

De geestelijke gezondheidszorg in Guinee-Bissau: een vergelijking tussen steden en platteland

door M.E. Maassen van den Brink, J.T.V.M. de Jongen
G.H.M.M. ten Horn

Samenvatting

De overheid in Guinee-Bissau is een programma begonnen om geestelijke gezondheidszorg te introduceren als deel van de eerstelijns gezondheidszorg. Onderzoek is uitgevoerd op het platteland en in de hoofdstad van Guinee-Bissau. Als onderdeel daarvan werden patiënten die een medische post bezochten onderzocht op de aanwezigheid van psychische stoornissen. Op het platteland was er bij 12% van de patiënten sprake van een psychische stoornis, in de hoofdstad bij 19%. De lokale gezondheidswerker stelde slechts bij een deel van deze patiënten dezelfde diagnose. Kennis van en houdingen ten opzichte van psychische stoornissen zijn ook onderzocht door middel van interviews met sleutelinformanten. Er bleken verschillen wat betreft resultaten te zijn tussen stad en platteland. Het artikel beschrijft deze verschillen en de gevolgen daarvan voor de opbouw van de geestelijke gezondheidszorg.

Inleiding

Naruim vijfeeuwen Portugese overheersing, bereikte Guinee-Bissau in 1974 zijn formele onafhankelijkheid. Eén van de taken waar de regering zich voor gesteld zag, was het ontwikkelen van een nationaal beleid op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Daarom startte het ministerie van Volksgezondheid in Bissau een project om een empirisch onderbouwde, geïntegreerde GGZ voor het land te ontwikkelen. Dit project omvat onder meer de volgende onderdelen (De Jong 1982, 1983, 1984):

1. een kwantitatieve survey van de nationale situatie op het gebied van de GGZ;
2. een klinisch onderzoek naar de psychiatrische problematiek en behandelingsmethoden binnen de psychiatrische afdeling van het '3e Augustus'-ziekenhuis in de hoofdstad Bissau;
3. studie van de organisatorische en bouwkundige vereisten voor een Centrum voor de Geestelijke Gezondheidszorg;
4. meten van het inzicht van lokale gezondheidswerkers¹ in de psychiatrische problematiek;

5. studie van lokale niet-westerse vormen van GGZ zoals die zich met grote frequentie en onbekende therapeutische effectiviteit voordoen in de praktijken van lokale genezers.

De bestaande GGZ-voorzieningen waren gecentreerd in Bissau. De overheid stelde daarom dat de te ontwikkelen voorzieningen in de eerste plaats gericht moesten zijn op het platteland.

Bij het onderzoek in Guinee-Bissau werd gebruik gemaakt van het instrumentarium van, en de ervaringen opgedaan in de WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care (WHO, 1981), die in 1975 startte, en erop gericht was elementen van geestelijke gezondheidszorg te integreren in de eerstelijns gezondheidszorg. Deze strategie is reeds met succes toegepast in een zevental 'ontwikkelingslanden' waaronder de Filipijnen, Brazilië en Egypte (Harding 1980).

In 1983 werd het onderzoek op het platteland in Guinee-Bissau uitgevoerd. Op basis van onder andere de resultaten ervan werd een aantal prioriteiten bepaald, plannen geformuleerd en bijscholingscursussen voor eerstelijns gezondheidswerkers opgezet. Het was echter nog onbekend of er duidelijke verschillen zijn tussen stad en platteland, die tot een ander beleid voor de stad zouden moeten leiden. Om die reden werd in 1984 hetzelfde onderzoek ook in de stad uitgevoerd.

Dit artikel gaat over de gevonden verschillen tussen stad en platteland².

Guinee-Bissau

Het is een klein land (36.125 km²) aan de kust van West-Afrika, gelegen op de grens van het Sahel-gebied, wigvormig ingeklemd tussen Senegal en de Republiek Guinee-Conakry. Het westelijk deel van Guinee-Bissau bestaat uit eilanden en lage kustvlakten, waar brede zeearmen tot diep in het binnenland binnendringen. De bevolking is verdeeld over meer dan twintig stammen en houdt zich vrijwel uitsluitend bezig met landbouw en veeteelt. De belangrijkste produkten zijn rijst en aardnoten, maar de opbrengst is niet voldoende om de totale bevolking te voeden. Infrastructuur ontbreekt bijna geheel, analfabetisme wordt geschat op 90%. De meerderheid van de mensen woont op het platteland, in de gestaag groeiende hoofdstad Bissau woonden in 1979 110.000 mensen (De Jong en Buijtenhuijs 1979). Guinee-Bissau behoort tot de tien armste landen in de wereld met een bruto-nationaal produkt van minder dan \$ 140 per hoofd van de bevolking.

Ook op het gebied van de gezondheid is de situatie problematisch: 18 tot 20% van de kinderen sterft in hun eerste levensjaar. De meest voorkomende ziekten zijn malaria, aandoeningen van de luchtwegen, diarree, kinderziekten zoals mazelen en kinkhoest, tuberculose, lepra en ondervoeding (Chabot 1981).

In 1980 besteedde de overheid 10% van haar nationale budget aan de gezondheidszorg. De voorzieningen zijn zeer beperkt, het land telt twee

ationale en vier regionale ziekenhuizen. Samen met de negen districtsziekenhuizen betekent dit, dat er 1180 bedden zijn (één bed voor $\pm$ 760 inwoners). Maar 60% van deze bedden staat in de hoofdstad, waar slechts 14% van de bevolking woont. Bovendien is de hoofdstad moeilijk te bereiken vanwege een zeer gebrekkig wegennet.

Daarom is men in 1977 een project voor basisgezondheidszorg gestart. Dit project werd door de Guinese autoriteiten in 1981 tot eerste prioriteit van de gezondheidszorg op nationaal niveau uitgeroepen. Het project probeert een gezondheidszorg te verbreiden, gericht op ziektepreventie, decentralisatie, stimulering van de bevolking om haar eigen welzijn te bevorderen, voorlichting en scholing. Vrijwilligers in de dorpen worden opgeleid tot 'basisgezondheidsagenten' en traditionele vroedvrouwen krijgen een bijscholing. Het is hun taak de bevolking van het dorp te mobiliseren en voor te lichten, terwijl ze ook de meest voorkomende ziekten behandelen en indien noodzakelijk doorverwijzen naar het dichtst bijzijnde gezondheidscentrum ('Centro de Saúde').

Het is de bedoeling dat de GGZ aansluiting vindt bij deze gezondheidscentra. Met behulp van het WHO-onderzoek is bepaald welke psychiatrische ziektebeelden veel voorkomen en prioriteit dienen te hebben. Deze ziektebeelden moeten tot het basispakket van de eerstelijns gezondheidswerker gaan behoren.

Het WHO-onderzoek

In 1974 wees een WHO Expert Committee (WHO 1975) op de dringende noodzaak van verlening van primaire psychiatrische hulp door gezondheidswerkers in de eerste lijn. Dit moest gebeuren in het kader van de decentralisatie en integratie van de gezondheidszorg om zo het streven van 'Health for all by 2000' te bereiken.

Een project moest leiden tot de ontwikkeling van methodieken voor de selectie van prioriteiten en de omschrijving van taken en trainingsprogramma's. Dit alles zou vervolgens uitgevoerd en geëvalueerd moeten worden. Alle beschikbare kennis werd zoveel mogelijk gebundeld, met het resultaat dat zeven 'ontwikkelingslanden' meededen.

Aangezien het er om ging stoornissen te behandelen die in de eerste lijn worden gevonden, was het nodig de prevalentie van die stoornissen te bestuderen en de vaardigheid van de eerstelijns gezondheidswerker in de herkenning van deze stoornissen. Hiertoe werd een aantal vragenlijsten ontwikkeld.

Patiënten van een gezondheidspost werden tweemaal ondervraagd. Eerst werd de patiënt een korte vragenlijst (Self Reporting Questionnaire) afgenomen, waaruit de aan- of afwezigheid van een aantal symptomen blijkt. Uit dit interview kwamen een aantal 'potentiële gevallen' te voorschijn, welke vervolgens door de onderzoekspsychiater met de Present State Examination (PSE) werden onderzocht. Aan de gezondheidswerker werd met behulp van de Health Staff Rating (HSR) de vraag ge-

steld of er al dan niet sprake is van psychische problemen bij de patiënt. De diagnoses van psychiater en gezondheidswerker konden dan worden vergeleken.

Een belangrijk ander onderdeel van het onderzoek was het Key Informant Interview (KII), een onderzoek om de houding en reacties ten aanzien van geestesziekten in een gemeenschap te meten. Uit onderzoek (Harding 1980) bleek dat ernstig gestoorde patiënten, met name psychotische patiënten, niet bij de gezondheidszorg terecht komen. Om hierover meer te weten te komen werd het KII afgenomen. Hiermee werd gepoogd zoveel mogelijk mensen met psychische stoornissen op te sporen, te onderzoeken en te achterhalen wat de sociale gevolgen voor hen en hun familie zijn. Hoe reageert de omgeving, hoe kijkt men tegen geestesziekten aan, wat ziet men als oorzaken en waar zoekt men eventueel hulp, etc.

Aangezien de achterliggende ideeën van dit WHO-onderzoek goed aansloten bij de in Guinee-Bissau levende ideeën werd besloten het totale instrumentarium over te nemen, om zo in een korte tijd met beperkte menskracht en middelen veel relevante informatie te verzamelen.

Het onderzoeksgebied en de steekproef

Het onderzoek op het platteland vond plaats in het zuiden van Guinee-Bissau³. Het is een vlak gebied aan de kust, met diepe binnendringende zeearmen. De iets hoger gelegen gedeelten zijn bedekt met tropische wouden, terwijl de agrarische bevolking vooral aan de zeearmen woont, waar men rijst en gierst verbouwt. Men produceert bijna alleen voor enige consumptie, er wordt weinig verhandeld. Openbaar vervoer komt slechts één of twee keer per dag langs, behalve in de regentijd. Dan zijn de dorpen alleen te voet, met de motor of landrover te bereiken.

Slechts 5% van de bevolking heeft enkele uren per dag electriciteit of stromend water. De meeste huizen zijn van leem met een rieten dak. Negentig procent van de bevolking heeft geen onderwijs genoten. De onderzochte groep is zeer op het dorp gericht, de helft van hen weet niet hoe oud men is, in welk jaar of maand men leeft en wat de naam van hun president is (zie verder De Jonge e.a. 1986).

Volgens het WHO-protocol zouden per 50.000 inwoners 300 volwassenen moeten worden geïnterviewd. Uiteindelijk werden er in vijf gezondheidsposten, acht gezondheidscentra en drie ziekenhuizen 252 patiënten geïnterviewd.

In de stad werd het onderzoek in 1984 uitgevoerd. Op basis van dezelfde norm werden 100 volwassenen geïnterviewd op de medische post in de wijk Belém van Bissau⁴. Belém is een meer aan de buitenkant van de stad gelegen wijk, die als gevolg van de huidige migratie naar de stad sterk groeit. De wijk doet weinig stads aan, hoogbouw ontbreekt geheel. De meeste huizen zijn van leem met cement en hebben een zinken dak (80%), 31% van de huizen heeft een paar uur per dag electriciteit, slechts

6% heeft stromend water. Veel mensen verbouwen rond hun huis wat gerst, groenten en fruit. Ook in Bissau weet een aanzienlijk gedeelte van de mensen niet in welk jaar men leeft (24%), hoe hun president heeft (26%) en hoe oud men is (36%). Het verschil met het platteland is in dit opzicht dus niet groot.

In Bissau werd alleen op één medische post geïnterviewd. In Bissau zijn twee ziekenhuizen, maar omdat het programma een gedecentraliseerde aanpak voorstond, werden deze niet bij het onderzoek betrokken. Dit heeft geleid tot een 'scheve' steekproef: 73% van de geïnterviewden was vrouw, 27% man (platteland 58-42%). De mannen in de steekproef van de stad waren of jong of oud. Voor zover we hebben kunnen nagaan, komt dit doordat de meeste mannen rechtstreeks naar het ziekenhuis gaan en een kleine groep via hun vakbond een medische behandeling krijgt. Vrouwen zijn vaak niet in staat rechtstreeks naar het ziekenhuis te gaan, de afstand is groot, het kost te veel tijd en vaak hebben ze geen kinderopvang. Bovendien komen ze regelmatig op de medische post in verband met de moeder- en kindzorg aldaar, waardoor de drempel tot de medische post laag is. Het ministerie heeft echter geen naar geslacht gedifferentieerde cijfers over consulten van patiënten in ziekenhuizen en op medische posten om de veronderstellingen te staven.

Zowel in de stad als op het platteland vormden animisten de meerderheid (51 en 54.3%), islamieten vormden daarna de grootste groep (26 en 33.5%). De interviews zijn over het algemeen afgenomen in het Crioulou, de 'lingua franca', een mengtaal van Portugees en autochtone talen. Hoewel het Portugees de officiële taal is, is het Crioulou meer gangbaar. Op het platteland spreekt niet iedereen Crioulou, zodat daar af en toe met tolken is gewerkt.

Resultaten

De psychiatrische morbiditeiten – Op het platteland werd bij 251 respondenten de SRQ afgenomen, en bij 57 daarvan (35 potentiële en 22 controle⁵gevallen) de PSE. Dit leverde een psychiatrische morbiditeit op van 12%⁶.

In de stad werd de SRQ bij 100 respondenten afgenomen en bij 40 ervan (30 potentiële en 10 controlegevallen) is de PSE afgenomen. Bij 15 van de potentiële en één controlegeval werd een psychische stoornis geconstateerd. Omgerekend betekent dit dat de psychiatrische morbiditeit in de stad 19% is. Bij het stellen van de diagnose waren er drie mogelijkheden: geen, mogelijk en zeker sprake van psychische gestoordheid. De boven berekende psychiatrische morbiditeit in de diverse algemene patiëntenpopulaties is een minimale schatting, omdat bij onze berekening de categorie 'mogelijk sprake van psychische gestoordheid' niet werd betrokken. De poliklinische morbiditeit in de stad (19%) blijkt dus duidelijk hoger te zijn dan die op het platteland (12%). Op het platteland bleek

de psychiatrische morbiditeit op een hoger niveau van medische voorzieningen hoger te zijn⁷. Als dit óók op zou gaan voor de stad (wat we niet weten, omdat het onderzoek slechts op één niveau van gezondheidszorg, namelijk het laagste, is uitgevoerd), dan zou de psychiatrische morbiditeit in de stad nog hoger kunnen uitvallen.

De morbiditeit op het platteland van Guinee-Bissau verschilt niet sterk van de tot nu toe in andere landen geconstateerde morbiditeit, die gemiddeld 13.9% is (Harding 1980). De morbiditeit in de stad is wel duidelijk hoger. Het is de vraag waaraan dit moet worden toegeschreven. Aan het verschil tussen stad en platteland in het algemeen, is het verschil specifiek voor Guinee-Bissau, of moet het ergens anders aan worden toegeschreven? Hetzelfde verschil werd in Ethiopië door Giel e.a. vastgesteld (Giel, Van Luijk 1969), die het aan verschillen in ziektegedrag toeschreven.

In Colombia en op de Filipijnen werd het onderzoek in dichtbevolkte stadswijken uitgevoerd en dit resulteerde in een psychiatrische morbiditeit van respectievelijk 10.8% en 16.3%. In India en Soedan werd het onderzoek op het platteland uitgevoerd, daar werd een morbiditeit van respectievelijk 17.7% en 10.6% geconstateerd. Er kan dus niet worden geconcludeerd dat steden over het algemeen een hogere morbiditeit hebben.

Uit onderzoek tot nu toe (Harding 1980) is geblekendat de neurose de meest voorkomende stoornissen zijn. Harding constateert (zie tabel 1) dat in 87.8% van de gevallen de diagnose een neurose is en dat psychosen maar zeer beperkt, namelijk bij 4.8% voorkomen. Het onderzoek in Guinee-Bissau met name in de stad leverde een veel hoger aantal psychosen op, in het bijzonder affectieve.

Tabel 1: De diagnostische verdeling van de onderzochte poliklinische populaties in percentages.

Diagnose	Harding % (N = 288)	Guinee-Bissau	
		platteland (N = 23)	stad (N = 16)
neurotische depressie	48.6	52.2	31.25
angstneurose	30.9	4.3	6.25
andere neurose	8.3	17.4	0.0
non-aff. psychose	3.1	4.3	0.0
affect. psychose	1.7	4.3	25.00
andere	7.3	17.4	37.50
	99.9	99.9	100.00

Gezien het veel lagere percentage neurotische depressies in Bissau is het echter de vraag of we hier te maken hebben met ware verschillen dan wel

met verschillen in diagnostische gewoonten. Dat het onderzoek met de PSE in de stad en op het platteland in Guinee-Bissau door dezelfde psychiater werd uitgevoerd pleit ervoor dat het ware verschillen betreft. Een mogelijke verklaring voor deze verschillen zou kunnen zijn dat juist mensen met affectieve psychosen naar de stad trekken.

De patiënten werd ook gevraagd waarom zij de medische post bezochten en wat hun klachten waren. Het bleek dat patiënten die meer redenen noemden een grotere kans hadden op psychische problemen. Bij patiënten met drie of meer redenen werd bij één op de 3,5 patiënten een psychische stoornis geconstateerd, bij patiënten met één reden was dat bij één op de negen.

Ook werd onderzocht of er een verband bestaat tussen het noemen van bepaalde klachten en ja-antwoorden op bepaalde SRQ-vragen die naar bepaalde symptomen vragen en een diagnose. Dit werd niet gevonden. Geen enkele patiënt noemde symptomen als bij voorbeeld depressiviteit of angst als reden voor het consult. Met name hoofdpijn en algemene lichamelijke klachten wezen op de aanwezigheid van psychische problemen.

Er bleek geen verschil in psychische morbiditeit tussen mannen en vrouwen, het verschil tussen stedenplatteland kan dus niet worden verklaard door de oververtegenwoordiging van vrouwen in de steekproef in de stad. Ook tussen psychische morbiditeit en andere sociaal culturele kenmerken, zoals het aantal jaren dat men in Bissau woont, leeftijd, onderwijs, aantal kinderen, aantal overleden kinderen etc., kon geen significant verband worden aangetoond. Bovendien, al zou er sprake zijn van een verband, dan weten we nog niet of de morbiditeit van de stadsbevolking er hoger door is, dan wel dat in Guinee-Bissau mensen met die kenmerken én een psychische stoornis meer dan anderen naar de stad trekken. Daarvoor is tevens een biografisch onderzoek nodig, bij voorbeeld zoals dat ontwikkeld is door Brown (Brown en Harris 1978).

De gezondheidswerker

Een ander onderdeel van het onderzoek betrof het meten van het inzicht van lokale gezondheidswerkers in de psychiatrische problematiek. Dit gebeurde door het vergelijken van de door hen gestelde diagnosen met die van de onderzoekers. De gezondheidswerker kon, nadat hij de patiënt gezien had, uit vier mogelijkheden voor elke patiënt kiezen: er is sprake van lichamelijke, psychische problemen, beide, of er zijn geen gezondheidsproblemen.

Op het platteland achtten de gezondheidswerkers bij 14,4% van de patiënten psychische problemen al of niet in combinatie met lichamelijke problemen aanwezig, in de stad slechts bij 5%. De gezondheidswerkers op het platteland kwamen dus tot een percentage (14,4%) vergelijkbaar met dat van de aldaar door de onderzoeker gevonden psychiatrische morbiditeit (12%). In de stad waren de verschillen tussen de ge-

Tabel 2: Het oordeel van de gezondheidswerkers

Oordeel van de gezondheidswerker	platteland		stad abs
	abs	%	
lichamelijke problemen	182	72.5	92
psychische problemen	17	6.8	0
lich. + psych. problemen	19	7.6	5
geen gezondheidsprobl.	31	12.4	3
niet te beoordelen	2	0.8	0
	251	100.0	100

zondheidswerkers en de onderzoekers over de aanwezige psychiatrische morbiditeit groot (5 en 19%). Deze percentages vormen echter maar een zeer beperkte indicatie voor de diagnostische kwaliteit van de gezondheidswerker, omdat zowel 'fout' positieve als 'fout' negatieve diagnoses kunnen zijn gesteld. Het oordeel van beiden over dezelfde patiënt moet daartoe worden vergeleken⁸. Dit gebeurt in de tabellen 3 en 4. Met behulp van deze tabellen kunnen we de diagnostische sensitiviteit en de diagnostische specificiteit berekenen. De diagnostische sensitiviteit is een maat die aangeeft hoeveel procent van de door de onderzoekspsychiater ontdekte gevallen ook door de lokale gezondheidswerkers is ontdekt. Voor de gezondheidswerkers van het platteland blijkt die 31.4% te zijn en voor die in de stad 19%. Ofwel, op het platteland wordt één op de drie en in de stad één op de vijf psychiatrische patiënten als zodanig herkend door de gezondheidswerkers.

De diagnostische specificiteit geeft aan bij hoeveel procent van de gevallen beiden de diagnose 'geen psychische stoornis' stellen. Dit is in de stad bij 98.7% en op het platteland bij 88.4% van de respondenten. Hetgeen wil zeggen dat bij 11.6% van de gevallen op het platteland de lokale gezondheidswerker oordeelt dat er wél sprake is van psychische problemen, terwijl de onderzoekspsychiater die mening niet is toegedaan.

Er zijn dus aanzienlijke verschillen in de oordelen van de gezondheidswerkers en die van de onderzoekspsychiater. Tot nu toe zijn we er van uitgegaan dat de door de onderzoekspsychiater gestelde diagnose de juiste is, maar het is de vraag of dat terecht is. Vooral naar de 'fout' positieve diagnoses dient goed gekeken te worden, omdat het goed mogelijk is dat gezondheidswerkers in bepaalde gevallen gevoeliger zijn voor de herkenning van sommige psychische problemen dan de niet aldaar geboren en getogen onderzoekspsychiater. Er moet echter ook kritisch gekeken worden naar de 'fout' negatieve diagnoses. Het is mogelijk dat de gezondheidswerker wel ziet dat er sprake is van psychische problemen, maar dat hij van mening is dat deze in het niet vallen bij of het gevolg zijn van lichamelijke klachten⁹ en ze dan niet, ook niet als voorkomend in combinatie met lichamelijke klachten, rapporteert. Het zou daarom wenselijk zijn om na afloop met de gezondheidswerkers die gevallen

Tabel 3: Vergelijking van de oordelen van gezondheidswerkers (HSR) en de onderzoekspsychiater (PSE) op het platteland over de aanwezigheid van psychische stoornissen.

Psychische stoornis volgens onderzoeker (PSE)	Psychische stoornis volgens gezond- heidswerker (HSR)		
	aanwezig abs (%)	niet aanwezig abs (%)	totaal abs (%)
aanwezig	11 (31.4)	24 (68.6)	35 (100)
niet aanwezig	25 (11.6)	191 (88.4)	216 (100)
totaal	36 (14.3)	215 (85.7)	251 (100)

Tabel 4: Vergelijking van oordelen van gezondheidswerkers (HSR) en onderzoekspsychiater (PSE) in de stad over de aanwezigheid van psychische stoornissen

Psychische stoornis volgens onderzoeker (PSE)	Psychische stoornis volgens gezond- heidswerker (HSR)		
	aanwezig abs (%)	niet aanwezig abs (%)	totaal abs (%)
aanwezig	4 (19)	17 (80)	21 (100)
niet aanwezig	1 (1.3)	78 (98.7)	79 (100)
totaal	5 (5)	95 (95)	100 (100)

door te nemen bij wie sprake was van een verschil in oordeel.

De 'fout' negatieve diagnoses zijn echter duidelijk in de meerderheid. Slechts bij één op de drie gevallen op het platteland en bij één op de vijf in de stad bij wie de onderzoekspsychiater oordeelt dat er sprake is van psychische problemen, geeft de gezondheidswerker dit ook te kennen.

Sleutelinformanten – Uit de resultaten van het onderzoek op de verschillende medische posten en ziekenhuizen bleek, dat daar weinig ernstig gestoorde patiënten terecht komen. Het is daarom belangrijk de houding en reacties ten opzichte van geestesziekten in een gemeenschap verder te onderzoeken.

Zijn er toch meer ernstig gestoorde? En als ze er wel zijn, maar niet op medische posten of in ziekenhuizen komen, hoe worden ze dan opgevangen? Worden ze als zodanig herkend? Om deze vragen te beantwoorden is gebruik gemaakt van het door de WHO ontwikkelde Key Informant Interview (KII). Dit interview werd afgenomen bij sleutelinformanten die op grond van hun positie in de gemeenschap werden gekozen (Wig e.a. 1980). Zij kregen vragen over hun sociale kenmerken, hun kennis van de praktijken van traditionele genezers en hun ideeën over

de gebruikelijke hulpverlening (het dilemma moderne - traditionele gezondheidszorg) bij een tiental gezondheidsproblemen waarvan de helft psychiatrisch was. Ten slotte werden aan hen, in de vorm van verhalen, acht ziektegevallen¹⁰ voorgelegd. Hun werd gevraagd naar de afloop en de sociale gevolgen van deze ziektegevallen en hoeveel van dergelijke mensen zij in hun omgeving kenden en wie dat waren. Aan de sleutelinformanten werd vervolgens gevraagd of ze deze mensen naar de medische post konden laten komen voor een interview en een eventuele behandeling.

Het streefgetal was om per 1000 inwoners één tot anderhalve sleutelinformant te interviewen (Wig e.a. 1980). Op het platteland was dat geen enkel probleem, daar werd gewerkt met groepsinterviews. Deze groepsinterviews leverden enthousiaste en interessante discussies op. De verpleegkundige en de dorpsoudste werden altijd gevraagd aan deze interviews mee te doen, met het gevolg dat anderen ook bereid waren mee te werken. Dat gold echter niet voor vrouwen, zij werden meestal buiten het groepsinterview gehouden, ondanks verzoeken van de onderzoekers, met het gevolg dat de meeste informanten mannen waren. Dit was ook in andere landen, met uitzondering van de Filipijnen, het geval (Wig e.a. 1980). Het is daarom de vraag of de verkregen informatie niet eenzijdig is. Vooral daar waar de voornaamste taak van vrouwen het huishouden betreft, zijn het juist de vrouwen die geconfronteerd worden met het probleem van psychische patiënten. Zij zullen deze mensen moeten opvangen en verzorgen, zij hebben de patiënten bijna de gehele dag om zich heen. Het is daarom jammer dat vragen over de sociale gevolgen van psychische ziekten bijna alleen door mannen zijn beantwoord. Alleen de Filipijnen vormden op dit viricentrisch¹¹ onderzoek een uitzondering, vermoedelijk omdat hun onderzoekspsychiater een vrouw was.

In Bissau bleek het in tegenstelling tot op het platteland moeilijk om sleutelinformanten te vinden, vooral informanten die een bepaalde positie innemen en de wijk Belém goed kennen.

Belém is een vrij grote wijk (± 11.000 inwoners) en is bestuurlijk ingedeeld in verschillende secções. Iedere secção heeft een 'comité de mindjer' (vrouwencomité) en een 'comité de bairro' (buurtcomité). Het leek ons daarom wenselijk in elk van deze secções, mensen van de comités te interviewen; dit bleek heel moeilijk, zo niet onmogelijk te zijn. Van de verschillende 'comités de bairro' bleek slechts één man bereid te zijn tot een interview, bij de vrouwencommités ging dat iets makkelijker. Alhoewel ook zij zeiden dat ze de mensen in de wijk slecht kenden en dat ze daarom dachten dat de interviews weinig nut zouden hebben. De leden van het 'comité de bairro' weigerden niet expliciet om mee te werken, maar verschenen niet op de afgesproken tijden omdat – zoals ze zeiden – ze geen tijd hadden. Uiteindelijk hebben we elf personen (acht vrouwen en drie mannen) individueel geïnterviewd; een groepsinterview lukte niet. Zij hadden echter niet allemaal een duidelijke positie in de ge-

meenschap. Opvallend is dat in tegenstelling tot op het platteland vrouwen eerder bereid waren mee te werken dan mannen, zij zeiden ook dat mannen van zulk soort zaken veel minder weten dan vrouwen.

De problemen die wij in Bissau ondervonden, blijken echter niet specifiek voor Bissau te zijn. Giel (1983 en 1984) constateert dat het KII een succes bleek te zijn op het platteland, maar dat in de stedelijke gebieden sleutelfiguren nauwelijks of niet bereid waren om bij de opsporing te helpen, in tegenstelling tot op het platteland waar men het veelal als een plicht beschouwde om zich over zijn naaste te ontfermen.

Hoewel Belém geen nieuwe wijk is bestaat er tussen de bewoners geen onderlinge aan- en afhankelijkheid. De wijk is geen hechte gemeenschap, contacten zijn op basis van verwantschap en een gemeenschappelijk dorp van afkomst georganiseerd. Veel mensen zeggen dat zij de wijk en de mensen niet goed kennen.

Het is echter niet de enige reden waarom men weigerde als sleutelinformant mee te werken. De relaties tussen de niet aan elkaar verwante families zijn niet zodanig dat men de onderzoeker durft te vertellen dat er bij een bepaalde familie iemand woont met bij voorbeeld psychotische verschijnselen. In een gemeenschap waar hekserij een algemeen voorkomend verschijnsel is en waar de onderlinge relaties beperkt zijn, durft men een onderzoeker niet naar een 'vreemde' familie te verwijzen. Speciaal naar Papeis, de oorspronkelijke bewoners van het schiereiland Bissau, durft men niet gauw te verwijzen, omdat ze wat dat betreft nog 'heet gebakerd' zijn. Op het platteland wonen weinig Papeis en zijn bovendien groepsinterviews gehouden, waardoor de angst om de onderzoekers te verwijzen wat minder groot was.

Als gevolg van de elf interviews met sleutelinformanten kwamen zeven volwassenen naar de medische post. Bij alle zeven werd een langdurige en ernstige stoornis geconstateerd. Bij vijf personen was dat epilepsie, bij één persoon schizofrenie en bij één een chronische niet affectieve functionele psychose. We kregen de indruk dat men wel bereid was om iemand met epilepsie en kinderen met een ontwikkelingsstoornis aan te wijzen.

Op het platteland werden 15 groepsinterviews gehouden met in totaal 65 personen. Hierdoor werden 54 gevallen met psychische stoornissen opgespoord en voor onderzoek naar de onderzoeker gebracht. Dat is per sleutelinformant niet veel meer (op het platteland 0.83 patiënt per sleutelinformant en in de stad 0.63), maar op het platteland ging dat zonder veel moeite. In de stad moesten we er bij de sleutelinformanten op aandringen dat ze de mensen ook werkelijk meebrachten naar de medische post.

We hebben wat dit betreft geen vergelijkende cijfers uit andere landen. Van een aantal landen is bekend hoeveel mensen men zei te kennen die aan de beschrijvingen voldeden, maar niet hoeveel daarvan ook konden worden onderzocht. In India, Soedan en op de Filipijnen kon iedere informant respectievelijk gemiddeld 2.7, 4.2 en 3.2 personen met psy-

chische problemen noemen. In Bissau kon men een vergelijkbaar aantal, namelijk gemiddeld 3,4 personen noemen, maar slechts een beperkt aantal hiervan (0,63) kon worden geïnterviewd.

Conclusies

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat er in Guinee-Bissau duidelijke verschillen bestaan tussen stad en platteland. In de eerste plaats bleek onder de bezoekers van gezondheidscentra in de stad een hogere psychische morbiditeit te bestaan. Ten tweede bleek het moeilijk om het Key Informant Interview in de stad uit te voeren, omdat Bissau een weinig hechte gemeenschap is. Het feit dat er geen sprake is van een redelijk hechte gemeenschap kan trouwens ook mede een verklaring zijn van de hogere psychische morbiditeit op de gezondheidspost in Bissau. De spanningen en problemen waarmee mensen in de stad worden geconfronteerd, zijn in het algemeen groter dan op het platteland, waardoor psychische problemen eerder zouden kunnen ontstaan. Het is echter niet aangetoond of dit werkelijk zo is. Verder onderzoek is noodzakelijk om te onderzoeken of en zo ja hoe problemen van het leven in een stad, via een tussenliggende keten van factoren, waaronder een verhoogde kwetsbaarheid van het individu en mogelijk ander hulpzoekgedrag, leiden tot een hogere psychische morbiditeit in de eerstelijns gezondheidszorg in de stad. Het kan echter ook gaan om verschillen in ziektegedrag (Dormaar, Gielen Van Luijk 1974).

Dit heeft ook gevolgen voor het te ontwikkelen beleid wat betreft de geestelijke gezondheidszorg in de stad. Is integratie van de geestelijke gezondheidszorg in het werk van een eerstelijns verpleegkundige ook in de stad een reële mogelijkheid? De op het platteland werkzame verpleegkundigen zijn in 1984 en 1985 bijgeschoold op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Men is geleerd een aantal categorieën probleemgedrag¹² te onderscheiden en op een eenvoudige manier een 'diagnose' te stellen. De verpleegkundigen worden nu voorzien van enkele psychofarmaca en men wordt geleerd wanneer ze iemand moeten doorverwijzen. Het belangrijkste is echter het oplossen van kleine sociale problemen die vaak de achtergrond vormen van psychische problemen en chronisch somatiserend klaaggedrag.

Het lijkt onmogelijk de verpleegkundigen in de stad dezelfde taken te geven. In de stad bestaat overconsumptie van gezondheidszorg, wat tot gevolg heeft dat maar heel weinig tijd beschikbaar is per patiënt. Bovendien kennen de verpleegkundigen in de stad de mensen in de wijk veel minder dan de verpleegkundigen op het platteland hun dorpelingen. De taak van de gezondheidsposten in de stad zal dan ook niet zijn het oplossen van sociale problemen, zij kunnen echter wel als doorverwijzende en nabehandelende instantie fungeren voor de nieuwe psychiatrische kliniek in Braeven buiten Bissau.

De bijscholing van verpleegkundigen uit de stad zal vooral moeten

gaan over het herkennen en doorverwijzen van psychische patiënten en hoe de nazorg voor deze patiënten uit te voeren.

Noten

1. Om de leesbaarheid van het artikel te bevorderen, hebben wij ervan afgezien steeds zowel de manlijke als vrouwelijke vorm te gebruiken. We willen er echter op wijzen dat men zich dient te realiseren dat overal waar staat 'de gezondheidswerker... hij', het om mannen én vrouwen gaat.

2. Het onderzoek op het platteland is uitgevoerd door J.T.V.M. de Jongen G.A.J. de Klein, in de stad door J.T.V.M. de Jongen M.E. Maassen van den Brink.

3. Het onderzoeksgebied in het zuiden had een voor Guinee-Bissau gemiddeld sociaal en economisch niveau. Bovendien heeft een aantal mensen in het zuiden deelgenomen aan de bevrijdingsstrijd. Dat maakte het mogelijk om te onderzoeken of er een relatie bestond tussen het hebben van psychische problemen en oorlogservaringen. Dit bleek niet het geval te zijn.

4. De wijk Belém is als onderzoeksgebied gekozen omdat in deze wijk alle huizen genummerd zijn, en patiënten daardoor terug te vinden zouden zijn. Bijna niemand bleek echter zijn huisnummer te kennen. Op de medische post komen ook bewoners uit de omliggende wijken. De wijk kan als representatief voor Bissau beschouwd worden.

5. Uit de groep van patiënten die op basis van de SRQ geen potentiële gevallen bevat, werd op aselechte wijze één op de tien patiënten gekozen. Bij deze patiënten werd ook de PSE afgenomen om op die manier een schatting te krijgen van het aantal gemiste gevallen van psychische stoornissen.

6. De psychische morbiditeit is berekend door het aantal definitieve gevallen plus een schatting van het aantal door de screening gemiste gevallen (0.5 maal het aantal via de 10% controlegroep opgespoorde aantal gevallen) te delen door het totaal aantal onderzochte patiënten (De Jonge a. 1986).

7. De psychiatrische morbiditeit op gezondheidsposten was 0%, in gezondheidscentra 5.4% en 15.9% in de ziekenhuizen.

8. Omdat niet meer gekeken wordt naar de frequentie op zich, is het niet meer nodig uit te gaan van de minimale schatting. In het vervolg worden daarom de mogelijke en definitieve gevallen gebruikt.

9. Tot de steekproef behoorden ook een aantal vrouwen die voor het spreekuur gynaecologie kwamen vanwege vruchtbaarheidsproblemen. Een aantal van hen was depressief als gevolg van de onvruchtbaarheid. De gynaecologe gaf echter niet de diagnose psychische problemen, omdat zij van mening was dat het primair om lichamelijke problemen ging.

10. De verhaaltjes gingen onder andere over een zwakzinnig kind, een kind met epilepsie, iemand met een acute psychose, een schizofrene psychose en een neurotische depressie. Door ons is er nog een verhaaltje over alcoholisme toegevoegd.

11. Viricentrisch onderzoek wil zeggen onderzoek dat is gecentreerd rond het denken en handelen van de man (Schrijvers, 1975).

12. Bij voorbeeld geweld ten opzichte van zich zelf, ten opzichte van anderen, bizar gedrag, alcoholisme, epilepsie etc.

Literatuur

- Brown, G.W., en T. Harris (1978), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock, Londen.
- Chabot, J. (1981), Development of basic health services Guinee-Bissau. *Meddia*, 113. Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam.
- Dormaar, M., J.N. van Luijk en R. Giel (1974), Psychiatric illness in two contrasting Ethiopian outpatient populations. *Social Psychiatry*, 155-161.
- Giel, R., en J.N. van Luijk (1969), Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town. *Brit. J. of Psychiatry*, 115, 149-162.
- Giel, R., M.V. de Arango, A. Hafeiz Babikir, M. Bonifacio, C.E. Climent, T.W. Harding, H.H.A. Ibrahim, L. Ladrado-Ignacio, R. Srinivasa Murthy en N.N. Wig (1983), The burden of mental illness on the family. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 68, 186-201.
- Giel, R. (1984), *Vreemde zielen*. Boom, Meppel/Amsterdam.
- Harding, T.W. (1980), Mental disorders in primary health care. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Jong, J.T.V.M. de, en R. Buijtenhuijs (1979), *Guinee-Bissau, een bevrijdingsbeweging aan de macht*. De Uitbuyl, Wageningen.
- Jong, J.T.V.M. de (1982), *Description du projet du centre de Réhabilitation Mentale à Brá*. Publicações do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, Bissau.
- Jong, J.T.V.M. de (1983), *Proposition d'un programme de la santé mentale dans le cadre du plan quadriennal 1983-1987*. Publicações de Ministerio da Saúde e Assuntos Sociais, Bissau.
- Jong, J.T.V.M. de (1984), *A integração da saúde mental no domínio da saúde pública*. Publicações do Ministério da Saúde e Assuntos Sociais, Bissau.
- Jong, J.T.V.M. de, G.A.J. de Kleinen G.H.M.M. ten Horn (1986), A baseline study on mental disorders in Guiné Bissau. *British Journal of Psychiatry*, 148, 27-32.
- Jong, J.T.V.M. de, G.A.J. de Klein, en G.H.M.M. ten Horn (1986), Estudo básico sobre perturbações mentais na Guiné-Bissau. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, ter perse.
- Jong, J.T.V.M. de (1986), Screening children attending general health care facilities in Guinea-Bissau. *Psychopathologie Africaine*, ter perse.
- Jong, J.T.V.M. de (1986), Evaluation of a basic mental health programme in Guinea-Bissau. *Psychopathologie Africaine*, ter perse.
- Schrijvers, J. (1975), Viricentrisme en culturele antropologie. *Sociologische Gids*, 233-253.
- Wig, N.N., M.A. Suleiman, R. Routledge, R. Srinivasa Murthy, L. Ladrado-Ignacio, H.H.A. Ibrahim en T.W. Harding (1980), Community reactions of mental disorders: a key informant study in three developing countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 111-126.
- World Health Organization (1975), *Organization of mental health services in developing countries*. Sixteenth Report of the WHO Expert Committee on Mental Health. WHO, Geneve.
- World Health Organization (1981), *Report from the WHO Collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care*. WHO, Genève.

Schrijvers zijn respectievelijk: studente culturele antropologie, Vrije Universiteit Amsterdam; destijds hoofd van het Departement Geestelijke Gezondheidszorg van het Min. van Volksgezondheid van Guinee-Bissau; sociologe, afd. Soc. Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentieadres: J.T.V.M. de Jong, Durgerdammerdijk 180, 1026 CL Amsterdam.