

Medisch-technische vaardigheden van artsen in ontwikkelingslanden en hun voorkeur voor vestiging in steden

Willem F.L. Buschkens

Het doel van dit artikel is een discussie op gang te brengen over het mogelijk verband tussen het peil van de medisch-technische vaardigheden van artsen in ontwikkelingslanden en hun voorkeur voor vestiging in steden.

Inleiding

Over het verschijnsel dat – landeigen – artsen in de meeste ontwikkelingslanden zich bij voorkeur in de steden vestigen, is het nodige gepubliceerd. De meeste auteurs noemen sociale en economische factoren om dit verschijnsel te verklaren, maar waarschijnlijk is er meer aan de hand. Op grond van onderzoek in Somalië ben ik tot de conclusie gekomen dat Somalische artsen niet alleen om sociaal-economische redenen het platteland mijden, maar ook omdat ze medisch-technisch onvoldoende zijn geschoold om in hun eentje op een bevredigende en effectieve wijze op het platteland te kunnen werken. Ze maken te veel medische blunders waardoor ze in de rurale gemeenschappen een slechte naam krijgen en daardoor niet door de bevolking worden geaccepteerd en geconsulteerd.

Omdat het aannemelijk is dat de medisch-technische factor niet alleen in Somalië een rol speelt bij het urbaan georiënteerde gedrag van artsen, nodig ik collega's met kennis over artsen in andere ontwikkelingslanden uit om te reageren op de volgende stelling:

De geringe bereidheid van artsen in ontwikkelingslanden om op het platteland te werken, wordt niet alleen bepaald door sociale en economische factoren maar voor een belangrijk gedeelte door het feit dat hun onvoldoende medisch-technische kennis en vaardigheden zijn bijgebracht om op een effectieve wijze op het platteland te kunnen functioneren.

Alvorens deze stelling op grond van mijn in Somalië verzamelde materiaal t.a.v. dit land aannemelijk te maken, zal ik eerst een kort overzicht geven van literatuur die mij bekend is over het vestigingsgedrag van artsen in ontwikkelingslanden.

Kort literatuuroverzicht

Waarom willen artsen niet op het platteland leven en werken? In hun opmerkelijke studie over planning van het gezondheidspersoneel in Turkije hebben Taylor, Dirican en Deuschle (1968: 92) getracht een antwoord te geven op deze vraag. Zij sommen 27 hoofdzakelijk sociale en economische factoren op die een ongunstige invloed uitoefenen op de houding van dokters inzake plaatsing op het platteland. Ik laat ze hier volgen:

1. Interference with plans for specialization
2. Problems maintaining personal cleanliness and grooming of clothes
3. Lack of proper housing
4. No chance for professional advancement
5. Inadequate instruments and equipment
6. Objections of wife, husband, or fiancée
7. Objections of other family members
8. Inadequate health unit buildings
9. Lack of professional meetings and stimulating professional contacts
10. Inadequate transportation and postal services
11. Inadequate medicine and supplies
12. Lack of library and research facilities
13. Insufficient social life and lack of recreational opportunities
14. Insufficient income
15. Unqualified assistant staff
16. Lack of variety in clinical work
17. Lack of educational facilities for doctors' children
18. Lack of an experienced specialist consultation for clinical problems
19. Health hazards for doctors' family
20. Supervision by nonprofessional persons
21. Too many patients
22. Fear of losing clinical skills
23. Too few patients
24. Fear of personal safety
25. Political interference
26. Difficulties created by medicolegal cases¹
27. Personal problems of living in a village

Zeer vele van deze sociale en economische factoren spelen ook nu nog een rol in de meeste ontwikkelingslanden bij het vestigingsgedrag van artsen.

Vervolgens noemde Bryant (1969: 144-9) een aantal factoren, die het jonge dokters moeilijk maken om op rurale posten te werken. De problemen die hij opsomt zijn minder gedetailleerd uitgewerkt dan de hierboven genoemde en overlappen er voor een belangrijk gedeelte mee. Verder is Bryant van mening dat de universiteit in haar trainingsprogramma ernstig rekening moet houden met de aard van het werk van jonge dokters in rurale gebieden en het curriculum daarop moet afstemmen.

Bovendien gaat Bryant in op het feit dat een arts in een ruraal ziekenhuis(je) vaak geheel aan zijn lot is overgelaten. De opleiding ging er – ten onrechte – van uit dat

moeilijke gevallen doorverwezen konden worden. Vaak moet de arts echter zelf dergelijke problemen oplossen omdat doorverwijzing door tal van oorzaken niet mogelijk is. (De patiënt heeft te laat medische hulp ingeroepen, de afstand naar het hospitaal in een hoger echelon is te groot, de ziekenauto is kapot, enzovoort.) Daarvoor mist hij de hiervoor benodigde technische opleiding. Monekosso (1975) pleit eveneens voor aanpassing van medische curricula. Hij is van oordeel dat studenten zich vooral sociale vaardigheden moeten eigen maken waardoor ze op het Afrikaanse platteland als arts kunnen functioneren. Ook hij noemt sociale en economische factoren om te verklaren waarom artsen niet op het platteland willen werken, maar spreekt niet over technische onbekwaamheid als verklarende factor.

Als middel ter verbetering van de situatie is men in de medische opleiding in veel ontwikkelingslanden meer en meer sociaal-wetenschappelijk georiënteerde vakken (waaronder preventieve geneeskunde, sociale geneeskunde en/of 'community health') aan de studenten gaan doceren, veelal in combinatie met stages en veldwerk ten plattelande in de hoop dat zij hierdoor meer genegen zullen zijn een plattelands-carrière na te streven. Het is echter de vraag of het doceren van deze 'sociaal-wetenschappelijke' vakken voldoende soelaas geeft. Beter medisch-technisch onderwijs lijkt eveneens gewenst. Wolffers (1990: 53-4) signaleerde in dit verband dat er uit een onderzoek in Bangladesh blijkt dat negentig procent van de artsen vindt dat ze niet goed op hun taak zijn voorbereid. Het onderwijsmateriaal dat de studenten wordt geboden, komt voornamelijk uit het buitenland en is afgestemd op de gezondheidsproblemen in rijke landen. Zij missen derhalve de vaardigheden om tropische ziekten aan te pakken.

Een jaar hiervoor deelden Farah en Buschkens (1989) ten aanzien van Somalië mee dat, behalve om sociale en economische redenen, artsen het platteland mijden omdat veel van hen tijdens hun stationering aldaar een pijnlijk gebrek aan technische 'know how' ondervinden. Deze mededeling is gebaseerd op mijn onderzoek naar de artsenopleiding in Somalië, een sedert 1960 zelfstandig ontwikkelingsland dat bestaat uit het voormalige 'British Somaliland' en het voormalige Italiaanse Somaliland.

Somalië

De economie van het Islamitische Somalië (met een oppervlakte van ruim 18 keer Nederland) met zijn zes miljoen inwoners stagneert ernstig door een groot vluchtelingenprobleem, een agrarische sector die met veel droogtes te kampen heeft en (sedert 1988) hevige interne onlusten (Buschkens 1986 en 1990a). Enkele cijfers: het BNP per inwoner bedraagt \$280; het analfabetisme 88%; en het geboorte- en sterftecijfer resp. 49 en 19 o/oo. De moderne gezondheidszorg is nauwelijks ontwikkeld. De rurale gezondheidsinstellingen (regionale, districtshospitalen en gezondheidscentra) functioneren slecht en worden door de bevolking veel te weinig gebruikt (Buschkens 1990a: 72-73).

Na een voorbereiding van twee jaar werd in 1981 met het eerste PHC project begonnen in de regio Togdheer. Hierna startte men nog tien andere projecten in andere regio's van het land. Financieel en organisatorisch worden al deze projecten

gedragen door internationale organisaties zoals UNICEF en WHO, en door Italiaanse, Amerikaanse, Engelse, Franse, Zweedse, Australische en Duitse bilaterale hulp. Deze donoren coördineren hun activiteiten minimaal waardoor 'Primary Health Care' (PHC) nog meer in de problemen raakt. Bovendien is het systeem, doordat de Somalische overheid er weinig geld in kan steken, sterk afhankelijk van het buitenland.

Om de PHC op den duur goed te kunnen laten functioneren doet de Somali National University pogingen om medische studenten in hun opleiding gevoelig te maken voor de PHC-benadering.

De medische opleiding

Het karakter van de medische opleiding in Somalië is dusdanig dat men in theorie artsen opleidt voor een functie in de rurale gezondheidsfaciliteiten en PHC programma's doch in de praktijk artsen vormt voor een loopbaan in de grote stad. Het een en ander blijkt uit het feit dat drie van de vier Somalische artsen in Mogadishu wonen en werken (1983) terwijl maar 11% van de bevolking in deze stad woont.

Deze zeer onevenwichtige spreiding van artsen baart de gezondheidsautoriteiten van Somalië veel zorg. De situatie is als volgt ontstaan: bij het zelfstandig worden van Somalië in 1960, trachtte de regering de meest urgente gezondheidsproblemen in het land op te lossen. Dit streven werd zeer bemoeilijkt door het feit dat de meeste toen aanwezige artsen, vooral Engelsen en Italianen, het land verlieten.

Om zo snel mogelijk het ontstane vacuüm op te vullen, werd een aantal Somaliërs naar het buitenland gezonden (onder meer naar Italië, Engeland, de USSR en Bulgarije) om een medische opleiding te volgen. Veel van deze studenten konden zich moeilijk in den vreemde aanpassen en beëindigden voortijdig hun studie. Ook duurde het voor een aantal erg lang om de begeerde doktersgraad te behalen. Na afloop van hun studie bleven ze vaak in het gastland waar ze allengs meer en meer in de samenleving waren geïntegreerd, met name in Italië. Slechts een klein aantal afgestudeerden keerde terug naar Somalië. Deze artsen met hun op het Westen georiënteerde opleiding waren echter onvoldoende geëquipeerd om de basale gezondheidsproblemen van Somalië aan te kunnen en bleven hoe dan ook in de stad.

Om de situatie te verbeteren besloot de Somalische regering (1973) om een medische faculteit op te richten. Deze werd ondergebracht in de Somali National University, die vier jaar eerder was opgericht. Het doel van de medische faculteit was om zo snel mogelijk een groot aantal artsen af te leveren. Hun opleiding diende aangepast te zijn aan de noden van de urbane en de rurale bevolking.

Veel hulp werd door de Italiaanse overheid gegeven. De hoogleraren aan de Faculteit bestaan nog steeds vrijwel uitsluitend uit Italianen die jaarlijks een semester in Somalië doceren en in het volgende semester door een collega worden vervangen. De wetenschappelijke medewerkers bestaan grotendeels uit Somaliërs. Het onderwijs wordt op een nogal traditionele wijze in het Italiaans gegeven. Het heeft een sterk theoretische inslag en is weinig gericht op de alledaagse medische praktijk. De Italiaanse hoogleraren geven vrijwel dezelfde colleges als in Italië, afgestemd op het Italiaanse morbiditeitspatroon en niet op het Somalische!

Alhoewel de Somalische staf, ondanks Italiaanse tegendruk, trachtte om de traditionele instructiemethoden te wijzigen, bleef het curriculum drie zwakke kanten houden:

- er werd onvoldoende aandacht gegeven aan de theorie en de praktijk van 'community medicine',
- studenten werden in de opleiding niet geconfronteerd met de realiteit van de rurale gezondheidszorg, en
- de medische practica waren onvoldoende.

Ondanks deze zwakke punten, slaagde de faculteit er in om medici te vormen die verschilden van degenen die in het buitenland hun opleiding hadden gekregen. In termen van adaptabiliteit en zelfvertrouwen leek de lokaal getrainde arts dan ook wat beter gevormd te zijn dan degenen die in het buitenland waren opgeleid.

Om de medische training te optimaliseren, deze meer 'community oriented' te maken, werd in 1978 een afdeling voor 'Community Medicine' in het leven geroepen en werd community medicine in het curriculum opgenomen. Dit initiatief was in overeenstemming met het National Health Plan 1980-1985 waarin topprioriteit wordt gegeven aan PHC. Aanpassing aan deze benadering vereiste uiteraard wijziging van het medische curriculum.

In 1983, na tien jaar ervaring, besloot de faculteit dan ook de opleiding van vier tot vijf jaar uit te breiden. Ze wilde in de toekomst meer nadruk leggen op de kwaliteit dan de kwantiteit der afgestudeerden. In verband hiermede werd een nieuw 'community oriented curriculum' opgesteld, verdeeld in tien semesters. In alle semesters wordt 'community medicine' gedoceerd. De laatste twee semesters zijn geheel aan praktische veldtraining gewijd. Men wil artsen opleiden die in staat zijn als 'health officer' in rurale gezondheidsprogramma's te functioneren.

In de afgelopen vijf jaar heeft het Department of Community Health trainingsprogramma's voor de studenten in een aantal dorpen opgezet. Het doel ervan is hen bewust te maken van de medische problematiek op het platteland en hun te leren om met minimale middelen rurale gezondheidszorg te bieden. Voor deze activiteiten zijn rurale trainingscentra ingericht in zes dorpen in het district van Afgoy op een afstand van 50-60 km. van Mogadishu. De uitvoering van dit trainingsprogramma stagneert helaas door gebrek aan financiën, materiaal, transport en stafleden die de activiteiten van de studenten in het veld willen superviseren. De meeste stafleden kunnen zich namelijk niet voor langere perioden ter beschikking stellen, omdat ze alleen voldoende inkomen kunnen verwerven om hun gezin te onderhouden als ze 's middags in de stad een privé-praktijk kunnen houden (Hun maandelijks ambtelijk inkomen bedraagt US\$ 25.-!). Verder speelt een rol de geringe motivatie van veel studenten om op het platteland te verblijven. De meesten zijn uit de urbane middenklasse afkomstig, het leven op het platteland is voor het merendeel van hen een onbekende en ongewenste ervaring. Wellicht ook vanwege deze ervaring, zien zij er na hun afstuderen tegenop om de door de overheid verplicht gestelde tweejaarlijkse stationering op het platteland door te maken. Velen trachten zich hieraan te onttrekken door middel van relaties in overheidskringen of door zich overzee, met name in Arabische landen, te vestigen.

De houding van Somalische artsen

In 1981 werd er tussen de Rijksuniversiteit Leiden en de Somali National University contact gelegd om tot interuniversitaire samenwerking te komen. Als een der activiteiten van deze samenwerking werden er in Mogadishu in 1984, 1986, 1987, 1988 en 1989 twee weken durende cursussen 'Medical Sociology and Health Planning' voor afgestudeerde artsen georganiseerd. Het doel van deze cursussen, workshops, was 'upgrading' van Somalische artsen die als 'rural doctor' of clinicus hadden gewerkt. Ik heb deze cursussen geleid met hulp van Nederlandse en Somalische collega's (Buschkens 1990a: xiii-xv).

Gedurende de cursussen heb ik gegevens verzameld over het vestigingsgedrag van Somalische artsen, een onderwerp dat veel in de discussies naar voren kwam. Het hier volgende is voor een deel gebaseerd op uitlatingen van de deelnemers van de cursussen tijdens de gevoerde discussies, op antwoorden op aan hen voorgelegde vragenlijsten en op persoonlijke gesprekken. De meeste deelnemers van de genoemde cursussen (120) zaten in de leeftijdsklasse 23-35 jaar. Iets minder dan een-vierde van de deelnemers was vrouw.

Over de moderne gezondheidszorg van Somalië oordeelden de deelnemers aan de workshops in het algemeen negatief. Als oorzaken van het slecht functioneren werden genoemd: slechte planning en organisatie; gebrek aan financiële middelen; onevenwichtige verdeling van personeel en gezondheidsfaciliteiten; gebrek aan materiaal en medicijnen; slechte betaling van medisch personeel; 'brain drain' van medisch personeel; onvoldoende coördinatie van de diverse 'agencies'; onvoldoende publiciteit door de massa-media over gezondheidsproblematiek; het domineren van buitenlandse donoren in diverse gezondheidsprojecten; onvoldoende begrip voor de noden van het volk; en, gebrek aan politieke wil bij de overheid.

Uit gevoerde gesprekken met de deelnemers van de workshops bleek dat vrijwel niemand een carrière op het platteland ambieert. Na het afstuderen willen de meesten tewerk gesteld worden in een modern urbaan ziekenhuis. Ze zien de verplichte tewerkstelling na hun studie van twee jaar op het platteland als een noodzakelijk kwaad, een vervelende periode waar je nu eenmaal doorheen moet alvorens je aan je echte carrière kunt beginnen.

De deelnemers van de cursussen noemden tal van sociaal-economische factoren waarom ze niet op het platteland wilden werken. Ze achtten de betaling op het platteland, een gouvernementssalaris, beneden peil. Men hoopt een veelvoud van dit bedrag te gaan verdienen wanneer een werkkring (of een aantal werkkringen) in de stad wordt verkregen. Alleen met een dergelijk inkomen meent men behoorlijk te kunnen leven; eerst dan kun je je een goed huis en een auto veroorloven, en de kinderen een goede opvoeding geven.

Dit streven naar een 'fatsoenlijk bestaan' wordt veelal versterkt door hun echtgenotes die er in het algemeen weinig voor voelen om hun leven te slijten als doktersvrouw op het platteland. Vaak vergezellen zij hun echtgenoten dan ook niet gedurende de verplichte plattelandsp periode. Verder noemde men de ongunstige carrière-mogelijkheden; vergeten worden als men op het platteland zit; de onmogelijkheid om de kinderen een goede opleiding te geven; gebrekkige verbindingen,

transport en postale diensten; en het niet kunnen bijhouden van de ontwikkelingen van het vak (tijdschriften, congressen, enzovoort).

Overduidelijk bleek dat veel artsen hun stationering op het platteland zelfs als traumatisch hebben ervaren. “Het was als in een graf”, merkte een van de deelnemers op. Eenzaamheid, slecht contact met de bevolking en geen of weinig steun van het Ministerie waren veel gehoorde klachten. Verder had men grote bezwaren tegen de slechte huisvesting, gebrek aan goed medisch hulppersoneel, en het feit dat men bij moeilijke gevallen geen ervaren collega kon raadplegen (vgl. Bryant 1969: 144).

Dit laatste bracht me er toe om in de discussies en in persoonlijke gesprekken informatie te verzamelen over de gevoelens die de artsen hadden over hun medisch-technische vaardigheden. Hieruit bleek dat de meesten in het veld ontdekten dat ze onvoldoende technische bekwaamheid bezitten om basale medische handelingen te verrichten. Met name voelde men dat men tekortschoot bij wondbehandeling, simpele chirurgie, gynaecologische problemen, gecompliceerde bevallingen en zelfs bij botbreuken. In de praktijk heeft men op al deze gebieden minder technische kennis dan menig traditionele genezer of lokale vroedvrouw. Men slaat daardoor een slecht figuur en bouwt weinig prestige op bij de bevolking. In de opleiding doet men kennelijk te weinig bekwaamheid op in het verrichten van basale medische handelingen. Bij het ziekenhuiswerk in de opleiding is de student in het algemeen meer een toeschouwer dan een actief deelnemer. Ook beklagde men er zich over dat het stellen van een juiste diagnose moeilijk was omdat men onvoldoende was opgeleid in het verrichten van bloed-, urine-, sputum- en faeces-onderzoek (Buschkens 1990b: 101). De volgende verhalen van dokters zijn illustratief:

- een mannelijke arts vertelde dat hij als districtsarts op grond van het feit dat hij onvoldoende getraind was in ‘laboratory-work’ geen goede diagnoses kon maken. In de praktijk ondervond hij deze handicap door veel medicijnen voor te schrijven, waaronder uiteraard de nodige antibiotica.
- een vrouwelijke arts deelde mee dat zij ‘met de handen in het haar’ zat toen zij de slachtoffers van een steekpartij in een dorp moest behandelen. In haar opleiding had ze maar een paar keer gezien hoe een grote wond werd gehecht.
- een mannelijke arts betreurde het dat hij bij complicaties bij bevallingen de vrouw moest doorsturen naar het regionale hospitaal dat op 250 kilometer afstand lag. Veelal overleefden deze vrouwen het transport niet. Hij was van mening dat hij veel levens had kunnen redden als hij een betere verloskundige opleiding had gekregen.

De factor medisch-technische onbekwaamheid kwam er bij de meeste deelnemers nogal aarzelend uit. Men geneert zich er voor. Het is gemakkelijker om sociaal-economische factoren te noemen om te verklaren waarom vestiging op het platteland zo weinig populair is. Men kan zich achter deze factoren verschuilen. Volgens de deelnemers aan de workshops zou het een en ander verbeterd kunnen worden als men de medische opleiding in technisch opzicht meer op de praktijk gericht zou maken.

Conclusies

Het zijn niet alleen de beleidsmakers die technische vaardigheid over het hoofd hebben gezien als een mogelijke factor in de afwijzing door artsen van een plattelandspost. Ook in de sociale wetenschappen is 'het technische' lange tijd een haast onbetreden gebied gebleven. Dat geldt zelfs voor sociologen en antropologen die zich bezig hielden met gezondheid en gezondheidszorg. Zij beschouwden de medische techniek blijkbaar als een onderwerp dat buiten hun competentie lag. Recenterlijk is men echter gaan inzien dat technologie een zeer belangrijk sociaal-cultureel fenomeen is.²

Technologie bepaalt voor een aanzienlijk deel de dagelijkse praktijk in de gezondheidszorg en de relatie tussen zorgverleners en zorgvragers (vgl. Van der Geest 1990). Ook in mijn onderzoek naar het vestigingsgedrag van Somalische artsen lijkt technologie een rol van formaat te spelen. Het besef dat zij over onvoldoende technische vaardigheden beschikken om – in hun eentje – ingewikkelde medische situaties het hoofd te bieden, is voor deze artsen mede (dat wil zeggen, naast sociaal-economische overwegingen) een reden om het platteland zo veel mogelijk te mijden.

Voor de verdere ontwikkeling van rurale gezondheidsactiviteiten in de Derde Wereld lijkt het mij van belang om na te gaan of mijn in het begin van dit artikel genoemde stelling houdbaar is ofwel bijstelling behoeft. Wellicht kan na de hier volgende discussie worden overwogen om deze vraag in een aantal ontwikkelingslanden nader te onderzoeken.

Noten

Willem F.L. Buschkens (1932) is als socioloog verbonden aan de Vakgroep Culturele Antropologie en Sociologie der niet-Westerse Samenlevingen aan de Rijksuniversiteit Leiden. Hij heeft onderzoek verricht in Suriname, Ethiopië en Somalië. Sinds 1988 is hij Honorary Professor of Community Health aan de Medische Faculteit van de Somali National University te Mogadishu. Zijn adres: Instituut voor CA/SNWS, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden.

1. Dit punt wordt niet verder becommentaricerd. Waarschijnlijk wordt er mee bedoeld dat de arts moeilijkheden in de rurale gemeenschap kan krijgen wanneer hij als getuige deskundige in een rechtszaak een lid van de gemeenschap van laakbare handelingen moet betichten.
2. De Achtste Marktdag voor Medische Sociologie en Antropologie die op 23 november 1990 in Amsterdam werd gehouden stond in het teken van medische technologie. In een kleine twintig bijdragen werd de relatie tussen technologie en medische praktijk in diverse 'settings' en culturen onderzocht (Voor een verslag van deze Marktdag, zie elders in dit nummer, Redactie). Ook in de bundel essays van Lock & Gordon (1988) wordt ruime aandacht besteed aan de culturele betekenis van medische technologie.

Literatuur

Bryant, J.
1969 *Health and the developing world*. Ithaca & London: Cornell University Press.

- Buschkens, W.F.L.
 1986 Ziekte en gezondheid in Somalië. In: M. Braakman (red.) *Gezondheidszorg en kultuur kritisch bekeken*. Groningen: Konstapel, pp. 211-27.
 1990a *Community health in the developing world, the case of Somalia*. Assen/ Maastricht: Van Gorcum.
 1990b The Somali medical faculty and its adaptation to health care developments. *Annals of Community-Oriented Education*, part II (3): 97-102.
- Farah, A.A. & W.F.L. Buschkens
 1989 Developments in the Faculty of Medicine of the Somali National University. Mogadishu: Paper; Fourth International Congress of Somali Studies.
- Geest, S. van der
 1990 De sociale en culturele betekenis van medische technologie. *Antropologische Verkenningen* 9 (2): 49-56.
- Lock, M. & D. Gordon (eds)
 1988 *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer.
- Monckosso, G.L.
 1975 The medical school in modern society. *Impact of Science on Society*, (25) 3: 193-200.
- National Health Plan
 1980 *National Health Plan 1980-1985 Republic of Somalia, Mogadishu*.
- Taylor, C.E., R. Dirican & K.W. Deuschle
 1968 *Health manpower planning in Turkey*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Wolffers, I.
 1990 *Patiënten zonder grenzen, Onderhandeling op de gezondheidsmarkt*. Amsterdam: Contact.

Commentaren

Vincent van Amelsvoort

(Em. Hoogleraar Gezondheidszorg in Ontwikkelingslanden, Nijmegen)

Nee, ik heb zelf niet ervaren dat ginds opgeleide artsen ernstig tekort schieten in technische vaardigheden. Hooguit viel me op, dat kennis van de theorie waarop die manuele handigheid dient te berusten, soms te beperkt was. Men kon dus wel opereren, maar de theoretische overwegingen waarom en hoé men zou opereren (indicatie/risicofactoren) leken te rudimentair.

Wel treffen mij in het artikel van Buschkens twee merkwaardigheden:

1. De geciteerde artsen zeggen nergens dat zij die technische tekortkomingen hebben proberen aan te vullen, bijvoorbeeld door eens bij een meer ervaren collega in de buurt te gaan mee-opereren. Vaak zijn daar toch gemakkelijk mogelijkheden toe. Wijst dit op een opvatting dat zij ná de medische studie hun opleiding als voltooid en afgerond zien? Zelden merkte ik iets van 'éducation permanente', de noodzaak om *bij* te blijven via literatuur en na-scholing. Is dit een onderwijs-visie, die men in alle lagen van de Afrikaanse bevolking aantreft, dat onderwijs een éénmalige investering is, een kwestie van feiten-en-vaardigheden voor het hele verdere leven aanleren?

2. De gevolgen van die technische tekortkomingen duidt Buschkens in het waarde-systeem van de Derde Wereld: de schaamte-cultuur. De artsen verliezen het respect en het vertrouwen van de rurale bevolking en dáárom willen ze terug naar de steden. (Een arts met een westerse achtergrond zou vanuit zijn schuld-cultuur allereerst zichzelf verwijten gaan maken bij technisch falen, en dus proberen dit manco weg te werken – zie punt 1 – om zo beter aan zijn eigen professionele norm te kunnen beantwoorden.) Hoewel Buschkens dus nu een interessant technisch facet toevoegt aan de gangbare sociaal-economische verklaring waarom landseigen artsen niet graag op het platteland werken, blijkt dit technisch aspect uiteindelijk tòch weer te berusten op een culturele factor!

S. Annys

(Medisch Consultant, Wijnegem)

De door Buschkens geformuleerde stelling berust grotendeels op in Somalië verzamelde gegevens. Alhoewel ik grif toegeef dat vele van de door de auteur vermelde feiten in vele 'ontwikkelingslanden' in Afrika terug te vinden zijn, moet men zich toch enerzijds de vraag stellen of veralgemening zomaar gerechtvaardigd is, en anderzijds of niet nog andere oorzaken een rol spelen (naast de sociale en economische factoren).

Mijn ervaring, hoofdzakelijk in franstalige West-Afrikaanse landen, heeft namelijk laten zien dat er verschillen bestaan niet alleen in de opleiding van de artsen, maar ook met betrekking tot de beschikbare technische infrastructuur en de reglementering van de taken van de plattelandsdokter.

In veel van die landen wordt de opleiding van de artsen reeds (grotendeels) verzorgd door docenten uit het eigen land (Mali, Niger, Sénégal) alhoewel een bijdrage uit het buitenland soms nog belangrijk kan zijn. Deze docenten maken meestal deel uit van de groep (jonge) artsen, die in de periode van de dekolonisatie verantwoordelijkheden op zich moesten nemen in ongunstige omstandigheden, en er zich, mede door liet prestigieuze imago van de gespecialiseerde geneeskunde, poogden aan te onttrekken door studies in het buitenland. Hun ervaring op het platteland is daardoor soms beperkt, en hun scholing niet steeds aangepast aan de werkelijke behoeften van de plattelandsdokter. Bij de kennisoverdracht en opleiding refereren zij dan ook veelal aan de stedelijke context en voorzieningen. Dit houdt echter niet noodzakelijk in dat de technische kennis en vaardigheden van die nieuwe generatie artsen onvoldoende zijn. Men zou eerder kunnen stellen dat zij niet aangepast zijn aan de context waarin die artsen hun beroep moeten uitoefenen.

In andere landen worden de artsen nog steeds in het buitenland opgeleid. Het zijn over het algemeen zeer arme landen, waar de wedden en de infrastructuur het professionele leven van een arts op het platteland ondragelijk maken en hem verhinderen verantwoorde medische beslissingen te nemen. Beslissingen nemen, i.c. diagnosestelling en behandeling, heeft in vele gevallen te maken met beslissen in onzekerheid. Die onzekerheid wenst de arts op te heffen door een beroep te doen op (eenvoudige) laboratorium- en andere onderzoeken en op een breed gamma van geneesmiddelen, zoals hem bij zijn opleiding werd bijgebracht. Dit leidt veelal tot onaangepast voorschrijfgedrag. Het ontbreken van die middelen, en een

afwezigheid van bijscholing gericht op de concrete toestand waarin hij werkt schept onbehagen en een zoeken naar een betere (geïdealiseerde) werksfeer.

Er is ook een duidelijk onderscheid in de medische voorzieningen op het platteland. Dit heeft voor een deel te maken met de nationale planning. Zo is het voorgekomen dat op mij een beroep werd gedaan door een arts en een vroedvrouw voor het transport van een vrouw in bevallingsnood naar een 40 km verderopgelegen hospitaal. Arts en vroedvrouw stelden dat zij het probleem zelf hadden kunnen oplossen (keizersnede) mits aanwezigheid van betrekkelijk eenvoudige technische infrastructuur. Het is soms zo dat artsen naar het platteland worden gestuurd zonder aanwezigheid van (minimale) voorzieningen. Dit heeft soms ook te maken met de opvatting dat enige 'gespecialiseerde' activiteit slechts kan worden uitgevoerd door 'specialisten'. Zo mogen in sommige landen zelfs eenvoudige chirurgische interventies slechts uitgevoerd worden door chirurgen, laboratoriumonderzoeken door gevormde 'laboranten', en dergelijke. Dit houdt dan ook in dat de 'plattelandsdokter' voor deze taken niet wordt opgeleid en de nodige voorzieningen niet ter beschikking gesteld worden (Niger).

Een andere reden tot frustratie van het medisch personeel is de aard van de taken die aan een plattelandsdokter worden toevertrouwd. Die hebben, binnen het kader van de structuren van de volksgezondheid, betrekking op het beheer (management) van de gezondheidszorg in een geografische sector. Meestal zijn de artsen op deze taken niet voorbereid, ontvangen zij niet de nodige ondersteuning, en beschikken zij niet over de nodige middelen. Het is een werk dat slechts op lange termijn (minder of meer zichtbare) resultaten oplevert en bij collega's in de stad niet hoog in aanzien staat. Deze taak vergt meestal een belangrijke fysieke inspanning (veel verplaatsingen in moeilijke omstandigheden) en uithuizigheid.

Vanuit deze vaststellingen zou men wellicht de stelling van Buschkens kunnen relativeren en stellen dat de geringe bereidheid van artsen in ontwikkelingslanden om op het platteland te werken niet alleen bepaald wordt door sociale en economische factoren, maar voor een belangrijk gedeelte door de afwezigheid van aangepaste voorzieningen en het feit dat hun onvoldoende en/of onaangepaste medisch-technische en beheerskundige kennis en vaardigheden zijn bijgebracht om op een effectieve wijze op het platteland te kunnen functioneren.

H. Van Balen

(Instituut voor Tropische Geneeskunde, Antwerpen)

Een arts verwerft zijn technische vaardigheden vooral door het uitoefenen van zijn beroep in omstandigheden waarin hij gestalte kan geven aan het beeld van arts dat hij door zijn opleiding kreeg. Om al doende, in eigen land een bekwaam arts te worden, moet de voorbereiding aan enkele minimumvoorwaarden voldoen: zij moet de toekomstige arts in staat stellen de problemen die hij later zal tegenkomen te begrijpen en te weten welk effect hij kan verwachten van middelen die bij zijn toekomstig werk beschikbaar zijn. De praktijkervaring tijdens die opleiding moet hem toelaten te zien hoe die problemen zich in zijn bevolking manifesteren en hem, onder begeleiding, zodanig vertrouwd maken met de methodes, instrumenten en

technieken van zijn vak dat hij voldoende zelfvertrouwen heeft om die middelen te gebruiken wanneer hij zijn beroep begint, ook al gebeurt dat aarzelend in het begin.

Er zijn in Afrika meerdere faculteiten van geneeskunde die dit soort voorbereiding verschaffen of nog verschaffen. Toch zal ook in deze regio's een arts het gemakkelijkst een enorme zelfvoldoening ervaren, indien hij regelmatig dramatische gevallen op spectaculaire wijze kan oplossen. Dit gebeurt uiteraard het meest in goed bereikbare en goed uitgeruste stedelijke hospitalen. Bovendien vindt hij hier veiligheid: de opleiding maakte hem vertrouwd met het hospitaalmodel, en moest er iets niet naar wens verlopen, dan kunnen andere bekwame mensen inspringen. De weg naar 'orgaanspecialisatie' blijft dus de weg van de minste weerstand ... zoals in Europa.

Evenzeer als uit onze faculteiten geneesheren zijn voortgekomen die positief kiezen voor de minder spectaculaire algemene geneeskunde, zijn ook uit die Afrikaanse faculteiten artsen voortgekomen die positief kiezen voor het uitoefenen van hun beroep in de meer benarde omstandigheden van rurale districten. Die positieve keuze kunnen zij echter slechts maken indien zij weten of gezien hebben dat er rurale streken zijn waar het minimum aan infrastructuur en uitrusting aanwezig is en voldoende mensen toegang hebben tot de gezondheidsdienst om medisch-technische vaardigheden aan te wenden en het gekozen beroep goed uit te oefenen. Indien zij ook nog gezien of geleerd hebben hoe zij met minder geschoold personeel een efficiënt netwerk van eerstelijnsdiensten kunnen uitbouwen, dan groeit de kans dat hun keuze deze richting uitgaat. In meerdere landen oefenen inlandse artsen de functie van districts-geneesheer uit met de nodige inzet en bekwaamheid.

Het komt echter ook voor dat een opleiding theoretische kennis verschaft van een gezondheidssysteem gebaseerd op essentiële gezondheidszorg, en de rol van de arts hierbij toelicht, terwijl dit model nergens in het land terug te vinden is. In dat geval kan men niet verwachten dat uit deze goede faculteit veel artsen zullen komen die positief kiezen voor een sprong in het onbekende of voor een ruraal hospitaal waarin men zonder middelen voortdurend geconfronteerd wordt met de problemen waarvoor op een andere plaats een oplossing is.

In veel faculteiten wordt aan de arts niet eens geleerd de problemen die in zijn eigen streek prioritair zijn, te analyseren en te begrijpen. De methodes, technieken en instrumenten die hij (eventueel alleen in theorie) leert kennen zijn dikwijls niet voorhanden in rurale districten, en deels zelfs niet in de steden.

De enige manier om na de studies zijn gezicht te redden is zo vlug mogelijk in één van de veilige hospitalen te geraken, zich vast te klampen aan enkele technieken of instrumenten, herkenbaar vanuit de opleiding, en hiermee te leren omgaan. Zo wordt men dan 'specialist', niet omdat men zich in een bepaald vakgebied verder en verder bekwaamd heeft (en het ook kan situeren in het geheel van de gezondheidszorg) maar omdat men alles vergeten heeft dat niet te maken heeft met de enkele methodes, instrumenten of technieken die voorhanden waren.

Samenvattend: in landen waar de opleiding van artsen gebaseerd is op een serieuze analyse van de eigen problemen, waar oplossingen worden aangereikt die haalbaar zijn, en waar modellen van goede gezondheidszorg bestaan, aangepast aan het ruraal milieu, zijn er altijd artsen geweest die zich 'goed in hun vel voelden' in rurale districten mits de elementaire levensvoorwaarden vervuld zijn. Indien zij

bovendien de logistieke en methodologische steun krijgen om de werkvoorwaarden op peil te houden en zich verder te bekwamen in het oplossen van de problemen die zij tegenkomen, dan zullen veel van deze artsen er voor kiezen om in rurale districten te werken zolang hun familiale of sociale situatie het toelaat.

Indien er in het land geen geloofwaardig model van rurale gezondheidszorg bestaat waarin de bekwaamheden van een geneesheer aan bod komen, dan kan de beste opleiding niet beletten dat een verplichte stationering op het platteland een traumatische ervaring is.

Indien de opleiding zelfs niet voorbereidt op de oplossing van de lokale problemen, dan is het enerzijds pure verspilling en kan men anderzijds van de opgeleide arts moeilijk iets anders verwachten dan dat hij zich vastklampt aan een techniek die hem wat prestige verschaft.

J. Kusin

(Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam)

Hoewel ik nooit direct betrokken ben geweest bij de opleiding van artsen in ontwikkelingslanden, wil ik graag enige observaties en indrukken geven, gebaseerd op mijn jarenlange samenwerking met artsen in Oost-Java.

In de medische opleiding in Oost-Java is, onder druk van het grote aantal studenten en assistenten in opleiding, geen ruimte meer voor een praktische training in obstetrie en chirurgie (in tegenstelling tot de periode, dat ik er studeerde). De technische bekwaamheid van de artsen op het niveau van gezondheidscentrum en districtsziekenhuis is daardoor zeer beperkt. Men verwijst dus snel.

Economische overwegingen lijken echter het meest belangrijk bij het vestigingsgedrag van artsen. Als salarissen op tijd werden uitbetaald en er niet een percentage werd afgetrokken door het ambtelijk apparaat (corruptie), zou men waarschijnlijk langer op het platteland willen blijven.

Vaak noemt men ook de deprimerende omstandigheden, waaronder men moet werken: senioren artsen besteden al hun energie aan hun eigen praktijk; er zijn geen of te weinig medicijnen; men wordt vergeten door de buitenwereld. Medische faculteiten kunnen een grote bijdrage geven aan de ondersteuning van hun alumni in het veld, bijvoorbeeld door regelmatige veld-bezoeken voor behandeling van moeilijke gevallen.

Ferko Öry

(Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam)

Michail Boelgakov wordt in 1924 als arts in het afgelegen district Moerjewo geplaatst. Zijn ervaringen zijn uitgegeven in het boekje "Verhalen van een jonge arts"

¹. Hij mist Moskou: "Vaarwel, vaarwel voor lange tijd, goudrood Bolsjoi-theater, Moskou, etalages... ach, vaarwel", maar hij vraagt zich eveneens vertwijfeld af wat hij zal doen als hij met moeilijke medische zaken wordt geconfronteerd. "En een veretterde blindedarmontsteking? Phoe! En een difterieuze kroep bij dorpskinder-tjes? En als er een indicatie is voor tracheotomie? ². Zonder die tracheotomie zal ik me al niet bepaald op mijn gemak voelen... En, ... als er een bevalling komt! Ik

ben de bevallingen vergeten! De moeilijke bevallingen. Wat moet ik wel beginnen? Nou? Wat ben ik ook een lichtzinnige knul. Ik had dit district moeten weigeren.”

Alle artsen, die op eenzame posten zitten, maken dit proces mee: “Kan ik het wel aan? Weet ik genoeg, kan ik genoeg?” Ik heb het zelf ook meegemaakt in het binnenland van Suriname, in een vissersdorp in Sulawesi, Indonesië. In vele landen heb ik artsen ontmoet, die deze twijfels delen. Maar deze twijfels zijn aan slijtage onderhevig en na verloop van tijd nemen ze in intensiteit af, de angst verkleurt en de stem van de twijfel verstomt. Vreemd genoeg worden de bezwaren van socio-economische aard daarentegen niet kleiner: het uitblijven van je salaris, het nog steeds ‘kamperen’ in een provisorisch huis en de problemen van de bevoorrading, transport en personeelsbezetting werken op den lange duur slopend.

De medische opleiding in veel landen van de derde wereld schenkt vooral aandacht aan de theoretische vorming. De gelegenheid om praktische ervaring op te doen is inderdaad gering. Het verdient aanbeveling om artsen in ontwikkelingslanden in de gelegenheid te stellen om een minimum pakket van praktische handgrepen te leren, die hard nodig zijn in een geïsoleerde situatie. Een tweede punt dat onze aandacht verdient, is de relatieve eenzaamheid, de beroepsmatige isolatie. Artsen staan vaak aan het hoofd van een team in een district en zij hebben niemand tot wie zij zich kunnen wenden. Post-graduate cursussen, regelmatige supervisie-bezoeken, het zenden van praktisch-gerichte literatuur en een eigen ‘vakblad’ zou veel van de beroepsmatige isolatie kunnen verhelpen. In Soedan en Suriname heb ik het positieve effect gezien van contact via de radio, ook dat kan die isolatie verlichten.

Buschkens heeft als antropoloog de medische wereld een dienst bewezen door de aandacht te vestigen op de relatieve isolatie, waarin vele artsen verkeren. Ik betwijfel echter of hun gevoel over onvoldoende medisch-technische kennis en vaardigheid te beschikken een belangrijk argument is tegen vestiging op het platteland. De medische professie heeft het overwinnen van deze beginnersangst geïncorporeerd in haar onderwijs, het is onderwerp van vele gesprekken en elke arts leert met deze angst om te gaan.

Noten

1. Michail Boelgakov: Verhalen van een jonge arts. De Arbeiderspers, Amsterdam 1974.
2. Tracheotomie: het opensnijden van de luchtpijp, waarbij een buisje in de luchtpijp wordt gebracht.

H.W.A. Voorhoeve

(Kinderarts en Sociaal geneeskundige, Rijswijk)

Buschkens beschrijft naar aanleiding van zijn ervaringen in Somalië twee belangrijke waarnemingen: 1) de onvoldoende medische opleiding van artsen en 2) de geringe bereidheid van artsen om op het platteland te gaan werken. Als stelling brengt Buschkens beide waarnemingen met elkaar in verband. Vanuit ervaringen met praktiserende artsen en artsen-opleidingen in Derde-wereldlanden (en in Nederland) wil ik – zoals door de redactie gevraagd – aan beide onderdelen van Buschkens’ stelling iets toevoegen.

ad 2) Bij de geconstateerde geringe bereidheid van artsen om op het platteland in Derde-wereldlanden te gaan werken, gaat het niet alleen om onvoldoende ervaring maar speelt ook de leeftijd en gezinssituatie van de arts een rol. Voor de jonge pas afgestudeerde artsen kan Buschkens stelling waar zijn, dat onervarenheid hen doet terugschrikken voor een eenzame post op het platteland. Maar de oudere, wel ervaren artsen, met een gezin van opgroeiende kinderen, kunnen zich een 'eenzame opsluiting' op het platteland om sociaal-economische redenen niet veroorloven. Zij moeten wel de voorkeur geven aan een lucratieve stadspraktijk ter wille van de kostbare schoolopleiding van hun kinderen. Een uitzondering op deze regel constateerden wij echter onlangs aan de grens van Ghana met Ivoorkust. Ghaneese artsen kunnen hier een aantrekkelijke privé praktijk opbouwen voor de meer welvarende patiënten uit Ivoorkust (Zwart & Voorhoeve 1990).

ad 1) De ontoereikende medische vaardigheid van artsen – of ze nu opgeleid zijn in Somalië of in Europa – is zeker zo'n belangwekkende waarneming. Dat een Europese medische opleiding niet voldoet voor het werk in de Derde Wereld werd in het begin van de zestiger jaren al geconstateerd in Nigeria. Het medisch onderwijs aan de Universiteit van Ibadan, aanvankelijk gebaseerd op het Londens curriculum, werd toen vervangen door een eigen Ibadan curriculum. Hierin hebben met name kindergeneeskunde en 'community medicine' een ruime plaats. Terwijl 'community medicine' vanaf het tweede jaar is opgenomen in het lesrooster, krijgen alle medische studenten in hun laatste jaar een praktische training van drie maanden in een dorp, Igbo Ora. Dit Ibarapa Project geniet internationale belangstelling. Jaarlijks proberen Engelse en Nederlandse studenten ook deel te nemen aan deze unieke praktijkstage. Tijdens een conferentie over 'Training for general medical practice in Nigeria' beschreef Pearson, de leider van dit project, de relatie als volgt: "The general practitioner may be seen as the bridge between Community Health on the one hand and the Major Clinical Specialities on the other" (Pearson 1980). Maar ook tijdens de stage pediatrie werd vanaf het begin aandacht besteed aan de sociale aspecten van dit vak (Voorhoeve & Van Gelderen 1966).

Trouwens, ook de medische opleiding in Nederland is inadequaat voor de uitoefening van de algemene praktijk. De Nederlandse basisarts is onbekwaam en onbevoegd voor de uitoefening van de algemene medische praktijk. Hij dient daartoe nog een praktijkstage onder leiding van een ervaren collega te volgen, twee jaar voor huisartsen en vier tot zes jaar in een ziekenhuis voor een zogenaamde klinische specialisatie. Om toegelaten te worden tot werk in de gezondheidszorg van Derde-wereldlanden moet de Nederlandse arts tenminste twee jaar ervaring hebben in een algemeen ziekenhuis en de Nationale Tropen Cursus voor Artsen (NTA) hebben gevolgd. Het is daarom onredelijk te veronderstellen, dat een Somalisch arts, opgeleid in bijvoorbeeld Italië, zonder meer in staat zou zijn om in zijn land als algemeen arts te functioneren, of dat nu in de stad is of op het platteland.

De jarenlang bestaande discussie in hoeverre het mogelijk en wenselijk is, de academisch medische opleiding af te stemmen op de algemene praktijk, zal nog geruime tijd doorgaan. Voorlopig zal het nodig blijven dat aan de praktische uitoefening van de geneeskunde – waar dan ook – een specifieke 'in-service training' vooraf gaat. De bij een dergelijke stage bestaande leerling-leermeester verhouding

is waarschijnlijk de beste methode om de klinische ervaring, die de praktische uitoefening van de geneeskunde vraagt, over te dragen.

Literatuur

- Pearson, C.A.
1980 *Training for general medical practice in Nigeria*. Ibadan University Press.
- Voorhoeve, H.W.A. & H.H. van Gelderen
1966 Pediatrisch en sociaal-geneeskundig onderwijs aan de Universiteit van Ibadan, Nigeria (West-Afrika). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 110: 1274-5.
- Zwart, S.J. & H.W.A. Voorhoeve
1990 Community health care and hospital attendance: a case study in rural Ghana. *Social Science & Medicine* 31(7): 711-8.

Antwoord

W.F.L. Buschkens

De stelling die ik in mijn bijdrage formuleerde, was gebaseerd op mijn bevinding dat Somalische artsen niet alleen om sociaal-economische redenen het platteland mijden. Tijdens mijn onderzoek naar het vestigingsgedrag van Somalische artsen kwam ik op het spoor van een ander gegeven dat dit gedrag helpt te verklaren: de gebrekkige beheersing van medisch-technische vaardigheden in de beroepsuitoefening. Uit de vele gesprekken die ik in de afgelopen jaren met Somalische artsen heb gevoerd, werd mij duidelijk dat zij zich technisch onvoldoende geschoold achten om in hun eentje op een bevredigende en effectieve wijze op het platteland te kunnen werken. Deze bevinding was ik, behoudens een enkele uitzondering (Voorhoeve 1967: 3), in de mij bekende literatuur over het vestigingsgedrag van artsen in ontwikkelingslanden niet tegengekomen. Het is dan ook verheugend dat de redactie van Medische Antropologie mij de gelegenheid heeft gegeven om collega's met kennis over artsen in andere ontwikkelingslanden met deze bevinding te confronteren. In het hier volgende wil ik kort op hun commentaren ingaan.

Als ik de reacties in hun samenhang bezie, dan valt het op dat er, met uitzondering van Van Amelsvoort, een consensus bestaat over het belang van een opleiding die gericht is op de praktijk van het werken op het platteland en over het feit dat deze veelal tekort schiet. Zo constateert Öry dat praktische training en ervaring in de opleiding te gering is om goed voorbereid te zijn op de geïsoleerde rurale werksituatie. In het licht van deze overeenstemming vraag ik mij af of het gevoel te beschikken over onvoldoende medisch-technische kennis en vaardigheid wel uitsluitend is terug te brengen tot onervarenheid en beginnersangst zoals Voorhoeve en Öry schrijven. Öry betwijfelt op grond hiervan of dit gevoel een belangrijk argument is tegen vestiging op het platteland.

Anny's wijst een mogelijke relatie tussen medisch-technische vaardigheden en vestigingsgedrag niet af, maar komt met een nadere nuancering van mijn stelling.

Volgens hem wordt de geringe bereidheid van artsen tot vestiging op het platteland tevens voor een belangrijk gedeelte bepaald door de afwezigheid van ondersteunende voorzieningen en het feit dat hun onvoldoende beheerskundige kennis en vaardigheden zijn bijgebracht.

Van Amelsvoort wijst terecht op de sociaal-culturele context waarin de artsen-opleiding en de uitoefening van het vak zich voltrekken. Vooral zijn suggestie dat de medische opleiding misschien gezien wordt als een eenmalige investering en dat om die reden artsen zelf ook weinig geneigd zijn tot bijscholing, verdient kritisch nader onderzoek.

Van Balen komt in het slot van zijn analyse tot de constatering dat als er in een land geen geloofwaardig model van rurale gezondheidszorg bestaat, zelfs de beste opleiding niet kan beletten dat een verplichte stationering op het platteland een traumatische ervaring is.

Samenvattend concludeer ik dat de reacties een mogelijk verband tussen het peil van de medisch-technische vaardigheden van artsen in ontwikkelingslanden en hun voorkeur voor vestiging in steden in grote lijnen ondersteunen. De nuancering die Annys aanbrengt, acht ik een waardevolle aanvulling op mijn stelling.

Tenslotte dit: de bijdragen aan de discussie bevatten niet uitsluitend reacties op (onderdelen van) mijn stelling. Zij behelzen tevens een analyse van aspecten van de problematiek die in mijn stelling is vervat en een aantal praktische suggesties. Op basis hiervan kom ik tot de volgende formulering van een viertal actiepunten ten behoeve van de verdere ontwikkeling van rurale gezondheidsactiviteiten in de Derde Wereld:

1. Een evaluatie van de huidige opleidingen van artsen die worden tewerkgesteld op het platteland is in een groot aantal ontwikkelingslanden dringend gewenst. Bij deze evaluatie zal de variabele 'beroepsmatige isolatie' centraal moeten staan. De analyse van Van Balen kan hiervoor als richtsnoer dienen.
2. De huidige ondersteuning en begeleiding van artsen die begonnen zijn met de beoefening van hun praktijk op het platteland moet verbeterd worden. Het besef dat afgestudeerde artsen van tijd tot tijd bijscholing nodig hebben, dient te worden versterkt. Dit is in veel landen geen eenvoudige opgave omdat veel alumni ver van de universiteiten tewerk zijn gesteld. Praktische suggesties uit de reacties zijn: post-graduate cursussen, regelmatige supervisie-bezoeken en het zenden van praktisch-gerichte literatuur. Zo zouden medische faculteiten, zoals Kusin in haar reactie terecht opmerkt, een grote bijdrage kunnen geven aan de ondersteuning van hun afgestudeerden in het veld, bijvoorbeeld door regelmatige veldbezoeken voor behandeling van moeilijke gevallen.
3. Een verbetering van de medische infrastructuur ten plattelande.
4. Het organiseren van congressen om de hier bovengenoemde drie actiepunten beter te onderbouwen en onder de aandacht te brengen van organisaties zoals WHO, UNICEF en de Wereldbank.

Literatuur

Voorhoeve, H.W.A.

1967 Zorg voor het kind in de tropen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 45(21): 1-4.