

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/83486> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Bekker, J.C.M. de

Title: Transcultural health care utilisation in Serengeti of Tanzania : towards applied ethnoscience in public health management

Issue Date: 2020-01-29

Samenvatting.

Dit onderzoek heeft tot doel aan te tonen in hoeverre de analyse van het gebruik van meerdere medische systemen (zie Slikkerveer 1989) kan bijdragen aan de organisatie van de volksgezondheid, met name in Serengeti, en in bredere zin in vergelijkbare situaties in ruraal Afrika. Het wil een basis leggen voor de ontwikkeling van een nieuw gezondheidsinitiatief voor training van gezondheidswerkers voor personeel in de volksgezondheid, het curriculum 'Transcultural Public Health Management'. Het omvat een doelbewuste integratie van ethnoscience methoden tijdens de training, om een beter inzicht te krijgen in de invloed van sociaal-culturele en endogene kennisfactoren op het functioneren van de openbare gezondheidszorg. Het geeft ook aanwijzingen over hoe organisatorische verbeteringen kunnen worden bereikt. Het onderzoek volgt op de uitnodiging van de Mennonietenkerk (KMT) in Tanzania om haar onderwijsinstellingen te helpen bij de transformatie naar een universiteit die een rol kan spelen in de opleiding van personeel voor het beheer van de volksgezondheid, om het dringende personeelstekort aan te pakken. In 2014 formuleerde het Serengeti District Health Management Team de wens om inzicht te krijgen in de daadwerkelijke impact van het gebruik van een meervoudig medisch systeem op bestaand gezondheidsbeleid, gedefinieerd in het gebruiksmodel zoals gebruikt in deze studie (zie 3.1.1.), Ontwikkeld door Slikkerveer (1989), en eerder toegepast door Agung (2005), Ibui (2007), Djen Amar (2010), Leurs (2011), Ambaretnani (2012), Chirangi (2013), Aiglsperger (2014), Erwina (2019) en Saefullah (2019).

De achtergrond van deze studie wordt gevormd door ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid (hoofdstuk I) in de sub-Sahara-regio vanaf de koloniale periode tot heden, met behulp van eerdere beleidsconcepten zoals primaire gezondheidszorg (PHC), recente voorbeelden van lokale ontwikkelingen in Tanzania, onder verwijzing naar de Sustainable Development Goals (SDG's) zoals geformuleerd door de WHO voor 2030. Het geeft een beeld van de diversiteit van aspecten die aan bod komen in volksgezondheidsstrategieën, en waar sommige aspecten verloren gaan vanwege culturele, economische, infrastructurale, personele of organisatorische beperkingen (zie Azevedo 2017a, b). Deze worden beoordeeld op basis van de situatie in Serengeti en, waar mogelijk, afgezet tegen vergelijkbare relevante situaties elders op het continent.

De achtergrond van deze studie wordt gevormd door ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid (hoofdstuk I) in de sub-Sahara-regio vanaf de koloniale periode tot heden, met behulp van eerdere beleidsconcepten zoals primaire gezondheidszorg (PHC), recente voorbeelden van lokale ontwikkelingen in Tanzania, onder verwijzing naar de Sustainable Development Goals (SDG's) zoals geformuleerd door de WHO voor 2030. Het geeft een beeld van de diversiteit van aspecten die aan bod komen in volksgezondheidsstrategieën, en waar sommige aspecten verloren gaan vanwege culturele, economische, infrastructurale, personele of organisatorische beperkingen (zie Azevedo 2017a, b). Deze worden beoordeeld op basis van de situatie in Serengeti en, waar mogelijk, afgezet tegen vergelijkbare relevante situaties elders op het continent.

Het onderzoek vond plaats in drie opeenvolgende jaren in Serengeti, via een uitgebreide pilotstudie in 2015, een enquête onder huishoudens in 2016, gevolgd door verificatie en actualisering van specifieke bevindingen in 2017. Het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek werd steeds gelijktijdig uitgevoerd. De identificatie van de onderzoekslocaties is gebaseerd op de ervaringen en indicaties van de GGD in Mugumu. Terwijl tweehonderd huishoudens op vier locaties werden ondervraagd volgens de geografische distributieparameters, heeft een tweede team meerdere

diepte-interviews afgenomen met dertig belangrijke informanten die zijn geïdentificeerd op basis van hun functie in de lokale overheid, formeel onderwijs, gezondheidszorg, en religieuze of sociaal maatschappelijke organisaties. Van de in totaal 1.213 geregistreerde personen in de huishoud enquête werden de acties van 564 patiënten, geselecteerd op gepercipieerde morbiditeit gedurende de laatste twaalf maanden, gebruikt in de analyse om het utilisatiepatroon te bepalen. Tijdens dat proces werd een inventarisatie gemaakt van de classificatie van gepercipieerde morbiditeit, de kennis van toegepaste traditionele en alternatieve therapieën, voortkomend uit de open vragen in het huishoudenquête, evenals de mening over lokale gezondheidszorg. De onderzoeksvraag was: *'Welk type patiënt gebruikt welk medisch systeem voor welke gepercipieerde morbiditeit?'* Voor de onderliggende onderzoeksdoelstellingen werden de volgende vragen beantwoordt:

Ten eerste: het documenteren, analyseren en verklaren van de relaties tussen de onafhankelijke, tussenliggende en afhankelijke factoren van het conceptuele model bij het gebruik van het meervoudig medisch systeem door de lokale bevolking. Het toegepaste theoretische kader zoals gepresenteerd in hoofdstuk II dient om zowel de onderzoeksmethodologie als het beleidsbepalende principe voor een toekomstige ontwikkelingsstrategie te verklaren (vgl. Slikkerveer, Warren & Brokensha 1995). Het onderliggende idee is een "emic" -benadering, die te allen tijde gebaseerd is op perceptie door de lokale bevolking en die ontwikkeling "van binnenuit" en "bottom-up" moet bevorderen. Op deze manier wordt het concept van "inheemse kennissystemen" (IKS) en de interpretatie van het conceptuele model van gedrag bij het gebruik van lokale gezondheidszorg (vgl. Slikkerveer 1989), vormgegeven. In dit model van zogenaamd 'medisch pluralisme' wordt een onderscheid gemaakt tussen traditionele, transitionele- en moderne medische systemen, die in hun lokale betekenis worden uitgelegd, en waartussen de respondenten heen en weer bewegen in hun gedrag. De onderzoeksmethodologie zoals gepresenteerd in hoofdstuk III is gebaseerd op de Leiden School of Ethnoscience zoals gepromoot door het LEAD-programma, waarin een combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden wordt toegepast. Deze worden genoemd als het veld van etnografisch onderzoek (FES), de historische dimensie (HD), het gezichtspunt van de deelnemer (PV). De parameters voor de kwantitatieve analyse worden gevormd door een model van negen blokken variabelen (zie Kohn & White 1976; Slikkerveer 1989). Dit zijn vijf blokken van onafhankelijke of pre-disponerende factoren, één blok van interveniërende, en drie blokken van afhankelijke variabelen. Ze worden geanalyseerd in samenhang door bivariate, multivariate, multiple regressie en wederzijdse relatieanalyse. De sterkte van de correlaties tussen de blokken in het model geeft richting aan de interpretatie van hun onderlinge relaties. De blokken in het model dienden ook als componenten voor de constructie van de vragenlijst in het huishoudensenquête.

Een overzicht van de belangrijkste bevindingen wordt gepresenteerd in hoofdstuk VIII. De eerste onderzoeksvraag wordt als volgt beantwoordt: in totaal gebruikt 41,7% van de actoren TM, 21,5% gebruikt TR en 36,8% gebruikt MM (N=715). De hoogste correlaties in de analyse van de onafhankelijke variabelen is geloof in TM, mening over TM, kosten van TM, alle scores boven 0,7 gevolgd door beschikbaarheid van TM en kosten van transport naar TM, allemaal rond 0,6. De clustering in figuur 7 toont de samenhang tussen de gerelateerde aspecten van TM-gebruik. Figuur 8 presenteert de relaties tussen de blokken van onafhankelijke en afhankelijke factoren. Vast staat dat blok 2 de psycho-sociale factoren uiteindelijk dominant zijn in samenhang met blok 4 gepercipieerde morbiditeit en blok 5 de institutionele factoren (zie par. 8.2). Eerst in verband met blok 7 TM in dimensie één, en vervolgens met blok 9 MM in dimensie twee, voor de

respectievelijke afhankelijke variabelen. Naast gepercipieerde morbiditeit, zijn de onafhankelijke variabelen die voldoende correlerende scores ontvangen in beide dimensies: wie werd geraadpleegd voor behandeling, wie was de bron van kennis, of de behandeling sociaal aanvaardbaar was, de kosten en het transport naar TM, en of de behandeling was economisch efficiënt. Of de symptomen klinisch werden gediagnosticeerd, is alleen geassocieerd met MM, omdat de beoogde controlefunctie met andere medische systemen niet werd bereikt door onvoldoende data. De kennisbron met betrekking tot ziekte en behandeling wordt gedomineerd door directe familieleden (46%), die tegelijkertijd op geslacht zijn gebaseerd, met overwegend vrouwen onder echtgenoten, ouders en grootouders. De uitzondering is de gezondheidswerker in het dorp (VHW), hij komt op de tweede plaats (22,8%) binnen het MM-systeem en als derde algemeen. Vooral in vergelijking met de lage impact van gezondheidsvoorlichting (blok 6), blijft de rol van de VHW op dorpsniveau blijikbaar intact. In wie geraadpleegd wordt voor advies is er een rol weggelegd voor de VHW en de traditionele genezers, waarbij zij respectievelijk de tweede en de derde hoogste frequentie innemen, de andere geraadpleegde personen zijn allemaal familie of vrienden. De belangrijkste beweging in het gebruik tussen systemen komt voort uit het opeenvolgend gebruik van alternatieve behandelingen vanwege ontevredenheid met de resultaten op de korte termijn. De beweging kan multi-directioneel zijn. Een ziekenhuisbezoek kan worden gevolgd door TM en vice-versa, maar er is geen verband gevonden met een specifieke morbiditeit, behalve voor diegenen met mentale of spirituele connotaties. Een andere beweging die afwijkt van een verwacht proces zijn de commerciële geneesmiddelen (TR) die na officiële diagnose worden gekocht en toegepast door gefaciliteerde moderne geneeskunde.

Ten tweede: het bestuderen en verklaren van de rol van lokale kennis en overtuigingen ten aanzien van de oorzaken van gepercipieerde morbiditeiten in het utilisatieproces, zoals gepresenteerd in hoofdstuk VI en VII. De interview themata omvatten de perceptie van lokale gezondheidsproblemen, de mening over de beschikbare medische systemen, evenals kosmologische en culturele aspecten die een rol kunnen spelen bij het gebruik. De transcripties van deze meerdere interviews worden gepresenteerd door de sector, de lokale overheid, het onderwijs, de gezondheidszorg, religieuze en sociale organisaties, evenals vertegenwoordigers van het traditionele medische systeem. Ze zijn instrumenteel voor het begrijpen en interpreteren van de kwalitatieve data-analyse. Bijzondere aandacht wordt besteed aan lokale kosmologische uitspraken over gezondheid en gedrag, en de classificatie van heersende morbiditeiten. Een opvallend onderscheid in de classificatie van morbiditeiten is de dichotomie tussen 'oude' en 'nieuwe' ziekten. Het onderscheid komt voort uit een historisch perspectief en ervaringen waarbij morbiditeiten zoals kanker, diabetes, cardiovasculaire deficiënties, hypertensie, obesitas, HIV en Ebola als 'nieuw' worden beschouwd en daarom volgens de respondenten moeilijker te behandelen zijn met zelfmedicatie of professionele TM. De meeste andere geregistreerde morbiditeiten zijn ooit eerder behandeld met TM.

Het kwalitatieve onderzoek in hoofdstuk VI laat zien dat algemene kennis van TM wijd verbreid is, maar specifieke kennis met betrekking tot de bereiding van inheemse traditionele geneeskunde is beperkt en wordt overgedragen op een persoonlijk relationeel niveau d.w.z. familieleden of kennissen. Er zijn aanwijzingen voor genderinvloed, omdat de meeste kennis bij vrouwelijke respondenten leek te berusten. De meeste traditionele verloskundigen combineren hun praktijk ook met kruidengeneeskunde. Ze ervaren de overdracht van kennis als problematisch vanwege een gebrek aan interesse bij de jongere generatie. De complexiteit bij de voorbereiding van TM ligt in de

combinatie van de verschillende typen en hun toepassing. Wat betreft de complementaire uitkomst van kwantitatieve en kwalitatieve gegevens, zijn er twee fenomenen die opvallen: de mate waarin zelfbehandeling dominant is, eerst door TM toe te passen, ten tweede door commerciële middelen uit het transitionele medische systeem (TR) toe te passen, met name wanneer er geen externe diagnose was gedaan. In het geval van een tekort aan medicijnen in apotheken, of na een commerciële laboratoriumanalyse, worden medicijnen commercieel gekocht, met het risico van een onjuiste dosering of niet-naleving van de voorgeschreven therapie, wat de effectiviteit van selectieve medicatie in gevaar brengt.

Ten derde: het geven van een sociografische beschrijving van het onderzoeksgebied in Serengeti in het algemeen en van de Kurya-gemeenschap in en rond Nyamburi in het bijzonder. Het onderzoeksgebied in Serengeti wordt in zowel geografische, historische als sociaal-culturele termen beschreven in hoofdstuk IV, inclusief het districtsprofiel van de lokale overheid, evenals de eigenschappen die van toepassing zijn op de bevolking in Ikorongo in de huishoudenquête. Het kwalitatieve onderzoek dat plaatsvond onder geselecteerde belangrijke informanten wordt beschreven in hoofdstuk VI, dat een historisch perspectief oplevert zoals verwoord door prominente ouderen zoals geïdentificeerd door de gemeenschap. De bredere achtergrond met betrekking tot de zorgsituatie in Tanzania is uitgewerkt in hoofdstuk V, dat recente ontwikkelingen beschrijft in beleid, gezondheidswerkers en infrastructurele uitdagingen voor de overheid, evenals de rol van de traditionele gezondheidszorg en de commerciële sector. Het toont de beleidsprioriteiten op de middellange en lange termijn en hun relatie met de duurzame ontwikkelingsdoelen (SDG's). Het onderzoekt verder de mogelijkheden om het huidige personeelstekort te bestrijden door alternatieve vormen van samenwerking te beoordelen. Het verwijst ook naar recente beleidsintenties die streven naar meer onafhankelijkheid van externe steun van nationale en internationale NGO's in bestaande eerstelijnszorg en hoe deze beter in de samenleving te verankeren is.

Ten vierde: het beschrijven van een inheemse classificatie van lokale medicinale, aromatische en cosmetische (MAC) planten, inclusief hun voorbereiding en toepassing, evenals hun gebruik voor de behandeling van specifieke ziekten zoals gepresenteerd in hoofdstuk VII. Het specificeert de inheemse kennis verzameld uit de open vragen tijdens de huishoud enquête, met betrekking tot de gepercipieerde morbiditeiten en de bekende traditionele therapieën. Deze worden beschreven met de identificatie van specifieke inheemse soorten en hun toepassing zoals aangegeven door de individuele respondenten. De classificatie wordt uitgedrukt in lokale terminologie (*Igikuria*) en geverifieerd door lokale traditionele genezers, omwille van de consistentie met het emic-principe. De wetenschappelijke beschrijving van de botanische data vond post-hoc plaats op basis van de verzamelde afbeeldingen. Het gebruik ervan wordt ook beoordeeld op spontane kennis en individuele toepassing, evenals indirect verworven kennis via kennissen, en de vastgestelde overlap en frequentie. Het dient om onderzoek naar de diversiteit in het gebruik van geïdentificeerde soorten gericht op specifieke aandoeningen in andere (sub-)regionale gebieden aan te moedigen, vooral waar ze consistent zijn en waar ze afwijken van bestaande lokale botanische gegevens.

Ten vijfde: de stapsgewijze bivariate, wederzijdse relatie en meervoudige regressieanalyse van de utilisatie van het plurale medische systeem door de lokale bevolking presenteren, om de interacties tussen de groepen factoren te verklaren, zoals beschreven in hoofdstuk VII. De bivariate analyse

toont de selectie van variabelen die een rol spelen bij het gebruik per medisch systeem, en die zijn opgenomen in de multivariate analyse. Het wordt gevolgd door de interacties tussen de sets variabelen per blok. Deze interacties bieden de mogelijkheid om de toepasbaarheid van het conceptuele gebruiksmodel te visualiseren, ook als een voorspellend operationeel hulpmiddel voor duurzame gemeenschapontwikkeling. De verwerking van de gegevens wordt uitgevoerd door de module "Data Reduction - Optimal Scaling" (OVERALS) van SPSS (versie 21).

De resultaten van de bivariate analyse met systeemgebruik tonen een residu van 19 variabelen over de vijf blokken van onafhankelijke - predisponerende - factoren, die allemaal Pearson $\chi^2 = 0.000$ niveau bereiken en scores op Cramer's V (voor nominale variabelen) van 0.151 tot 0.363. In totaal gebruikt 41,7% van de respondenten TM, 21,5% gebruikt TR en 36,8% gebruikt MM (N=715). Het laat ook zien dat blok zes, met tussenliggende variabelen zoals media- en informatiecampagnes, niet voldoende scoort om in de multivariate analyse te worden opgenomen. Van de sociaal demografische factoren blijven het land in bezit, de hoeveelheid vee in bezit en het aantal moderne media in gebruik relevant. Van de psycho-sociale factoren zijn wie om advies worden gevraagd, wie de bron van kennis is, het geloof in TM en de mening over de effectiviteit van TM onderscheidend. Onder de pre-disponerende factoren zijn de kosten van TM en TR, evenals de kosten van transport naar TM, en tenslotte de sociale economische status belangrijk. Van het vierde blok zijn de gepercipieerde morbiditeit, de duur van de ziekte en de externe diagnose door een derde partij onderscheidend. Onder de institutionele factoren zijn de beschikbaarheid van moderne (MM) en transitionele (TR) middelen, samen met milieuvriendelijkheid, sociale acceptatie en economische efficiëntie, onderscheidend.

In de multiële regressieanalyse zijn de variabelen die een substantiële correlatie vertonen in beide dimensies: wie om advies wordt gevraagd, of de therapie sociaal aanvaardbaar is, wie de bron van kennis is, de kosten van TM en of TM economisch efficiënt is. Voor de afhankelijke variabelen is dat het gebruik van TR. Het is duidelijk dat met de afhankelijke variabelen TM dominant is in de eerste dimensie, gevolgd door TR met een gematigde score, terwijl MM in de tweede dimensie is, gevolgd door TR, met een matigde score. In de bivariate analyse is het duidelijk dat de meest discriminerende variabelen consistent lijken te zijn met hun positie in de eerste dimensie en de tweede dimensie, hoewel soms in omgekeerde volgorde. De variabele "klinisch gediagnosticeerd", de hoogste in de bivariate analyse, verschijnt hier alleen in de tweede dimensie met een hoge waarde, waarschijnlijk vanwege de relatie met het gebruik van MM. In figuur 7 is het duidelijk dat de combinatie van geloof in TM, kosten en afstand tot TM een kleine onderlinge afstand hebben in beide dimensies, wat aangeeft dat de overtuiging en toegankelijkheid van TM coherente motieven vormen, nauw verwant aan gepercipieerde morbiditeit. De variabelen die het dichtst bij het gebruik van MM liggen, kunnen worden aangeduid als sociaal-economische status en de sociale acceptatie van het gebruik van het systeem. Omgekeerd is in de tweede dimensie de afstand tussen TR, economische efficiëntie en milieuvriendelijkheid erg klein, terwijl wie wordt geraadpleegd, wie de bron van kennis is en wie de diagnose heeft gesteld, zich in hetzelfde cluster bevindt. Het laat zien dat, naast de invloed van sociale relaties en inheemse kennis op het gebruik van TM, er een identiek mechanisme is met betrekking tot het gebruik van commerciële middelen.

Uit de analyse van de relaties tussen de blokken van het onderzoeksmodel blijkt ook dat blok 2 en 5 het meest onderscheidend zijn (7x significante scores), gevolgd door respectievelijk blok 1 (5x) en 3 en 4 (4x). Deze frequenties weerspiegelen de scores van individuele variabelen binnen de blokken. Tussen blok 2 en de anderen is het advies van bekenden en de bron van kennis

onderscheidend, evenals het geloof in- en de mening over TM. In blok 5 zijn de sociale acceptatie van de gekozen therapie, gevolgd door de economisch efficiënte kwaliteit van de therapie en de beschikbaarheid van TM onderscheidend. Het geeft aan dat de invloeden van persoonlijke relaties binnen de gemeenschap dominant zijn boven pragmatische overwegingen. De beschikbaarheid van TM behaalt echter de hoogste score in alle richtingen met 0,938. Wat betreft sociaal demografische factoren uit blok 1, zijn er drie variabelen die een rol spelen in dimensie 1, namelijk grondbezit, veehouderij en het gebruik van moderne media. De eerste, landeigendom vertoont een relatie met de veehouderij, maar nog belangrijker, met het gebruik van TM in blok 7 en met sociale acceptatie in blok 5. Over het algemeen is de sterkste relatie tussen blok 2 (psychosociale factoren) en blok 5 (institutionele factoren) met 0.802 in dimensie 1 en 0.826 in dimensie 2. De hoogste correlatie tussen onafhankelijk en afhankelijk is tussen blok 4 en blok 9 gebruik van MM, 0.663 (bij externe diagnose) en tussen blok 4 en blok 7 gebruik van TM, 0.599 (over gepercipieerde morbiditeit). De volgende sterke relatie is tussen blok 3 (pre-disponerende factoren) en blok 5 (institutionele factoren) met 0.769 in dimensie 1 en 0.666 in dimensie 2. Die relatie wordt blijkbaar bepaald door de combinatie van de kosten van TM, gekoppeld aan de transportkosten naar TM en de beschikbaarheid van TM. Verwijzend naar de kwalitatieve gegevens, ondersteunt dit de nabijheid in termen van psychologische en fysieke afstand, het aantal mensen dat huismiddeltjes toepast, beschikbaar in hun omgeving, en tegen verwaarloosbare kosten.

Ten zesde: om de perceptie van de lokale bevolking van het huidige moderne medische systeem in het gebied te beoordelen op basis van kwalitatief onderzoek, om de samenwerking tussen de beschikbare medische systemen te verbeteren, zoals beschreven in hoofdstuk VI en VIII. In de huidige gezondheidszorg is er vooral het aspect van fysieke toegankelijkheid: hoewel TM historisch is gekoppeld aan de fysieke omgeving en daarom impliciet aanwezig is in elke lokale gemeenschap, worden de op voorzieningen gebaseerde diensten op A-niveau beperkt door de beschikbare middelen. Hoewel dit netwerk is uitgebreid door gezondheidswerkers op dorpsniveau, van wie de meesten zonder fysiek station werken, blijft de distributie van voorzieningen op het platteland op middellange termijn problematisch, tenzij er alternatieven worden gevonden.

Bovendien speelt toegankelijkheid een rol in sociaaleconomische termen. Hoewel de meeste diensten toegankelijk zijn en sommige gratis zijn voor de meest kwetsbare groepen, zoals moeder en kindzorg (MCH), HIV-positieve personen en ouderenzorg, is er concurrentie met alternatieve aanbieders, zowel traditionele als commerciële. De gezondheidswerkers leggen uit dat de financiële middelen op districtsniveau niet voldoende zijn voor de beoogde diensten, terwijl preventieve diensten niet voldoende omzet genereren om zichzelf te onderhouden. Het Community Health Fund (CHF) en andere soorten collectieve verzekeringen hebben nog geen omvang om te fungeren als financiële basis om monitoring- en preventie te ondersteunen, of hun uitbreiding op dorpsniveau.

Het kwalitatieve onderzoek toont aan dat het vertrouwen in de technische capaciteiten van MM hoog is, er is waardering voor chirurgie, microbiologische analyse door laboratoriumtesten, vaccinaties, röntgenfoto's, levensreddende systemen, bijv. infusie, bloedtransfusies, kunstmatige ademhaling en de compactheid van moderne geneesmiddelen zoals in massa geproduceerde pillen, sera, of implantaten. Tegelijkertijd wordt de werkhouding van veel moderne gezondheidswerkers vaak bekritiseerd. Er is een idee van gebrek aan terugkoppeling tijdens consultaties, wat betekent dat personeel de oorzaak en het effect van hun morbiditeit of de voorgestelde remedie niet adequaat aan de patiënt uitlegt, terwijl de houding van velen tegenover patiënten is bestempeld als 'arrogant' of

‘onbeleefd’. De respondenten geven aan geen idee te hebben wat deze houding oproept. Het werpt een barrière op voor spontaan contact, vooral bij vrouwen.

Er is een gebrek aan spontane kennis over preventieve maatregelen. De populariteit van preventieve diensten is omstreden. Hoewel de campagnes voor gezondheidsvoorlichting meetbaar zijn, is de impact gering. Zoals vermeld in de kwalitatieve analyse, moet de integratie met het reguliere basis- en voortgezet onderwijs worden verbeterd, omdat kinderen de belofte in zich dragen om meer bewustzijn te creëren en tegelijkertijd indirect de ouders kunnen bereiken. Een heropleving van het rollenspel op dorpsniveau voor de onderkenning van potentiële gevaren wordt door verschillende sleutel informanten onderschreven. De rol van mobiele communicatie is nog niet onderzocht, maar het privébezit van meerdere apparaten is zodanig verspreid dat ze veelbelovend zijn als een platform voor gezondheidseducatie of noodwaarschuwingen via sms of apps voor een breder publiek, zoals al wordt gedaan in Azië, de Amerika's en delen van Europa.

Zoals in hoofdstuk IV en V wordt benadrukt, is de situatie op het gebied van gezondheids personeel urgent. In bredere zin is dit tekort tweeledig, omdat het niet alleen artsen betreft, maar ook paramedici op gemeenschapsniveau. De opties variëren van Publieke Private Partnerships (PPP) verbonden aan formele opleidingsinstellingen, tot de integratie van traditionele professionals in de gezondheidszorg op lokaal niveau. Ongeacht de hernieuwde belangstelling voor de rol van Community Health Workers (CHW) is samenwerking met TM nog steeds een optie. Het argument van personeelsleden dat bepaalde traditionele artsen niet voldoen aan opleidingskwalificaties, maakt de optie om hen instrumenteel te maken bij vroege opsporing, eerstelijnsgezondheidszorg of tijdige verwijzing niet ongeldig. Hun vertrouwelijke relatie met de gemeenschap, hetgeen ook wordt aangetoond door traditionele verloskundigen (TBA's), maakt hen tot een waardevolle menskracht. Er is een bereidheid bij die groep om samen te werken en kennis uit te wisselen, terwijl individuele traditionele verloskundigen (TBA's) hebben aangetoond dat ze verantwoordelijkheid nemen door delicate gevallen naar het ziekenhuis te verwijzen, soms zelfs door patiënten te begeleiden. Het mechanisme moet bij voorkeur wederkerig zijn en delen met traditionele artsen in ruil voor hoe ze consistentie in kwaliteit kunnen bereiken met behoud van hun traditionele middelen, wat ze verwachten van hun interactie met het moderne systeem. Door hier alleen over personeelstekorten te praten, wordt het grotere beeld van samenwerking met TM naar de achtergrond geschoven. Kwalitatieve en kwantitatieve gegevens tonen aan dat de meeste gepercipieerde morbiditeiten eerst zelf worden behandeld, terwijl aandoeningen met een mentale of spirituele connotatie zich meestal richten op TM, hoewel soms onterecht, zoals bij convulsies met zuigelingen. Het verdient het om te worden onderzocht en gebruikt om het gezondheidsbeleid te verbeteren, in plaats van dat TM wordt afgedaan als inferieur, ongepast of onbestuurbaar.

Er is behoefte aan geïnstitutionaliseerde interactie met wat de WHO de "sociale determinanten van gezondheid" (WHO, 2018) noemt, afgeleid van de reacties onder de lokale bevolking na de uitbraak van ebola in West-Afrika. Er is een analogie met HIV/AIDS wanneer een infectie niet op tijd wordt gedetecteerd of (on-)opzettelijk wordt genegeerd, herkenbaar als een aspect van PMTCT [37] projecten. Het vereist ook een gedragsverandering van gezondheidswerkers. Hun bewustzijn van de impact van gezondheidsmaatregelen op de dagelijkse routine van de bevolking, d.w.z. hun culturele tradities, moet worden weerspiegeld in het lokale gezondheidsbeleid. Net zoals vrijwilligers van religieuze congregaties die HIV-patiënten individueel begeleiden om te voorkomen dat ze een gezondheidsrisico voor de gemeenschap worden, is de gelijkenis met andere inheemse instellingen duidelijk. Er zijn hoge verwachtingen van een vernieuwde gezondheidswerker in de

gemeenschap (CHW) die meer dan voorheen moet kunnen anticiperen op gezondheidsrisico's, moet samenwerken met traditionele genezers en lokaal herkenbare definities moet gebruiken om het beoogde publiek te bereiken. Hun opleiding en status in de gemeenschap zullen echter moeten worden herzien, gezien de ervaringen in de eerstelijnszorg (PHC) en die met de opleiding van traditionele verloskundigen (TBA's).

Medische informatie moet worden gedigitaliseerd. Het kan vroegtijdige detectie van gevaren op districtsniveau mogelijk maken. De verspreiding van mobiele telefoons en de dekking van internetproviders impliceren dat een dergelijke toepassing mogelijk is. De medewerkers van de klinieken zetten zich in voor het verzamelen en registreren van relevante informatie. Er is software maar geen internetverbinding om gegevens op tijd te delen met de stafafdeling in de hoofdstad. De kosten voor het opzetten van deze verbindingen zijn echter onevenredig laag in vergelijking met de logistiek en mankracht die betrokken zijn bij fysieke verplaatsing en alternatieve communicatie over grote afstanden en onverharde wegen. De medewerkers willen ook informatie op locatie kunnen analyseren en terugkoppeling kunnen geven aan het hoofdkantoor. Het betekent dat elke fluctuatie in morbiditeiten, een tekort aan essentiële medicatie of epidemiologische gezondheidsrisico's die een snelle interventie vereisen, automatisch worden gedetecteerd door een hoofdkwartier dat vervolgens gegevens in een netwerk kan analyseren en deze tegelijkertijd kan delen met districtsklinieken.

Ten zevende: de theoretische implicaties beschrijven van de onderzoeksresultaten voor de ontwikkeling van toegepaste ethnoscience op het gebied van management van de volksgezondheid, gericht op de invloed van sociaal-culturele factoren bij het bereiken van duurzame gemeenschapsontwikkeling (zie Slikkerveer et al. 2019) Hoofdstuk VIII toont de implicaties van toegepaste ethnoscience: het aantonen van de rol van inheemse kennis en praktijken leidt tot een heroverweging van hoe gemeenschappen moeten worden benaderd bij het mobiliseren van hun potentieel om problemen in de gezondheidszorg aan te pakken. Door inheemse overtuigingen en motieven te herkennen die ten grondslag liggen aan sociaal gedrag, is het mogelijk om kennis uit te wisselen zonder semantische waarden te verliezen. Het kan een betere identificatie bieden en invloed hebben op ongezonde levensstijlen. Het zal evenveel kunnen bijdragen als grootschalige op conventionele media gebaseerde campagnes voor gezondheidseducatie.

Ten Achtste: de methodologische implicaties beschrijven van de onderzoeksresultaten voor de verdere ontwikkeling van specifieke op ethnoscience gebaseerde onderzoeksmethoden en -technieken zoals bepleit door LEAD om bij te dragen aan duurzame gemeenschapsontwikkeling. De implicaties onderbouwen de juiste capaciteit van de 'Leiden Ethnosystems Approach' als een instrument om de emic-factoren in het proces te beoordelen, en als zodanig aansluiten bij het Impact Assessment Model zoals geïntroduceerd in het concept van Integrated Community Managed Development (ICMD) door Slikkerveer (2018). Deze methode maakt het ook mogelijk om de volgende generatie gezondheidswerkers volledig geïntegreerd te laten werken vanwege hun vermogen om op gelijke voet met de lokale bevolking te communiceren, vooral wanneer bepaalde onderwerpen als controversieel worden beschouwd, bijv. anonieme HIV-dragers of aan hekserij toegeschreven verschijnselen. De toepassing van een methode voor het aanpassen van ethnoscience wordt aangemoedigd bij te dragen aan wat Nachega *et al.* (2012) aangeven als de noodzaak om nationale trainingsprogramma's in de Afrikaanse regio (WHO / AFRO 2012) uit te breiden met zoveel mogelijk epidemiologische en volksgezondheidsaspecten. Hun analyse geeft aan dat de

nadruk op overdraagbare ziekten (CDC's) en moeder en kindzorg (MCH) moet worden uitgebreid met niet-besmettelijke ziekten (NCD's), en klimaatverandering en haar gevolgen voor het milieu, aangezien deze in de regio verder zullen toenemen. Het belangrijkste motief voor het toepassen van deze onderzoeksmethoden ligt in de identificatie van voorspellende indicatoren (Nachega *et al.* 2012) die tegelijkertijd de samenwerking met programma's buiten de regio bevorderen, of de toepassing van digitaal afstandsonderwijs in de huidige curricula. Het verwijst naar het gebrek aan managementkader op masterniveau in de huidige gezondheidszorg en de behoefte aan meer opleidingscapaciteit om het gebrek aan lokale middelen te compenseren.

Ten negende: de praktische implicaties beschrijven van de onderzoeksresultaten voor de verbetering van het beleidsplanning en implementatieproces voor het volksgezondheidsbeleid, met een focus op de ontwikkeling van uitgebreide beleidsplannen door het Serengeti District Health Management Team. Het leveren van een gemeenschapsgerichte bijdrage aan de Transcultural Public Health Management (TPHM) Post-Graduate Course aan het Kisare College of Health Sciences in Serengeti. De beleidsaanbevelingen ter afsluiting van hoofdstuk VIII zijn als volgt geformuleerd:

1) De mogelijkheid bestaat om op de gemeenschap gebaseerde instellingen nieuw leven in te blazen die de voorwaarden voor duurzame gezondheid op lokaal niveau verbeteren. Ze omvatten de revitalisering van gemeenschapsgezondheidscomités, gezondheidswerkers in de gemeenschap en de structurele samenwerking met traditionele genezers in de discipline waarin ze beschikbaar zijn (zie Ambaretnani 2012; Chirangi 2013). Het zou kunnen fungeren als een alternatieve pool van human resources, mits er toewijding is op districtsniveau om de communicatie te vergemakkelijken. De mobiele klinieken van het oorspronkelijke Primary Health Care concept zouden nieuw leven kunnen worden ingeblazen als een communicatie- en trainingsapparaat, als aanvulling op de oorspronkelijke functie als monitoring en controle van MCH-activiteiten.

2) Er is een verzoek om een verbeterd curriculum (zie 8.3.3) om personeel op te leiden in het toepassen van endogene kennis bij hun dagelijkse activiteiten. Integratie van sociale wetenschappen in curricula voor het beheer van de volksgezondheid zal de communicatie op gemeenschapsniveau verbeteren; aanzetten tot een verandering in houding en een betere reflectie op de motieven van de lokale bevolking. Het zal gezondheidswerkers op verschillende niveaus in staat stellen zich te identificeren met de motieven in het gezondheidsgedrag van hun doelgroep, en zowel preventieve als curatieve zorg te verbeteren, aangezien de correlatie tussen de twee afhankelijk is gebleken van de perceptie van kwaliteit en toegankelijkheid van de dienstverlening. Het zou kunnen leiden tot een structurele samenwerking met traditionele genezers, waarbij wederzijds respect wordt bereikt, kennis wordt uitgewisseld en gezondheidsrisico's worden beperkt.

3) Er is een onderschat potentieel in de revitalisering van het Community Health Fund (CHF), door te overwegen het op alternatieve manieren te organiseren. Zoals aangetoond in de kwalitatieve analyse, komt integratie met bestaande instellingen op dorpsniveau, d.w.z. boerencoöperaties, religieuze congregaties of vrijwillige verenigingen die betrokken zijn bij een economische activiteit in verband met wederzijds krediet, in aanmerking als voertuig voor het afsluiten van een ziektekostenverzekering. Bovendien kan er een goede her-evaluatie zijn van welk type zorg gedekt moet worden, met consensus van alle betrokken partijen en met een lange termijn inzet om

vertrouwen op te bouwen. Tenslotte zijn er een groot aantal alternatieven met betrekking tot de betaling van vergoedingen die nog niet zijn onderzocht, b.v. verspreiding in termijnen, delen, collectieve spaarregelingen, kanalisering via lokale verenigingen of gedigitaliseerd via mobiele communicatie, om te voorkomen dat potentiële patiënten consultatie gaan vermijden vanwege de financiële implicaties.

4) Er is een wens om een gedigitaliseerd gezondheidsinformatiesysteem te starten tussen de doorverwijzingsstations wat betreft het uitwisselen en analyseren van morbiditeitscijfers, medicijnvoorraden, vroegtijdige waarschuwing voor gezondheidsproblemen, monitoring en controle, door toepassing van technologie die al beschikbaar is, maar die tot nu toe beschikbaar is niet geoperationaliseerd. Op A-niveau bestaat er een verplichting om een dergelijke vorm van communicatie tot stand te brengen, en deze kunnen worden vastgesteld tegen een fractie van de kosten van traditionele logistiek en fysieke verplaatsing. De hardware en software is beschikbaar, internetproviders zijn beschikbaar, elektriciteit is beschikbaar en de kennis is beschikbaar.

5) Er is een optie om het effect van campagnes op het gebied van gezondheidseducatie te vergroten door de integratie in het basis- en voortgezet onderwijs uit te breiden. De inzet van rollenspellen kan worden verhoogd om een beroep te doen op die traditie van inheemse kennisoverdracht. Vanwege de veranderende modaliteiten door mobiele telecommunicatie is het echter noodzakelijk om het gebruik van bestaande netwerken te onderzoeken om informatie over gezondheidsrisico's op mobiele apparaten te introduceren, omdat vooral de volgende generatie vatbaar is voor deze kanalen en men een platform zou kunnen creëren via de sociale media.

6) Er is de mogelijkheid om het onderzoek naar de toepassing van inheemse traditionele geneeskunde nieuw leven in te blazen, aangezien een aantal traditionele beoefenaars aangeven dat ze graag hun materiaal willen laten onderzoeken. Zij stellen voor dat een wetenschappelijke analyse van de componenten een tweeledig effect zou hebben. Ten eerste zou dit het stigma van ontbrekende geregistreerde kwalificaties wegnemen, ten tweede zou het hen in staat stellen hun medicijnen verder te ontwikkelen op het gebied van conservering of reproductie, en tenslotte zou het hen erkenning geven. Het belangrijkste doel, in hun woorden, is om eindelijk een reactie te ontvangen over het aanbod tot samenwerking hetgeen ze consequent hebben gedaan. Het vormt tegelijkertijd een solide basis voor toekomstige samenwerking en de beoogde integratie tussen medische systemen. Het zou de verdiende aandacht moeten krijgen, temeer omdat dezelfde beoefenaars een gebrek aan interesse van de jongere generatie voorzien om de moeizame taak van het verzamelen en bereiden van de benodigde soorten te ondernemen. Ze vrezen dat de kennis niet zal worden behouden of overgedragen, terwijl ze tegelijkertijd een verminderde beschikbaarheid van sommige soorten ervaren, wat hun behoud in gevaar brengt (zie hoofdstuk VI).