

Cijferfetisjisme, patronage en bureaucratie Hoe Primary Health Care wordt aangepast aan de belangen van bestuurders in Zuid-Sulawesi, Indonesië¹

Peter van Dalen

Evenals elders in de wereld stuit de implementatie van Primary Health Care (PHC) in Indonesië op grote problemen. Vooral kwalitatieve aspecten van gezondheidszorgontwikkeling worden verwaarloosd. Voor de verklaring hiervan richt dit artikel zich op structurele en sociaal-culturele processen die zich binnen en buiten de overheidsbureaucratie afspelen en die effectieve PHC-implementatie in de weg staan. Verantwoordelijken voor PHC-implementatie blijken PHC-beleid aan te passen aan hun eigen belangen én de mogelijkheden die de bureaucratistische overheidsorganisatie hun aanreikt. Ze versluieren vervolgens de uitvoeringspraktijk naar hun superieuren toe. Dit artikel beschrijft bij de gratie van welke mechanismen deze gang van zaken kan bestaan. Bovendien hebben lokale elitegroepen in Zuid Sulawesi zich machtsposities toegeëigend in lokale bestuurlijke structuren. Hierdoor kunnen lokale patronagebelangen in de bestuursstructuur vorm krijgen door onderschikking van ontwikkelingsbeleid aan bestuurlijke belangen. PHC-beleid blijkt in Indonesië een zaak van Binnenlands Bestuur.

[Primary Health Care, implementatie, schakelingenperspectief, gezondheidszorg, patronage, bureaucratie, Sulawesi, Indonesië]

Primary Health Care (PHC) is een strategie om gezondheidszorg tot ontwikkeling te brengen, waarin niet alleen aandacht is voor medische, maar vooral ook voor economische, humanitaire en sociaal-culturele aspecten van ziekte en gezondheid. Het doel van PHC is gezondheid (szorg) voor iedereen bereikbaar, aanvaardbaar en betaalbaar te maken. De nadruk ligt op preventie, eenvoudige technologie, immunisatie, voorlichting en vooral actieve deelname van de bevolking, zowel in planning als in de uitvoering van gezondheidszorgontwikkeling (Chabot & Streefland 1990; WHO 1978).

Sinds 1978, toen PHC als internationaal concept geaccepteerd werd tijdens de conferentie van Alma Ata, zijn talloze programma's en projecten in de gehele wereld gestart om de theorie in praktijk te brengen. Zo ook in Indonesië. Eind jaren zeventig, begin jaren tachtig, was de Indonesische PHC versnipperd. Er bestonden verschillende programma's voor voeding, immunisatie en family planning. Vanaf 1986 zijn die verschillende onderdelen geïntegreerd in het *posyandu*-programma.² Dit is een landelijk

programma dat de overheid in geheel Indonesië implementeert. De *posyandu* is in feite een gezondheidspost in dorpswijken waar verpleegkundigen in samenwerking met dorpsvrijwilligers allerlei vormen van preventieve zorg dienen uit te voeren. Daartoe behoren moeder- en kindzorg, immunisatie, familie planning, gezondheidsvoorlichting en zwangerschapcontrole.³

Net als elders in de wereld, stuit de implementatie van PHC in Indonesië op grote problemen. Verschillende studies laten zien dat vooral de resultaten op het gebied gezondheidspromotie, voorlichting en bevolkingsparticipatie ronduit teleurstellend zijn. Het zijn de kwalitatieve aspecten van het *posyandu*-programma die worden verwaarloosd.⁴

In de verklaringen voor de teleurstellende resultaten van het PHC-programma in Indonesië zijn grofweg twee, op zichzelf waardevolle, benaderingen te onderscheiden die verschillende accenten leggen in de bestudering van PHC-beleid. Eén benadering, die ik de 'culturele benadering' zal noemen, wijst vooral op de grote kloof tussen op westerse gezondheidszorg georiënteerde PHC-programma's en sociaal-culturele kenmerken van lokale bevolkingsgroepen. De Indonesische versie van PHC sluit bijvoorbeeld niet aan bij lokale percepties over ziekte en gezondheid. Echter, de culturele benadering ontstijgt het lokale niveau niet of nauwelijks en mist daardoor de invloed die besluitvormingsprocessen op verschillende organisatorische niveaus hebben op PHC-uitvoering. De vorm van de aangeboden diensten blijft buiten het gezichtsveld.

Een tweede benaderingswijze benadrukt de invloed van politieke besluitvorming op de kwaliteit van PHC-beleid en karakteriseer ik daarom als 'politieke benadering'. Hierin wordt gewezen op het sterk centralistische karakter van het Indonesische PHC-programma. Het *posyandu*-programma is rigide en strak top-down geregisseerd. Het laat geen landelijke variatie toe (Santosa 1988), en dat in een zo groot en divers land als Indonesië. In de huidige vorm kan het Indonesische PHC-beleid daardoor onmogelijk aansluiten op lokale percepties.

Deze politieke benaderingswijze besteedt meer aandacht aan de rol van de overheidsbureaucratie op PHC-implementatie en richt zich wat meer op de kwaliteit van de aangeboden diensten, maar gaat naar mijn mening nog teveel uit van normatieve schema's die aangeven hoe PHC-implementatie er idealiter uit zou moeten zien. Het richt zich teveel op het nationale niveau en te weinig op niveaus tussen het centrum en de lokale bevolking. Te weinig zijn de processen beschreven die zich binnen de overheidsbureaucratie afspelen en hoe die beleidsuitvoering beïnvloeden. Vooral de rol van bestuurders, bureaucraten en beleidsuitvoerders binnen het overheidsapparaat is in vele studies onderbelicht gebleven. Dat is een gemis, want zij hebben grote invloed op de uiteindelijke vorm en inhoud van PHC-beleid.

Om beter te kunnen bestuderen wat er zich tijdens implementatieprocessen afspeelt binnen de overheidsbureaucratie is gebruik gemaakt van het Schakelingenperspectief (ook wel meer-niveau-perspectief genoemd). Deze methodologische benadering verschaft bij uitstek inzicht in implementatieprocessen.

Het begrip schakeling is een attenderend begrip. Het vraagt aandacht voor koppelingen of bindingen tussen en binnen organisatorische niveaus⁵ (Schoorl 1989: 3). Een schakeling kan gezien worden als 'uitwisseling van informatie' (Nas 1989: 7). Informatie gaat, in welke vorm dan ook, van niveau naar niveau via mensen en middelen.

Onderzoekers die het Schakelingenperspectief hanteren gaan ervan uit dat zulke informatie tijdens de uitwisselingen veranderingen ondergaat.

In het Schakelingenperspectief worden verticale, horizontale en historische schakelingen onderscheiden (Van der Geest 1993). De verticale schakelingen die in dit artikel beschreven zijn duiden op schakelingen tussen hiërarchisch gerangschikte lagen van het Indonesische bureaucratische systeem. Horizontale schakelingen die gedefinieerd zijn als verbanden binnen één organisatorisch niveau, zijn hier uitgewerkt als verbanden tussen verschillende departementen en tussen het overheidsapparaat en instituties van de samenleving. Historische schakelingen verwijzen naar veranderingsprocessen, naar ontwikkelingen van schakelingen in de loop der tijd.⁶

Het beschrijven en bestuderen van zulke schakelingen verschaft meer inzicht in hoe met beleid omgesprongen wordt, hoe het wijzigingen ondergaat van het ene niveau naar het andere, welke aanpassingen plaatsvinden en vooral om welke redenen.

In dit artikel zal het Schakelingenperspectief toegepast worden op ambtenaren die op districts- en onderdistrictsniveau verantwoordelijk zijn voor de implementatie van overheidsbeleid.⁷ Grindle noemt hen *implementors*. *Implementors* zijn "middle-level officials who have responsibility for implementing programmes in a specific, relatively constricted area – a state, a district, a province, or an urban zone – and who are held responsible for program results by their superiors" (Grindle 1980: 197). De 'regionale beleidsverantwoordelijken' vormen geen homogene categorie: afhankelijk van hun positie in de overheidsbureaucratie, of binnen het eigen kantoor, bezitten zij verschillende taken en verantwoordelijkheden en meer of minder invloed op beleid. Kenmerkend voor deze ambtenaren is dat ze over hun beleid verantwoording moeten afleggen aan hun superieuren. Opvallend is ook dat de regionale beleidsverantwoordelijken in Indonesië zich bevinden in het Departement van Binnenlandse Zaken, ook waar het gaat om implementatie van gezondheidszorgbeleid.

De regionale beleidsverantwoordelijken voor medische zaken zijn met name geen beleidsuitvoerders. In Indonesisch PHC-verband behoren verpleegkundigen, artsen en vrijwilligers die het *posyandu*-programma uitvoeren dus niet tot deze groep. Ook sectorale medisch specialisten behoren niet tot de categorie van regionale beleidsverantwoordelijken.⁸ Sectorale medisch specialisten behoren tot het Departement van Gezondheid. In die positie zou men mogen verwachten dat medisch specialisten de vrijheid hebben om medisch beleid naar eigen inzicht te bepalen en dat zij daarvoor verantwoordelijkheid dragen. Maar hebben zij daar in Indonesië de mogelijkheden voor? Hoe verhoudt zich de positie van medisch specialisten van het Departement van Gezondheid tot die van de regionale beleidsverantwoordelijken van Binnenlandse Zaken? Wie dragen de (eind)verantwoordelijkheid voor het PHC-beleid in Indonesië? Welke gevolgen heeft dat?

Velen van de regionale beleidsverantwoordelijken die belast zijn met de implementatie van PHC, zijn van 'origine' artsen, verpleegkundigen of anderszins medisch deskundigen. De taakuitoefening van regionaal beleidsverantwoordelijke moet dan ook meer gezien te worden als een 'rol' die een persoon binnen het overheidsapparaat speelt. In Indonesië bevinden de regionale beleidsverantwoordelijken zich in het Departement van Binnenlandse Zaken. De hoofdtaken van ambtenaren van Binnen-

landse Zaken liggen op het vlak van Binnenlands Bestuur. De vraag is dus of de rol als medisch deskundige nog gespeeld kan worden door iemand die zeer sterk rekening moet houden met bestuurlijke belangen, met name in een land waar het centrale gezag onder andere via het Departement van Binnenlandse Zaken streng toezicht houdt op politieke en maatschappelijke ontwikkelingen.

Het doel van dit artikel is niet om oorzaak en gevolg van matige beleidsuitvoering uiteen te rafelen, want dat zou onvermijdelijk een 'kip en ei' verhaal worden. Neen, het doel is om de processen die zich afspelen binnen de overheidsbureaucratie in Indonesië te beschrijven. De centrale vraag daarbij is: welke invloed hebben groepen of instituten op hogere en lagere organisatorische niveaus en in de samenleving op het functioneren van de regionale beleidsverantwoordelijken?

De resultaten die ten grondslag liggen aan dit artikel komen voort uit medisch-anthropologisch onderzoek uitgevoerd in Zuid-Sulawesi.⁹ De resultaten zijn aangevuld met literatuurstudie. In het onderzoeksgebied wonen Buginezen en Makassarers, twee etnische gemeenschappen die op alle maatschappelijke vlakken nauw met elkaar verweven zijn.¹⁰ Wanneer in dit artikel informatie gegeven wordt over de Buginese en Makassarse samenleving dan is de relevantie beperkt tot het gebied waar zij leven. Veelal wordt gesproken over Indonesische facetten van sociaal-maatschappelijk leven. Dan heeft de informatie geldigheid voor de Indonesische bureaucratie in het algemeen.

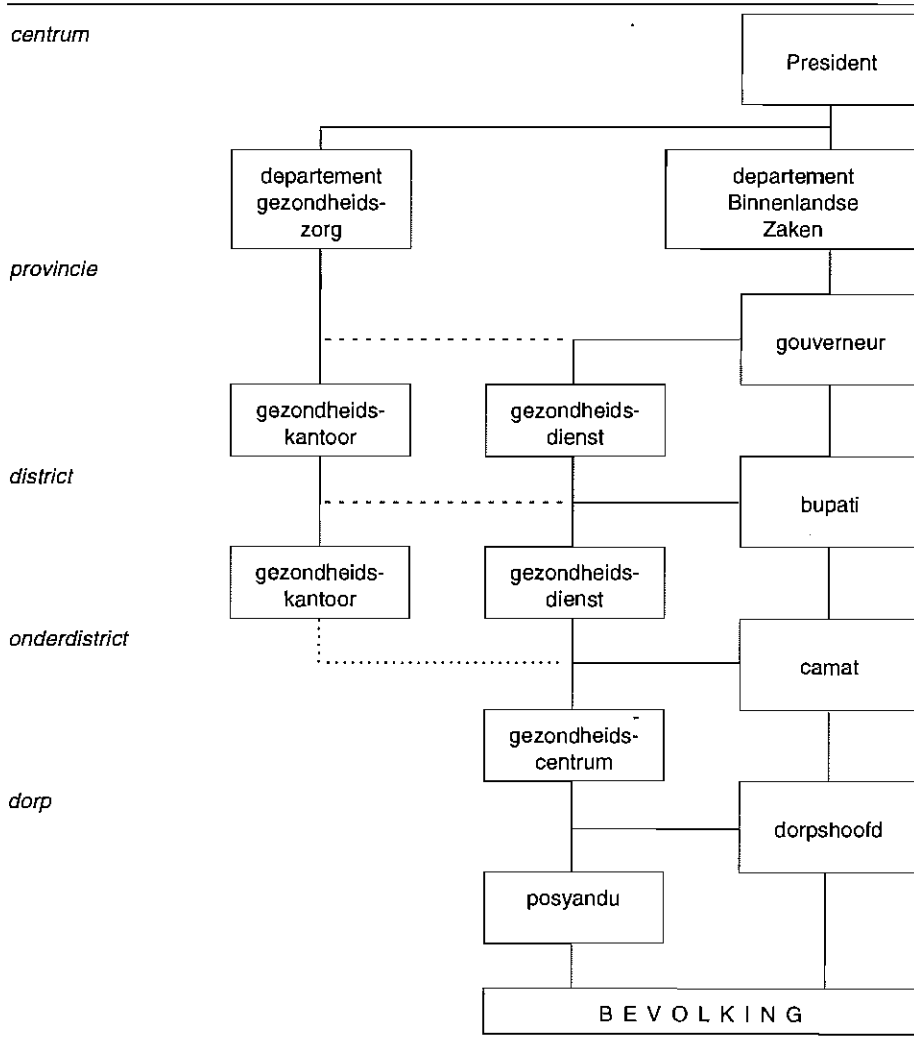
Overheidsstructuur

Om de rol van regionale beleidsverantwoordelijken in PHC-implementatie in Zuid-Sulawesi te begrijpen is het allereerst van belang om inzicht te hebben waar zij zich bevinden binnen de bureaucratische structuren van het overheidsapparaat. Daartoe zijn normatieve uitgangspunten van overheidsbeleid en PHC-implementatie in deze paragraaf afgezet tegen praktijkervaringen. In schema 1 zijn mijn bevindingen uit het onderzoeksgebied verwerkt.¹¹

De technische, sectorale departementen hebben in Indonesië normaal gesproken op provinciaal-, districts- en onderdistrictsniveau een vertegenwoordigend 'kantoor' (*kantor*). Dat geldt dus ook voor het Departement van Gezondheid. Daarnaast hebben de bestuurshoofden per niveau (de gouverneur, *bupati* en *camat*) eigen uitvoerende instellingen of 'diensten' (*dinas*) die deel zijn van het Departement van Binnenlandse Zaken. De vaststelling van het PHC-beleid, compleet met budget, vindt plaats in het centrum op het Departement van Gezondheid. Maar de implementatie en operationalisatie van het *posyandu*-programma is de verantwoordelijkheid van de gezondheidsdiensten, en dus van Binnenlandse Zaken.

De uitvoering van de *posyandu* vindt plaats vanuit de *puskesmas* (het gezondheidscentrum). In de *puskesmas* zijn artsen en verpleegkundigen verantwoordelijk voor de directe uitvoering van onder andere de *posyandu*. In Zuid-Sulawesi is het echter deel van Binnenlandse Zaken.¹² Het hoofd van de *puskesmas* is namelijk rechtstreeks verantwoording verschuldigd aan de *camat*, die een ambtenaar van Binnenlandse Zaken is.

Schema 1 De verbanden tussen de Departementen van Binnenlandse Zaken en Gezondheid in het district Gowa in Zuid-Sulawesi



De sectorale gezondheidskantoren bevinden zich in de overheidsbureaucratie 'naast' de gezondheidsdiensten van Binnenlandse Zaken. Dit naast elkaar bestaan van *kan-tor* en *dinas* is opmerkelijk. In de meeste landen bepalen medisch specialisten van het Departement van Gezondheid de planning en uitvoering van het medisch beleid.

Zo niet in Indonesië. De lijn voor PHC-planning en uitvoering volgt geen rechte lijn van het centrale Departement van Gezondheid naar de dorpen. Er zit een 'knik' in de beleidslijn richting de uitvoeringsorganen van de gouverneur, *bupati* en *camat*. Een knik dus naar Binnenlands Bestuur. Voor de overheid is gezondheid (szorgontwikkeling) een deel van de nationale *pembangunan* (ontwikkeling; zie ook volgende paragraaf). En nationale ontwikkeling is de verantwoordelijkheid van Binnenlands Bestuur.

Dit heeft tot gevolg dat twee typen 'professionals' zich naast elkaar bevinden in de overheidsbureaucratie, namelijk de sectorale medisch specialist en de beleidsverantwoordelijke voor medische zaken van Binnenlandse Zaken. Ze hebben een verschillende verantwoordingslijn. De beleidsverantwoordelijken voor PHC-implementatie die werkzaam zijn in de gezondheidsdiensten, zijn vaak wel medisch opgeleid (arts of verpleegkundige), maar omdat zij verantwoording af moeten leggen aan het hoofd van de *dinas* – en die op zijn beurt aan de *camat*, *bupati* of gouverneur – beheersen belangen van Binnenlands Bestuur uiteindelijk het medisch beleid. De centrale figuren van Binnenlandse Zaken zijn immers bestuurders.

De sectorale medisch specialisten worden niet via hun eigen verantwoordingslijn beperkt door bestuurlijke belangen, maar zij bezitten tevens geen eindverantwoordelijkheid over PHC-implementatie. Hierdoor hebben de sectorale specialisten weinig invloed op de uitvoering van het beleid. Het volgende voorbeeld illustreert de beperkte invloed van het Departement van Gezondheid op beleidsuitvoering.

In het district Gowa zijn er in de verschillende onderdistricten geen sectorale kantoren voor gezondheidszorg. Op het districtskantoor houdt een aantal 'medisch specialisten' eigenlijk alleen wat wekelijkse en maandelijkse rapportages bij. Van bemoeienis met beleid is zeker geen sprake. Het hoofd van de *dinas* en van het *kantor* in het district is bovendien dezelfde persoon. Zo zijn conflicten tussen beide instituten vrijwel uitgesloten. Bovendien is de 'lijn' van het districtskantoor van het Departement van Gezondheid naar de *puskesmas* erg zwak. Het kantoor heeft geen invloed op de medische praktijk van de *puskesmas*.

In de nabije toekomst wil men het aantal sectorale districtskantoren van gezondheidszorg in Zuid-Sulawesi terug brengen van 12 naar 3 of 4. "Omdat er zo weinig werk om handen is", meldde het plaatsvervangend hoofd van de *kantor* (er is een plaatsvervangend hoofd, omdat het formele hoofd er nooit is; die zit altijd op de *dinas*). Dit betekent dat het Departement van Gezondheid, dat in het onderzoeksgebied feitelijk al gereduceerd was tot een administratief orgaan nog minder invloed krijgt op PHC-beleid. De dominantie van de *dinas*, en daarmee van het Departement van Binnenlandse Zaken, wordt juist groter.

In Indonesië bevindt de sectorale medisch specialist zich dus naast de medisch beleidsverantwoordelijke en heeft beduidend minder invloed. Door de knik in de beleidslijn is het Departement van Binnenlandse Zaken uiteindelijk verantwoordelijk voor PHC in Indonesië. Bureaucraten domineren zo het PHC-beleid. Hun belang is voornamelijk een politiek-bestuurlijk belang, zodat nationale en lokale politieke motieven de medische

praktijk beïnvloeden. Door de dominantie van Binnenlandse Zaken hebben de medisch specialisten op het Departement van Gezondheid geen mogelijkheden om op basis van inhoudelijke en medische argumenten het PHC-beleid uit te voeren of te wijzigen.

Een aantal processen dat zich binnen deze bureaucratische context afspeelt, en de invulling die de regionale beleidsverantwoordelijken aan hun functie geeft, wordt in de volgende paragrafen geschetst.

Cijferfetisjisme

Tijdens bezoeken aan *kantor* en *dinas* valt telkens de enorme hoeveelheid boekhoudkundig materiaal op. Stapels aan formulieren, cijferlijsten en rapporten. Deze staan vol met getallen, grafieken en tabellen. Waarom deze nadruk op cijfermateriaal?

In het centralistische ontwikkelingsbeleid in Indonesië wordt veel gewerkt met streefcijfers (targets). Een streefcijfer duidt meestal op het minimale aantal mensen, of het percentage van de doelgroep, dat bereikt moet worden in de uitvoering van het programma. Voor vrijwel alle onderdelen van de *posyandu* (immunisatie, moeder- en kindzorg, voorlichting, het aantal actieve vrijwilligers, participatiegraad van de bevolking) worden streefcijfers vastgesteld.

Aan de hand van de behaalde percentages wordt vervolgens op hogere beleidsniveaus het succes van de *posyandu* gemeten. Uit de gerapporteerde cijfers en percentages is echter de oorsprong van die getallen niet meer te herleiden. Een voorbeeld is het streefcijfer voor bevolkingsparticipatie.

De officiële maat voor participatie is het totaal aantal kinderen onder vijf jaar dat op de *posyandu* gewogen wordt, gedeeld door het totaal aantal kinderen onder vijf jaar dat behoort tot het territorium van die *posyandu*, maal honderd procent. In het onderzoeksgebied was dat streefcijfer vastgesteld op 75%.

In veel gevallen is het totaal aantal kinderen onder vijf jaar niet bekend. Meestal gebruikt men het aantal kinderen dat geregistreerd is door de vrijwilligers. Dat getal is ongeveer gelijk aan het aantal kinderen dat de *posyandu* met enige regelmaat bezoekt. Het grote aantal kinderen dat nooit komt wordt zo niet meegeteld en het gerapporteerde streefcijfer is dan altijd hoog.

Uit het streefcijfer is niet meer te zien welke vorm of kwaliteit de participatie had. In feite geeft het getal slechts een opkomstpercentage aan. Dat is op intermediaire bureaucratische niveaus ook de betekenis geworden van participatie: "*kalau diterima ada partisipasi*" (als het [programma] ontvangen wordt is er participatie). Daarmee wordt de inhoud eenvoudig gereduceerd tot passieve deelname.

De betekenis van participatie staat in geen verhouding meer tot wat de WHO bedoelde: "actieve deelname van de bevolking in de planning en uitvoering". Een ander voorbeeld komt uit het voedingsonderdeel van de *posyandu*.

Een essentieel onderdeel, want door kinderen elke maand te wegen kunnen gevallen van ondervoeding tijdig opgespoord worden en verholpen. Bovendien zou juist de voorlichting hierop moeten aansluiten. Het invullen van de registratieformulieren is echter belangrijker geworden dan het wegen zelf en de conclusies en consequenties die daaraan verbonden zouden kunnen worden. Verplegers of vrijwilligers verbonden bijvoorbeeld geen consequenties aan dalingen in de groeigrafieken van kinderen. Het was geen aanleiding om vragen te stellen of voorlichting te geven. De weegschalen waren zelfs niet goed geijkt. Afwijkingen van 200 tot 400 gram (telkens een te hoog lichaamsgewicht aangevende) kwamen regelmatig voor. Eénmaal constateerde ik zelfs een afwijking van 1 kilo! Het scheen niemand echt te deren. Er werden geen conclusies aan verbonden. Het betekent wel dat veel gevallen van ondervoeding niet of niet tijdig onderkend worden.

Het verkrijgen van volledig ingevulde registratielijsten is voor verpleegkundigen blijkbaar belangrijker dan de betekenis van de uit te voeren handelingen. Dat is ook wel begrijpelijk, want cijfers zijn voor beleidsverantwoordelijken op hogere niveaus de maat voor prestatie. Een behaald streefcijfer toont de competentie van de verpleegkundige. In feite is de hoeveelheid boekhoudkundig materiaal symbolisch voor het belang dat in de organisatie gehecht wordt aan 'correcte' rapportage. Het grootste deel wordt uiteindelijk niet eens gebruikt (Van Veggel 1991: 23-26). De herkomst van de cijfers en dus de betekenis ervan is blijkbaar ondergeschikt aan het belang van een 'correcte' registratie.

Maar waarom wordt zoveel waarde gehecht aan optisch correcte cijfermatige rapportages van PHC-uitvoering? Waarom doen zowel verpleegkundigen als regionale beleidsverantwoordelijken hogerop in de bureaucratie daaraan mee? Welnu, ten eerste is het voor medisch personeel van de *puskesmas* een manier om door te gaan met statusverlenende activiteiten, waartoe gezondheidspreventie niet behoort. Ten tweede staan beleidsverantwoordelijken op intermediaire niveaus niet te springen om inhoudelijke toetsingen. Beide zal ik nader toelichten.

De wens van de regering om meer aandacht te besteden aan preventieve gezondheidszorg botst met persoonlijke belangen van verpleegkundigen. In de dagelijkse praktijk ligt de nadruk van verplegend personeel op curatieve zorg. Curatieve zorg verleent aan verplegers aanzienlijke persoonlijke status. Dit in tegenstelling tot preventieve zorgtaken.

Veel verplegers hebben naast het werk in overheidsdienst ook een privépraktijk. Daar verlenen zij slechts curatieve zorg, omdat preventie geen rijst op het bord brengt. Dorpsbewoners vragen ook veel om injecties en medicijnen. Alleen voor het directe en snelle resultaat dat zij zien van medische ingrepen, hebben ze geld over. Westerse medicijnen nemen inderdaad vaak snel symptomen weg. Mede daarom ziet de bevolking meestal het belang van preventie niet; het resultaat is niet direct zichtbaar.

Verder onderscheidt de technische curatieve kennis van verpleegkundigen hen juist van het 'gewone volk' (Sciortino 1992a: 140-141). Die kennis verleent hun aanzien.

De bevolking is volgens hen "nog niet bewust" van de voordelen van westerse gezondheidszorg (*masyarakat belum sadar*). Ook is de bevolking "dom" (*bodoh*). Volgens de medisch specialisten houdt de bevolking vast aan traditionele verklaringsmodellen voor ziekte en gezondheid. De verpleegkundigen noemen het bijgeloof, waar zij veel afstand van nemen.

Artsen en verpleegkundigen hebben veel belang bij het opwaarderen van curatieve zorgtaken ten koste van preventieve taken. Preventieve gezondheidszorg levert hun immers geen financiële middelen, status of aanzien. Preventie interesseert ze niet, dus besteden ze er weinig aandacht aan en voeren ze delen van de *posyandu* niet uit.¹³

Het komt verpleegkundigen eigenlijk goed uit dat de instructies in PHC-beleid zoveel streefcijfers bevatten, want de registratie daarvan kan gemakkelijk gemanipuleerd worden. Cijfermatige rapportages onthullen bovendien niets over de kwaliteit van de uitgevoerde taken. Dat zagen we bijvoorbeeld bij het wegen van kinderen, waar totaal geen consequenties aan verbonden werden. Dit is echter niet in de rapporten terug te vinden, want daarin hoeft alleen het aantal gewogen kinderen te worden vermeld. De fictieve voorstelling van zaken in cijfers verhuult de praktijk (Sciortino 1992a: 129) en geeft verpleegkundigen de mogelijkheid door te gaan met curatieve statusverlenende activiteiten.

Daarbij komt dat de verpleegkundigen worden beoordeeld op het behalen van streefcijfers. Voor eventuele promotie zijn zij (mede) afhankelijk van hun individuele 'ranking'. Verplegers kunnen ranking-punten scoren door streefcijfers te halen. Het behalen van streefcijfers is voor de individuele verpleger veel belangrijker dan de inhoud en kwaliteit van de geleverde zorg.

Regionale beleidsverantwoordelijken hechten geen waarde aan het kritisch bekijken van de herkomst van de gerapporteerde getallen. Zouden de beleidsverantwoordelijken wel kritisch naar inhoudelijke aspecten van PHC-beleid kijken, dan stellen ze zich zelf voor groot dilemma: hoe moet beleid dat in het geheel niet aansluit bij de werkelijke situatie in het veld succesvol uitgevoerd worden? Door zich alleen bezig te houden met cijfermatige administratie worden ze niet geconfronteerd met dit dilemma.

De waarde van uiterlijk 'correcte' registraties moet dus ook verklaard worden door de vraag van hogere administratieve niveaus, waar de beleidsverantwoordelijken zitten. Correcte registratie is voor hen voldoende om naar hun superieuren het beeld te schetsen van een goed functionerende *posyandu*. Het voorkomt kritische vragen. En het stelt de superieur tevreden over de resultaten.

Het cijferfetisjisme in Indonesië is een zeer opvallend kenmerk van het centralistische beleid. Dit wordt nog eens versterkt door het bestaan van *Bapakisme* in de Indonesische overheidsbureaucratie. *Bapakisme* verwijst naar gehoorzaamheid aan *Bapak* (vader). De Indonesische ontwikkelingsbureaucratie heeft één leider: de president. Hij draagt ook wel de naam *Bapak Presiden* (Vader President) of *Bapak Pembangunan* (Vader van de Ontwikkeling). Het gebruik van de term *Bapak* verwijst naar de relatie tussen een vader en zijn kinderen (Heryanto 1988: 21). Deze relatie wordt niet in twijfel getrokken, omdat het een 'natuurlijke' is; het 'lot' heeft het zo bepaald (*ibid.*).¹⁴

Leiderschap is zo gecentraliseerd in één persoon. Dat kan de president zijn, maar in de Indonesische overheidsbureaucratie ziet men de vader-zoon relatie overal terug in de verhouding tussen een superieur en zijn ondergeschikten. De superieur, patroon, chef, niveauhoofd of hoe men hem ook noemen wil, wordt met *Bapak* aangesproken. In de Indonesische ontwikkelingsbureaucratie luistert de ondergeschikte altijd naar *Bapak* en hij spreekt hem niet tegen. *Bapak* zelf doet precies hetzelfde naar zijn superieur toe. Ten opzichte van zijn superieur is hij immers ondergeschikte. In sterk gecentraliseerd bestuur met weinig rechtszekerheid voor individuele ambtenaren is het niet ongewoon dat men vertelt wat zijn superieur wil horen. Dit leidt tot het verschijnsel *Asal Bapak Senang* (ABS). ABS betekent zoiets als "als vader maar tevreden is".

ABS is een symptoom van het *Bapakisme*: de gehoorzaamheid aan vader, de leider, en is een typerend kenmerk van Indonesisch centralisme. De blik van de regionale beleidsverantwoordelijken is strak gericht op het centrum. Het *bapakisme* draagt er toe bij dat er geen kritische vragen worden gesteld. Tabellen zonder hiaten zijn een prima manier om 'Bapak' te overtuigen van de juiste uitvoering van zijn instructies. Het leidt tot een versluiering van zwakke PHC-uitvoering.

De traditionele visie op leiderschap legitimeert de positie van superieur ten opzichte van de inferieur en versterkt centralisme.¹⁵ Het rapporteren met alleen kwantitatieve gegevens en het niet stellen van kritische vragen is cultureel geaccepteerd gedrag.

Als de beleidsverantwoordelijken op intermediaire niveaus de opdracht krijgen zelf de uitvoering van de *posyandu* te beoordelen letten ze dan ook totaal niet op de inhoud, zoals zal blijken uit de volgende paragraaf.

Het Speeltoneel

Het extreem geloof in cijfers en het *Bapakisme* leiden ertoe dat regionale beleidsverantwoordelijken zich in de bestuurshierarchie vooral 'naar boven' richten. Ze richten zich op het voldoen aan de eisen van hogerhand. Beleidsverantwoordelijken hebben geen belang bij inhoudelijke toetsing van het PHC-beleid. Als het weer tijd is voor de jaarlijkse beoordeling (*penilaian*) van *posyandu* en *puskesmas*, is het tevens tijd voor een mooi aangeklede schijnvertoning. De beoordeling is typerend voor de manier waarop in de Indonesische bureaucratie vorm boven inhoud wordt geplaatst.

Bij binnenkomst van de eerste *puskesmas* wordt direct de toon van de dag gezet. De leden van het dertien man sterke team lopen in vijf minuten door het gebouwtje. Drie beleidsverantwoordelijken hebben een A-4tje bij zich met een aantal standaardvragen en doen de feitelijke beoordeling. De anderen nemen al snel plaats achter de televisie, waar een populaire Braziliaanse soap-serie te zien is. Tegelijkertijd doet men zich te goed aan het vele eten dat het hoofd van de *puskesmas* en de verplegers tevoren hebben klaargeemaakt.

Met het vragenlijstje wordt gecheckt of bepaalde administratieve boeken en rapporten aanwezig zijn en of die netjes ingevuld zijn. Ook beoordelen ze de hygiëne van de *puskesmas*. Voor alle vragen worden een cijfer (*nilai*) toegekend. Het invullen van de

beoordelingsformulieren gebeurt slordig. Ze worden zelden volledig ingevuld en het cijfermatig beoordelen is een nogal subjectieve bezigheid. Betekent de waarde zes (op een schaal van tien) voor hygiëne dat bijvoorbeeld zes van de tien kinderen met schone naalden gevaccineerd worden? Punten worden ook toegekend voor de 'aankleding' van de *puskesmas*. Bijvoorbeeld als de tuin er netjes uitziet en als het bord voor het gebouw de juiste informatie geeft en duidelijk leesbaar is. Een paar beoordelaars plukken ondertussen de rijpe mango's uit de bomen in de tuin.

De muren van de *puskesmas* zijn behangen met organisatiestructuren, grafieken en tabellen. De grafieken geven de bereikte resultaten van de *puskesmas* aan. Ook de gegevens die het resultaat zijn van PHC-beleid hangen daarbij. Vrijwel altijd vertonen de grafieken een stijgende lijn. De beoordelaars stellen geen kritische vragen. Een aantal malen wees ik hen op enige onvolkomenheden. Na nadere bestudering bleek een tabel onmogelijke resultaten te bevatten. De beoordelaar, ineens bewust van haar taak, berispte de verantwoordelijke, die zich op haar beurt hulde in stilzwijgen. Eén enkele keer is er aandacht voor een uitzonderlijk lokaal initiatief. In een bergdorpje heeft een arts een begeleidingsschema opgesteld voor chronisch zieken in zijn regio. De gezondheidsambtenaren zijn daar enthousiast over, maar jammerlijk genoeg kunnen zij dit niet op de formulieren vermelden, want er is geen ruimte vrijgehouden voor opmerkingen.

De beoordeling van *posyandu* geeft eenzelfde beeld. Op sommige *posyandu*'s is een grafiek te vinden die het percentage baby's en kinderen van één tot vijf jaar van het totale aantal in het dorp aangeeft die per maand gewogen worden. Maar slechts de aanwezigheid van die lijst is voor de beoordelaars van belang. Minder belangrijk lijkt de hoogte van het percentage of hoe het bereikt is. Eén keer vroeg een lid van het team aan een vrijwilliger hoeveel vrijwilligers normaal gesproken actief zijn op deze *posyandu*. Meestal volgt automatisch het standaardantwoord vier of vijf (het vereiste aantal). Maar in dit geval was de vrijwilliger eerlijk. Ze zei "drie, eigenlijk twee". Naar mijn ervaring met deze post klopt dat. De beoordelaar vulde in: vier actieve vrijwilligers.

De *posyandu*'s die beoordeeld worden zijn tevoren geselecteerd. Aan de hand van maandelijkse rapportages kiest de gezondheidsdienst een aantal posten, meestal één of twee per onderdistrict, die het best lijken te presteren. De beste krijgen dan bericht dat ze een beoordelingsteam kunnen verwachten. Dat stelt de vrijwilligers in staat een keurig verzorgde post op te bouwen, waar alle *posyandu*-activiteiten worden nagespeeld. De vrijwilligers zijn voltallig en in uniform. Het dorpshoofd en zijn vrouw zijn aanwezig. Dorpelingen hebben zich verzameld en er wordt muziek gespeeld. Het beoordelingsteam beloont zulke uiterlijkheden goed: de best uiterlijk verzorgde *posyandu* wint een prijs.

Tabellen, grafieken en ander cijfermateriaal vervangen de werkelijkheid. Een blik op de muur waar de resultaten gepresenteerd worden is voor de beleidsverantwoordelijke aanleiding tot een positieve beoordeling. De aanwezigheid van het materiaal is voldoende. Schijnbaar correcte grafieken vormen aanleiding om verder geen vragen te stellen. "Binnen het cultuurpatroon van de organisatie is het beschikbaar zijn van informatie een symbool van bekwaamheid . . . onafhankelijk van de vraag of de informatie nu wèl of niet gebruikt wordt" (Van Veggel 1991: 45).

Lokale patronage systemen: de macht van de andi's

Tot nu toe zijn fenomenen beschreven die in de gehele Indonesische bureaucratie terug te vinden zijn. De structuur van overheidsbureaucratie, het Bapakisme, het cijfer-fetisjisme dragen er alle toe bij dat kwaliteit van PHC-uitvoering ondergeschikt is aan het voldoen aan eisen die centraal gesteld worden. Feit wordt verdraaid tot fictie, vorm wordt boven inhoud gesteld.

De kwaliteit van ontwikkelingsbeleid wordt in Zuid-Sulawesi op nog een andere manier ondermijnd. Daar gebruiken elitegroepen het ontwikkelingsbestuur om hun status en machtsposities, die ze van oudsher in de samenleving hebben, te consolideren. Dit werkt effectief ontwikkelingsbeleid tegen. Het specifieke proces zoals het in Zuid-Sulawesi plaatsvindt zal ik hieronder weergeven.

Patronagesystemen kennen bij de Buginezen en Makassaren een lange traditie en zijn gegrondvest in hun mythologie die verhaalt hoe heersers naar het aardse bestaan kwamen om oorlog en chaos in te dammen. Zij stichtten vorstendommen en herstelden rust en orde. De adellijke families die al eeuwen regeren over de koninkrijkes in Zuid-Sulawesi beschouwen zich als directe afstammelingen van deze heersers. Deze overlevering legitimeert de macht van adellijke families in Zuid-Sulawesi (Brawn 1993: 71).

In de hiërarchie van de vorstendommen bestonden drie standen: de adel, het gewone volk en de slaven (Friedericy 1933). De macht van een vorst ten opzichte van een andere was grotendeels afhankelijk van het aantal adellijken en burgers die hij tot zijn 'volgelingen' kon rekenen. Met een groot aantal volgelingen kon een heerser meer land bebouwen, meer rijkdom verwerven en een groter leger op de been brengen.

Status en statusvergroting zijn van oudsher zeer belangrijk in de Buginese en Makassarse samenleving. Persoonlijke status is een sleutel tot het verkrijgen van meer volgelingen en daarmee meer macht. Tot in de eerste helft van deze eeuw was de 'zuiverheid van bloed' de belangrijkste determinant van individuele status (Friedericy 1933). De mate van bloedverwantschap die terug te voeren was op een 'stichtersfamilie' of helden uit het verleden bepaalde het persoonlijk aanzien. Daarnaast konden persoonlijke eigenschappen (geleerdheid, dapperheid en rijkdom) individuele status enigszins beïnvloeden.

Een belangrijke motor achter statusverwerving is de oppositie tussen groepen van (bloed)verwanten.¹⁶ Binnen één verwantengroep streeft men gezamenlijk naar verbetering van hun positie in de samenleving. Daarbij is de onderlinge hulpvaardigheid binnen één groep groot (Lineton 1975: 109). Omdat elke groep het aanzien probeert te vergroten, bestaat er een zekere oppositie tussen verschillende verwantengroepen (Chabot 1950: 79-80). In het bestaan van een Buginees of Makassar is het welzijn van de groep van essentieel belang (Brawn 1993: 56-57). Individueel gedrag mag niet tegen het groepsbelang ingaan. *Siri* (groepseer)¹⁷ van de groep wordt aangetast indien iemand het prestige van de groep schaadt. Van alle leden van de groep wordt verwacht dat zij handelen in het belang van *siri* van hun groep.

Was vroeger zuiverheid van het bloed de belangrijkste statusbepaler, nu is dat verschoven naar politieke macht en economische rijkdom (Lineton 1975: 33). Sterker dan in koloniale tijden verschaften de komst van een nieuw Indonesisch overheidsapparaat

sinds de onafhankelijkheid en de markt-economie de adel nieuwe mogelijkheden. Door hun traditionele monopolie op bestuursfuncties en hun familie rijkdom kon de adel investeren in bedrijven, dure opleidingen en zich posities verwerven op sleutelposities in het 'nieuwe' overheidsapparaat.¹⁸ Vooral functies binnen het Binnenlands Bestuur kunnen een hoop macht en invloed geven. Dit alles verschafte de adel toegang tot financieel lucratieve posities.

Opvallend is dat niet altijd meer te achterhalen is of een individu van 'hoge' afkomst is. Allen die politieke of economische macht vergaard hebben en van wie de 'zuiverheid van het bloed' niet precies bekend is, geven zichzelf bij voorbaat de (adellijke) titel die past bij hun aanzien: "andi" (Lineton 1975: 101-104).

Voor het 'gewone' volk blijven er nog wel overheidsfuncties over, maar dan iets lager in rang. Bovendien zijn zij voor het verkrijgen daarvan afhankelijk van de elite. In Zuid-Sulawesi is het een bekend verschijnsel dat gegadigden voor een baan als leraar, politieagent of andere overheidsfuncties een forse som geld op tafel moeten leggen. Soms moeten daarvoor duizenden guldens aan het bestuur van een overheidsinstelling betaald worden. Voor iemand die een beroepsopleiding heeft gevolgd en die niet tot het grote leger van werklozen wil gaan behoren, zijn er grofweg twee mogelijkheden: geld lenen van een rijke familie (= familie van adellijke afkomst), of binnen het persoonlijke netwerk iemand zoeken die iets kan 'ritselen'. In beide gevallen leidt het altijd tot afhankelijkheid van de elite.

Aanstelling van nieuwe werknemers (nog afgezien van een eventuele inkoopsom) loopt meestal via persoonlijke netwerken. Om een vacature te vervullen moet wel een formele procedure doorlopen worden, maar persoonlijke relaties bepalen uiteindelijk of men geplaatst wordt en waar men geplaatst wordt.

In de *puskesmas* bleek de meerderheid van de verplegers gebruik te hebben gemaakt van persoonlijke contacten om hun plaatsing te beïnvloeden. Die contacten liepen via de gezondheidsdienst op provinciaal niveau, het kantoor van het hoofd van het onderdistrict, of direct met het hoofd van de *puskesmas*. Dat persoonlijke netwerken een belangrijke rol spelen om een plaats te verwerven in het bestuursapparaat blijkt ook uit het forse aantal familieleden van het hoofd van het onderdistrict dat op zijn eigen kantoor werkzaam is.

Via patroon-cliënt relaties kunnen persoonlijke belangen verdedigd worden. Daarbij is sprake van een wederzijdse afhankelijkheid tussen patroon en cliënt. Iedereen weet dat hij of zij in de toekomst ook afhankelijk is van persoonlijke netwerken om een baan te behouden of hogerop te komen. Degene in de inferieure positie is voor promotie afhankelijk van zijn patroon. Hij of zij zal om die reden de superieur niet in verlegenheid willen brengen. Voor de superieur is het van belang te kunnen rekenen op de loyaliteit van zoveel mogelijk volgelingen. Zijn persoonlijke carrière is onzeker en om zijn positie te versterken zal hij zoveel mogelijk steun zoeken in een persoonlijk netwerk (MacDougall 1981: 63). Het bapakisme kan in deze context functioneren op basis van wederzijdse belangen tussen patroon en cliënt, tussen superieur en inferieur.

Van groot belang voor PHC-implementatie is bovendien dat de persoonlijke netwerken reiken tot in de dorpen. De uitvoering van het PHC-programma volgt namelijk de lijnen van persoonlijke netwerken tot in de dorpen.

Vrijwel alle dorpschouften in het onderzoeksgebied behoren tot adellijke families. Zij selecteren dorpsvrijwilligers op basis van hun familie- of kennissennetwerk. Het Departement van Gezondheid en de gezondheidsdiensten van Binnenlandse Zaken hebben geen invloed op deze keuzes. De selectie vindt niet plaats op medische overwegingen, maar op basis van loyaliteit aan het dorpschouft. Het directe gevolg is dat grote delen van de bevolking, niet behorend tot de factie van het dorpschouft maar tot facties gelieerd aan religieuze leiders of aan andere adellijke families, niet profiteren van het PHC-programma.

In Zuid-Sulawesi speelt zich dus een proces af waarin sociale patronagerelaties PHC-implementatie beïnvloeden. Adellijke families consolideren hun traditionele machtsposities door belangrijke bestuursfuncties te bezetten. Eenmaal houft van een districts-kantoor, een gezondheidsdienst of het dorp zorgt de patroon ervoor dat hij zoveel mogelijk loyale werknemers binnen zijn kantoor krijgt.

De patroon zorgt ervoor dat zijn officiële ondergeschikte in de ambtelijke hiërarchie tevens behoort tot zijn persoonlijke netwerk. Alleen dan is hij er zeker van dat zijn instructies daadwerkelijk uitgevoerd worden (MacDougall 1981: 62). Maar superieuren zullen diezelfde ondergeschikten niet snel berispen uit angst de loyaliteit van hen te verliezen (ibid.). Patronagenetwerken ondermijnen zo het functioneren van overheidsinstututen omdat ze meer opkomen voor privébelangen dan voor algemeen belang.

Conclusies

Artsen en verpleegkundigen van de *puskesmas* passen de uitvoering van de *posyandu* aan aan hun eigen belangen en de mogelijkheden die de overheidsbureaucratie hun aanreikt. De nadruk op curatieve zorgverlening gaat ten koste van hun preventietaken. De beleidsuitvoerders versluieren de verwaarlozing van kwalitatieve aspecten van gezondheidszorg vervolgens voor hogere administratieve niveaus in cijfermatige rapportages, waaruit de uitvoeringspraktijk niet te herleiden is. Dat wordt hun mogelijk gemaakt omdat beleidsverantwoordelijken, die zich hiërarchisch boven hen bevinden, vragen naar grafieken, tabellen en getallen en het PHC-beleid nooit aan een inhoudelijke toets onderwerpen.

Deze gang van zaken kan bestaan door het sterk centralistische karakter van Indonesische bestuurlijke structuren. Alleen het centrum is verantwoordelijk voor beleidsformulering. Voor regionale beleidsverantwoordelijken en andere bestuurders bestaat daardoor geen noodzaak tot kennis van PHC-uitvoering op de laagste uitvoeringsniveaus; het onderdistrict en het dorp. Zij weten niet, of willen niet weten, dat verpleegkundigen op onderdistrictsniveau uit eigen belang de PHC-plannen wijzigen tijdens de uitvoering. Zij kennen de behoeften en sociaal-culturele organisatie van de bevolking

niet. De beleidsverantwoordelijken hebben daar ook geen belang bij. Instituten als Bapakisme en patronagesystemen maken dat fictieve gegevens over uitvoeringspraktijk van niveau naar niveau doorgeschoven worden in de richting van het centrum. De cijfermatige rapportage is daarbij voldoende om *Bapak* te overtuigen van correcte werkzaamheden. Het is een cultureel geaccepteerde wijze van rapporteren.

Het gebrek aan professionalisme in beleidsimplementatie creëert het kader waarin lokale elitegroepen grote invloed kunnen uitoefenen op ontwikkelingsbeleid. In Zuid-Sulawesi zijn de sectorale kantoren ondergeschikt aan het Departement van Binnenlandse Zaken. En juist in dat departement worden lokale patronagebelangen in sterke mate verdedigd. De adel van Zuid-Sulawesi heeft zich machtsposities toegeëigend in de bureaucratische structuur. Mede vanwege onzekere rechtsposities maakt de adel daarbij gebruik van patronagerelaties om toch enige zekerheid in het behoud van de verworven posities te verkrijgen. Omdat persoonlijk gewin zo boven het algemeen belang staat, gaat dit in sterke mate ten koste van de effectiviteit van ontwikkelingsbeleid en dus ook van PHC.

Aanpassingen van PHC-beleid, die nodig zouden zijn voor effectieve PHC-implementation, kunnen zo niet afgedwongen worden op basis van medische argumenten. De inhoud van PHC-beleid en -uitvoering is ondergeschikt aan de vorm, omdat bestuurlijke 'performance' belangrijker is dan de medische praktijk. Het PHC-beleid is hierdoor ondoorzichtig en oncontroleerbaar geworden.

Het Schakelingenperspectief maakte het mogelijk de beperkingen van zowel de culturele als de politieke benadering in de bestudering van PHC in Indonesië bloot te leggen. De culturele benadering beperkt zich meestal tot de lagere uitvoeringsniveaus waardoor regionale besluitvormingsprocessen buiten het gezichtsveld van de onderzoeker blijven. De politieke benadering heeft wel aandacht voor verschillende niveaus maar door haar nadruk op de vergelijking van nationale doelen met lokale uitvoeringspraktijken, wordt het regionale niveau doorgaans onvoldoende in de analyse betrokken. Beide benaderingen laten daardoor onvoldoende zien hoe gezondheidsdoelen in PHC ondergeschikt worden gemaakt aan belangen van regionaal bestuur.

Het begrip 'regionale beleidsverantwoordelijken' – afgeleid van *Grindle's implementors* en duidend op diegenen die verantwoordelijk zijn voor implementatie van overheidsbeleid op districts- en onderdistrictsniveau – verheldert de verdeling van verantwoordelijkheden binnen het Indonesische overheidsapparaat. Het dwingt te kijken naar wie verantwoordelijk is voor welk beleidsonderdeel. Het verduidelijkt de rol die de beleidsverantwoordelijke aanneemt binnen de overheidsbureaucratie. In combinatie met de bestudering van horizontale schakelingen kon door middel van dit begrip de vinger gelegd worden op processen binnen het overheidsapparaat die de dominantie van het Departement van Binnenlandse Zaken op medisch beleid veroorzaken. Het verdient daarom aanbeveling om de positie van regionale beleidsverantwoordelijken en hun invloed op de kwaliteit van beleid vaker te onderzoeken in studies naar (ontwikkelings)beleidsimplementatie. Uit de analyse van deze Zuid-Sulawesische case-study blijkt dat meer autonomie van het Ministerie van Gezondheidszorg ten opzichte van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en een grotere rol van medische specialisten bij de inhoudelijke toetsing van gezondheidszorgbeleid ten goede zullen komen aan de

kwaliteit van PHC. De vigerende Indonesische politieke constellatie zal echter in laatste instantie de grenzen dicteren waarbinnen gevolg mag worden gegeven aan deze conclusies.

Noten

Peter van Dalen studeerde Culturele Antropologie aan de Universiteit van Amsterdam. Momenteel is hij werkzaam in projectontwikkeling en -ondersteuning op het gebied van welzijn in Amsterdam. Adres: Van Beuningenplein 178, 1051 XA Amsterdam.

1. Dank aan Leontine Visser en Adri Rienks voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.
2. Posyandu is een acroniem voor Pos Pelayanan Terpadu, hetgeen betekent 'geïntegreerde servicepost'.
3. Het Posyandu-beleid is zeer sterk geïnspireerd door internationale ideeën over PHC (vergeleijk Surjaningrat 1984, Depkes 1982, 1990 en 1991 met WHO 1978).
4. Zie onder andere Ten Broeke 1988; Van Dalen 1996; Koesoehjono-Sarwono 1993; Köllman 1992; Sciortino 1992a; Van Veggel 1992; Williams & Satoto 1980.
5. Het begrip 'niveau' is een metafoor voor internationale, nationale, regionale en lokale verbanden van sociale organisatie (Sciortino 1992a: 5). 'Niveau' wordt in dit artikel gebruikt omdat enerzijds de Indonesische overheidsbureaucratie in niveaus georganiseerd is en anderzijds om een analyse van schakelingen tussen niveaus mogelijk te maken.
6. Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit artikel richtte zich met name op het districts- en onderdistrictsniveau, zonder de invloeden van hogere en lagere niveaus uit het oog te verliezen. Daarmee is het ideaal van een onderzoeker die het Schakelingenperspectief hanteert, namelijk het bestuderen van alle verticale, horizontale en historische schakelingen, in dit artikel niet bereikt. Met beperkte tijd en middelen is dat niet haalbaar. Vooral de historische schakelingen zijn in dit artikel minder uitgewerkt.
7. Hierna 'regionaal beleidsverantwoordelijken' genoemd.
8. Onder de categorie 'medisch specialisten' versta ik mensen die zich uitsluitend bezig houden met medische beleidsformulering, onafhankelijk van zaken die met Binnenlands Bestuur te maken hebben. Verpleegkundigen zijn wel medisch specialist, maar ik zal hen toch als aparte categorie aanhouden, omdat in hun taken de beleidsfactor ontbreekt (zie verder de paragraaf 'overheidsstructuur').
9. Gedurende de laatste vier maanden van 1994 bestudeerde ik de implementatie van het Indonesische PHC-programma in het district Gowa, gelegen in Zuid-Sulawesi. In dat onderzoek stond de relatie van PHC-implementors met hun sociale, culturele en politiek-bureaucratisehe omgeving centraal. Bovendien onderzocht ik de resultaten van het posyandu programma in negen dorpen van het onderdistrict Pallangga.
10. Voor meer informatie over Buginezen en Makassarers verwijs ik naar Brawn 1993; Chabot 1950; Friedericy 1933; en Lineton 1975.
11. Het schema is een uitwerking van onderzoeksgegevens. Daarbij is gebruik gemaakt van: interviews; informele gesprekken met beleidsuitvoerders, beleidsverantwoordelijken,

bestuurders en andere betrokkenen; het bijwonen van vergaderingen op verschillende organisatorische niveaus, bezoeken aan overheidsinstellingen.

12. Sciortino (1992: 88) plaats de *puskesmas* (en *posyandu*) onder het Departement van Gezondheid. De zeer zwakke verbanden tussen *puskesmas* en het Departement van Gezondheid en de zeer sterke relaties tussen *puskesmas* en Binnenlandse Zaken die ik vond in mijn onderzoeksgebied kunnen die plaats in de overheidshiërarchie in het onderzoeksgebied niet rechtvaardigen.
13. Vaccinatie vormt hierop een uitzondering. Dit is niet strijdig met de argumentatie, omdat een vaccinatie een technisch-curatieve ingreep is, waaraan verpleegkundigen veel aanzien verlenen. De injectie is het symbool bij uitstek van de kracht van bio-medische kennis (Sciortino 1992b).
14. Zie voor een discussie over macht en leiderschap in Indonesië verder: Anderson 1972; en voor een operationalisering hiervan voor Zuid Sulawesi: Errington 1983 en 1988).
15. Let wel: het gaat hier om legitimiteit van leiderschap *binnen* de overheidsbureaucratie. Met name gaat het niet over de legitimiteit van de ontwikkelingsbureaucratie ten opzichte van de bevolking. Veel studies laten zien dat de 'moderne' ontwikkelingsbureaucratie juist niet aansluit bij visies op leiderschap van de bevolking, en daardoor in een legitimiteitscrisis zit. Voor de bevolking dient leiderschap gekoppeld te zijn aan de kwaliteit van iemands persoonlijkheid en aan wederzijdse belangen en niet zozeer aan iemands positie in een hiërarchie. Als de koppeling er niet is, en er bestaat verder geen wederzijds belang tussen leider en de lokale bevolking, worden projecten vaak tegengewerkt of niet uitgevoerd. Voor ambtenaren binnen de overheidsbureaucratie is de claim op 'traditioneel' leiderschap wel legitiem omdat het wel een wederzijds belang tussen inferieur en superieur dient. De superieur is afhankelijk van niet-kritische medewerking van zijn inferieuren en andersom is persoonlijke carrière van de ondergeschikte afhankelijk van de goodwill van zijn baas (voor de verdere uitwerking hiervan in Zuid Sulawesi: zie paragraaf 'lokale patronage systemen').
16. Patroon-cliënt-netwerken en verwantschapsgroepen komen niet geheel overeen, maar vertonen vaak wel grote overlap. Leden behorende tot één patronagenetwerk zijn vaak verwanten van elkaar (Chabot 1933; Lineton 1975).
17. De precieze betekenis van *siri* is moeilijk te geven. Het betekent zowel 'eer', 'schaamte' als 'schande', maar altijd in relatie tot een groep. Als iemand het welzijn van de groep bevordert (meestal een verwantengroep), heeft hij veel *siri*. Als iemand het schaadt is de *siri* (eer) van de groep in gevaar, of treedt *siri* in werking (groepsschaamte of schande) (Brawn 1993: 57). Het is een oude gedragsregel dat geschonden groeps-eer in het openbaar hersteld moet worden, zodat iedereen kan zien dat de eer van de groep hersteld is (Brawn 1993: 59; Chabot 1950: 146).
18. Het verwerven van machtsposities in bestuursfuncties van de overheid door adellijke families is een proces dat tijdens de koloniale periode door de Hollanders in feite gestimuleerd is (Lineton 1975: 44). Ook na het onder 'direct bestuur' plaatsen van Zuid Sulawesi door de koloniale overheersers, begin deze eeuw, behielden de adellijke families hun monopolie op lokale bestuursfuncties. Na de onafhankelijkheid van Indonesië is hierin weinig veranderd.

Literatuur

- Anderson, B.R.O'G.
1972 The idea of power in Javanese culture. In: C. Holt (ed.), *Culture and politics in Indonesia*. London: Cornell University Press, pp. 1-69.
- Brawn, D.B.
1993 *Immanent domains: Ways of living in Bone, Indonesia*. PhD. Michigan: UMI.
- Broeke, Y. ten
1988 *De locaal-politieke context van Primary Health Care programma's in Indonesië*. Doctoraal scriptie. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- Chabot, H.Th.
1950 *Verwantschap, stand en sexe in Zuid-Celebes*. Dissertatie. Groningen: Wolters.
- Chabot, J. & P. Streefland (eds.)
1990 *Implementing Primary Health Care: Experiences since Alma Ata*. Amsterdam: KIT.
- Dalen, P. van
1996 *De invloed van staat en samenleving op PHC-implementatie in Zuid-Sulawesi, Indonesië*. Doctoraal scriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Depkes (Departemen Kesehatan)
1982 *Sistem kesehatan nasional*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
1990 *Pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
1991 *Gotong royong: Saling bantu untuk menjaga agar anak-anak kita tetap sehat dan kuat*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Doorn, J.A.A. van
1994 *De laatste eeuw van Indië: Ontwikkeling en ondergang van een koloniaal project*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Errington, S.
1983 *Meaning and power in a Southeast Asian realm*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
1988 'Embodied sumange' in Luwu. *Journal of Asian Studies* 42(3): 545-70.
- Friedericy, H.J.
1933 *De standen bij de Buginezen en Makassaren*. Dissertatie. Leiden: RUL.
- Geest, S. van der
1987 Tegenstrijdigheden in Primary Health Care: Een schakelingenperspectief. *Sociologische Gids* 34(2): 98-116.
1993 Inleiding: Het meer-niveau perspectief als onderzoeksstrategie. *Medische Antropologie* 5(1): 2-9.
- Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P.H. Streefland
1990 Primary Health Care in a multi-level perspective: Towards a research agenda. *Social Science & Medicine* 30(9): 1025-34.
- Grindle, M.S. (ed.)
1980 The implementor: Political constraints on rural development in Mexico. In: M.S. Grindle (ed.), *Politics and policy implementation in the Third World*. Princeton: Princeton University Press.

- Heryanto, A.
1988 The development of 'development'. *Indonesia* 46: 1-24.
- Koesobjono-Sarwono, S.
1993 *Community participation in Primary Health Care in an Indonesian setting*. Dissertatie. Leiden: RUL.
- Köllman, N.
1990 *Primaire gezondheidszorg in Indonesië: Opzet van posyandu en de participatie van vrouwen in dit programma*. Doctoraal scriptie. Amsterdam: UVA.
- Lineton, J.A.
1975 *An Indonesian society and its universe: A study of the Bugis of South Sulawesi (Celebes) and their role within a wider social and economic system*. Phd. Londen: British Library.
- MacAndrews, C. (ed.)
1986 *Central government and local development in Indonesia*. Singapore: Oxford University Press.
- MacDougall, J.J.
1981 Elite friendship ties and their political-organization functions; The case of Indonesia. *BKI* 137(1): 61-89.
- Nas, P.J.M.
1989 Het schakelingenperspectief. In: P.J.M. Nas, J.W. Schoorl & B.F. Galjart (eds.), *Aanzetten tot een schakelingen-perspectief in de ontwikkelingsociologie*. Development Studies no. 9. Leiden: Vakgroep CA/SNWS.
- Schoorl, J.W.
1989 Voorwoord. In: P.J.M. Nas et al. (eds.), *Aanzetten tot een schakelingen-perspectief in de ontwikkelingsociologie*. Development Studies no. 9. Leiden: Vakgroep CA/SNWS.
- Quarles van Ufford, Ph. et al. (eds.)
1988 *The hidden crisis in development: Development bureaucracies*. Tokyo: United Nations University & Amsterdam: Free University Press.
- Santosa, P.H.
1988 Participation from below in hierarchical bureaucracies: The unsolved dilemma in Indonesian Primary Health Care. In: Ph. Quarles van Ufford et al. (eds.), *The hidden crisis in development: development bureaucracies*. Amsterdam: Free University Press, pp. 211-21.
- Sciortino, R.
1992a *Care-takers of cure: A study of health centre nurses in rural Central Java*. Amsterdam: Jolly.
1992b Het geloof in injecties: Gezondheidswerkers en patiënten op Midden Java. *Medische Antropologie* 4(1):42-33.
- Surjaningrat, S.
1984 *The development of integrated health, nutrition and family planning in Indonesia*. Jakarta: Ministry of Health, Republic of Indonesia.

Veggel, C. van

- 1991 *Data: Feiten of fictie. Knelpunten in het informatiesysteem van een basisgezondheidszorgvoorziening in Midden Java, Indonesië*. Doctoraal scriptie. Maastricht: RUL.

WHO

- 1978 *PHC. International conference on PHC*. Alma Ata USSR 6-12 sept. 1978. Geneva & New York: WHO & UNICEF.

Williams, G. & Satoto

- 1980 Kekuasaan dan artinya bagi orang desa: Kasus LKD Sukodono. *Prisma* 8(3): 16-31.