

### Noodverband is niet genoeg

Ellen Verheul,  
teamleider bij Wemos

Johan van Rixtel,  
beleidsadviseur bij Cordaid

De Zambiaanse Western Province wás ooit van Nederland; zoveel Nederlandse artsen werkten er. Met het argument dat voor elke Nederlandse arts er vele Zambiaanse artsen aan het werk gezet konden worden, stopte deze vorm van ontwikkelingssamenwerking in het jaar 2000. Het argument was goed, maar kwamen er ook meer Zambiaanse zorgverleners?

Anno 2009 is het tekort aan medisch personeel nog steeds dramatisch. De opleidingscapaciteit is te laag. Het personeel dat er is, is geconcentreerd in de hoofdstad. Rurale gebieden zijn geen populaire werkplek. Daar ontbreekt het aan toegang tot internet en medische literatuur, supervisie en collega's. Ook het buitenland lonkt. Slechts 33 procent van de in Zambia opgeleide artsen werkt in eigen land; vooral Engeland, de Verenigde Staten en Zuid-Afrika profiteren. In sommige districten is er helemaal geen arts te vinden. De hoge werkdruk en slechte werkomstandigheden demotiveren; frustraties worden soms afgereageerd op patiënten. Meestal reageren die gelaten, maar niet altijd. Verpleegkundigen krijgen soms de volkswaarde over zich heen, bijvoorbeeld als er een baby sterft omdat er geen medicijnen zijn.

De Nederlandse ontwikkelingshulp wordt niet gebruikt voor salarissen van Zambiaans gezondheidspersoneel. Zambia moet structurele uitgaven als salarissen uit eigen zak betalen, om donorafhankelijkheid te voorkomen. Om toch iets te doen aan het schreeuwende personeelstekort, is de Nederlandse ambassade een jaar of vijf

geleden begonnen met een zogeheten *retention scheme* om artsen naar de rurale gebieden te krijgen. Artsen die zich vestigen in de armste districten krijgen een extra voorzieningspakket bovenop hun salaris: zaken als een

lening voor een huis en een zonnepaneel. Dat hielp. Ineens kwamen er zo'n zestig artsen terug naar de districten. Weliswaar met een grote omloopsnelheid en problemen bij de uitvoering, maar toch. Het *retention scheme* is nu overgenomen door de Zambiaanse overheid, wordt financieel ondersteund door meerdere donoren en langzaam uitgebreid naar verpleegkundigen en docenten van de medische opleidingen. Dat is winst.

Ongeveer tegelijk met de introductie van het *retention scheme* namen in Zambia de donor-gefinancierde, ziektespecifieke programma's een enorme vlucht, met aids als absolute koploper. Aan aidsbestrijding alleen besteden overheid en donoren inmiddels 200 miljoen dollar per jaar. (Ter vergelijking: het budget van het ministerie van gezondheid bedroeg in 2007 140 miljoen dollar, ofwel 12 per inwoner.) De ziektespecifieke programma's worden grotendeels door ziekenhuizen en klinieken in de publieke sector uitgevoerd. Met hun enorme budgetten zouden deze programma's een oplossing kunnen bieden voor het personeelstekort. Dit blijkt echter niet het geval. De Zambiaanse onderzoeksorganisatie Chessore bracht met Wemos de effecten op het personeel in vier districten in kaart. Het personeelstekort was in 2006 nog even schrijnend als in 2001, want de ziektespecifieke programma's dragen niet bij aan salariskosten in de publieke sector. Het bestaande personeel is wel blij met de programma's. Onder meer door een betere medicijnvoorziening, extra training en vergoedingen gaat in ieder geval een deel van de dienstverlening erop vooruit. Alleen komt de kwaliteit van de andere dienstverlening onder druk, omdat die een lagere prioriteit krijgt. Een aidsactivist benoemt het effect: 'Als ik de kliniek binnenkom als aidspatiënt, krijg ik aandacht en zijn de pillen gratis. Ben ik een verkeersslachtoffer, dan moet ik aansluiten in een lange rij, word ik geholpen door een gestresseerde verpleegkundige en moet ik betalen voor de behandeling'.

Het is een wrange paradox dat er relatief veel (donor)geld beschikbaar is voor uitvoering en zo weinig voor personeel. Het is ook inconsistent. Waarom niet betalen voor personeelskosten en wel voor kostbare aidsremmers? In beide gevallen gaat het om langetermijnuitgaven die de Zambiaanse overheid niet snel zal overnemen. Een ander obstakel is het ministerie van Financiën. Om het salarisbudget in de publieke sector laag te houden, krijgt het ministerie van Gezondheid maar mondjesmaat ruimte om extra personeel in dienst te nemen. Het gevolg is een onevenredig laag salarisbudget. Voor een arbeidsintensieve sector als de gezondheidszorg is dat funest.

Uiteraard gaat het niet alleen om de kwantiteit en moet het medisch personeel ook goed kunnen

**Er is genoeg geld voor uitvoering, maar te weinig voor personeel**



Leden van een krottenwijkfederatie protesteren tijdens een gezondheidsdag.

beeld: Cordaid

functioneren. De *checks and balances* die het systeem kunnen bijsturen, zijn zwak. Tot voor kort waren er geen functieomschrijvingen voor zorgpersoneel; supervisie en aansturing leken onbekende begrippen. De *medical councils*, die over registratie en kwaliteitscontrole gaan, hebben niet de menskracht om meer te doen dan achter de grootste incidenten aan te rennen. Stakingen voor betere werkomstandigheden of een hoger salaris zijn in het verleden regelmatig beloofd met ontslag of overplaatsing. Medisch personeel durft zich daarom vaak niet uit te spreken. Dat er recent toch werd gestaakt, geeft aan hoe hoog de frustraties waren opgelopen.

Ten tijde van de staking werd de vakbond van verpleegkundigen officieel erkend, na een jaar lang aarzelen door het ministerie van gezondheid. Deze langbevochten erkenning heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat de overheid nu wel een gesprekspartner kon gebruiken. Een geluk bij een ongeluk.

'Aan plannen geen gebrek. Wat ontbreekt, is de uitvoering', aldus dr. Ngulube, coördinator van Chessore. Dus zet Chessore consumenten, pa-

tiënten, hulpverleners en districtsbestuurders om tafel. Juist om de *checks and balances* te versterken. Partners van Cordaid, organisaties van hiv-patiënten en federaties van krottenwijkbewoners organiseren bijeenkomsten met lokale bestuurders en hulpverleners. Dit alles met een verrassend effect. Overleg draagt bij aan begrip van elkaars mogelijkheden en beperkingen. En leidt tot betere plannen en betere dienstverlening. Dit soort initiatieven zijn inspirerend en verdienen uitvoering op veel grotere schaal. Wemos en Cordaid willen de samenwerking van deze organisaties in Zambia stimuleren, zodat ze gezamenlijk de overheid en donoren kunnen aanspreken op de kwaliteit van de dienstverlening.

Nederland heeft aangekondigd na 2011 te stoppen met de steun aan de gezondheidssector in Zambia. Wel blijft de overheid aidsprojecten financieren, terwijl juist daar de donordrukke zo groot is. Een actie voor de Nederlandse bühne? Laten we hopen dat minister Koenders dit besluit snel terugdraait en blijft bijdragen aan het recht van de Zambiaanse bevolking op voldoende en gemotiveerd zorgpersoneel.