooramfenicol in 1988 weer gedaald. We zien dan tevens dat in hetzelfde jaar, het gebruik van penicilline weer is toegenomen (tabel 3).

We zijn eerder al ingegaan op de vraag waarom anti-microbiële middelen zo in trek zijn onder de gezondheidswerkers. Uit interviews is gebleken dat bij een deel van de bevolking het middel chlooramfenicol zeer populair is. De lokale bevolking noemt het middel naar de rood-witte kleur die het heeft (*merah-putih*), en schrijft het een krachtige werking toe voor allerlei uiteenlopende klachten (verkoudheid, diarree, koorts).

Wanneer we verder de veranderingen in het voorschrijven bekijken, dan valt op dat behalve anti-microbiële middelen, ook de aantallen pijnstillers en vitaminepreparaten zijn toegenomen (tabel 2). Tegenwoordig wordt er door de gezondheidswerkers bij een

groot aantal klachten een pijnstillers, een anti-microbieel middel en een vitaminepreparaat voorgeschreven. De toename van het voorschrijven van pijnstillers en vitaminepreparaten lijkt gedeeltelijk te verklaren door de toename van het aanbod. Hoewel er in Embaloh Hulu feitelijk geen 'markt' van medicijnen is, heeft het aanbod van moderne medicijnen, met name door de twee gezondheidsinstellingen, ertoe geleid dat zelfs in de oerwouden van Kalimantan middelen als paracetamol, chloroquine, vitamine B en multison (een multivitaminepreparaat) ingeburgerd zijn. De aanwezigheid van deze medicijnen wekt weer verwachtingen van patiënten. Deze ontwikkeling versterkt de associatie tussen klachten en het voorschrijven van moderne geneesmiddelen. Ter illustratie de volgende observatie:

De verpleegkundige die door het hoofd van het missie hospitaal zelf opgeleid wordt, neemt iedere dag een schrift mee naar het hospitaal. In het schrift heeft ze een lijst met zeventien medicijnen genoteerd en achter de naam van elk medicijn staat de ziekte waartegen het medicijn helpt en de dosering voor volwassenen en kinderen.

Het belang dat wordt gehecht aan moderne geneesmiddelen is in betrekkelijk korte tijd aanzienlijk toegenomen. Zelfs in een gebied ver van de 'bewoonde wereld' is de moderne geneeskunde een belangrijke rol gaan spelen, met name in de vorm van geneesmiddelen. Moderne geneeskunde wordt zowel door gezondheidswerkers als door patiënten geassocieerd met medicijnen (Wolffers 1989).

Conclusie

Een geïsoleerd gebied als het district Embaloh Hulu biedt de gelegenheid de introductie van nieuwe middelen aandachtig te volgen. De geïsoleerdheid is de oorzaak van een gebrekkige informatiestroom waardoor de kennis van het personeel beperkt blijft. Voor de toevoer van moderne medicijnen blijkt de isolatie minder een belemmering te vormen. Het (groeierende) aanbod van medicijnen heeft ook in de oerwouden van Kalimantan geleid tot een toegenomen vraag ernaar. Bovengenoemde factoren alsmede de gebrekkige opleiding en ervaring van gezondheidswerkers, leiden tot bedenkelijk voorschrijfgedrag. Het voorschrijven kan niet los gezien worden van de behandeling van de klachten, een behandeling welke in Embaloh Hulu veel meer symptomatisch dan diagnostisch is. Ook verschillen in interpretaties van dezelfde klacht door de diverse gezondheidswerkers heeft gevolgen voor hun voorschrijven.

Het onderzoek heeft laten zien hoezeer het voorschrijven van medicijnen afhangt van niet - strikt - medische factoren zoals beschikbaarheid van middelen, (beperkte) kennis van de voorschrijvers en wensen van patiënten.

Noten

De auteurs studeren sociologie der niet-westerse samenlevingen aan de Rijksuniversiteit te Leiden en zijn nu bezig met hun doctoraalscriptie. Zij danken Ivan Wolffers voor zijn commentaar op een eerdere versie, met name voor zijn adviezen over medisch-technische aspecten.

- 1 Dit artikel is gebaseerd op onderzoek waarover uitvoerig wordt gerapporteerd in onze doctoraalscriptie (Bloem & Naterop 1990).
- 2 In twee andere districten (Batang Lupar en Nanga Badau) in West-Kalimantan – die wij ook bezochten gedurende het onderzoek – bleek eveneens dat gezondheidswerkers medicijnen uit een privé-voorraad voorschreven (Bloem & Naterop 1990).
- 3 De Dayaks zijn samen met de Punans de oorspronkelijke bewoners van Borneo. De bevolking in het district Embaloh Hulu bestaat voornamelijk uit de twee Dayak-stammen: de Ibans en de Embalohs (King 1985).
- 4 In twee andere districten (Batang Lupar en Nanga Badau) in West-Kalimantan die wij bezocht hebben, legden de gezondheidswerkers echter wel regelmatig bezoeken aan de dorpen af (Bloem & Naterop 1990).
- 5 Anti-microbiële middelen is een verzamelnaam voor antibiotica en chemotherapeutica. Beide middelen hebben een anti-bacteriële werking. Antibiotica zijn afgeleid van levende stoffen. Al worden ze tegenwoordig op andere wijze gemaakt en zijn ze over het algemeen half synthetisch, toch blijven ze in principe van schimmels en gisten afstammen. De chemotherapeutica zijn infectie-bestrijdende stoffen die daarentegen geheel chemisch van oorsprong zijn (Wolffers 1988b). Tuberculostatica zijn of antibiotica of chemotherapeutica.
- 6 De gediplomeerd verpleegkundige kreeg langzamerhand financieel meer mogelijkheden, waardoor ze in staat was meer en duurere medicijnen te bestellen (Bloem & Naterop 1990).
- 7 De problematiek rond de participatie van de patiënt is nogal gecompliceerd. We beseffen terdege dat onze kritiek wellicht onvoldoende is ondersteund door ‘harde’ gegevens. Vanwege de beperkte ruimte in dit artikel verwijzen we daarom naar onze doctoraalscriptie (Bloem & Naterop 1990).

Literatuur

- Bloem, M. & Naterop, E.
1990 *De betekenis van moderne geneesmiddelen in ontwikkelingslanden* (werktitel). Doctoraalscriptie. Culturele Antropologie/Sociologie der Niet-Westerse Samenlevingen: R.U.L.
- Es, J.C. van
1980 *Patient en huisarts*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.
- Geest, S. van der
1984 Anthropology and pharmaceuticals in developing countries. *Medical Anthropology Quarterly* 15:59-62, 87-90.
1988 Pharmaceutical anthropology: perspectives for research and application. In: S. van der Geest & S.R. Whyte (eds.) *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, pp. 329-67.
- King, V.T.
1985 *The Maloh of West-Kalimantan*. Dordrecht: Foris Publications.
- Lerman, S.J., D.S. Shepard & R.A. Cash
1985 Treatment of diarrhoea in Indonesian children: what it costs and who pays for it. *The Lancet* (2):651-4.
- Melrose, D.
1983 *Bitter pills: medicines and the Third World poor*. Oxford: Oxfam.
- Silverman, M., Ph.R. Lee & M. Lydecker
1982 *Prescriptions for death: the drugging of the Third World*. Berkeley: University of California Press.
- WHO
1989 *The treatment and prevention of acute diarrhoea, practical guidelines*. Geneva: WHO.

Wolffers, I.

1982 *Duurwoorderij en gebeimtaal: de gevaren van het medische taalgebruik*. Baarn: AMBO.

1988a De aard van voorschriften in een geïsoleerd gebied (West Kalimantan). *Pharmaceutisch Weekblad* 123: 569-73.

1988b *Medieijnen: een handleiding voor de consument*. Amsterdam: Contact.

1989 Primary Health Care en geneesmiddelen. Voordracht Symposium 'Geneesmiddelen in Antropologisch Perspectief'. 10 november 1989 Amsterdam.

Wulff, N.

1980 *Principes van klinisch denken en handelen*. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema.