

9 OPLOSSINGEN

Door alle vrouwen wereldwijd toegang te geven tot voorbehoedmiddelen, zou moedersterfte met 20 tot 35 procent kunnen worden verminderd

CAPTAIN: LEONTIEN LATERVEER, *gezondheidswetenschapper en communicatiemedewerker Wemos*

LEDEN: RACHEL PLOEM, *manager bij WPF/MYBODY*; MEREL MATTOUSCH, *coördinator gezondheidsbudgetten Wemos*;

ANNA MARIA DOPPENBERG, *teamleider communicatie en campagnes Wemos*; FRANKA CADÉE, *verloskundige en bestuurslid*

internationale verloskundigenorganisatie ICM; LEON BIJLMAKERS, *consultant gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden ETC*

Crystal; MICHÈLE RABOUW, *communicatie en pr AMREF Flying Doctors*; EVELINE BRANDT, *journalist met als interessegebied zorg*

Iedereen gezond

IN HET KORT

- Structurele verbetering van ieders gezondheid is een eerste voorwaarde voor het uitbannen van armoede
- Er moeten goed functionerende gezondheidssystemen komen, met voldoende mensen, instellingen en middelen om alle lagen van de bevolking goede zorg te kunnen geven
- Een geïntegreerde aanpak werkt, in tegenstelling tot een 'verticaal' gezondheidssysteem, waarbij één probleem wordt aangepakt en bijvoorbeeld personeel aan de reguliere zorg wordt onttrokken
- Mbedersterfte, een belangrijke aanwijzing voor de staat van het gezondheidssysteem in een land, kan al met bescheiden maatregelen fors dalen
- Er moeten veel meer vroedvrouwen en verpleegkundigen in Afrikaanse landen worden opgeleid

Gezondheid gaat boven alles. Wie gezond is, kan volwaardig leven en werken. Die kan ontsnappen aan de vicieuze cirkel van ziekte en armoede. Daarom ziet team 8 een goede gezondheidszorg in ontwikkelingslanden als het belangrijkste wapen in de strijd tegen armoede.

In de meeste ontwikkelingslanden is het slecht gesteld met de beschikbare gezondheidsvoorzieningen. Niet alleen is er

gebrek aan preventie, medicijnen en apparatuur, er zijn ook onvoldoende zorgverleners om patiënten uit alle lagen van de bevolking, in het bijzonder de allerarmsten, te helpen. Daarom vinden wij het nodig om te investeren in beter functionerende gezondheidssystemen.

Wat is een gezondheidssysteem? De Wereldgezondheidsorganisatie definieert een gezondheidssysteem als activiteiten die gezondheid bevoor-

deren, herstellen of handhaven. Een gezondheidssysteem is dus méér dan een goede gezondheidszorg. Het gaat niet alleen om voldoende zorgpersoneel, materialen en medicijnen, maar ook om goede communicatiemiddelen en transport. Het gaat om voorlichting en preventie, en om het instellen van inspraakprocedures om het zelfbewustzijn van de meest kwetsbare groepen te vergroten zodat zij hun recht op gezondheidszorg laten gelden. Dit moet worden gefinancierd op een rechtvaardige manier, waarbij de allerarmsten bescherming wordt geboden tegen

onevenredig hoge kosten. Wetgeving is van belang en controle op de naleving ervan, zodat mensen niet worden blootgesteld aan de verkeerde medicijnen of zorgverleners met winstbejag. Het is heel belangrijk het systeem in te passen in de bestaande cultuur, en daarbij rekening te houden met het werk van traditionele genezers.

Moedersterfte

Moedersterfte is een belangrijke indicator voor de staat van een gezondheidssysteem, én een van de belangrijkste indicatoren voor ongelijkheid tussen rijke en arme landen. Een goed gezondheidssysteem blijkt te leiden tot een duurzame daling van de moedersterfte, zeker als daarmee de allerarmsten bereikt worden - wat nu nog slecht

lukt. Omdat dit gegeven ons standpunt zo treffend illustreert, willen wij laten zien hoezeer moeders gebaat zijn bij goede gezondheidszorg, en hoe met bescheiden maatregelen grote verbeteringen kunnen worden bereikt. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie is zwangerschap en bevalling doodsoorzaak nummer één voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd. Jaarlijks sterven 530.000 vrouwen wereldwijd aan de gevolgen van zwangerschap; 99 procent van deze vrouwen woont in ontwikkelingslanden. Van alle zwangerschappen is 50 procent ongewenst, met name onder tieners. Onwetendheid, verkrachting en onvoldoende toegang tot voorlichting en voorbehoedmiddelen spelen hierbij een rol. 80 Procent van de moedersterfte

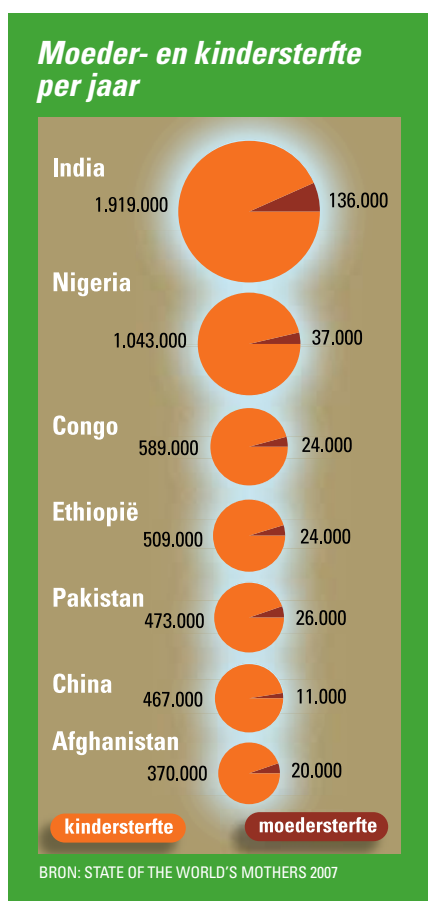
(zie 'gezondheidszorg'). Een paar punten noemen we hier vast.

Goede preventie

Goede preventie hoort bij een goed functionerend gezondheidssysteem. Wat moedersterfte betreft moet er daarom meer aandacht zijn voor de rechten van vrouwen, hun zeggenschap over hun aantal kinderen en vooral: hun toegang tot anticonceptie. Door alle vrouwen wereldwijd toegang te geven tot voorbehoedmiddelen, zou moedersterfte met 20 tot 35 procent kunnen worden verminderd.

In de meeste ontwikkelingslanden is sprake van een ernstig tekort aan zorgpersoneel. Donoren en overheden van ontwikkelingslanden moeten hierin verandering brengen. De gangbare 'ver-

Tachtig procent van de moedersterfte komt door complicaties als infecties of bloedingen, die relatief eenvoudig te behandelen zijn



wordt veroorzaakt door complicaties die relatief eenvoudig te behandelen zouden zijn zoals infecties, zwangerschapsvergiftiging of bloedingen. Maar in ontwikkelingslanden moet meer dan de helft van de vrouwen bevallen zonder begeleiding van geschoolde gezondheidswerkers. Met goed opgeleide lokale verloskundigen zouden honderdduizenden levens gered kunnen worden.

Daar wordt ook nadrukkelijk naar gestreefd in de millenniumdoelen. Het vijfde doel stelt dat in 2015 het aantal vrouwen dat overlijdt in het kraambed met 75 procent moet zijn gedaald ten opzichte van 1990. Dit doel hangt samen met het derde millenniumdoel: gelijke rechten voor mannen en vrouwen. Precies bij deze twee doelen wordt de minste vooruitgang geboekt. De schokkende cijfers en de interviews op de pagina's hierna illustreren dat er nog veel moet gebeuren om gezondheidssystemen te versterken. Enkele belangrijke punten hebben we bij elkaar gezet in een plan van aanpak dat is te lezen op www.9oplossingen.nl

ticale benadering' bij de bestrijding van ziekten (waarbij wordt gefocust op het aanpakken van één gezondheidsprobleem) is niet duurzaam en efficiënt. Verticale programma's die zich bijvoorbeeld alleen richten op aidsbestrijding kunnen zelfs zorgverleners aan het bestaande systeem onttrekken. Bijna de helft van de donorsteun in Rwanda is bestemd voor aids, en veel van deze hulp wordt geboden via speciaal opgezette klinieken. En dit terwijl het percentage hiv/aidspatiënten daar niet bijzonder hoog is (3 procent onder volwassenen). Daardoor kunnen de algemene centra hun zorgpakket niet of nauwelijks verbeteren en kunnen ook andere veelvoorkomende problemen waarvoor onvoldoende aandacht is - zoals voorzieningen om veilig te bevallen - niet worden verbeterd. Laten we liever, met een geïntegreerde aanpak, werken aan de vermindering van alle gezondheidsrisico's.

Als wij eraan kunnen bijdragen dat de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden beter gaat functioneren, slaan we meerdere vliegen in één klap. Zwan-



Moeder in Ethiopië

Het is ochtend en al bloedheet in het dorp van Hawa Mohamed. Ze woont in de Afar-regio, een van de meest achtergebleven gebieden van Ethiopië. Hawa (25) bewoont met haar man Bruhaba Said (40) en hun twee dochtertjes een traditioneel Afarhuis, gemaakt van houten stokken, matten en stukken plastic. Als alles goed was gegaan, had Hawa nu drie kinderen gehad. Na de geboorte van haar oudste dochter Mairo (3) was Hawa al gauw weer zwanger, maar deze bevaling liep uit op een ramp. De weeën waren al een dag bezig toen ze naar het provisorische gezondheidscentrum ging, twee uur lopen van haar dorp. Daar zei men dat het pas voorweeën waren en ze werd weer naar huis gestuurd. Nog twee dagen van zware pijnen en bloedverlies volgden. Weer ging ze naar het gezondheidscentrum; nu moest ze ernaartoe worden gedragen op een mat. Maar daar, met de schaarse faciliteiten, konden ze niets voor haar doen; ze moest naar het streekziekenhuis 300 kilometer verderop. In allerijl zamelde haar familie geld in om een oude auto te huren. Eindelijk aangekomen in het ziekenhuis duurde het nog eens een uur voordat ze werd geholpen. De baby werd met een keizersnede ter wereld gebracht maar was inmiddels overleden.

'Ik heb mijn kindje niet gezien na de geboorte, ik was te zwak en te ziek. Nu heb ik daar spijt van', vertelt Hawa. Omdat ze het doodgeboren jongetje ook geen naam heeft gegeven, is ze voor haar gevoel de moeder van slechts twee kinderen, zegt ze bedroefd.

Eigenlijk had Hawa direct bij aankomst in het ziekenhuis een bloedtransfusie moeten krijgen, maar haar familie kon die niet betalen. De huur van de auto, de operatie, de medicijnen en twee weken ziekenhuisopname kostten in totaal omgerekend 110 euro. Voor nacontroles was ook geen geld meer.

Weer duurde het niet lang voordat Hawa opnieuw zwanger was. Na zes maanden kreeg ze last van dezelfde hevige buikkrampen en hoofdpijnen. 'Ik vroeg God: gaat U weer hetzelfde doen als de vorige keer? Helpt U me toch alstublieft!' Rust nemen kon ze niet want ze moest werken. Haar man kon haar niet helpen, zegt hij: 'Ik moest bij het vee blijven en zij moest het huishouden doen.'

Na negen maanden ging Hawa weer naar het gezondheidscentrum waar ze onder begeleiding van een door AMREF opgeleide verloskundige is bevallen van haar gezonde dochtertje Amina.

Hawa denkt weer iets optimistischer over de toekomst. 'Als ik beter word, wil ik graag meer kinderen. We hebben wel veel geldzorgen maar als God ze me geeft, wil ik er wel tien.'

MET DANK AAN KATJA RAAJMAKERS VAN AMREF FLYING DOCTORS

gere vrouwen zullen ervan profiteren omdat ze gebruikmaken van alle lagen en diensten binnen het gezondheidssysteem. Verbeteringen komen echter niet alleen hen, maar alle inwoners van een land ten goede. Zo wordt een goede gezondheid voor iedereen – mannen, vrouwen en kinderen – bereikbaar. En kunnen miljoenen mensen ontsnappen uit de armoedeval die hen gevangen houdt.

Twee specialisten, één oplossing

'Er is naast moedersterfte geen andere indicator in de gezondheidszorg waarbij de verschillen tussen hier en daar zó groot zijn', zegt Jos van Roosmalen. Hij werkt als gynaecoloog negen maanden per jaar in Nederland, drie maanden per jaar in Tanzania. Sinds kort bekleedt hij ook de leerstoel Nationale en internationale aspecten van Safe Motherhood aan de Vrije Universiteit. 'Neem kindersterfte', zegt hij. 'Die ligt in ontwikkelingslanden vijf tot tien keer zo hoog als hier. Maar de moedersterfte is vijftig tot honderd keer zo hoog!' Van Roosmalen heeft de maternale sterfte in Nederland bijgehouden en onderzocht. Momenteel ligt die rond de 12 op de 100.000 vrouwen, wat ook in westers perspectief erg laag is. 'In ontwikkelingslanden', zegt hij, 'ligt het gemiddelde op 500 per 100.000 vrouwen. Maar de sterftrisico's kunnen ook binnen een land enorm verschillen. De mensen die het relatief goed hebben, lopen een veel kleiner risico dan de allerarmsten.' De hoogleraar kan precies schetsen waarom in Nederland de moedersterfte verminderd is sinds het begin van de twintigste eeuw. Bovenal heeft de groeiende welvaart het cijfer drastisch doen dalen. Bijkomende factoren: meer hygiëne (handen wassen, gemeengoed vanaf 1900), de opkomst van prenatale zorg, veiliger operatietechnieken dus ook veiliger keizersnedes, en de komst van penicilline en bloedtransfusie (rond de Tweede Wereldoorlog). Kortom: sinds het Nederlandse gezondheidssysteem goed functioneert, overlijden er bijna geen vrouwen meer rondom de bevalling, zegt hij.

'Dé uitdaging waar we voor staan: een oplossing vinden voor het enorme gebrek aan geschoold gezondheidspersoneel in Afrika'

UIT DE PRAKTIJK



Vroedvrouw in Malawi

Een oude, armoedige zaal waar ongeveer 20 tot 25 vrouwen dicht op elkaar liggen. Eén vroedvrouw is aanwezig en rent van de een naar de ander. In een hoek ligt een vrouw met een baby'tje op een matras op de grond. 'Zij is een paar uur geleden bevallen, maar haar bed was alweer nodig voor iemand anders.'

Vroedvrouw Nester Moyo (55), werkzaam bij de International Confederation of Midwives, bezocht enige maanden geleden Malawi. Ze laat, nog altijd aangeslagen, de foto's zien van wat zij aantrof in het grootste ziekenhuis in hoofdstad Lilongwe.

In een donkere gang, op harde houten banken, zitten verschillende vrouwen met weeën te wachten tot ze gezien worden. Maar er is geen vroedvrouw, want die is elders bezig. Een klein kamertje dient als apotheek: er staat een gammel kastje met wat instrumenten en medicijnen. Moyo: 'Wanneer ik als vroedvrouw een infuus moest pakken, zou ik willen dat die wat hygiënischer was opgeborgen. Wat georganiseerder, en veiliger. Komt dit doordat die mensen geen benul van hygiëne hebben? Nee! Je hoeft hier maar een half uur te blijven om te realiseren dat er geen tijd is om dingen op te ruimen. Zodra de vroedvrouw zich ervan vergewist heeft dat moeder en kind in orde zijn, rent ze door naar iemand anders.'

Ze toont een foto van de verloskamer. De vloer is afgetrapt en versleten. Flodderige gordijnen hangen tussen de bedden. Daarachter bevallen de vrouwen. 'Zij moeten baren in een omgeving die optimaal is voor bacteriën. Er is vaak geen schoon beddegoed, waardoor infectie nog steeds een van de belangrijkste doodsoorzaken is.'

Als dit het grootste ziekenhuis in Malawi is, dan is de situatie in de kleinere ziekenhuizen in de binnenlanden nog erger, stelt Moyo. 'We hebben meer vroedvrouwen nodig, we hebben meer schoonmakers nodig, we hebben meer nodig van alles en iedereen. Dan zou de ene vroedvrouw tegen de andere kunnen zeggen: maak jij die behandelafel schoon terwijl ik naar die patiënte ga kijken? Nu moet ze het allebei tegelijk doen. Wat ik vooral zo moeilijk vind, is dat slechts bescheiden verbeteringen van het systeem nodig zijn om het leven een stuk beter te maken. Voor de zwangere vrouwen én voor de vroedvrouwen. Dit ziekenhuis, met nieuwe gordijnen, een nieuwe laag verf en nieuw instrumentarium kan een goede plaats zijn om te bevallen. Drie of vier extra schoonmakers, drie of vier extra vroedvrouwen zouden al vele levens redden. Daar is alleen beleid en politieke wil voor nodig. Maar de mensen die dit werk ondanks alles toch nog willen doen, zijn niet in staat om beleidsmakers hiertoe aan te zetten.'

Van Roosmalen: 'In Nederland zijn 98 plaatsen waar je in een ziekenhuis kunt bevallen indien nodig. Door de bank genomen kun je binnen een half uur in een ziekenhuis zijn. Er is een systeem voor vervoer, voor communicatie, voor nazorg. Als je de zorg rond zwangerschap en bevalling wilt verbeteren, moet je het hele gezondheidssysteem verbeteren. Sommige mensen denken dat met een eenvoudige interventie als de ontwikkeling van een hittebestendig middel dat bloedingen stopt, het probleem in Afrika is opgelost. Maar zo simpel is het niet. Het hele gezondheidssysteem moet functioneren, anders doet zo'n middel niks.' Wereldwijd is hier nu grote overeenstemming over, zegt ook Ann Starrs. Zij is vicepresident van Family Care International, een Amerikaanse organisatie die veel doet aan veilig moederschap. Zij geeft enkele redenen waarom moedersterfte in Afrika de afgelopen twintig jaar nauwelijks is afgenomen, millenniumdoelen en tal van andere inspanningen ten spijt. De belangrijkste factor hierbij is het gebrek aan menskracht. 'In Afrika woont ongeveer 30 procent van de wereldbevolking, het continent staat voor 25 procent van de moedersterfte wereldwijd, maar het werelddeel beschikt over minder dan 3 procent van alle gezondheidswerkers wereldwijd. Dit is de fundamentele uitdaging waar we voor staan: een oplossing vinden voor het enorme gebrek aan geschoold gezondheidspersoneel in Afrikaanse landen.' ■

Meer informatie:

www.who.int/hdp/publications/dying_change.pdf; Publicatie: *Dying for Change: poor people's experience of health and ill-health*

www.unmillenniumproject.org/reports/tf_health.htm

Voor overige websites of literatuur: www.9oplossingen.nl