

Revalidatiewerkers en hun cliënten

Community Based Rehabilitation op het platteland van Zimbabwe

Gerry van der Hulst

Internationale organisaties propageren 'community based rehabilitation' als een manier om revalidatie-activiteiten op het platteland van ontwikkelingslanden te verzorgen. In Zimbabwe heeft de regering dit concept overgenomen en bezoeken revalidatiewerkers hun cliënten thuis of dicht bij huis. Revalidatiewerkers blijken het moeilijk te vinden om tot een zinvolle ontmoeting met hun klanten te komen. Bovendien beschouwen de modern georiënteerde revalidatieverkers traditionele gebruiken als een hindernis voor effectieve revalidatie.

In gezondheidszorg in ontwikkelingslanden staat Primary Health Care op alle mogelijke manieren centraal. De revalidatie gebruikt een vergelijkbaar begrip: Community Based Rehabilitation (CBR). Het begrip CBR wordt verbreed door internationale organisaties zoals de World Health Organisation (WHO) en wordt uiteindelijk uitgevoerd op het platteland, in Zimbabwe bijvoorbeeld. Het begrip CBR 'reist', en tijdens deze reis verandert de betekenis van CBR. Over deze betekenis wordt als het ware steeds opnieuw onderhandeld door de verschillende participanten.

Dit artikel past het zogenoemde meer-niveau perspectief toe (Van der Geest 1993). Het volgt het begrip CBR op z'n 'reis' van niveau naar niveau. CBR begint bij de internationale organisaties. Van de bureaus in Genève reist het naar het ministerie en de donors in Zimbabwe, van provinciale en districtsziekenhuizen in de auto, met het mobiele team naar de school of naar de gezondheidspost, uiteindelijk tot in de kookhut van een gehandicapte in Nyakasoro. In deze dagelijkse ontmoetingen tussen de revalidatiewerkers en hun klanten krijgen praktijken van revalidatie hun uiteindelijke vorm.

Internationaal niveau

De WHO is in 1976 begonnen met de eerste CBR projecten (Miles 1985: 4). Gebaseerd op de ervaringen met deze projecten heeft de WHO een CBR-manual geschreven: *Training the disabled in the community*. In de loop der jaren zijn verschillende versies van de CBR-manual uitgebracht. In 1979 verscheen een eerste versie, in 1983 een

herziene en een definitieve in 1989. De titel is inmiddels veranderd en luidt nu: *Training for people with a disability in the community*. Alle versies van de manual zijn op zeer grote schaal gratis verspreid door de WHO. Zo bleken zelfs in sommige van de meest afgelegen plattelandsklinieken van Zimbabwe diverse versies van de manual aanwezig.

De CBR-manual beschrijft een systeem van plattelandsrevalidatie vanuit een medische invalshoek. De CBR-manual lijkt vooral een receptenboek en heeft op het eerste gezicht verwantschap met *Where there is no doctor* van David Werner. In tegenstelling tot de manual is het boek van Werner in de praktijk tot stand gekomen. Het is een poging medische wetenschap te demystificeren voor gewone mensen en het laat zich lezen als een simpel naslagwerk over ziekte en behandelmethoden.

De revalidatie-manual van de WHO is door internationale deskundigen voor ontwikkelingslanden in het algemeen geschreven. Basale kennis uit de westerse revalidatiegeneeskunde is gesimplificeerd en 'begrijpelijk' gemaakt voor mensen met weinig opleiding. Uitgangspunt is dat een gemeenschap gehandicapten identificeert en op functionele manier diagnostiseert op grond van bijvoorbeeld moeilijkheden met kijken, moeilijkheden met bewegen of vreemd gedrag. Voor al deze problemen bevat de manual aparte boekjes met eenvoudige oefeningen die een plaatselijke trainer moet kunnen uitvoeren. Daarnaast zitten er in de manual ook boekjes waarin de nadruk wordt gelegd op integratie van gehandicapten binnen activiteiten van de lokale gemeenschap. De lokale gemeenschap zou verantwoordelijkheid moeten dragen voor haar eigen gehandicapten. Alle boekjes zijn voorzien van evaluatieformulieren waarmee de gebruiker kan nagaan of doelstellingen gehaald zijn. De revalidatie-manual krijgt hierdoor een verplichtend karakter.

De WHO stelt dat 10 procent van de bevolking gehandicapt is en voor deze vorm van hulp in aanmerking zou moeten komen. De CBR-manual zou daarom in zoveel mogelijk talen uitgebracht moeten worden. Zo werd in het internationale jaar van de gehandicapten (1981) het thema CBR op talloze conferenties besproken. Andere internationale organisaties waaronder de International Labour Organisation (ILO) en de UNESCO bedachten eigen CBR-programma's voor gehandicapten. Zij legden hierin de nadruk op hun specialisaties zoals economische rehabilitatie en integratie van gehandicapte kinderen in het onderwijs.

De discussie over de CBR-benadering van de WHO wordt gevoerd aan de hand van tegenstellingen die ook in PHC-discussies gebruikt worden. Zo stelde de WHO de CBR-benadering eind jaren '70 voor als een goedkoop alternatief voor de Institution Based Rehabilitation (IBR). Er werd een tegenstelling gehanteerd: IBR versus CBR, hulp door specialisten versus zelfhulp door de gemeenschap, dure instituten versus revalidatie binnen de eigen omgeving, afscheiding versus integratie, gebruik van gecompliceerde technologie versus gebruik van lokale hulpmiddelen. De WHO-aanpak van CBR is uitgebreid bekritiseerd. Zo stelt Miles (1985) dat de WHO miskent wat mensen reeds doen voor gehandicapten in hun gemeenschap. Volgens Serpell (1986) kunnen er geen gemeenschapsprogramma's uitgevoerd worden zonder specialistische kennis. Ook zijn er nuancerings in het model aangebracht, onder andere door Werner (1987). Hij legt de nadruk op ideeën die voortkomen uit een gemeenschap en bekritiseert verlaat de top-down benadering. O'Toole (1991) pleit voor het gebruik van

middenkader revalidatie werkers. Finkenflügel (1991a, 1993) stelt dat de training van middenkader revalidatiewerkers moet veranderen om te kunnen werken in lokale gemeenschappen. Ondanks alle kritiek en nuances is één ding duidelijk: het begrip CBR is aan zijn reis begonnen.

Zimbabwe, nationaal niveau

Zimbabwe is onafhankelijk geworden in 1980, na vijftien jaar guerillaoorlog. Vóór de onafhankelijkheid bestond er een netwerk van gespecialiseerde ziekenhuizen in grote steden, voornamelijk ten dienste van de blanke bevolking. Op het platteland waren gezondheidsposten die bestuurd werden door 'districts' en 'rural councils', de lokale bestuursorganisaties. Daarnaast functioneerden er diverse missie-ziekenhuizen en -gezondheidsposten.

Na de onafhankelijkheid zijn er enorme inspanningen geleverd ter verbetering van gezondheidszorg op het platteland. Internationale slogans zoals "Health for all by the year 2000" werden overgenomen door de regering (House 1990:4).

Op het gebied van de revalidatie waren na de onafhankelijkheid gehandicapte vrijheidsstrijders een allereerste zorg. Aanvankelijk werd gekozen voor een institutionele benadering. Vlak na de onafhankelijkheid is in Ruwa met Canadese hulp een medisch revalidatiecentrum met een beroepsopleiding gebouwd. Het gebouw is een kopie van een Canadees revalidatiecentrum. Tot nu toe is dit centrum niet volledig volgens de oorspronkelijke bedoeling benut. In dit opzicht voldoet het – te grote, onderbenutte gebouw – aan het clichébeeld van het foute IBR instituut.

In 1981, het internationale jaar van de gehandicapten, is een groot 'disability survey' gehouden waarmee de behoefte aan revalidatie-interventie op het platteland is geïnventariseerd. Met internationale hulp begon het ministerie van Gezondheid een ambitieus revalidatieprogramma. Dit hield in eerste instantie uitbreiding van personeel en het opzetten van nieuwe revalidatie-afdelingen in. In 1981 waren er 18 in het buitenland opgeleide therapeuten in dienst van het ministerie van Gezondheid. In 1993 kwam de vierde lichte ergo- en fysiotherapeuten van de Universiteit van Zimbabwe beschikbaar. In 1981 startte het ministerie van Gezondheid een opleiding voor een middenkader, Rehabilitation Technicians (RT's). Inmiddels hebben ruim 200 RT's deze twee-jarige opleiding doorlopen. In 1981 bestonden er vijf revalidatie-afdelingen in de twee grootste steden. Nu is er in 49 van de 55 districten een revalidatie-afdeling bij een ziekenhuis.

In de opbouw van deze voorzieningen werd eerst aandacht geschonken aan de steden en later aan het platteland. Na de provinciale hoofdsteden kregen districts- en missieziekenhuizen revalidatievoorzieningen. Vandaar vertrokken reeds mobiele teams om kinderen op het platteland te wegen en te vaccineren. Revalidatiepersoneel begon met deze mobiele teams mee te reizen om patiënten die uit het ziekenhuis ontslagen waren thuis te volgen en nieuwe patiënten op het platteland te werven.

In 1988 lanceerde het ministerie van Gezondheid zijn eerste CBR-programma.¹ De CBR-programma's beginnen met een campagne waarbij men de bevolking oproept om gehandicapten aan te melden voor behandeling. Daarna ontvangt het plaatselijke kader

een training van een week. Uitgelegd wordt wat voor soort gehandicapten er gevonden moet worden. Vervolgens voert het plaatselijk kader een huis-tot-huis survey uit om gehandicapten op te sporen. Professionals screenen de geïdentificeerde gehandicapten op hun geschiktheid voor het revalidatieprogramma. De RT instrueert uiteindelijk familieleden (vooral moeders van gehandicapte kinderen) in het uitvoeren van oefenprogramma's.

Het ministerie van Gezondheid stelt dat economische zelfstandigheid van gehandicapten belangrijk is. Het verwacht daarom van RT's dat zij zich ook bezig houden met het opzetten van inkomen-genererende projecten. Hiervoor is dan ook een klein bedrag beschikbaar gesteld. Tevens wordt algemene integratie en met name scholing van gehandicapten benadrukt.

Het ministerie van Gezondheid meldt in zijn planning deze CBR-campagnes uiteindelijk in alle districten van Zimbabwe te willen uitvoeren (Njini 1991: 43). Uitbreiding van het revalidatieprogramma is uiteraard alleen mogelijk als er voldoende geld beschikbaar is. Onder druk van voortdurende bezuinigingen zoekt het ministerie van Gezondheid in Zimbabwe naar externe financiering. Momenteel steunt het revalidatieprogramma zwaar op de gelden van een Zweedse organisatie.

De Zweden blijken met name bereid om CBR-programma's te financieren. Zij hebben geen belangstelling voor financiering van activiteiten die in centrale ziekenhuizen of instituten zoals RUWA plaatsvinden. Illustratief is dat een van de schrijvers van de WHO-CBR manual, als lid van een evaluatiecommissie voor de Zweedse organisatie in 1991 het Zimbabweaanse CBR-programma evalueerde. Om buitenlandse steun te verkrijgen benadrukt het ministerie het belang van revalidatie op gemeenschapsniveau. Zo heeft het ministerie als opdracht in de evaluatiestudie van het CBR-programma: "The study will examine the inter-relationship between the different levels and assess the way in which resources at central level are used to support services in the community" (Njini 1991: 59).

Samenvattend: vlak na de onafhankelijkheid bouwt het ministerie een instituut. Daarna stuurt het personeel naar centrale en provinciale ziekenhuizen en begint aan het opleiden en aanstellen van personeel in districten om diensten te leveren aan de bevolking op het platteland. Het bestaan van gespecialiseerde voorzieningen wordt gelegitimeerd door te wijzen op het nut van deze voorzieningen voor de bevolking van het platteland. In het nationale CBR-vertuog wordt gesuggereerd dat de activiteiten op centraal niveau, in de gespecialiseerde ziekenhuizen, uiteindelijk geëvalueerd worden op hun bruikbaarheid voor het platteland.

De centrale figuur in het uitvoeren van revalidatie op het platteland is de Rehabilitation Technician. RT's krijgen een twee-jarige opleiding die voor de helft uit theorie en voor de andere helft uit praktijk bestaat. Zij lopen achtereenvolgens stage in centrale, provinciale en districtsziekenhuizen, en tenslotte op het platteland. Bij de start van de opleiding lag de nadruk op fysiotherapeutische behandelmethoden. Daarnaast werden basisprincipes uit ergotherapie, logopedie en maatschappelijk werk behandeld. Aanvankelijk zagen sommigen de RT's vooral als tijdelijke hulpkrachten, een soort

assistenten voor fysiotherapeuten, die onder begeleiding moesten werken totdat er voldoende fysiotherapeuten zouden zijn (Hanekom 1984: 13). Uiteindelijk blijkt dat RT's zelfstandig werken in districtsziekenhuizen. Hun opleiding past zich aan bij hun nieuwe werkteerrein.

De ambivalentie over de vakbekwaamheid van de RT's duurt echter voort. Sommige therapeuten vinden dat RT's zich vooral vaktechnisch moeten bekwamen en in staat moeten zijn om bijvoorbeeld moeders van gehandicapte kinderen medisch-technisch 'juiste' behandelingen te leren (Wolf Vereecken 1993). Anderen (Finkenflügel 1991b: 329) stellen dat RT's zich vooral moeten richten op methodieken van kennisoverdracht en op samenwerking met familie en vrijwilligers om hun invloed op CBR-projecten te vergroten.

Op nationaal niveau in Zimbabwe is CBR vooral een uitbreiding geworden van reeds bestaande, aan ziekenhuizen van verbonden revalidatieprogramma's. RT's maken deel uit van het mobiele team dat maandelijks bezoeken brengt aan het platteland. Bij een school of onder een grote boom ontmoet het team groepen van voornamelijk moeders met kinderen die een of andere vorm van geneeskundige hulp behoeven. Soms brengen RT's huisbezoeken. Op deze manier trachten zij de lokale gemeenschap bij revalidatie te betrekken. De plaats van handeling is in 14 jaar verschoven van de grote stad naar het platteland.

De praktijk

Hoe ziet de dagelijkse praktijk van revalidatie op het platteland er uit? Via een beschrijving van ontmoetingen tussen RT's en hun klanten en door middel van interviews met de RT's, schep ik een beeld van de interactie tussen de RT en de klant.² Handicap en revalidatie zie ik als sociale constructies, net als ziekte en gezondheidszorg (Nijhof & Van der Geest 1989: 5). Tijdens de ontmoeting construeren de klant en de RT een probleem waarbij een mens als gehandicapt wordt gedefinieerd. Tevens bepalen zij een manier om het probleem op te lossen.

Wat weten de RT's van hun cliënten?

In Zimbabwe leeft 75 procent van de bevolking op het platteland, meestal in gebieden met een slecht landbouwkundig potentieel. Jongere mannen zijn veelal weggetrokken naar de stad en vrouwen met kleine kinderen zijn achtergebleven. Vrouwen werken op het land en spenderen uren aan hout sprokkelen en water halen. Uitgebreide familie-relaties en traditionele, ook vaak plaatsgebonden leefwijzen zijn belangrijk.

De mate waarin een RT deel uitmaakt van de gemeenschap verschilt. Sommige RT's komen van het platteland en werken op plaatsen waar ze oorspronkelijk vandaan komen. Vaak geven RT's echter de voorkeur aan plattelandswerk in een district waar ze juist géén bindingen hebben, om claims op gunsten en geld van familieleden te ontlopen. Andere RT's zijn in de stad geboren en hebben nooit op het platteland gewoond. De lokale taal, Shona, kent zoveel regionale verschillen dat RT's regelmatig onderling over de betekenis van bepaalde woorden discussiëren. Sommige RT's vertelden dat ze slecht op de hoogte zijn van plaatselijke plattelandsgebruiken. Enkele RT's

bleken zelfs bang voor koeien. Soms is de RT een 'zoon of dochter uit de gemeenschap' die eens per maand beroepsmatig op bezoek komt. In andere situaties is de RT een grootstedenling die alleen beroepsmatig contact heeft met de gemeenschap.

Toch voelen de RT's zich niet onwennig in de gemeenschappen waar ze werken en gebruiken hun rol om contact te leggen. RT's dragen een uniform dat er altijd perfect onderhouden en gestreken uitziet. Voorop het uniform prijkt de speld van hun beroepsvereniging. Uit de interviews blijkt dat zij vooral gebruik maken van hun professionele ervaring om situaties op het platteland in te schatten. Een RT zegt het zo:

Het is niet noodzakelijk om een patiënt te vragen waarom hij gekomen is. Als je de handicap van de patiënt ziet, weet je gelijk wat je moet doen.

Wel gaven zij de plaats van een ontmoeting aan als een invloedrijke factor.

Als je de kans hebt om een huisbezoek te doen, krijg je het echte beeld van de situatie. Je ontmoet de familie en je kunt een behandeling geven die aansluit bij de omgeving.

Kortom: RT's hebben tot op zekere hoogte een gedeelde achtergrond met hun cliënten. De RT's noemen verschil in culturele achtergrond niet als een probleem. De RT's kiezen nadrukkelijk voor een presentatie als beroepsbeoefenaar. De plaats van contact benoemen ze wel als invloedrijke factor bij de ontmoeting. Er geldt: hoe dichter bij huis, des te betrouwbaarder de informatie van een klant.

Informatie verzamelen en wederzijdse verwachtingen

Om verdere informatie te verkrijgen stellen de RT's vragen aan de klant. RT's vragen gericht naar pathologie, de familie en naar problemen in het dagelijks leven. Op de behandelkaarten worden hierover notities gemaakt:

Plotselinge visuele hallucinaties/verwarring. Is de tweede dochter, beide ouders aanwezig. Is onverzorgd en gedesoriënteerd in het heden. Patiënt nog steeds verward (behandelkaart uit Goromonzi).

Als cliënten zeggen dat zij lichamelijke problemen hebben doen de meeste RT's een lichamenlijk onderzoek. Indien zij echter een probleem van het dagelijks leven formuleren wordt dit niet verder onderzocht. Opvallend is dat RT's weinig open vragen stellen. Ze zijn gericht op zoek naar een probleem dat binnen hun handelingsgebied valt. In districtsziekenhuizen behandelen RT's vooral veel klanten met acute orthopedische en neurologische aandoeningen. Vooral voor deze aandoeningen hebben zij vaardigheden en kennis in huis. Het ligt voor de hand dat zij in eerste instantie op zoek zijn naar vergelijkbare problemen wanneer zij contact maken met potentiële klanten op het platteland.³ Deze specifieke probleemgerichtheid van de RT's kan het voor cliënten moeilijk maken om met hun eigen wensen naar voren te komen.

Ik heb aan RT's gevraagd of hun cliënten een idee hebben van wat revalidatie voor hen zou kunnen doen. De helft van de RT's denkt dat patiënten wel weten wat de bedoeling is van revalidatie. "Ik heb een praatje voor ze gehouden, dus ze weten het wel."

Andere RT's denken dat uitleg noodzakelijk is.

Ze weten het niet altijd. Sommigen denken dat ze meteen hulpmiddelen krijgen. Ik moet dan uitleggen dat dat tijd kost. Wij moeten tegen ze blijven praten.

De RT's is ook gevraagd naar de verwachtingen die hun cliënten hebben. Deze vraag konden RT's zonder aarzelen beantwoorden.

Ze willen dat hun kinderen normaal worden, ze willen dat hun kinderen gaan praten, naar school gaan. Ze willen dat we het kind meenemen naar een instituut in de stad, ze willen rolstoelen, injecties, de dokter, röntgenfoto's.

Cliënten willen geld, kleren en eten. Ze zijn arm en willen dat we hen helpen. Ze willen een baan voor hun gehandicapte kind, dat het kind zich kan wassen, aankleden, spelen en trouwen. Ze willen allemaal financiële hulp, ook voor de oudere mensen.

De meeste RT's waren onduidelijk over hoe ze omgaan met de verwachtingen van hun klanten.

We kunnen ze niet beter maken. En ze vragen altijd om geld, maar bijstand loopt via het ministerie van Sociale Zaken, niet via het ministerie van Gezondheid. Later begrijpen mensen wel dat we ze niet met alles kunnen helpen.

Eén RT gaf duidelijk aan wat voor invloed deze hoge verwachtingen hebben op vervolgentmoetingen.

Eerst komen er bosjes mensen naar de mobiele kliniek. Ze denken dat ze iets krijgen, spullen, geld of kleren. Ze komen drie à vier maanden. Als ze dan zien dat revalidatie oefeningen betekent, morele ondersteuning, geen onmiddellijke verbetering, komen ze niet meer. Revalidatie is een lange-termijn proces. Als mensen geen onmiddellijke verbeteringen zien, blijven ze thuis.

RT's worden geconfronteerd met hoge verwachtingen van hun cliënten, waar zij veelal niet aan kunnen voldoen. RT's lijken twee strategieën toe te passen om hiermee om te gaan. In de eerste plaats proberen ze zelf het onderwerp van gesprek te sturen. Door gericht te vragen naar zaken die binnen hun handelingscompetentie passen (medische pathologie en problemen uit het dagelijks leven), definiëren zij de onderhandelingsruimte met de cliënt. Door de cliënt niet de gelegenheid te geven over zaken te praten die buiten hun competentie vallen, voorkomen ze dat er verwachtingen op tafel komen waar een RT zich onmachtig bij voelt.

Als de cliënt er toch in slaagt een verwachting te uiten die buiten de handelingscompetentie van de RT valt, resteert alleen uitleg. Er moet dan verder onderhandeld worden om tot een betekenisvolle ontmoeting te komen.

Onderhandelen

Voor het analyseren van de ontmoetingen tussen de RT's en klanten maak ik gebruik van een model dat beschreven is door Van der Klei (1988: 10). Zij beschrijft een participatiemodel waarin beide gesprekspartners streven naar wederzijds begrip en consensus op grond waarvan beiden een handelingsplan kunnen ontwikkelen. De klant en de beroepsbeoefenaar hebben beiden een aandeel in de manier waarop een advies

tot stand komt, participeren in een proces en stellen daarin samen een doel vast. Hulpverlening verloopt vlekkelozer naarmate de klant en de beroepsbeoefenaar een gelijksoortige definitie van de situatie hanteren. In de onderhandelingsruimte tussen de perspectieven van de klant en die van de beroepsbeoefenaar moeten zoveel mogelijk gemeenschappelijke definities van de situatie geconstrueerd worden.

Van de geobserveerde ontmoetingen verloopt er een aantal volgens het volgende patroon:

RT: Kun je armen buigen en strekken?
Jongen: Nee, dat doet pijn.
RT: Laten we eens proberen. [beweegt armen] Voel je het wanneer ik je aanraak?
Jongen: Ja.
RT: Gebruikt hij medicijnen?
Moeder: Nee.
...
RT: In welke klas zat je op school?
Jongen: In de zesde klas.

De RT stelt vragen, die de betrokkenen keurig beantwoorden. De klant krijgt wel een idee van de kant die de RT op wil door de aard van de vragen die gesteld worden. Er wordt echter geen gemeenschappelijk probleem gedefinieerd, of een oplossing voor een probleem doorgenomen. Ontmoetingen in deze vorm vonden vooral plaats wanneer de RT achteraf aangaf eigenlijk geen duidelijk idee te hebben over de achterliggende medische problematiek, of geen idee te hebben over hoe een probleem uit het dagelijks leven opgelost zou kunnen worden.

Andere ontmoetingen hebben dit patroon:

RT: Wat gebeurt er wanneer je een been optilt?
Man: Dan doet het heel veel pijn in mijn rug en ik kan mijn been niet omhoog houden.
RT: Je moet maar naar het ziekenhuis komen. Je moet gezien worden door de dokter.
...
RT: Kruipt het kind?
Moeder: Nee.
RT: Je moet hem op z'n buik leggen en stimuleren tot kruipen. Je moet speelgoed voor hem neerleggen zodat hij daarnaar reiken kan.

In bovenstaande situaties heeft de RT raak geschoten. Er is een medisch probleem of een probleem in het dagelijks leven waarover de RT een advies formuleert. Dit advies wordt niet verder toegelicht.

In andere ontmoetingen geeft de RT wel een toelichting:

Man: Mijn vrouwen doen wat ze kunnen. Soms gaan ze goud wassen in de rivier. Ik kan niets behalve zitten. 's Morgens sta ik op, dan zit ik hier de hele dag en aan het eind van de dag ga ik slapen. Ik kan alleen instructies geven vanaf hier. Ik vertel mijn vrouwen wat ze moeten doen.

RT: Kan ik uw gewrichten even bekijken om te zien of er enig verschil is met de vorige keer dat ik u zag? [knielt naast de klant] Als u achteruit gaat zitten en probeert uw benen uit te trekken. [RT beweegt de benen] Er is geen probleem met uw knieën, die kunnen buigen en strekken.
 Man: Het doet geen pijn.
 RT: Het gaat heel redelijk. Als u ze niet regelmatig gebruikt wordt het erger, maar zolang u ze gebruikt zal er geen probleem zijn. Nu uw voeten. [beweegt voeten] Er is geen verschil met de laatste keer dat ik u zag. Er is geen probleem. Goed.

De RT geeft de klant zijn mening over de situatie. De RT formuleert ook een advies "uw benen gebruiken", en motiveert dit. Opvallend is dat de RT's nooit medische terminologie gebruiken wanneer zij cliënten informatie geven. Ze gebruiken altijd huis-, tuin- en keukentaal. Het komt zeer zelden voor dat RT een diagnose, met bijbehorende uitleg, aan een klant voorlegt. Kennelijk is voor de RT's het gebruik van medische terminologie niet noodzakelijk om de cliënt van hun professionaliteit te overtuigen. Bij navraag vertellen RT's dat klanten die medische termen toch niet begrijpen, of zo hun eigen opvattingen over ziekte hebben waardoor medische uitleg niet zoveel zin heeft.

RT: Wat denkt u, zal een rolstoel nuttig zijn?
 Man: Ja, een rolstoel zal beter zijn, maar hij kan wel gemakkelijk stuk gaan en er is hier niemand die een rolstoel kan repareren. Het is ook nogal zanderig, het zal wel moeilijk zijn om een rolstoel vooruit te krijgen.
 RT: Is er iemand die u kan duwen?
 Man: Mijn vrouw kan me wel duwen.
 RT: Oké, is er nog iets anders dat u nodig heeft?

In dit geval komt de klant naar voren met twee bezwaren tegen een door de RT voorgestelde oplossing: het stukgaan van de rolstoel en het zand. De RT zegt kort iets over het tweede bezwaar en niets over het eerste. De RT gaat slechts gedeeltelijk in op de problemen die de klant aangeeft.

In een andere ontmoeting praat een RT met een patiënt die beloofd had naar het ziekenhuis te komen, maar niet gekomen is.

RT: Dus het geld voor de busreis naar het ziekenhuis heeft u niet?
 Man: Dat klopt.
 RT: Hoe krijgt u betaald?
 Man: Per maand.
 RT: Zou het lukken om eens in de maand te komen?
 Man: Ja, dat zal wel gaan.
 RT: Waar is uw vrouw?
 Man: Ze is hier.
 RT: [tegen de vrouw] Ik vraag uw man om naar het ziekenhuis te komen, wat denkt u, wanneer kan hij komen?

In deze situatie gaat de RT uitgebreid in op de redenen waarom de man niet gekomen is. ze haalt zelfs de echtgenote van de man erbij om hem ervan te overtuigen naar het ziekenhuis te komen. Waarom de man naar het ziekenhuis moet komen, wat hem daar dan te wachten staat en wat de reis naar het ziekenhuis hem op zal leveren, blijft buiten de discussie.

In slechts één van de ontmoetingen doet de RT pogingen in te gaan op de financiële problemen van een cliënt.

Man: Het probleem is schoolgeld. Ik heb twee jongens die naar school moeten, maar die niet gaan omdat ik geen geld heb.

RT: Is er iets dat u met uw handen kunt doen?

Man: Ik kan manden maken.

RT: Doet u dat dan?

Man: Het probleem is het materiaal, de rivier is te ver om riet te halen.

RT: Zijn er mensen die manden kopen?

Man: Ja, soms, hangt ervan af. Ik heb hulp nodig bij het ploegen, mijn vrouw kan ploegen, maar ik heb geen geld voor kunstmest en zaad. Iets proberen te verbouwen is alles wat we kunnen doen. Als het mij lukt om iets te verbouwen, kunt u me misschien helpen het te verkopen.

De RT belooft niets of concludeert niets in deze ontmoeting, maar hij geeft de cliënt wel uitgebreid ruimte om over zijn financiële problemen te praten. Dit probleem valt niet binnen de handelingscompetentie van de RT, het is te beschrijven als een wens van de cliënt waar de RT geen oplossing voor heeft.

Het kwam zeer regelmatig voor dat RT's mij na afloop van een ontmoeting spontaan meedeelden wat zij dachten dat de eigenlijke wens van de cliënt was.

Die moeder stelde al die vragen over het juiste eten voor haar kind omdat ze niet veel te eten hebben. Ze wil dat wij het kind meenemen naar het ziekenhuis. Ze denkt dat het eten daar beter is.

Veelal bespraken de RT's deze wensen van klanten wel met mij, (in de hoop dat ik met een oplossing zou komen?) maar zelden met de klant zelf.

Moeder: Ze is goed vooruitgegaan, nu kan ze lopen als ze houvast heeft, houvast aan het bed.

RT: Wat nog meer? Houdt ze haar benen recht wanneer ze loopt?

Moeder: 's Ochtends zijn haar benen erg stijf, dan doe ik de oefeningen, ik strek de benen en dan loopt ze.

RT: Dus het doel dat we gesteld hadden, heeft ze bereikt. Ze zou moeten staan terwijl ze iets vast heeft, maar ze heeft meer bereikt.

Moeder: Als ik de oefeningen niet doe, kan ze niet staan of zitten.

RT: Dus u ziet hoe belangrijk de oefeningen zijn, ga zo door, u doet het goed. Kunt u de oefeningen nog eens voordoen?

In dit geval zijn de RT en de moeder het kennelijk eens over het probleem en de methode om dat probleem op te lossen. Ze hebben onderhandeld tot ze een gemeenschappelijk doel gevonden hebben en de RT leert de bijbehorende techniek aan de moeder.

Samengevat: in de dagelijkse CBR-praktijk vinden ontmoetingen plaats die op uiteenlopende manieren verlopen. De perspectieven van de cliënt en de RT zijn verschillend. De RT's proberen een gemeenschappelijk doel te vinden door vragen te stellen die zullen leiden tot een probleem dat binnen hun handelingscompetentie past: een medisch-technisch probleem of een probleem uit het dagelijks leven. In een aantal gevallen volgt na het 'raak' bij een dergelijk probleem een verwijzing naar het ziekenhuis, of een advies. Soms geven RT's informatie aan de cliënt, bediscussiëren zij (gedeeltelijk) een probleem of hebben ze aandacht voor de 'moeilijke' wensen van een cliënt. In sommige gevallen lukt het om een gemeenschappelijk doel te formuleren waarna

bijvoorbeeld een familielid een serie oefeningen of dagelijkse handelingen met een klant uitvoert.⁴

De ontvangst van CBR op het platteland

RT's bezoeken hun cliënten gemiddeld twee tot drie keer per jaar. Er is dus geen sprake van een serie behandelingen die een RT zelf kan uitvoeren, zoals mogelijk is wanneer een patiënt in een ziekenhuis is opgenomen. Eigenlijk is het bijna een wonder wanneer RT's erin slagen in twee of drie contacten met een klant per jaar een gemeenschappelijk doel te formuleren en behandeltechnieken over te dragen. De RT's zijn voor het uitvoeren van behandelingen afhankelijk van de medewerking van familieleden. Op deze manier is de in CBR gepredikte verantwoordelijkheid van de gemeenschap niet zo zeer een ideologische keus, als wel een praktische. Vooral moeders en vrouwen worden extra belast met onbetaalde revalidatietaken. De RT's doen een beroep op hun verantwoordelijkheid voor het welzijn van gehandicapte gezinsleden.

De lage frequentie van contacten tussen RT's en hun klanten is deels te wijten aan logistieke problemen. De bevolking woont verspreid over het land wat lange reisafstanden oplevert. Er bestaan altijd problemen met de kwaliteit van het wagenpark, geld voor diesel, beschikbaarheid van een auto, ondeugdelijke planning en verschillende wensen van de samenreizende teamleden. Door deze problemen van de kant van de RT gaan geplande afspraken vaak niet door, komen RT's te laat of onverwacht. De lage frequentie wordt ook veroorzaakt door het feit dat cliënten niet terugkomen voor vervolgspraken. De RT's wijten dit vaak aan 'transport problems' aan de kant van de cliënt.

Interessant is wat RT's zelf beweren over het effect van hun werk. Zij zijn ervan overtuigd dat CBR, eenmaal aangekomen op het platteland, kan slagen.

Revalidatie werkt. Bij sommige cliënten zie je echte vooruitgang. Als zij doen wat je hun gezegd hebt, kunnen ze echt vooruitgaan. Sommigen kunnen echt laten zien wat ze thuis geoefend hebben.

Sommige cliënten leren lopen, zichzelf aankleden, of als we overleggen met het schoolhoofd, kunnen ze naar school.

RT's moeten het succes van hun handelen af aan verbetering van lichamelijk functioneren en de vooruitgang bij handelingen in het dagelijks leven van hun klanten. Zij stellen dat de ontmoetingen nut hebben als de cliënt het advies maar opvolgt:

Sommigen volgen je advies, anderen doen dat niet. Als je ze zegt: "bouw een loopbrug", zeggen ze, "Ach, het lukte niet om dat te maken". Die mensen zijn dom. Soms vergeten mensen wat je ze verteld hebt. Soms denken ze dat het te lang duurt. Soms denken ze dat het hopeloos is, dat een kind voor altijd gehandicapt zal zijn. Soms moet je naar hun huis gaan of iemand anders vragen of ze het gedaan hebben, omdat ze liegen.

In de gevallen waar het niet lukt, is de schuldige kennelijk de cliënt of zijn familie. De RT's zijn weinig geneigd tot kritisch nadenken over hun eigen houding of advies. In eerste instantie, denken zij, zit de moeilijkheid bij de andere partij.

Heeft CBR op het platteland concurrentie?

Alle RT's vertellen dat hun klanten niet uitsluitend bij hen komen. De klanten bezoeken ook allerlei andere soorten genezers. De RT's praten hier op de volgende manieren over:

Sommige klanten snappen het niet.

Sommige mensen geloven zo sterk dat het effectieve revalidatie belemmert.

Mensen zeggen bepaalde dingen wanneer ze bij ons op de afdeling zijn, buiten zeggen ze iets heel anders, daar hebben de oude mensen meer macht.

RT's hebben kennelijk geen hoge dunk van traditionele geneeswijzen. Enkele RT's behandelen mensen die andere geneeswijzen gebruiken op een denigrerende manier. Klanten voelen dat traditionele geneeswijzen voor sommige RT's niet onderhandelbaar zijn en houden informatie achter.

Als je bij de kliniek (gezondheidspost) bent, liegen moeders niet, dan vertellen ze waar ze geweest zijn. In het ziekenhuis liegen ze omdat ze ver van huis zijn.

Deze RT koppelt liegen aan de plaats van handeling. Dichterbij huis liegen mensen minder over de verschillende geneeswijzen die ze geprobeerd hebben. De schuldige is wederom de cliënt, terwijl het waarschijnlijk de houding van de ziekenhuisstaf is die aanleiding geeft tot liegen.

RT's doen niet aan reclame voor concurrenten. Soms geven de RT's lezingen aan traditionele genezers en profeten. De boodschap in deze lezingen is altijd dat traditionele genezers en profeten gehandicapten moeten doorverwijzen naar de RT's. Als de traditionele genezers dan zeggen dat er andersom ook niet verwezen wordt, beloven RT's meestal dat ze dat zullen doen. In de praktijk blijkt hier weinig van terecht te komen.

De vraag is of de RT's vinden dat de concurrentie de effectiviteit van het CBR-revalidatiewerk belemmert. Ongeveer de helft van de RT's vindt dat de twee benaderingen elkaar niet bijten. Ze stellen dat ze zonder problemen hun werk kunnen doen en dat de cliënten maar moeten zien wat ze daarnaast nog meer geloven of doen. Als de klanten traditionele ideeën naar voren brengen, zeggen de RT's de volgende strategieën te hanteren:

Ik vertel de familie dat ze de patiënt moeten ondersteunen, dat is beter dan negeren.

Ik vertel ze dat ze hun traditionele geloof moeten vergeten en moeten doorgaan met revalidatie.

Als je het uitlegt aan de klant, begrijpen ze wel waarom.

RT's lijken het erover eens te zijn dat traditioneel geloof gehandicapten stigmatiseert en buiten de maatschappij plaatst. In een CBR-publikatie met een voorwoord van de minister van Gezondheid wordt een soortgelijk standpunt verwoord: "Traditionele gebruiken blijken er de oorzaak van te zijn dat mensen met een handicap negatief bekeken worden door anderen" (House 1990: 51). Revalidatie brengt dan de goede boodschap: de boodschap van integratie en oefening. Eén RT bleek bang te zijn voor middelen van traditionele genezers:

Sommige kinderen hebben van die touwtjes om of van die krassen van de *nanga* (traditionele genezer). Ik ben bang om dat aan te raken. Ik vraag dan de moeder om die dingen af te doen of ik vraag of de toverij gevaarlijk is voor mij.

Een andere RT:

Ik heb ooit een traditionele genezer ontmoet tijdens een huisbezoek. Hij behandelde hetzelfde kind dat ik ook wilde behandelen. Ik heb hem gezegd: als het jou lukt om dit kind te genezen, dan zal ik je nog veel meer van die kinderen bezorgen.

De RT moest hard lachen bij het vertellen van dit verhaal. Ze kon zich absoluut niet voorstellen dat de genezer enig succes zou hebben. Een andere RT vertelde een genuanceerder verhaal:

Veel mensen zijn wel een keer of tien naar een traditionele genezer geweest. Ze krijgen leugens te horen. Dat de handicap veroorzaakt wordt door je voorouders. Dan leg je de moeder van het kind oefeningen uit, maar ze kan die niet goed opnemen. Die traditionele dingen zitten in haar hoofd, maar dat vertelt ze me niet. Ze willen niet dat wij al die sociale aspecten weten. Die dingen over de familie zijn eigenlijk geheim. Ze is dan bang, als ze mij dat vertelt, dat je geen vrienden meer kan zijn. Dat ik het afkeur. Ze denken dat de handicap is veroorzaakt door voorouderlijke geesten, nadat ze iets fout gedaan hebben. Het is heel moeilijk om precies uit te vinden wat ze denken, dat kost veel tijd. Ze denken aan *ngozi* (de geest van een persoon die slecht behandeld is tijdens zijn leven en nu wraak neemt), dat is heel gebruikelijk. Dan leg ik ze uit hoe het is, maar dan zeggen ze: "Ik had geen tijd om te doen wat je zei". Het hangt ook erg af van het soort handicap. Als het gaat om een fractuur, dan weten ze dat er een ongeluk was. Dan is er geen traditioneel geloof en doen ze wat je zegt. Als het kind vanaf de geboorte gehandicapt is, zoals bij cerebrale parese, dan leggen ze de oorzaak bij de slechte geesten en doen ze niet wat je zegt.

De 'concurrentie' kan kennelijk niet rekenen op respect of begrip. Traditionele geneeswijzen worden in principe genegeerd door de RT's. Als de cliënt met traditionele ideeën op de proppen komt, krijgt hij of zij – al dan niet tactvol – te horen dat die ideeën fout zijn.

Kan CBR met andere geneeswijzen samengaan?

Burck (1989) heeft onderzoek gedaan naar de ideeën over handicaps en praktijken van traditionele genezers in een klein gebied van Mashonaland East. Het doel van haar studie was te onderzoeken hoe Community Based Rehabilitation kan bijdragen aan een betere zorg voor gehandicapten. Zij geeft een zeer uitgebreide traditionele classificatie van verschillende handicaps, beschrijft achterliggende oorzaken en rangschikt gehandicapten naar hun sociale positie. In haar aanbevelingen stelt zij dat traditionele genezers community rehabilitation workers *par excellence* zijn. Deze conclusie verbaast mij zeer, daar ik in de praktijk geen enkele samenwerking tussen RT's en traditionele genezers heb gezien.

Bij nadere beschouwing blijken begrippen zoals CBR door Burck en de RT's totaal verschillend gebruikt te worden. Wat RT's beschrijven als CBR, vindt Burck medische revalidatie, gericht op verbetering van de lichamelijke conditie. Haar definitie van CBR verandert in de loop van haar boek. Aanvankelijk beschrijft zij CBR als programma waarbij inkomen-genererende projecten opgezet worden door gehandicapten zoals in ILO-programma's. Aan het eind van het boek beschrijft ze CBR-programma's die tot

doel hebben de sociale status van gehandicapten te verhogen waarbij medische revalidatie en economische zelfstandigheid slechts middelen zijn.

RT's beschrijven het doel van revalidatie als het zo zelfstandig mogelijk functioneren van gehandicapten: bijvoorbeeld zelf lopen, praten, eten, naar school gaan, bijdragen aan het gezinsinkomen. Burck benadrukt als doel van revalidatie: verbeteren van de sociale status van gehandicapten, door trouwen, kinderen krijgen, medium worden voor de geesten (bereiken van de *Mudzimu* status). De gehandicapten waar RT's over praten worden omschreven in medisch-technische en handelingstermen. Die van Burck worden gedefinieerd naar sociale positie en mate van sociale onderhandelingsruimte in hun ziekteproces volgens de traditionele kosmologie. Kortom, achter het begrip CBR liggen ook op uitvoeringsniveau verschillende ideeën.

Dit verschil in visie op de rol van traditionele genezers is intrigerend. Waar Burck traditionele kosmologie als uitgangspunt neemt voor het bepalen van sociale status, lijken RT's de consequenties van deze kosmologie in hun professionele handelen juist te verwerpen. Zij zijn modern, opgeleid in westerse revalidatiebegrippen en vertellen dat patiënten die doen aan bepaalde traditionele verklaringen eenvoudigweg dom zijn. Tegelijkertijd is deze houding van RT's niet eenduidig. Zo bleek in de onderzoeksperiode dat één van de RT's tijdens conflicten met collega's wel degelijk gebruik maakte van diensten van een traditionele genezer die bemiddelde bij het conflict.

Conclusie

In Zimbabwe verspreidt professionele revalidatie zich naar het platteland. Er is een onafhankelijkheidsstrijd gevoerd waarin beloftes zijn gedaan aan het verwaarloosde platteland. Schuld tegenover gewonde vrijheidsstrijders werd afgelost, onder andere met de bouw van een nationaal revalidatiecentrum. Onder invloed van de internationale discussie over PHC en CBR ontwikkelt zich nu in Zimbabwe een eigen vorm van revalidatie. Hierbij wordt veel aandacht besteed aan het opleiden van personeel. Dit personeel wordt ingezet in een piramidale structuur beginnend op het niveau van centrale ziekenhuizen. Revalidatie-activiteiten in Zimbabwe, inclusief revalidatie in centrale ziekenhuizen, worden verpakt in CBR-jargon om financiering te verkrijgen. In de districten reizen RT's met mobiele teams naar het platteland. In ontmoetingen met potentiële klanten ontwikkelt zich een praktijk van revalidatie.

Door middel van voorlichtingspraatjes over revalidatie tijdens inentingsbijeenkomsten en huis-aan-huis-surveys worden nieuwe klanten voor revalidatie geworven. Deze klanten worden ondervraagd totdat de RT een medisch-technisch of praktisch probleem uit het dagelijks leven 'raakt' dat valt binnen zijn handelingscompetentie. Hierna formuleert de RT een advies, verwijst de cliënt naar het ziekenhuis, legt oefeningen uit, geeft informatie, of gaat in discussie over mogelijke oplossingen voor het probleem. In een aantal gevallen slaagt een RT erin om samen met de klant een gemeenschappelijk doel te formuleren, waarna een aantal bijeenkomsten volgt waarin gewerkt wordt aan het bereiken van dat doel.

De inbreng van de gemeenschap in deze vorm van CBR is voornamelijk uitvoerend. Familieleiden van gehandicapten doen oefeningen die de RT heeft voorgeschreven.

Deze uitvoerende rol is een heel andere dan voorgesteld wordt in sommige internationale CBR-discussies, die de gemeenschap als de voornaamste motor en richtinggever voor CBR zien.

RT's zijn zich sterk bewust van de wensen van hun klanten die buiten hun handelingscompetentie vallen. RT's stellen dat sommige cliënten op materiële steun hopen: geld, kleren, eten of een instituut waarin een gehandicapt kind ondergebracht kan worden. Dit zouden overblijfselen kunnen zijn uit tijden waarin op het platteland meer charitatieve hulp gegeven werd. RT's hebben de neiging om deze verwachtingen zoveel mogelijk onbesproken te laten. Kennelijk vinden zij het eenvoudiger om reclame te maken voor wat ze wel te bieden hebben, dan expliciet in te gaan op verwachtingen waaraan zij niet kunnen voldoen.

Een bijkomende moeilijkheid zou kunnen zijn dat RT's in districtsziekenhuizen vooral werken met acute orthopedische en neurologische condities. Bij een fractuur of een hersenbloeding is het voorschrijven van oefeningen een medisch-technisch nuttige handeling, waarbij binnen relatief korte tijd een verbetering in het lichamelijk functioneren te verwachten valt. Waar RT's geconfronteerd worden met chronische problemen van mensen op het platteland, heeft het voorschrijven van oefeningen een veel minder overtuigend effect.

Als geen gemeenschappelijk doel geformuleerd wordt, en de RT's geen gehoor vinden voor hun boodschap, schrijven zij dit toe aan de domheid of leugenachtigheid van hun klanten. De klant is als het ware nog niet toe aan de revalidatieboodschap. Traditionele gebruiken worden in dit verband gezien als een hindernis, die op z'n best onbesproken kunnen blijven, in de hoop dat beide benaderingen zonder probleem naast elkaar gebruikt kunnen worden. 'Achterlijke', stigmatiserende traditionele gebruiken kunnen de oorzaak zijn van het falen van revalidatie. Zo wordt de lage frequentie van ontmoetingen voornamelijk toegeschreven aan transportproblemen. De RT's kijken zelden kritisch naar hun eigen rol in deze processen:

Ik heb de resultaten van mijn studie voorgelegd aan de RT's die bij het onderzoek betrokken waren. Opvallend was dat zij nauwelijks protesteerden bij de presentatie van de gegevens. De RT's verkondigden eendrachtig dat ze in het vervolg meer aandacht zouden moeten schenken aan de nu vaak onbesproken wensen van hun klanten. Ook vonden zij dat vaders opgeroepen moeten worden om meer verantwoordelijkheid voor hun gehandicapte kinderen te tonen. Mijn directe Zimbabweaanse collega's (ergo- en fysiotherapeuten) hebben in de verschillende fasen van het onderzoek commentaar geleverd op de rapportage. Zij vonden het onderhandelingsperspectief nuttig tijdens hun dagelijks werk en gebruikten het ook bij de begeleiding van RT's en stagiaires. Op deze wijze leren de RT's om de nu nog vaak onbesproken wensen van hun cliënten op tafel te krijgen. Als gevolg hiervan zullen RT's uiteindelijk vaardigheden moeten leren die beter aansluiten bij de wensen van hun klanten. Zo ontwikkelt zich op den duur een CBR-methodiek die succesvoller is bij klanten op het platteland met chronische problemen.

Stijl en doelstellingen van gezondheidszorgpraktijken maken deel uit van de opvattingen en belangen van beleidmakers, zorgverleners en hun klanten. Die belangen en

opvattingen variëren per niveau. Plannenmakers op internationaal niveau en beleids-ambtenaren in het ministerie kunnen zich utopische doelstellingen en werkwijzen permitteren aangezien ze niet met de uitvoering belast zijn. De RT's worden het platteland van Zimbabwe opgestuurd met mooie doelstellingen en een pakket vaardigheden. Zij beschikken echter niet altijd over de middelen om op adequate wijze in te gaan op de verzoeken van de lokale bevolking en vluchten begrijpelijkerwijze naar de veilige grond van hun handelingscompetentie. Naarmate zij leren luisteren naar de problemen van hun klachten zal hun dienstverlening weliswaar verbeteren, maar het valt te bezien of hun respect voor de traditionele gebruiken zal toenemen. Deze kloof lijkt voorlopig onoverbrugbaar.

Noten

Gerry van der Hulst is ergotherapeut en socioloog. Zij werkte van 1989 tot 1993 in Zimbabwe in de revalidatie in Mashonaland East. Dit artikel presenteert resultaten van een leeronderzoek naar het functioneren van mobiele teams in deze staat. Tijdens dit onderzoek zijn tientallen ontmoetingen tussen Rehabilitation Technicians (RT's) en hun klanten geobserveerd en acht ontmoetingen getranscribeerd. Dertien RT's die regelmatig out-reach work doen zijn geïnterviewd. Daarnaast zijn er statistische data verzameld.

1. 'Non Governmental Organisations' zoals het Rode Kruis en Zim-care hebben al eerder programma's uitgevoerd onder CBR vlag in Zimbabwe. Het ministerie van Gezondheid heeft de ervaringen van deze organisatie gebruikt bij het ontwerpen van eigen CBR programma's. Een aantal programma's van het Rode Kruis en Zim-care is ook uiteindelijk overgenomen door de Zimbabweaanse overheid.
2. De beschreven ontmoetingen tussen de RT's en de klanten vonden meestal plaats tijdens bezoeken van het mobiele gezondheidsteam aan scholen of gezondheidsposten (out-reach points). Sommige ontmoetingen waren tijdens huisbezoeken. Jammer genoeg bleek het binnen dit leeronderzoek niet mogelijk ook klanten te interviewen. Opvattingen van de klanten worden daarom beschreven vanuit het perspectief van de RT.
3. In CBR-projecten worden meer verstandelijk gehandicapten en mensen met gedragsstoornissen gevonden dan RT's normaal in districtziekenhuizen behandelen. Finkenflügel (1990: 26) stelt dat RT's weinig ervaring hebben met deze cliënten, die een langere begeleiding behoeven dan in een ziekenhuis.
4. Enkele RT's houden onder CBR-vlag regelmatig groepsbijeenkomsten met moeders en gehandicapte kinderen. De nadruk bij deze bijeenkomsten ligt echter op het 'behandelen' waarbij moeders elkaar oefeningen en praktische tips geven. Enkele RT's hebben groepen opgericht waarmee inkomen-genererende activiteiten moeten plaatsvinden. Voor de begeleiding van inkomen-genererende activiteiten roepen zij veelal de hulp van andere professionals in. Op sommige plaatsen probeert een RT een CBR-committee te organiseren waarin de lokale gemeenschap participeert. Het merendeel van de RT's 'behandelt' individuele klanten.

Literatuur

Burck, D.

- 1989 *Kuoma rupandi [The parts are dry]. Ideas and practices concerning disability and rehabilitation in a Shona ward.* Leiden: Afrika-Studiecentrum.

Finkenflügel, H.

- 1990 Gemeenschapsgesichte revalidatie in Zimbabwe. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* 100(10): 270-7.
1991a Help for the disabled – in the hospital and at home. *World Health Forum* 12: 325-30.

- 1991b Community Based Rehabilitation: Een inleiding met kanttekeningen. *Bewegen en Hulpverlening* 3: 199-213.
- 1993 *The handicapped community: The relation between Primary Health Care and Community Based Rehabilitation*. Amsterdam: VU University Press.
- Geest, S. van der
 1993 Inleiding: Het meer-niveau perspectief als onderzoeksstrategie. *Medische Antropologie* 5(1): 2-9.
- Hanekom, J.
 1984 Rehabilitation assistants – possible answer to the rural disability in Zimbabwe? *African Rehabilitation Journal* 1(4): 13-4.
- Helander, E. et al.
 1989 *Training in the community for people with disabilities*. Geneva: World Health Organisation.
- House, H.
 1990 *Zimbabwe, steps ahead: Community Rehabilitation and people with disabilities*. London: CIIR.
- Klei, M. van der
 1988 Participatie: Waarom? *Nederlands Tijdschrift voor Ergotherapie* 16(1): 4-10.
- Miles, M.
 1985 Where there is no rehab plan. Peshawar, Pakistan, (ongepubliceerd rapport).
- Nijhof, G. & S. van der Geest
 1989 Inleiding: Ziekte, gezondheidszorg en cultuur. Ziekte, gezondheidszorg en cultuur. In: S. van der Geest & G. Nijhof (red.) *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur*. Amsterdam: Het Spinhuis, pp. 1-10.
- O'Toole, B.
 1991 *Guide to Community Based Rehabilitation Services*. Paris, France: UNESCO
- Rehabilitation Unit, Ministry of Health.
 1990 *A Report on eight Community Based Rehabilitation (CBR) projects*. Harare. Zimbabwe.
 1991 *Guidelines for implementing Community Based Rehabilitation in communal areas of Zimbabwe*. Harare. Zimbabwe.
- Serpell, R.
 1986 Specialised centres and the local home community: children with disabilities need them both. *International Journal of Special Education* 1(2).
- Werner, D.
 1977 *Where there is no doctor*. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.
 1987 *Disabled village children*. Palo Alto, California: The Hesperian Foundation.
- Wolf Vereecken, M.
 1993 *Cerebral palsy children in Africa, early identification and intervention*. Amsterdam: TOOL.