

# SLIMMER SCHENKEN

## *Tweedehandsapparatuur voor ontwikkelingslanden*

Hoe goed bedoeld dan ook, het is niet raadzaam om lukraak afgeschreven medische apparatuur aan derdewereldlanden te doneren. Los van transportkosten en het gebrek aan onderhoudsmogelijkheden, is het de vraag of het aanbod wel voldoet aan de behoefte.

gelijknamige provinciehoofdstad, terwijl er 3 zijn verbonden aan het Provincial Health Office.<sup>1</sup> Verder werken er in de provincie medisch specialisten, maar het aantal vakgebieden is zeer beperkt. Dat betekent dat veel patiënten voor specifieke diagnostiek en behandeling zijn aangewezen op specialisten in de hoofdstad Lusaka (850 kilometer verderop) of in grotere steden in de Copperbelt (nog altijd ruim 500 kilometer van huis). Vanwege de kosten, het gemiddelde inkomen in Luapula Province en de beschikbare vervoersmogelijkheden wordt echter vaak van het reizen afgezien.

In de vijf districtsziekenhuizen is wel apparatuur, maar een deel daarvan bestaat uit gedoneerd materiaal. En dat is vaak geleverd zonder een duidelijke Engelstalige handleiding of financiële

middelen voor onderhoud. Ook beschikt de provincie niet over een onderhoudstechnicus voor medische (en niet-medische) apparatuur. Overigens bestaat er in heel Zambia geen opleiding voor dergelijke mensen.<sup>2</sup>

In één van de zeven districten van Luapula Province blijkt dat per kliniekje op het platteland gemiddeld nog geen één thermometer beschikbaar is, terwijl het er volgens de voorschriften van het Ministerie van Volksgezondheid in Lusaka voor het gehele district toch minimaal 115 (5 voor elk) hadden moeten zijn.<sup>3</sup>

Nu is dit maar een voorbeeld. Misschien is de situatie elders hoopgevoender. Maar toch: het bekijken van de wasruimte van een ziekenhuis met 400 bedden en dan zien dat er van de drie wasmachines eentje overuren maakt,

KEES VAN DEN BOSCH

De Nederlandse gezondheidszorg is afhankelijk van allerlei medische en niet-medische apparatuur: zonder dat zijn diagnostiek, behandeling, ondersteuning en logistiek niet of nauwelijks meer denkbaar. Dankzij geld, kennis en onderhoud zijn dergelijke machines en attributen vrijwel altijd werkzaam, voorradig en voorzien van de laatste snufjes. Is dat niet meer het geval, dan is vervanging door het allernieuwste veelal eenvoudig. Dat zou natuurlijk ook buiten de westerse wereld zo moeten zijn. Maar dat is het vaak niet, vooral niet in ontwikkelingslanden. Patiënten en medische staf zijn daar genoodzaakt te werken met deels verouderde, slecht onderhouden en krakkemikkige apparatuur. Als die er al is.

### THERMOMETER

Luapula Province, in Zambia, telt in 2006 een totaal van 30 artsen op een bevolking van meer dan een miljoen mensen. Van die artsen werkt de meerderheid (21) in Mansa General Hospital in de

*Voordat medische apparatuur naar ontwikkelingslanden gaat, moeten vier vragen worden beantwoord.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

## SAMENVATTING

- *Gebrek aan middelen bedreigt de kwaliteit van de gezondheidszorg in rurale gebieden in ontwikkelingslanden.*
- *Apparatuur wordt dikwijls welluidend gedoneerd door zorginstellingen uit het westen, maar niet altijd in overleg met de ontvangers.*
- *Van standaardisatie is nauwelijks sprake. Er is geen budget voor transport, onderhoud en reparatie, en opleidingsmogelijkheden voor de technische staf ontbreken vaak.*
- *Afstemmen van vraag en aanbod en het bekostigen van het transport van het materiaal door middel van een 'verwijderingsbijdrage' op nieuwe apparatuur in het donorland kan uiteindelijk de zorg elders aanzienlijk verbeteren.*

terwijl de andere twee kapot zijn, geeft te denken.

### BEHOEFTE

Het beschikbaar stellen van nieuwe, gebruikte, werkzame en van begrijpelijke handelingen voorziene (niet-)medische apparatuur aan ontwikkelingslanden is natuurlijk geen nieuw fenomeen. Gelukkig doen Nederlandse zorginstellingen dat al jarenlang. Vaak zijn er banden met bepaalde landen, soms doordat artsen er hebben gewerkt. Toch is het, hoe goed bedoeld dan ook, van belang om eerst vier vragen te beantwoorden alvorens over te gaan tot deze vorm van hulpverlening.

#### 1. *Waar is daar behoefte aan en wat is hier beschikbaar?*

Om behoefte en beschikbaarheid op elkaar af te stemmen, is het koppelen van gegevens op districts-, provinciaal en nationaal niveau voor zowel het ontvangende als het donorland een absolute noodzaak. De organisatie van een dergelijk bestand is in een ontwikkelingsland natuurlijk een heel ander verhaal dan in Nederland, maar niet onmogelijk, getuige pogingen die in die richting in Zambia zijn ondernomen.

#### 2. *Zijn er in het land eigen middelen om nieuwe en zo veel mogelijk gestandaardiseerde apparatuur aan te schaffen en kan er op enigszins uniforme wijze worden ingekocht?*

Hiervoor is inzicht in de planning en budgettering van de gezondheidszorg in het betreffende land nodig: een waarschijnlijk moeizame, maar niet onmogelijke opgave - zeker als de reden voor het onderzoek duidelijk wordt gemaakt. Standaardisatie van materiaal is natuurlijk ideaal, niet alleen vanwege het gebruik ervan door de staf, maar ook gezien de mogelijkheid van korting bij (gezamenlijke) aanschaf, kennis van onderhoud en reparatie bij de technische staf en de aanschaf van reserveonderdelen.

#### 3. *Zijn er mogelijkheden voor onderhoud en reparatie; zijn er technici beschikbaar en kunnen kosten hiervoor worden gedekt?*

Dat is uiteraard afhankelijk van de aanwezigheid van een opleidingsinstituut voor *hospital engineers*, en niet zozeer van de aanwezigheid van technici. Immers, onderhoud van apparatuur is een continu proces en doorstroming van adequate staf onontbeerlijk om de productkwaliteit te garanderen. Het

opzetten van een dergelijk instituut met hulp van buitenlandse expertise is zeker mogelijk. Probleem is wel dat het initiatief van de overheid aldaar moet komen - en dat blijkt in het geval van Zambia tot nu toe een langdurig proces. Wat de salaris- en uitrustingskosten voor technici betreft: dat is een budgetkwestie voor het ministerie van Volksgezondheid van het betreffende land.

#### 4. *Wie betaalt de transportkosten van de apparatuur van Nederland naar de plaats van bestemming?*

Dit is gecompliceerd. Over het algemeen wordt medische en niet-medische apparatuur door Nederlandse zorginstellingen afgestaan aan ontwikkelingslanden zonder daarvoor kosten te berekenen. Dan zijn er echter nog de transportkosten. Een oplossing daarvoor is het samenwerken met instellingen die de verantwoordelijkheid voor dat deel van de operatie op zich willen nemen - dergelijke organisaties bestaan.

Een andere oplossing is om bij de aanschaf van nieuwe apparatuur aan zorginstellingen in het donorland een (geringe) heffing op te leggen: een alternatieve verwijderingsbijdrage. Uit de

## Nog niet één thermometer per kliniekje

opbrengst daarvan kunnen vervolgens de transportkosten van te doneren goederen worden betaald. Zorginstellingen zullen weinig merken van de meerprijs en het vervoer van de goederen is gegarandeerd.

### GEEN BUDGET

In ontwikkelingslanden is nog steeds een chronisch gebrek aan allerlei voorzieningen in de gezondheidszorg, vooral op het platteland. Om te beginnen ontbeert men voldoende medische staf en daarnaast apparatuur (van echoapparaten tot pincetjes en thermometers). De personele schaarste is een enorm complex en globaal probleem, waar de westerse wereld helaas aan bijdraagt door lokaal onmisbare medische staf te werven, die de werkgever bovendien niets aan opleiding heeft gekost. In feite een

scha(n)delijk proces van 'afromen' van kader.

Het tekort aan middelen is deels in te lossen met afgeschreven en nog werkzame, in kelders van Nederlandse zorginstellingen opgeslagen apparaten en instrumenten. Daarmee kan elders een brug worden geslagen tussen het heden, met weinig of geen budget, en de toekomst, met de hoop dat ook dergelijke gebieden eens genoeg geld zullen hebben om nieuwe, adequate en zoveel mogelijk gestandaardiseerde apparatuur aan te schaffen.

Veel instellingen brengen de hier voorgestelde aanpak al in de praktijk. Toch zou een centraal mechanisme voor beide partijen, geveer en ontvanger, ervoor kunnen zorgen dat meer ontwikkelingslanden kunnen profiteren van de overdaad die wij hier ook op dit gebied kennen. ■

drs. H.H. van den Bosch,  
basisarts, voorheen werkzaam in Suriname, Nigeria,  
Democratische Republiek Congo, Zambia, Jamaica en  
Kosovo

Correspondentieadres: [hvdandenbosch@hotmail.com](mailto:hvandenbosch@hotmail.com);  
c.c.: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)

Geen belangenverstrengeling gemeld.

### Noten

1. Opgave van het HR-department, Provincial Health Office, oktober 2006. 2. Bezoek van PUM-specialist, november 2006. 3. Inventarisatie klinieken in alle districten, juni tot augustus 2006.