



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Afya Jumuishi : towards Interprofessional collaboration between traditional and modern medical practitioners in the Mara Region of Tanzania

Chirangi, M.M.

Citation

Chirangi, M. M. (2013, April 17). *Afya Jumuishi : towards Interprofessional collaboration between traditional and modern medical practitioners in the Mara Region of Tanzania*. Leiden *Ethnosystems and Development Programme Studies*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/20753>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/20753>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/20753> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Chirangi, Musuto Mutaragara

Title: Afya Jumuishi : towards interprofessional collaboration between traditional and modern medical practitioners in the Mara Region of Tanzania

Issue Date: 2013-04-17

Samenvatting

Dit onderzoek omvat een studie naar de samenhang tussen de inzet van personele middelen (*human resources*) en het beleid ten aanzien van dienstverlenende organisaties in de lokale gezondheidszorg. Het onderzoek is uitgevoerd in de Mara Region van Tanzania. Meer in het bijzonder probeert het de belangrijkste variabelen in beeld te brengen die de samenwerking, of juist het gebrek daaraan, tussen de verschillende professionals in de traditionele en moderne gezondheidszorg bepalen, respectievelijk hun medische dienstverlening beïnvloeden. Deze interprofessionele samenwerking is een fase die een *sine qua non* is om te komen tot een volledig geïntegreerde gezondheidszorg, vervat in het concept *afya jumuishi*, in Swahili, de taal van het land.

De steekproef voor deze studie bestaat uit 82 vrouwelijke en 111 mannelijke medische professionals uit zowel het traditionele als het moderne medische systeem in de Mara Region. Voor het moderne systeem bevat de steekproef onder meer artsen, medische assistenten, verpleegkundigen, raadgevers, werkers in laboratoria, radiografie, farmacie, tandartsenpraktijken, gezondheidsmilieus, volksgezondheid, en medische opleiding, terwijl voor het traditionele systeem kruidendeskundigen, vroedvrouwen, besnijders, spirituele genezers, geneesmiddelen verkopers en waarzeggers in de steekproef zijn opgenomen.

De achtergrond voor het initiatief van deze wetenschappelijke studie is de belangstelling voor het probleem van de niet-geïntegreerde medische zorg, niet alleen in Tanzania, maar in meerdere ontwikkelingslanden. Eerdere studies hebben aanbevelingen gedaan ter vergroting van de *efficiëntie*, *doelmatigheid* en *gelijkwaardigheid* van de gezondheidszorg door reorganisaties in de gezondheidssector (cf. Gene 1987; World Bank 1993; Frenk 1994; Gilshon *et al.* 1994; McPake 1994; Chabot *et al.* 1995; Kagodya & Mchomvu, 1996; WHO 1998; Berman & Bosset 2000). Ondanks de politieke wil en de strategische visie die tot uitdrukking komt in de *Tanzania Development Vision 2025* Pg. 10-11, alsook in het *Health Sector Strategic Plan* (July 2009 – June 2015), is de aandacht tot nu toe vooral uitgegaan naar de moderne gezondheidszorg. Daardoor is er een discrepantie ontstaan tussen de verkondigde idealen in de beoogde reorganisatie van de gezondheidszorg en de realiteit van de dagelijkse samenwerking met de genezers in de traditionele zorg.

Zelfs bij het bestaan van de Tanzanian Act No. 23 van 2002, die de traditionele zorg en de alternatieve medische praktijken bestuurlijk regelt, hebben de actoren en de activiteiten in de hervorming van de gezondheidssector van het Ministerie van Gezondheidszorg en Sociale Zaken (2009) de praktische uitvoering van deze wet nog niet geïmplementeerd, die de efficiënte traditionele gezondheidsdiensten bevordert waarin aanzienlijke maar op zichzelf staande inheemse medische kennis, behandelingen, vaardigheden en producten aanwezig is. De traditionele zorg bevat alle handelingen en middelen die niet zijn gebaseerd op moderne allopathische medische principes, maar die zowel een belangrijk positief als negatief effect hebben op de gezondheid van de bevolking. Deze traditionele diensten worden nog steeds gebruikt door mensen uit alle socio-demografische lagen van de bevolking.

In de huidige wereld hebben mensen en hun families van alle bevolkingsgroepen uit alle windstreken toegang tot goederen en diensten ofwel van traditionele, alternatieve of van modern medische systemen, of van een combinatie van deze systemen voor verbetering van gezondheid, zorg voor de leefomgeving, of voor het verkrijgen van zekere sociale status waar zij leven in een plurale medische configuratie. Zoals in vele Afrikaanse landen, leven de mensen in Tanzania in een tijdperk van medisch pluralisme. De gebruikspatronen hangen meer samen met psychosociale factoren zoals geloof, houding en kennis van de inheemse bevolking,

dan met economische of demografische factoren (cf. Slikkerveer 1990). Terwijl er al voorbeelden zijn van succesvolle professionele samenwerking tussen gezondheidspersoneel binnen de moderne medische sector tussen artsen, adviseurs, farmaceuten, geestelijke verzorgers, verpleegkundigen, en andere paramedisch personeel, zijn er in Afrika nog weinig van dergelijke pogingen van interprofessionele samenwerking tussen moderne en traditionele functionarissen. In dit scenario hebben de medische systemen geleden onder slechte coördinatie en niet-geïntegreerde zorg voor cliënten en patiënten.

Ontegengesteld heeft de wereld in de afgelopen eeuw in de moderne geneeskunde nieuwe belangrijke transformaties gezien, zoals de ontwikkeling van nieuwe vaccins, geneesmiddelen, hoogwaardige instrumenten, geavanceerd medisch onderzoek en eradicatie van bepaalde ziekten, zoals Runderpest en Pokken, en een aanzienlijke algemene trend in de toename van de levensverwachting.

Desalniettemin hebben deze ontwikkelingen niet de kloof van ontoegankelijkheid tot gezondheidszorg van ongeveer 40% van de wereldbevolking verkleind, met name in ontwikkelingslanden. Bovendien zijn de meeste geneesmiddelen en technisch hoogwaardige diensten onbetaalbaar voor het merendeel van de bevolking, dat met minder dan een dollar per dag moeten leven. Het is op basis van dit uitgangspunt van het traditionele medische systeem, met de relatief op te brengen kosten en de inbedding in de lokale cultuur, dat traditionele geneeskunde (TM) geïncorporeerd en institutioneel ondersteund moet worden in het formele systeem van gezondheidszorg. Op deze wijze zal Traditionele Geneeskunde (TG) in staat zijn om substantieel bij te dragen en de gezondheid van mensen, zoals ook wordt bevestigd en bevorderd door het World Health Report (WHO 2011).

Sinds de jaren zeventig is er door vele medische beleidsmakers en mensen uit de praktijk een radicale verandering teweeggebracht in de integratie tussen moderne, Westerse en traditionele en alternatieve geneeskundezorg (Pearce 1982). Met behulp van de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) verklaarden de staatshoofden van de Afrikaanse Unie de periode 2000 tot en met 2010 tot *"Het Decennium van de Afrikaanse Traditionele Medische Zorg"* (Kofi - Tsepo 2004). Deze verklaring benadrukt zowel het belang als de goedkeuring die regeringen en internationale instituties geven aan de noodzaak tot volledige integratie van traditionele en alternatieve gezondheidszorg in het nationale gezondheidssysteem. De oproep van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) tot volledige integratie van Traditionele Geneeskunde (TG) heeft tot doel om het officieel te erkennen en te incorporeren in alle gebieden van de verlening van gezondheidszorg. Meer in het bijzonder zou Traditionele Geneeskunde (TG) onderdeel moeten worden van het gezondheidsbeleid van het land in de verstrekking van geneesmiddelen, die gereguleerd zou moeten worden, en traditionele gezondheidsdiensten zouden bij alle gezondheidscentra (zowel privaat als publiek) beschikbaar moeten zijn. Ook zou de traditionele dienstverlening door de zorgverzekering vergoed moeten worden, terwijl onderwijs over Traditionele Geneeskunde (TG) beschikbaar moeten zijn en relevant onderzoek uitgevoerd zou moeten worden. Voordat een volledige situatie van integratie wordt bereikt is het van cruciaal belang om interprofessionele samenwerking tussen functionarissen van het traditionele en moderne medische systemen te eisen waar beiden door cliënten worden bezocht.

Deze studie onderzoekt op welke wijze de verschillende onafhankelijke en interveniërende variabelen verband houden met de afhankelijke variabelen van gedrag van interprofessionele samenwerking tussen traditionele en moderne medische functionarissen uit de Mara Region van Tanzania. De werkelijkheid en de uitdagingen van het niveau van samenwerking tussen hen zal eveneens worden onderzocht.

De algemene doelstelling van dit onderzoek is om de belangrijke factoren te beschrijven, te analyseren en te documenteren die samenhang vertonen met collaboratief gedrag in het kader van de verlening van gezondheidszorg door traditionele en moderne medische functionarissen in de Mara Region van Tanzania. Zowel kwalitatieve als kwantitatieve onderzoeksmethoden en technieken zijn toegepast om data te verzamelen en om de verschillende categorieën van factoren op zowel het individuele als op het systeem niveau te analyseren, die onderling verband vertonen met interprofessionele samenwerking tussen functionarissen van de twee systemen (traditioneel en modern). Verschillende inzichten in de uitdagingen en werkelijkheden van Traditionele Geneeskunde (TG) in de praktijk worden ook genoemd en naar voren gehaald om de vooruitzichten van Tanzania te benadrukken op weg naar een volledig geïntegreerd systeem van gezondheidszorg. Teneinde deze algemene doeltelling te realiseren, zullen zeven specifieke vraagstellingen bereikt moeten worden, te weten:

Ten eerste, de theoretische oriëntatie aangaande interprofessionele samenwerking te bespreken als niveau tot geïntegreerde gezondheidszorg in een pluralistische medische configuratie als een belangrijk onderdeel van de hervorming van de gezondheidssector;

Ten tweede, het beschrijven van de Mara Region van Tanzania als het onderzoeksgebied in termen van haar sociografie, patronen van levenswijze en culturele kenmerkende, alsmede de gezondheid van de inwoners;

Ten derde, het beschrijven van de hervormingen van de gezondheidssector van Tanzania, en de uitdagingen die aan het huidige traditionele medische systeem worden gesteld.

Ten vierde, het uitwerken van de belangrijke factoren en hun beschrijving, die samenhangen met patronen van interprofessioneel samenwerkingsgedrag tussen de traditionele en moderne medisch functionarissen;

Ten vijfde, het presenteren van een inheemse classificatie van medicinale planten die algemeen gebruikt worden in de Mara Region van Tanzania.

Ten zesde, het analyseren van gegevens en het presenteren van resultaten tot aan het uiteindelijke analytische model met aanduiding van de sterkte van correlaties tussen de blokken van variabelen met de variabelen van gedrag van interprofessionele samenwerking tussen de traditionele en moderne medisch functionarissen van de Mara Region; en

Ten zevende, het presenteren van de theoretische, methodologische en beleidsimplicaties. Bijgevolg het formuleren van passende aanbevelingen die gericht zijn op integratie en verbetering van Traditionele Geneeskunde (TG) in het medische systeem van Tanzania ten behoeve van de verlening van kwalitatieve, toegankelijke, betaalbare en menselijke gezondheidsdiensten voor de bevolking.

Dit onderzoek wordt gepresenteerd in acht hoofdstukken.

Hoofdstuk I geeft in de inleiding een overzicht van de recente ontwikkelingen in gezondheid en genezing in Afrika, resp. Tanzania, en behandelt de ontwikkeling van gezondheidszorg in de pre-koloniale, koloniale en postkoloniale perioden, de betekenis van medisch pluralisme en het

begrip geïntegreerde gezondheidszorg, het algemene doel en de specifieke vraagstellingen, alsmede de structuur en de organisatie van deze studie. Het hoofdstuk werkt de verbinding tussen cultuur, gezondheid en medisch pluralisme en geïntegreerde gezondheidszorg in Tanzania. Het verklaart verder het bestaan en de ontwikkeling van de traditionele en moderne geneeskunde in Tanzania. Het hoofdstuk geeft een uitleg van het concept van interprofessionele samenwerking in een pluralistische medische configuratie, en de noodzaak daarvan voor een volledig geïntegreerd systeem van gezondheidszorg in Tanzania.

Hoofdstuk II omvat de theoretische oriëntatie. Het vangt aan met een overzicht van concepten die de erkenning laat zien van de componenten van cultuur die invloed hebben op gezondheid, de wijziging in het paradigma dat ten grondslag ligt aan beleid van gezondheidszorg en management, het belang van de etnobotanische kennissystemen voor de bevordering van gezondheid en de bestaande theorieën over succesvolle interprofessionele samenwerking.

In aansluiting daarop wordt de conceptualisering van interprofessionele samenwerking gepresenteerd. Cultuur dient als een wegenkaart voor het begrip voor, en interactie met de wereld. Ze bepaalt de wijze waarop men gelooft, denkt, begrijpt gedraagt, eet, slaapt, kleedt, met anderen en met het milieu omgaat, werkt, overlegt in geval van pijn, en, in het algemeen, ziekte en slechte gezondheid interpreteert. Vandaar dat er net zo'n nauwe relatie bestaat tussen de cultuur en de gezondheid van mensen als met hun genen. Verschillende definities worden gegeven, zoals van 'Medische Antropologie' (Herman 2001), 'Medische Sociologie' (White 2002) en Gezondheids- psychologie' (Taylor 2003), alsmede van de UNESCO en alle overige onderzoeksinstituten en centra. Er zijn vijf belangrijke gezamenlijke thema's over componenten, die afgeleid kunnen worden ofwel omdat zij vorm geven aan de gezondheid van mensen, of omdat zij de interprofessionele samenwerking beïnvloeden tussen traditionele en moderne medische functionarissen, de *raison d'être* van deze studie.

Communicatie Componenten: die bestaan uit talen, symbolen, etc. In traditionele en moderne geneeskunde bestaan er diverse communicatiepatronen en symbolen met verschillende betekenis in hun diensten. De verschillende benaming en classificatie van ziekten en slechte gezondheid door gebruik van verschillende talen kan een van de belangrijke hindernissen vormen bij gedragspatronen van wederzijdse samenwerking tussen de twee groepen voor dezelfde cliënt.

Cognitieve Componenten: die bestaan uit ideeën, aannames, kennis, technologie, verslagen etc. Wanneer het type en niveau van onderwijs zo verschillend is tussen de twee groepen van traditionele en moderne medische functionarissen, staat hun benadering van interventie daarvan apart. Bij voorbeeld, het verschillend niveau van kennis van menselijke anatomie en fysiologie is gebruikt door sommige moderne medisch functionarissen om de inheemse kennis die door traditionele medische functionarissen is bijgebracht te verachten.

Gedrags Componenten: die bestaan uit mores, normen, waarden, wetten, rituelen, geloven, volksgewoonten, religie, intimiteit en economieën. Het religieuze geloof, warden, normen etc. hebben de manier bepaald, waarop mensen zich gedragen. De cultuur van de organisatie en van de factoren van het 'groepsdenken' motiveren of demotiveren het proces van uitwisseling van middelen en het samen werken tussen de twee medische systemen.

Materiële Componenten (Materiële Cultuur): die bestaan uit gecreëerde objecten, kunstwerken, mode, ontwerpen, kleren, behuizing, transportmiddelen, voedselproducten, gereedschappen etc.

Wanneer de trend zich gericht heeft op het verkrijgen van geavanceerde technische medische instrumenten en grote structuren van moderne gezondheidsfaciliteiten, dan voelen traditionele genezers en vroedvrouwen zich geïsoleerd van het nationale gezondheidssysteem.

Organisationele Componenten: die bestaan uit sociale structuren, politieke organisaties, familie en organisationele verbanden en religies, identiteit van lidmaatschappen, geslacht, politiek, institutionele ondersteuning etc. Het traditionele medische systeem omvat verschillende organisationele vormen met een eenvoudige organisationele structuur met minder hiërarchische niveaus. Het vertoont een soort netwerk van communicatie ten opzichte van het grote structurele netwerk van het moderne medische systeem, dat uit verscheidene hiërarchische niveaus bestaat. Teneinde de traditionele en moderne medische systemen te integreren moet een land haar huidige situatie, andere betrokken instituties en ondersteunende en beleidsgerichte kaders in ogenschouw nemen.

Daarom vertonen alle vijf genoemde componenten van de cultuur op twee opzichten een direct of indirect verband met de onderhavige studie. Allereerst, wanneer cultuur wordt beschouwd als een basis die de herwaardering van het belang van Traditionele Geneeskunde (TG) en haar functionarissen in de algehele bijdrage aan het gezondheid niveau van de bevolking, en ten tweede, wanneer het onderzoeksonderwerp van samenwerking tussen functionarissen begrepen wordt als een gedragshandeling van ofwel uitwisseling van middelen ofwel het samenwerken in een specifieke culturele setting en waardesysteem.

De klassieke definitie van gezondheid van de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO 1948), als: '*een staat van fysiek, mentaal en sociaal welzijn, en niet alleen de afwezigheid van ziekte of aandoening*' toont duidelijk aan dat gezondheid een sociale component heeft. Vanuit een bredere socio-culturele context leidt slechte gezondheid als een proces een persoon naar het aannemen van de '*ziekte rol*', die de menselijke mogelijkheid of onmogelijkheid evalueert om aan de verplichtingen van de samenleving te voldoen (cf. Mechanic 1995). Kort samengevat suggereert het model van de '*ziekte rol*' dat ziek zijn op zichzelf enige gewoonterechten heeft, zoals het gevrijwaard zijn van sociale rollen en dat de zieken niet verantwoordelijk zijn voor hun condities. Echter, het model houdt ook in, dat zieke mensen de verplichting hebben om competente medische functionarissen te raadplegen om te herstellen van de ziekte in relatie tot de normen van de specifieke samenleving waartoe zij behoren. Alszodanig is het model van de '*ziekte rol*' *bekritiseert* dat dit meer aansluit op de korte termijn, dan op de lange termijn van chronische ziekten. Sommige zieke mensen zullen hun sociale rol niet noodzakelijkerwijs opgeven, maar zich tegen afhankelijkheid verzetten en zo vermijden publiekelijk bekend te worden, vooral als de ziekte gestigmatiseerd wordt in de maatschappij. Bovendien kan het model van de '*ziekte rol*' ook bekritiseerd worden in geval van alcoholisme (cf. Chalfont & Kurtz 1971).

Een grafische weergave bekend als de '*Mandala of Health*' van Hancock & Perkins (1985), geeft een holistisch beeld van de wijze waarop omgeving en cultuur de gezondheidstoestand van de bevolking bepalen. Het laat zien, dat de cultuur van een gemeenschap invloed heeft op de bestaanswijze van een familie, het spirituele leven, psychologische ervaringen, werkpatronen, het politieke en legale kader, de sociale organisatie en de medische systemen, die de verschillende levensstijlen die net zoals de biologische factoren de gezondheid van het individu beïnvloeden.

Bijgevolg zijn al deze factoren onderling van elkaar afhankelijk, en zetten de impact van oorzaak en gevolg op de algehele gezondheidsniveaus in gang. Om een overzicht te geven van

de determinanten van gezondheid hebben enkele studies aangetoond, dat ziekte condities niet alleen afhankelijk zijn van biologische factoren, maar ook van sociale en culturele determinanten (cf. Koos 1954, Marmot 2005, WHO 2010). Naar aanleiding daarvan werd door Slikkerveer (1990) aangetoond, dat deze determinanten eveneens hun ziektekeuzegedrag in het zoeken naar passende zorg bepalen. Slikkerveer (1990) verklaart, op welke wijze Bank (1973) het proces van de gang naar een traditionele genezer reduceert, waarin een persoon het proces doormaakt voordat deze hulp zoekt van een medische functionaris. Er wordt verklaard hoe een persoon ziekte symptomen ervaart en vervolgens de 'ziekte rol' aanvaard, waarbij zijn of haar rol beperkt wordt, voordat de 'patiënt rol' tenslotte wordt aangenomen. Dit concept is ook van toepassing in de Tanzaniaanse context, waarin een verschil wordt ervaren in het hebben van een ziekte en gecategoriseerd worden als een 'patiënt', waarbij men bij de Jita etnische groep in de Mara Region wordt onderscheiden in respectievelijk 'Omwashibhwa' en 'Omurwaye'.

Het hoofdstuk verklaart ook de wijze waarop de traditionele Afrikaanse gemeenschappen de rol en management van Traditionele Geneeskunde (TG) werd bepaald. Naast de vele gebruiken van planten zoals voor voedsel, voedseltoevoegingen, smaak, hout, aromatische en cosmetische doeleinden, hebben de traditionele Tanzaniaanse gemeenschappen, zoals in de meeste Afrikaanse landen de delen van medicinale planten gebruikt, alleen of in mengsels met andere planten, of dierlijke en minerale producten, in poeder, tinctuur, as, rook, conserven siroop, amuletten of in ruwe vorm voor verschillende doeleinden, die goed zijn voor de gemeenschap en de individuele leden. Uit een van de vragen aan de respondenten in dit onderzoek tonen de resultaten aan, dat onder de top vijf geselecteerde rollen van Traditionele Geneeskunde (TG) in de samenleving behoren: *preventie van ziekte, diagnose van ziekte, behandeling van ziekte, bescherming tegen kwade intenties, en de bescherming van eigendommen*. Daarnaast speelden een rol: *het vinden van natuurlijke hulpbronnen zoals mineralen en vissen ('obhudubhi bhwa jiswi') en voor het stoppen van alcoholisme en andere verslavingen*.

Deze rollen bepaalden volgens gebruik de specialiteit en daarom de titel van de traditionele genezer. Het is niet verbazingwekkend in deze studie, dat slechts 7.3 % van de moderne medische functionarissen denkt, dat Traditionele Geneeskunde (TG) geen belangrijke rol speelt, terwijl de resterende 92.7 % van hen het omgekeerde denkt. Alle (100 %) traditionele genezers erkennen de betekenis van het belang van Traditionele Geneeskunde (TG) in de samenleving.

Hoofdstuk III werkt in detail het onderzoeksontwerp en het analytische model uit, inclusief de toegepaste onderzoeksbenadering, de formulering van het onderzoeksprobleem en de onderzoeksvragen en methodologie van onderzoek, alsmede de omvang en het conceptuele model dat gebruikt wordt en in Hoofdstuk VII verder wordt uitgewerkt. Het besproken conceptuele model komt terug in de uitwerking in Hoofdstuk VI. Dit Hoofdstuk benadrukt het gebruik van de 'Leiden Ethnosystems Approach'. Deze benadering gaat uit van het vroege werk van Garfinkel (1964) and Circourel (1967), en is later ontwikkeld met drie basis concepten door Slikkerveer (1982; 1990; 1996) met de bedoeling om een interdisciplinair en non-normatief kader te bieden voor de vergelijking en synthese van factoren in een *emic* ten overstaan van een *etic* benadering, in zoverre deze factoren op een complexe wijze met elkaar interacteren. De drie basis concepten van deze benadering bestaan uit de 'Participant's View' (PV), 'The Field of Ethnological Study' (FES), en de 'Historical Dimension' (HD), die in dit geval allen worden toegepast op de situatie waarbinnen functionarissen van traditionele en moderne medische systemen samenwerken. Deze benadering is recentelijk wijdverbreid toegepast binnen het 'Leiden Ethnosystems and Development Programme' (LEAD) van de Universiteit Leiden, in diverse beleidsondersteunende studies in Landbouw, Natuurbehoud, Milieubescherming Utilisatie van Gezondheidszorg, Microfinanciering, Communicatie en Management van

Medische Systemen over de gehele wereld, waarin onderzoek wordt verricht naar inheemse volken die interacteren met moderne systemen (cf. Van den Breemer *et al.* 1989; Leakey & Slikkerveer 1991b; Van den Breemer *et al.* 1991; Adams & Slikkerveer 1996; Slikkerveer & Lionis 1996; Agung 2005; Ibui 2007; Gheneti 2007; Djen Amar 2010; Leurs 2010; Ambaretnani 2012).

Zowel primaire als secundaire gegevens zijn verzameld met gebruik van een combinatie van verschillende methoden en onderzoekstechnieken, zoals gestructureerde questionnaires die werden gebruikt bij medische functionarissen, semi0gestructureerde interviews met sleutelinformanten; proceedings van workshops die zijn gehouden onder het 'Health Human Resources Capacity Building Project' *Jadi na Utamaduni katika Afya* (JUA); persoonlijke observaties en met behulp van de analyse van documenten van verschillende geschriften zoals jaarverslagen, en publicaties inz. het onderwerp van interprofessionele samenwerking in de gezondheidszorg.

De operationalisering van het concept van *interprofessionele samenwerking* zoals dat gebruikt wordt in het analytische model van deze studie volgt de definitie van het 'Centre for the Advancement of Collaborative Strategies in Health' (2003), waar deze gedragsspatronen worden gedefinieerd als onderdeel van de creatie van synergie tussen verschillende professionals. Deze gedragsspatronen hebben twee gerelateerde componenten van onafhankelijke factoren, die bestaan uit:

- *Het gedragsspatroon ten aanzien van het delen van middelen; en*
- *Het gedragsspatroon ten aanzien van het fysiek samenwerken aan dezelfde patiënten.*

Het analytische model wat ten grondslag ligt aan de opbouw van de vragenlijst is genomen van Kohn & White (1976), waarin stapsgewijs wordt gewerkt van *Concepten* naar *Variabelen*, naar *Indicatoren*, naar *Categorieën*. Dit model is verder ontwikkeld door Slikkerveer (1990) en als zodanig opgebouwd uit zeven blokken van variabelen, die worden toegeschreven aan gedragsspatronen van interprofessionele samenwerking tussen gezondheidsfunctionarissen van beide medische systemen. De variabelen zijn onafhankelijk, en omvatten zowel *socio-demografische*, *psycho-sociale*, *in staat stellende*, *betrouwbaarheid*, *organisationele* en *intervenierende* variabelen, als *afhankelijke* variabelen die de gedragsspatronen omvatten van interprofessionele samenwerking van uitwisseling van middelen en samenwerking voor cliënten en patiënten. Door een proces van het verbinden van concepten met meetbare fenomenen is de gestructureerde questionnaire geformuleerd. Tenslotte geeft het hoofdstuk de uitgevoerde typen van statische analyses van deze studie weer, zoals de bivariate, de multivariate analyse (OVERALS) en de multiple regressie analyse met de geselecteerde formules, die de studie tenslotte tot het ultieme model leidt, zoals dat gepresenteerd wordt in Hoofdstuk VII.

Hoofdstuk IV presenteert de achtergrond informatie door en beschrijving van het onderzoeksgebied in de Mara Region, en Tanzania als een land met diverse natuurlijke hulpbronnen als geheel. Hierbij worden de geografische, alsmede de historische en politieke achtergrond van de Mara Region en Tanzania als land beschreven. Het Hoofdstuk verkent ook het profiel van de bevolking van de steekproef die de medische functionarissen van beide traditionele en moderne medische systemen in the Mara Region omvatten.

Hoofdstuk V is gewijd aan de presentatie van zowel de algemene patronen van levenswijze in de gemeenschap van de inwoners van de Mara Region, als van de bestaande culturele karakteristieken, die direct of indirect invloed hebben op de gezondheid van de mensen in de Mara Region. Het Hoofdstuk werkt ook de belangrijkste uitdagingen uit waarmee de

Traditionele Geneeskunde (TG) in het gebied wordt geconfronteerd. De algemeen belangrijkste uitdagingen van de 21^{ste} eeuw voor Traditionele Geneeskunde (TG) in het land omvatten:

- Gebrek aan een receptieve omgeving voor Traditionele Geneeskunde (TG);
- Er is geen mechanisme dat de samenwerking tussen beide systemen bevordert;
- Er is geen officiële bescherming van het inheemse intellectuele erfgoed, noch van duurzaamheid in het gebruik van medicinale planten;
- Voortgaande afbraak van natuurlijke hulpbronnen;
- Gebrek aan een inheems informatiesysteem en betrouwbare databank;
- De behoefte om onderwijs, onderzoek en ontwikkeling van Traditionele Geneeskunde (TG) uit te voeren;
- Het probleem van veiligheid van producten van Traditionele Geneeskunde (TG);
- Het verstrekken van een religieuze context in het onderricht over Traditionele Geneeskunde (TG);
- Morele terugval en het opbreken van sociale structuren;
- Schokkende armoede in de samenleving.

Hoofdstuk VI bespreekt ziekte en gezondheid in de Mara Region. Het begint met het aantonen van gezondheidsindicatoren in het medische systeem van het land. De actuele gezondheidsindices voor het land, de visie en het beleid voor de nationale zorg (zie 6.1), en de huidige status van de dienstverlening. Een aantal indicatoren wordt vergeleken met die uit andere Afrikaanse landen (Tunisië en Kenia), uit Asia (Indonesië) en uit een Europees land (Nederland). Daarna gaan we in op de uitdagingen die er liggen voor de ontwikkeling van het lange termijn gezondheidszorg beleid en de voorgenomen reorganisatie van de zorg in Tanzania. We beschrijven zowel de visie als de organisatie en de uitvoering van de dienstverlening in de praktijk.

Paragraaf 6.2 toont de opmerkelijke ontwikkeling en veranderingen aan die plaats hebben gevonden in het verleden, van de pre-koloniale, koloniale en postkoloniale tijde. Het Hoofdstuk beschrijft ook de belangrijke rol die 1, en de belangrijkste rollen voor het Ministerie van Gezondheidszorg en Sociale Zaken. Paragraaf 6.3. verklaart de pluralistische medisch configuratie van de Mara Region. Deze configuratie omvat het traditionele over de oorzaken en behandeling van ziekten, het gebruik van Traditionele Geneeskunde (TG) in de regio; moderne Geneeskunde (MG) in de regio, en pogingen om samenwerking tussen de systemen te bevorderen.

Hoofdstuk VII presenteert de belangrijkste uitkomsten van kwalitatief en kwantitatief onderzoek, en respectievelijk de statistische analyse door gebruik van het statistiek programma SPSS Versie 20.0 ook bekend als *Predictive Analysis Software* (PASW). De interpretatie van alle Bivariate, Multivariate, en Multiple Regressie Analyse van de blokken van variabelen toont de interactie aan met de interprofessionele samenwerking tussen de traditionele en moderne functionarissen. Kort samengevat tonen deze resultaten aan, dat het niveau van de interprofessionele samenwerking tussen de functionarissen van de beide systemen nog erg laag is.

De bivariate analyse geeft aan dat het niveau (frequentie) van gedrag van samenwerking in de uitwisseling van middelen ('collexch') door beide typen van functionarissen (traditioneel en modern) gecombineerd (N=193) 61.7 % (laag), 31. 6% (gemiddeld) en 6.7 % (hoog) is.

Eveneens geeft de daadwerkelijke samenwerking in het gezamenlijk werken ('collwork') een waarde aan van 64.8 % (laag), 32.1 % (gemiddeld), en 3.1 % (hoog). Dit bevestigt dat er een aanzienlijke uitdaging van een laag niveau van interprofessionele samenwerking bestaat, waarbij de meerderheid van de beide typen van medische functionarissen doorgaan met het verlenen van diensten aan hun cliënten op afzonderlijke wijze met minder samenwerking, een systeem dat verbeterd dient te worden door middel van een juist hervormingsprogramma van de gezondheidssector.

Een nadere beschouwing van de resultaten van de bivariate analyse met betrekking tot het niveau van samenwerking tussen de twee verschillende groepen van medische functionarissen per de twee wijzen van samenwerking toont aan, dat traditionele medische functionarissen een hoger niveau scoren (hoewel met een smalle marge) dan hun counterparts in het moderne medische systeem met het aan de leiding gaan in de uitwisseling van middelen. De scores van de frequenties van de omvang van het samenwerkingsgedrag met uitwisseling van middelen door traditionele functionarissen met moderne functionarissen zijn respectievelijk 7.5 % t.o.v. 6.2 % (hoog), 32.5 % t.o.v. 31.0 % (gemiddeld), en 6.0 % t.o.v. 62.8 % (laag). De frequentie scores in het samenwerkingsgedrag in het gezamenlijk werken vertonen de voorkeur van traditionele medische functionarissen om de leiding te nemen in vergelijking tot de moderne medische functionarissen.

De scores van de frequenties op het niveau van het gezamenlijk werken tussen traditionele en moderne medische functionarissen voor dezelfde cliënten met gezondheidsproblemen is als volgt: 3.8 % t.o.v. 3.1 % (hoog), 37.5 % t.o.v. 32.1 % (gemiddeld) en 58.8 % t.o.v. 64.8 % (laag). Deze resultaten ondersteunen de kwalitatieve onderzoeksgegevens, waarin ook een indicatie wordt herkend van een praktische trend, waarbij in het algemeen traditionele medische functionarissen meer bereid zijn om in samenwerkingsactiviteiten met moderne medische functionarissen deel te nemen, zoals het geven van verwijzingen aan hun cliënten naar moderne medisch systeem, die hetzelfde doen t.o.v. Traditionele Geneeskunde (TG).

Tussen samenwerkingsgedrag in de uitwisseling van middelen en het gezamenlijk werken is het in het algemeen aanvaard, dat de functionarissen van beide systemen meer bereid zijn om middelen uit te wisselen zoals informatie, ideeën en het geven van verwijzingen aan cliënten, dan het praktische idee van het gezamenlijk verlenen van diensten aan een cliënt (6.7 % t.o.v. 3.1 % voor een hoog niveau). De filosofische verklaring hiervoor ligt in de onderliggende fundamentele verschillen zoals aangegeven in Hoofdstuk VII, t.w. de verschillen in de wereldbeelden van de functionarissen, benadering en oriëntatie van de zorgverlening, de focus op de zorg, de diagnostische hulpmiddelen, behandelingsmethoden, alsook de verschillen in het begrip over wat medisch doeltreffend is. In dat verband zouden de functionarissen van beide systemen zich gemakkelijk voelen bij het toelaten van hun cliënten om andere medische systemen te bezoeken, die in het gebied beschikbaar zijn, als zij dat willen, aangezien het hun recht is om een rationale keuze te maken in gezondheidszorg, afhankelijk van wat beschikbaar is en van de perceptie van de cliënten over het niveau van dergelijke diensten. De samenwerkingswijze betreffende het *gezamenlijk werken* blijkt moeilijker te zijn omdat de uitgangspunten van de richtlijnen ofwel te maken hebben met professionele ethiek, ofwel met individueel geloof. Dit kan beschouwd worden al een struikelblok wanneer functionarissen van beide systemen zouden overwegen om een medische praktijk op te zetten samen met andere functionarissen met verschillende wereldbeelden, benaderingen en oriëntaties van de zorgverlening, dat dan zou betekenen, dat een compromis gesloten zou moeten worden met dergelijke richtlijnen.

De multiële correlatie coëfficiënten zijn berekend door middel van de module '*Dimension Reduction - Optimal Scaling*'. De multiële correlatie coëfficiënten tussen de verschillende

blokken van variabelen, en uitgedrukt in een functie van 'Eigenvalue' zoals beschreven door Van der Burg (1988), in de formules voor canonische correlatie analyse:

$pd = ((K \times Ed) - 1)(K - 1)$ waarbij 'd' de dimensie voorstelt, 'K' het aantal groepen van sets, en 'E' de Eigenvalue. In deze studie met twee sets van variabelen (onafhankelijke en afhankelijke) wordt de formule daardoor:

$pd = (2 \times Ed) - 1$, waarbij 'pd' de correlatiecoëfficiënt is, 'Ed' de 'Eigenvalue', en de 2 staat voor de beide groepen van variabelen (onafhankelijke en afhankelijke) in de analyse.

Onder alle onafhankelijke variabelen, de variabele '*betrouwbaarheid*' correleert sterk in de eerste dimensie in vergelijking met alle andere variabelen met gedag van interprofessionele samenwerking ($p_1 = 0.716$). Met andere woorden, hoe meer functionarissen vertrouwen in elkaar hebben, hoe meer de kans bestaat tot samenwerking, zoals ondersteund wordt door de theorie van 'reasoned action' en het gedragsmodel van Fogg. Zoals eerder aangegeven, omvat '*betrouwbaarheid*' zowel de eigenschap om betrouwbaar en verantwoordelijk te zijn, alsook een individu te zijn die kredietwaardig is of een autoriteit is in zijn specialiteit. Daarom zouden functionarissen, beleidsmakers in de gezondheidszorg en de overheid in het algemeen de activiteiten moeten ondersteunen die het vertrouwen verbeteren in traditionele medische functionarissen en hun diensten en producten.

De '*in staat stellende*' variabelen vertonen de tweede sterkste correlatie in de 1e dimensie ($p = 0.682$). Daarom hebben de '*individuele socio-economische status*' en de '*activiteiten van de regering en de gemeenschap om samenwerking te bevorderen*' beiden een substantiële invloed op de wijze waarop traditionele en moderne functionarissen zouden moeten samenwerken. Daarom bestaat de behoefte om zich te richten op de politieke wil en het scheppen van een goede omgeving voor interprofessionele samenwerking tussen traditionele en moderne geneeskunde, evenals alternatieve geneeskunde, zowel functionarissen, alsmede alternatieve geneeskunde op zowel het lokale als het nationale niveau. Dergelijke in staat stellende activiteiten versterkt de vereiste institutie en legale ondersteuning onder de Act No. 2 van het Parlement van 2002 die Traditionele Geneeskunde (TG) en functionarissen in Tanzania regelt.

De *psycho-sociale variabelen* waarvan de multiële correlatie coëfficiënt ($p_1 = 0.544$) de derde sterkste correlatie aangeeft, zoals '*goede ervaring met traditionele geneeskunde*', '*bewustzijn van succesvolle samenwerking tussen traditionele en moderne samenwerkingsprojecten*', '*gepercipieerde mogelijkheden van goede werkrelaties in de toekomst in plurale geneeskunde*' en '*geloof in ziekte-specifieke systemen*' (waarbij functionarissen en cliënten overtuigd zijn dat bepaalde ziekten beter behandeld kunnen worden door Traditionele Geneeskunde (TG), terwijl andere door Moderne Geneeskunde (MG) kunnen worden behandeld; '*houding, opvoeding en bewustzijn van wat leidt tot gezondheidsdiensten*' zijn belangrijk als interprofessionele samenwerking aangemoedigd moet worden. Dit komt overeen met het werk van Cabourel *et. al.* (2011), waarin het bewustzijn van de aard van de dienstverlening en de bekendheid met de resultaten worden aangeduid als de belangrijkste factoren die samenwerking beïnvloeden.

Uit de analyse kan verder worden opgemaakt, dat tenminste alle overige onafhankelijke variabelen (socio-demografische en organisationele variabelen) een zekere gematigde maar wel opmerkelijke invloed uitoefenen op de interacties ($p_1 = 0.372$ respectievelijk $p_1 = 0.346$). Binnen het socio-demografische blok van variabelen correleren de '*professionele groep van de functionarissen*' ('profgrup') en de '*werk status van de functionaris*' ('orgstat') redelijk significant met de mate van bereidheid tot samenwerking tussen de medische functionarissen. In het blok van organisationele variabelen hebben de variabelen van de '*organisationele inspanningen ter voorkoming van groepsdenken*' ('orgthink'), en het niveau van de '*organisationele cultuur die samenwerking bevordert*' ('orgcult') een significante invloed op de

manier waarop traditionele en moderne functionarissen zouden willen samenwerken. Dus, naarmate de organisatie meer open staat om andere denkbeelden toe te laten en het creatief en kritisch denken aanmoedigt, neemt de bereidheid van de functionarissen toe om met functionarissen van het andere medische systeem samen te werken.

Hoofdstuk VIII geeft de conclusies aan door zowel de theoretische en methodologische implicaties toe te lichten, als het beleid en de praktische aanbevelingen voor de effectieve en efficiënte hervorming van de gezondheidssector en verbetering van de ontwikkeling van de volledig geïntegreerde gezondheidszorg in Tanzania. De praktische aanbevelingen, die aan de gezondheidsplanners, medische functionarissen, trainers en onderzoekers naar gezondheidszorg, religieuze leiders, non-gouvernementele organisaties, lokale en centrale regeringsagentschappen worden gesuggereerd om de interprofessionele samenwerking te versterken om te komen tot een *afya jumuishi* die moet resulteren in een geïntegreerde kwalitatief hoogwaardige zorg, omvatten het volgende:

- de leiders en bestuurders van gezondheidsinstellingen moeten gevoelig worden gemaakt worden om het organisationele ‘*groepsdenken syndroom*’ tegen te gaan, dat de politieke en professionele wijze van besluitvorming is binnengedrongen en moeten antwoord geven op pertinente problemen van ontwikkeling van mensen en van het land als geheel;
- de training van genezers moet een gedragsverandering teweegbrengen ten faveure van het bewerkstelligen van een geïntegreerd medische systeem, inclusief de samenwerking van traditionele en moderne medische functionarissen;
- de ideologische basis voor trainers en onderzoekers van de gezondheidszorg moet verkregen worden voor de behoefte aan interprofessionele samenwerking en de definitie van een gedeelde erkenning van een samenwerking tussen de twee medische systemen;
- een mandaat en institutionele ondersteuning van traditionele en complementaire en alternatieve medische functionarissen moet door de regering verleend worden; *i.e.* hun diensten, organisaties en projecten;
- positieve kritische dialogen en ontwikkeling van capaciteit moeten frequent onder stakeholders van gezondheidszorg worden gehouden;
- onderzoek, opleiding en ontwikkeling van inheemse kennis en natuurlijke hulpbronnen in relatie tot ziekte en gezondheid moeten door de regering en opleidingsinstituten in studies over mens en ziekte versterkt worden;
- religieuze leiders en theologen moeten de religieuze doctrines in relatie tot het opkweken van een goede inheemse culturele erfenis herwaarderen, die gedurende de koloniale en postkoloniale periode veracht zijn;
- de regering en niet-gouvernementele organisaties (NGOs) moeten werken naar een internationaal humane partnerschap en samenwerking met wederzijds respect voor duurzame ontwikkelingsprojecten van de mens;

- de regering moet effectieve beleidslijnen ontwikkelen met de belangen van de farmaceutische en biotechnologische sectoren met verbeterd management van biodiversiteit. Farmaceutische bedrijven die van inheemse kennis profiteren dienen royalties te betalen en projecten met *corporate social responsible* te ontwikkelen, en kennis en producten van Traditionele Geneeskunde (TG) te bevorderen;
- de regering en niet-gouvernementele organisaties (NGOs) moeten een databank ontwikkelen en netwerken van biodiversiteit versterken binnen het land, en met relevante buitenlandse netwerken;
- Het Ministerie of Health & Social Welfare (MoHSW), de medische functionarissen en hun organisaties zoals de Medical Association of Tanzania (MAT), en *Chama cha Waganga na Wakunga wa Tiba Asilia Tanzania* (CHAWATIATA) dienen de verbetering te verzekeren van medische producten en diensten die aan het publiek worden aangeboden;
- de regering en alle lokale organisaties dienen de gelijkheid van man en vrouw te beschouwen als het belangrijkste agendapunt teneinde gelijke kansen te bieden aan de gemarginaliseerde vrouwen en kinderen in de maatschappij voor een verbeterde gezondheidstatus en waardevolle socio-economische bijdragen in de gemeenschappen.

Deze conclusie geeft een algemene samenvatting van hetgeen gepresenteerd is in de gehele dissertatie volgens de gestelde doeleinden van deze studie, die de visie heeft om beleidsmakers en managers van gezondheidsdiensten ertoe aan te zetten om de Tanzanianen op een effectief niveau te brengen van *afya jumuishi* in de nabije toekomst.