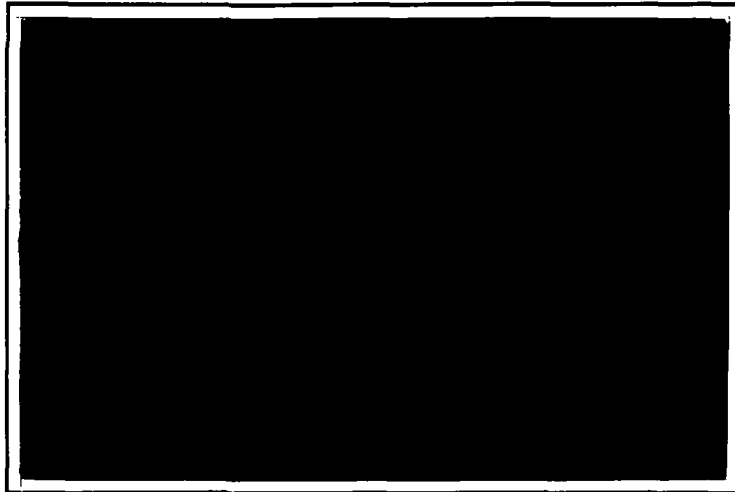

"EEN ONDERZOEK NAAR DE INVLOED
VAN WATER-/SANTAIRE VOORZIENINGEN
EN HYGIËNE VOORLICHTING OP DE
VOLKSGEZONDHEID IN INDONESIË"



THE
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF
PUBLIC HEALTH ENGINEERS
FOR COMMUNITY WATER SUPPLY AND
SANITATION (IAWQ)

Christine A. van Dijk

Doctoraalscriptie Studierichting
Beleid en Management Gezondheidszorg
Erasmus Universiteit Rotterdam

Onder supervisie van:
Dr. R.M.J. Schepers
Meelezers:
Drs. C.J. Broeders en Mr. L.M.C. Faro

Februari 1991

203.1-910N-9975

VOORWOORD

Ter afsluiting van de studie "Beleid en Management Gezondheidszorg", aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam, heb ik een onderzoek verricht naar de invloed van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting op de volksgezondheid in Indonesië.

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van een groot aantal personen. Zonder tekort te doen aan hen, wil ik graag een speciaal woord van dank richten tot :

mijn afstudeerbegeleidster Dr. R.M.J. Schepers, voor de adviezen en motiverende opmerkingen ;

mijn meelezers Drs. C.J. Broeders en Mr. L.M.C. Faro ;

Dr. L.J. Slikkerveer van de vakgroep Culturele Antropologie (Rijksuniversiteit Leiden), voor de medewerking bij het verkrijgen van een stageplaats bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken ;

Drs. J.P. Dirkse en Drs. M.J.H. Lamers, voor de ervaring en kennis die ik op mocht doen bij het Bureau Indonesië en Oost-Azië (Ministerie van Buitenlandse Zaken) ;

Drs. J.B.E.M. Bolten (IWACO), Drs. L. Burgers (IRC), Ir. F. Deeleman, Ir. A.G.N. Jansen (RIVM) en Drs. M.J.L. Lamers (Bureau Indonesië) voor het toestaan van een interview ;

Ir. W.R. van Kerkvoorden (DHV) voor de uitgebreide rondleiding en toelichting met betrekking tot het waterproject in Sukabumi (West-Java).

SAMENVATTING

In het kader van mijn afstudeerproject heb ik allereerst onderzoek verricht naar de relatie tussen gezondheid en water- / sanitaire voorzieningen, en vervolgens naar de invloed van hygiëne voorlichting op de gezondheid. Inzicht in deze relaties kan een bijdrage leveren aan de beantwoording van de probleemstelling, die luidt : "Kan hygiëne voorlichting de effectiviteit verbeteren van de invoering van water- en sanitaire voorzieningen, met betrekking tot de gezondheidssituatie op West-Java (Indonesië) ?" Het onderzoek richt zich op de situatie op West-Java. Bij het onderzoek wordt uitgegaan van het beleid van de Wereld- gezondheidsorganisatie, omdat dit beleid een richtlijn vormt voor het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid en het Indonesische beleid. Echter blijkt dat het aanleggen van water- en sanitaire voorzieningen opzichzelf gering effect heeft op de gezondheid. De Wereld-gezondheidsorganisatie suggereert dat het geven van hygiëne voorlichting een positief effect kan hebben op de relatie tussen gezondheid en water-/ sanitaire voorzieningen.

Uit de literatuur blijkt dat water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting twee van de vele andere uiteenlopende factoren zijn die van invloed zijn op de gezondheid. Dit is één van de methodologische beperkingen die ertoe leidt dat men er nog niet in is geslaagd om de werkelijke invloed van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting op de gezondheid aan te tonen. Er zijn echter wel water-gebonden ziekten te onderscheiden, dit zijn ziekten die op één of andere manier met water zijn geassocieerd. Hygiëne voorlichting kan een positieve invloed uitoefenen op de gezondheid, omdat ze gericht is op gedragsverandering. Deze gedragsverandering moet ertoe leiden dat ziekte-overdracht - alsgevolg van inadequate hygiëne en sanitaire voorzieningen - wordt voorkomen. De effectiviteit van voorlichting hangt af van gekozen strategie, de wijze van organisatie en de inhoud van het voorlichtingsprogramma. De effectiviteit van de hygiëne voorlichtingsprogramma's kan worden

vergroot door de maatschappelijke positie van de voorlichter te versterken en door zijn opleidingsmogelijkheden te verbeteren. De bevolking moet vertrouwen hebben in de voorlichter. Dit betekent dat de participatie van de bevolking bij het opzetten en uitvoeren van de projecten moet toenemen. Aangezien de Indonesische overheid streeft naar het bereiken van de doelstelling van het water-decennium en naar decentralisatie zou dit goed te verwezenlijken zijn. Daarbij moet nog wel worden gewezen op de eis dat tussen en binnen de twee betrokken Ministeries (Openbare Werken en Volksgezondheid) op nationaal niveau er een eenheid en goede samenwerking dient te bestaan, zodat het gevoerde beleid duidelijke taken en verantwoordelijkheden toedeelt aan de lagere overheden.

INHOUDSOPGAVE	pag.
Voorwoord	i
Samenvatting	ii
Inhoudsopgave	iv
INLEIDING	1
HFDST.1	
PROBLEEMSTELLING , BEGRIPPEN EN DEFINITIES, ONDERZOEKSVRAGEN EN ONDERZOEKSOPZET	3
1.1 Probleemstelling	3
1.2 Begrippen en definities	4
1.3 Onderzoeksvragen	4
1.4 Onderzoeksopzet	5
HFDST.2	
HET WHO-BELEID TEN AANZIEN VAN WATER-/ SANITAIRE VOORZIENINGEN EN GEZONDHEID	7
2.1 De ontwikkeling van het WHO-beleid ten aanzien van de gezondheidszorg	7
2.1.1 De rol van de gezondheidszorg ten aanzien van de volksgezondheid	7
2.1.2 Toegepaste strategieën ter verbete- ring van de volksgezondheid	13
2.2 Het huidige WHO-beleid ten aanzien van gezondheidszorg	15
2.3 Het huidige WHO-beleid ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen	16
2.3.1 Het internationale decennium voor water- en sanitaire voorzieningen	16
2.3.2 Opgedane ervaring uit de eerste jaren van het decennium	18
2.4 Het Nederlandse ontwikkelingsbeleid voor Indonesië ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen	20
2.5 Conclusie	22

HFDST.3	DE RELATIE GEZONDHEID EN WATER-/ SANITAIRE VOORZIENINGEN	23
	3.1 Gezondheidsbeïnvloedende factoren	23
	3.2 Water-gebonden ziekten	27
	3.3 Conclusie	29
HFDST.4	DE RELATIE GEZONDHEID EN HYGIENE VOORLICHTING	31
	4.1 Hygiëne voorlichting	31
	4.1.1 Definitie en doelen	31
	4.1.2 Doelgroepen	32
	4.1.3 Aandachtspunten in hygiëne voorlichting	33
	4.1.4 Gedragsbeïnvloedende factoren	33
	4.2 Voorlichtingsstrategieën	34
	4.3 Organisatie	37
	4.3.1 Hygiëne voorlichting in technische programma's	37
	4.3.2 Voorlichting in technische en gezondheidszorg programma's	37
	4.3.3 Hygiëne voorlichting in PHC- programma's	38
	4.3.4 Massa campagnes	38
	4.4 Conclusie	38
HFDST. 5	DE SITUATIE IN INDONESIE	40
	5.1 Epidemiologische gegevens	40
	5.2 Overheidsorganisatie m.b.t. gezondheids- zorg en water-/ sanitaire voorzieningen	49
	5.2.1 Organisatie van water- en sanitaire voorzieningen	49
	5.2.2 Organisatie van de gezondheidszorg	50
	5.3 Beleid ten aanzien van gezondheidszorg en water-/ sanitaire voorzieningen	53
	5.4 Conclusie	55
HFDST.6	STANDPUNTEN VAN BETROKKEN DESKUNDIGEN TEN AANZIEN VAN DE GESTELDE ONDERZOEKSVRAGEN	57
	6.1 Water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid	58
	6.2 Hygiëne voorlichting en gezondheid	59

6.3	Beleid Indonesië en Nederland ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen	59
6.4	Organisatie van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting	60
6.4.1	Beleidsniveau	60
6.4.2	Uitvoeringsniveau	61
6.5	Houding van de Indonesische bevolking ten opzichte van de invoering van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting	62
6.5.1	Houding en organisatie	62
6.5.2	Houding en het functioneren van de voorzieningen	63
6.5.3	Houding en cultuur	63
6.6	Bruikbare strategieën	64
6.7	Hygiëne voorlichtingsprogramma	65
6.8	Conclusie	67
HFDST.7	DISCUSSIE	69
7.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	69
7.2	Commentaar op de probleemstelling	72
	LITERATUURLIJST	74

INLEIDING

In het kader van mijn afstudeerproject heb ik allereerst onderzoek verricht naar de relatie tussen gezondheid en water-/sanitaire voorzieningen, en vervolgens naar de invloed van hygiëne voorlichting op de gezondheid. Het doel van deze scriptie is het verkrijgen van kennis met betrekking tot de relatie water- en sanitaire voorzieningen met gezondheid, en de wijze waarop hygiëne voorlichting hierop invloed kan uitoefenen. Inzicht in deze relatie kan een bijdrage leveren aan het verhogen van de effectiviteit van projecten met betrekking tot water- en sanitaire voorzieningen.

Mijn interesse ging uit naar de organisatie van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Met name naar de wijze waarop in deze landen veel voorkomende gezondheidsproblemen, die op zich voorkoombaar zijn, worden aangepakt.

Gedurende enige maanden heb ik praktijkervaring opgedaan bij het Bureau Indonesië en Oost-Azië van het Directoraat-Generaal Internationale Samenwerking (DGIS) bij het Ministerie van Buitenlandse Zaken. Het Bureau Indonesië en Oost-Azië houdt zich bezig met ontwikkelingsprojecten in Indonesië. Het zorgt voor organisatorische, financiële en technische ondersteuning van de projecten. De uitvoering van de projecten wordt uitbesteed aan consultantsbureaus.

In Indonesië is het sterftecijfer van kinderen ten gevolge van darmziekten hoog in vergelijking met andere Aziatische landen (zie hoofdstuk 5). De ziekte wordt voornamelijk veroorzaakt door het gebruik van besmet drinkwater en slechte sanitaire voorzieningen. Een groot aantal projecten is daarom gericht op het ontwikkelen van goede water- en sanitaire voorzieningen.

Echter uit de literatuur en uit ervaring in het land zelf bleek dat deze voorzieningen onvoldoende effect opleveren ten aanzien van gezondheid.

Zo ontstond de vraag of hygiëne voorlichting de effectiviteit van de projecten in West-Java (Indonesië) kan verhogen en op welke wijze die kan worden ingevoerd in het huidige organisatie-systeem van water- en sanitaire voorzieningen, zonder over-

schrijving van de beschikbare financiële middelen.

Deze scriptie is het verslag van een literatuuronderzoek, aangevuld met standpunten van betrokken deskundigen . Het is opgebouwd uit zeven hoofdstukken.

In het eerste hoofdstuk wordt de probleemstelling aangegeven met daarbij de gebruikte begrippen en definities. Tevens worden de daaruit voortkomende onderzoeksvragen en de onderzoeksopzet beschreven.

Het tweede hoofdstuk is een beschrijving van de ontwikkeling van het beleid van de Wereldgezondheidsorganisatie ten aanzien van gezondheidszorg en water-/ sanitaire voorzieningen. Vervolgens wordt het Nederlandse ontwikkelingsbeleid ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen voor Indonesië beschreven.

In het derde hoofdstuk wordt de relatie tussen gezondheid en water-/ sanitaire voorzieningen uiteengezet.

Vervolgens wordt in het vierde hoofdstuk de relatie tussen gezondheid en hygiëne voorlichting weergegeven.

Het vijfde hoofdstuk behandelt de gezondheidssituatie in Indonesië. Waarna het beleid en de organisatie van de gezondheidszorg en van water-/ sanitaire voorzieningen van Indonesië wordt uiteengezet.

In hoofdstuk zes worden de gesprekken met een aantal betrokken deskundigen, bij de invoering van water-/ sanitaire voorzieningen, uitgewerkt.

In het zevende hoofdstuk staat de discussie, met betrekking tot de onderzoeksvragen en de probleemstelling, centraal. Er zal worden ingegaan op de vraag met betrekking tot het effect van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting op de gezondheid. Waarna bezien zal worden of deze kennis wordt toegepast en zo niet, hoe die ingepast kan worden in de Indonesische situatie.

Hoofdstuk 1 : PROBLEEMSTELLING, BEGRIPPEN EN DEFINITIES, ONDERZOEKSVRAGEN EN ONDERZOEKSOPZET

In dit hoofdstuk zal worden weergegeven hoe de probleemstelling is ontstaan en welke onderzoeksvragen deze probleemstelling bevat. De gebruikte begrippen en definities zullen nader worden verklaard en tevens zal worden aangegeven hoe het onderzoek is opgezet om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen.

1.1 Probleemstelling

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft in haar beleid van de jaren zeventig gesteld dat er in de gezondheidszorg een accent-verschuiving plaats moet vinden van curatieve zorg naar meer preventieve gezondheidszorg. In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) wordt nader ingegaan op de achtergrond van deze stellingname. Er werd een internationale strategie opgesteld waarin meer aandacht kwam voor indirecte gezondheidsinterventies - zoals verbetering van voeding, watervoorzieningen, huisvesting, onderricht in hygiëne - aangezien gezondheidszorgvoorzieningen op zichzelf het gezondheidspeil niet kunnen verhogen.

In deze scriptie zal een indirecte gezondheidsinterventie worden behandeld, namelijk de aanleg van water- en sanitaire voorzieningen. Bij de probleemstelling wordt uitgegaan van de situatie in ontwikkelingslanden, met name Indonesië.

Goede en goed gebruikte water- en sanitaire voorzieningen hebben een positieve invloed op de gezondheid. Echter in de praktijk blijkt dat het opzetten van water- en sanitaire voorzieningen op zichzelf slechts gering effect heeft op de gezondheid. Er wordt door de WHO gesuggereerd dat het geven van hygiëne voorlichting een positief effect kan hebben op de relatie tussen gezondheid en water- en sanitaire voorzieningen.

De probleemstelling luidt :

"Kan hygiëne voorlichting de effectiviteit verbeteren van de invoering van water- en sanitaire voorzieningen, met betrekking tot de gezondheidssituatie op West-Java (Indonesië) ?"

1.2 Begrippen en definities

DE WHO definitie voor gezondheid luidt : "gezondheid is een toestand van optimaal welbevinden in lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk opzicht" (Bouter, 1988:28).

Onder het begrip water- en sanitaire voorzieningen wordt in deze scriptie verstaan : " water voor algemeen gebruik (met andere woorden voor reinigen van voedsel, woning, lichaam en drinkwater), en een veilige verwerking van vast-afval, menselijke excreta en afvalwater" .

Hygiëne voorlichting kan gedefiniëerd worden als alle activiteiten die attitudes en gedrag kunnen veranderen om de keten van ziekte-overdracht, door inadequate hygiëne en sanitaire voorzieningen, te doorbreken (Burgers et al., 1988:7).

Een ontwikkelingsland is een land met een zwakke economische structuur en met extreme armoede onder het merendeel van de meestal snel groeiende bevolking, die zich steeds meer bewust wordt van haar armoede (Reitsma en Kleinpenning, 1985:30).

1.3 Onderzoeksvragen

Uit de probleemstelling volgen de onderstaande onderzoeksvragen.

Welke relatie hebben water- en sanitaire voorzieningen met gezondheid ?

Welke relatie heeft hygiëne voorlichting met gezondheid : wat houdt ze in ; op welke wijze heeft ze invloed op gezondheid; welke voorlichtingsstrategieën bestaan er en hoe kan de voorlichting georganiseerd worden ?

Hoe is de ontwikkeling van water- en sanitaire voorzieningen in Indonesië georganiseerd ? Hoe kan hygiëne voorlichting toegevoegd worden aan de invoering van water- en sanitaire voorzieningen ?

Eerst moet men de relatie tussen water- en sanitaire voor-

zieningen en gezondheid begrijpen alvorens de invloed van hygiëne voorlichting op deze relatie te beschouwen. Om te kunnen zien hoe hygiëne voorlichting van invloed kan zijn op deze relatie tussen water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid, moet duidelijk zijn wat hygiëne voorlichting inhoudt, welke uitvoeringsstrategieën er bestaan en hoe één en ander georganiseerd kan worden. Waarna de specifieke situatie in Indonesië kan worden bekeken.

Alvorens over te gaan tot het beantwoorden van deze onderzoeksvragen zal eerst het WHO-beleid ten aanzien van de gezondheidszorg en water-/ sanitaire voorzieningen worden uitgewerkt, daar dit beleid een basis vormt voor het nationale gezondheidszorgbeleid van vele landen. Indien men zich een beeld kan vormen van de wijze waarop het WHO-beleid ten aanzien van gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld, is de huidige strategie om de wereldgezondheid te verbeteren duidelijker te plaatsen.

1.4 Onderzoeksopzet

Om de probleemstelling af te bakenen, zodat ze past binnen het kader van een afstudeerproject, is er voor gekozen om de probleemstelling te richten op de situatie in ontwikkelingslanden en dan specifiek op Indonesië, aangezien het onderzoek opgezet is vanuit het Bureau Indonesië. In deze scriptie wordt uitgegaan van het WHO-beleid omdat in de ontwikkelingen op het gebied van medische ontwikkelingssamenwerking de WHO een rol speelt, in het bijzonder als katalysator bij de totstandkoming van strategieën en bij de vastlegging, aanvaarding en uitwerking van die strategieën in concrete programma's. Bovendien heeft de WHO in zijn forum-functie de mogelijkheid fondsen, ter uitvoering van activiteiten in het vlak van de internationale samenwerking, te kanaliseren. (IOV-rapport, 1987:9)

Daar onderzoek in Indonesië niet binnen de afstudeerperiode mogelijk was (behalve een kort bezoek aan enkele projecten op West-Java), is gekozen voor literatuuronderzoek aangevuld met enkele interviews, om tot beantwoording te komen van de onderzoeksvragen. Via het Bureau Indonesië is er contact opgenomen met personen betrokken bij het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van de projecten met betrekking tot water-/ sanitaire

voorzieningen in Indonesië(beleidsmedewerkster Bureau Indonesië /Directoraat internationale Samenwerking/Ministerie van Buitenlandse Zaken ; medewerker van het Ingenieursbureau IWACO ; adviseur van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne ; medewerkster van het International Reference Centre van de WHO ; en extern adviseur). De betrokken personen werden afzonderlijk geïnterviewd. Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews, waarbij de vragen en antwoorden van te voren niet vastliggen, omdat op deze wijze de geïnterviewde zich vrij kan uitspreken over zijn ervaringen en opvattingen. Er is tijdens het interview uitgegaan van de onderzoeksvragen. De literatuur is verkregen door een algemene oriëntatie via de medische bibliotheek van de Erasmus Universiteit. Vooral de literatuur op het gebied van ontwikkelingen in de gezondheidszorg, hygiëne voorlichting, en gezondheidsbeïnvloedende factoren is aldaar verkregen. De literatuur specifiek met betrekking tot ontwikkelingslanden was voornamelijk verkrijgbaar in de bibliotheek van het DGIS van het Ministerie van Buitenlandse Zaken. De literatuur met behulp waarvan een duidelijke analyse zou kunnen worden gegeven van de relatie tussen gezondheid, water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting is verzameld in de bibliotheek van het International Reference Centre in Den Haag. Het International Reference Centre is een organisatie die onderzoek verricht voor de WHO, met name op het gebied van water- en sanitaire voorzieningen. Het is een samenwerkend adviesorgaan van de WHO.

Hoofdstuk 2 : HET WHO-BELEID TEN AANZIEN VAN WATER-/SANITAIRE VOORZIENINGEN EN GEZONDHEID

In dit hoofdstuk zal de ontwikkeling van de visie van de WHO ten aanzien van gezondheidszorg worden behandeld. Waarna het hieruit ontstane beleid met betrekking tot gezondheidszorg en water-/ sanitaire voorzieningen wordt uitgewerkt. Ter aanvulling zal de invloed van het WHO-beleid op het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid voor Indonesië ten aanzien van water- / sanitaire voorzieningen kort worden uitgewerkt.

2.1 De ontwikkeling van het WHO-beleid ten aanzien van gezondheidszorg

2.1.1 De rol van de gezondheidszorg ten aanzien van de volksgezondheid

De invloed van de gezondheidszorg op de volksgezondheid kan worden gemeten met behulp van cijfermatige gegevens met betrekking tot de sterfte-ontwikkeling. Sterfte of mortaliteit is de meest frequent gebruikte indicator voor de volksgezondheid. De achterliggende gedachte is dat daar waar de sterfte laag is, de bevolking gezond zal zijn (dit gaat echter niet altijd op). Mortaliteit is namelijk relatief eenvoudig en éénduidig te registreren (Bouter, 1988:34).

De huidige opvattingen over de bijdrage van de gezondheidszorg aan de sterfte-ontwikkeling worden sterk bepaald door de resultaten van de studies van de sociaal-geneeskundige McKeown. Zijn studies hebben invloed gehad op de ontwikkeling van het WHO-beleid (hij maakte deel uit van de WHO adviesgroep met betrekking tot gezondheidsonderzoek). De analyses van McKeown tonen aan dat in de geïndustrialiseerde landen de gezondheidsverbetering te danken is aan socio-economische omstandigheden en niet zozeer aan de ontwikkeling en verbetering van medische technieken, welke later plaatsvond (McKeown, 1979). McKeown heeft zich gebaseerd op gegevens over de sterfte naar doodsoorzaak om een verklaring te vinden voor de sterke sterftedaling, die in Engeland en Wales en andere geïndustrialiseerde landen sinds de 18 de eeuw is opgetreden.

In de eerste twee decennia na het begin van de registratie was het sterftecijfer in Engeland en Wales constant en rond 1860 werd een sterke daling zichtbaar. McKeown stelt dat de daling grotendeels kan worden toegeschreven aan een daling van de infectieziektensterfte, terwijl er voor het midden van de 20 ste eeuw geen effectieve medische interventies tegen infectieziekten beschikbaar waren. Hieruit leidt hij af dat het grootste deel van de sterftedaling niet kan worden toegeschreven aan de introductie van effectieve medische interventies (tabel 2.1).

TABEL 2.1 : DALING MORTALITEIT VANAF 1700 IN ENGELAND EN WALES

Reduction of mortality since 1700: England and Wales

<i>Period</i>	<i>Percentage of total reduction in each period*</i>	<i>Percentage of reduction due to infections</i>
1700 to 1848-54	33	?
1848-54 to 1901	20	92
1901 to 1971	47	73
1700 to 1971	100	

*The estimates are based on the assumption that the death-rate in 1700 was 30.

Bron : McKeown, 1979:31

McKeown heeft de doodsoorzaken, die vanaf het midden van de 19 de eeuw op nationaal niveau werden geregistreerd in Engeland en Wales (Registrar-General's classification), gegroepeerd in vier brede categorieën onderscheiden naar de wijze van overdracht. Drie van de categorieën omvatten ziekten veroorzaakt door micro-organismen : airborne diseases (overdracht via de lucht zoals tuberculose, pneumonie, kinkhoest, mazelen,...) ; water -and foodborne diseases (overdracht via drinkwater en voedsel zoals cholera, dysenterie, tyfus,...) ; en other conditions (overdracht via een andere bron als hiervoor vermeld, zoals syfilis, appendicitis, kraamvrouwenkoorts en andere slecht omschreven doodsoorzaken van vermoedelijk infectueuze aard). De vierde categorie omvat ziekten die niet worden veroorzaakt door micro-organismen.

TABEL 2.3 : REDUCTIE MORTALITEIT MET DAARBIJ BEHORENDE OORZAAK

*Reduction of mortality, 1848-54 to 1971:
England and Wales*

	<i>Percentage of reduction</i>
Conditions attributable to micro-organisms	
1. Airborne diseases	40
2. Water- and food-borne diseases	21
3. Other conditions	13
Total	74
Conditions not attributable to micro-organisms	26
All diseases	100

The estimate of the proportion of deaths associated with micro-organisms is lower than would be suggested by Table 3.1, because when the whole period (1848-54 to 1971) is considered, certain infections (for example rheumatic fever) cannot be included.

Bron : McKeown, 1979:33

Uit tabel 2.3 is af te lezen dat de daling van sterfte aan infectieziekten een groot deel heeft bijgedragen aan de totale sterftedaling tussen 1850-1970 (in Engeland en Wales). Tevens blijkt uit de tabel dat de airborne diseases meer dan de helft van de bijdrage aan de infectieziekten voor hun rekening nemen, hetgeen te wijten is aan de hoge sterfte ten gevolge van tuberculose in de 19 de eeuw, en dat de water- and foodborne diseases 1/5 aan de bijdrage van de infectieziekten voor hun rekening nemen.

Verder baseerde McKeown zijn visie op een analyse van het tijdstip waarop de eerste effectieve medische interventie beschikbaar kwam voor iedere afzonderlijke aandoening. Voor de meeste infectieziekten gaat het om de volgende medische interventies : het toedienen van sulfonamiden (ca.1935) of antibiotica (ca.1945-1950), of om vaccinaties tegen tuberculose / kinkhoest / tetanus / poliomyelitis (ca.1950). Uit de vergelijking van de genoemde tijdstippen van toepassing van de medische middelen met de aantallen van sterftedaling blijkt dat deze medische middelen slechts een klein deel van de totale sterftedaling kunnen verklaren. Echter voor pokken was inoculatie sinds de 18 de eeuw beschikbaar en vaccinatie sinds de 19 de eeuw, voor syfilis was sinds het begin van de 20 ste eeuw medische behandeling mogelijk en voor difterie sinds het eind van de 19 de eeuw. Maar de bijdrage van deze ziektenreductie aan de totale ziektensterftedaling sinds 1850 is

gering. Hieruit concludeerde McKeown dat de daling van de infectieziekten niet zozeer aan verbeterde medische voorzieningen kan worden toegeschreven, maar eerder aan andere factoren.

Volgens McKeown zijn er twee hoofdfactoren ter verklaring van de sterftedaling. Teneerste kan er een spontane verandering zijn opgetreden in de virulentie van de micro-organismen, dit is echter niet te onderzoeken daar dit langgeleden zou hebben plaatsgevonden. Er zijn wel aanwijzingen dat dit een rol heeft gespeeld bij de sterfte ten gevolge van roodvonk en influenza. Maar dit heeft wellicht een marginale bijdrage geleverd aan de totale infectieziektensterftedaling.

Ten tweede is er de factor 'omgeving'. Deze factor bestaat uit twee delen namelijk de hygiëne maatregelen en de levensstandaard, in het bijzonder de voedingstoestand. De hygiëne maatregelen uit de tweede helft van de 19 de eeuw (drinkwaterleiding, riolering) kunnen slechts effect gehad hebben op de water- and foodborne diseases, en kunnen niet de sterftedaling verklaren omdat deze reeds in de 18 de eeuw begon. Wel stelt McKeown dat medische interventie weinig invloed heeft gehad op de daling van de mortaliteit ten gevolge van water- and foodborne diseases. In tabel 2.4 wordt een overzicht gegeven van gestandaardiseerde mortaliteitscijfers tengevolge van water- and foodborne diseases.

McKeown komt uiteindelijk tot de conclusie dat het grootste deel van de totale sterftedaling tussen 1850-1970 te danken is aan de gedaalde infectieziektensterfte, en dat het grootste deel van deze daling in de infectieziekten reeds vóór de introductie van medische interventies (zoals vaccinaties en antibiotica) heeft plaatsgevonden. Volgens hem is de verbetering van de levensstandaard en voornamelijk van de voedingstoestand, de belangrijkste factor geweest in de sterftedaling. Het accent bij het oplossen van gezondheidsproblemen van de bevolking moet liggen op een verbeterde voedingsstatus.

TABEL 2.4 : GESTANDAARDISEERDE MORTALITEITSCIJFERS TEN GEVOLGE VAN WATER-AND FOODBORNE DISEASES

Standardized death-rates (per million) from water- and food-borne diseases: England and Wales

	1848-54	1971	Percentage of reduction from all causes attributable to each disease
Cholera, diarrhoea, dysentery	1,819	33	10.8
Tuberculosis (non-respiratory)	753	2	4.6
Typhoid, typhus	990	0	6.0
Total	3,562	35	21.4

Bron : McKeown, 1979:36

Echter Mackenbach geeft drie hoofdpunten aan van kritiek op de conclusie van McKeown betreffende de verklaring van de sterftedaling sinds de 18de eeuw (Mackenbach, 1988:416).

Teneerste kan het effect van inoculatie respectievelijk vaccinatie tegen pokken een veel belangrijker bijdrage hebben geleverd aan de sterftedaling dan McKeown stelt. De doodsoorzaken-gegevens reiken niet verder terug dan midden 19de eeuw, terwijl hij uitspraken tracht te doen over de sterftedaling sinds de 18de eeuw. Mackenbach haalt hierbij onderzoek aan van Razzell (1974) waaruit naar voren komt dat de sterfte tengevolge van pokken in de 18de eeuw nog een veel groter aandeel in de totale sterfte had dan rond 1850 het geval was. Reeds in het begin van de 18de eeuw werd inoculatie met materiaal afkomstig van de patiënten die aan pokken leden, geïntroduceerd. In 1760-70 werd door middel van campagnes deze methode wijdverspreid toegepast. Dus deze medische interventie kan een belangrijker aandeel in de totale sterftedaling hebben gehad, dan McKeown stelt.

Het tweede punt van kritiek betreft de verklaring die McKeown geeft van de sterftedaling, namelijk voeding. Een verbeterde voedingstoestand is volgens McKeown de hoofdoorzaak van de sterftedaling. Het is echter nog niet gelukt deze hypothese te staven met behulp van de 19de eeuwse gegevens inzake voed-

selproductie of consumptie. Andere literatuurbronnen wijzen erop dat de voedselproductie misschien zelfs langzamer is toegenomen dan de bevolkingsomvang (hierbij verwijst Mackenbach naar Razzell, 1974). Volgens Razzell hebben er sinds het einde van de 18de eeuw grotere verbeteringen plaatsgevonden in de persoonlijke hygiëne ! Volgens Mackenbach wordt momenteel de bijdrage van hygiëne maatregelen aan de sterftedaling hoger ingeschat dan door McKeown. Dit zou komen doordat men heeft ingezien dat sterftedaling die plaatsvond na de tweede helft van de 18de eeuw nog voorafgegaan werd door het geleidelijk uitdoven van voornamelijk de grote pestepidemieën in de 17de eeuw. Bij deze ontwikkelingen hebben hygiëne maatregelen een belangrijke rol gespeeld (bv. quarantaine).

Een derde punt van kritiek betreft het feit dat McKeown stelt dat de hedendaagse gezondheidsproblemen waarschijnlijk niet door medische interventies onder controle gebracht kunnen worden; verandering van de omgeving zou meer succes bieden. Echter een geringe bijdrage van de gezondheidszorg in het verleden impliceert niet dat de bijdrage ervan in de toekomst ook gering zal zijn. In de recente jaren (1950) hebben er nog belangrijke sterftereducties plaatsgevonden (bijvoorbeeld voor schildklieraandoeningen, appendicitis, tuberculose enz. werden in de periode sinds 1950 belangrijke sterftedalingen gemeten; deze dalingen hebben een essentiële bijdrage geleverd aan de reductie van de totale sterfte voor die periode).

Mackenbach concludeert dat de bijdrage van de gezondheidszorg, met name de introductie van inoculatie tegen pokken, aan de sterftedaling sinds de 18de eeuw mogelijk groter is geweest dan McKeown stelde. Ook blijkt uit gegevens over recente jaren (1950) dat nog belangrijke sterftereductie is waargenomen, en dat reductie van aantallen aandoeningen die door medische zorg (gedeeltelijk) voorkoombaar of behandelbaar zijn geworden, hieraan een grote bijdrage heeft geleverd.

Vergelijking beide visies :

Mackenbach geeft meer nuancering aan de visie van McKeown , maar ontkent de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid niet. Water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne behoren tot de omgevingsfactoren. McKeown legt echter de nadruk op de voed-

selvoorziening, terwijl Mackenbach medische interventies en hygiëne maatregelen een rol toekent. Geconcludeerd mag worden dat water- en sanitaire voorzieningen en de verandering in hygiëne behoren tot de gezondheid beïnvloedende factoren.

2.1.2 Toegepaste strategieën ter verbetering van de volksgezondheid

De veranderende visie van de WHO ten aanzien van gezondheid wordt geïllustreerd aan de hand van de verschillende strategieën ter bevordering van de gezondheid, die de WHO in de loop der jaren heeft uitgevoerd.

Het voeren van **verticale campagnes** is een strategie die zich voornamelijk richt op curatieve zorg. Met de term verticaal wordt bedoeld dat andere sectoren zoals landbouw, onderwijs en openbare werken niet bij de planning en uitvoering worden betrokken. Deze campagnes werden toegepast in ontwikkelingslanden sinds 1950. Ze zijn selectief met betrekking tot ziekten en gericht op een aantal veel voorkomende ziekten (IOV-rapport, 1988:4).

In de jaren '60 werd een **verschuiving** waarneembaar van de prioriteit van **curatieve zorg**, naar een vergroting van de belangstelling voor **preventieve geneeskunde**. Dit kwam hoofdzakelijk omdat de kosten van de curatieve zorg toenamen door het ontstaan van duurdere technologieën en de toenemende specialisatie. Er werd meer accent gelegd op self-reliance (zelfredzaamheid), met als doel dat men een betere gezondheid moet bereiken door middel van eigen activiteiten. De gemeenschap moest onder andere participeren in de projecten, en nationale en lokale bronnen (financiële middelen en personeel) moesten worden gebruikt (IOV-rapport, 1988:5).

In 1975 is de WHO overgegaan tot de **Primary Health Care** - benadering, waarbij de gezondheidsproblemen integraal worden benaderd. "Primary Health Care" is basisgezondheidszorg, gebaseerd op praktische, wetenschappelijk betrouwbare en maatschappelijk aanvaardbare, voor de gehele gemeenschap - individuen zowel als gezinnen - toegankelijk gemaakte methoden en technieken. De gehele bevolking dient volledig mee te werken. Daarbij mogen de kosten niet meer bedragen dan land en volk zich in de desbetreffende ontwikkelingsfase kunnen veroorloven. De

ontwikkeling dient tevens te staan in het teken van de zelfzorg en de zelfbeschikking (Report on the International Conference on PHC, 1978).

Primary Health Care houdt in het verstrekken van informatie met betrekking tot gezondheid, het bevorderen van drinkwater- en voedselvoorziening, het opzetten van moeder-en kindzorg, het opzetten van geboorteregeling, het vaccineren tegen belangrijke infectieziekten, het uitvoeren van preventie en controle van epidemieën, het verstrekken van een goede behandeling van algemene ziekten en het bieden van eerste hulp en het voorzien in de behoefte aan essentiële medicijnen. Deze benadering wordt gekenmerkt door het in acht nemen en het integreren van het beleid van alle sectoren (volksgezondheid, sociale voorzieningen, openbare werken, onderwijs, en zomeer) (Report on the International Conference on PHC, 1978).

Primary Health Care is niet louter een uitbreiding van de bestaande gezondheidszorg aan de basis. Primary Health Care wil basale gezondheidszorgvoorzieningen toegankelijk maken voor een ieder, op een zodanige wijze dat deze voorzieningen voor hen acceptabel zijn. Dit wil zeggen dat ze overeenstemmen met het culturele, sociale, economische en religieuze kader van de gemeenschap. De basale voorzieningen blijven deel uitmaken van het nationale gezondheidszorgsysteem maar zijn ook verbonden met de algehele sociaal-economische ontwikkeling. Betere gezondheidszorg zal de sociaal-economische ontwikkeling stimuleren en deze ontwikkeling zal op haar beurt de gezondheid bevorderen. Het accent bij Primary Health Care ligt op de verantwoordelijkheid van het individu, gezin en de gemeenschap voor de eigen gezondheid. Deze verantwoordelijkheid moet tot uitdrukking komen in een intensieve deelname van de gemeenschap in de beleidsvorming en bij de in- en uitvoering van het project. Door een goede communicatiestroom, waardoor de gemeenschap relevante informatie verkrijgt, kan de gemeenschap leren omgaan met zijn eigen gezondheidsproblemen en de juiste hulp aanvragen bij nationale gezondheidsdiensten en bij andere maatschappelijke sectoren. De Primary Health Care is gericht op de meest voor de hand liggende gezondheidsproblematiek van de gemeenschap. Deze problematiek verschilt van streek tot streek. In ontwikkelingslanden zal het voornamelijk gaan om problemen met

betrekking tot voeding, water, afvoer van afvalproducten, moeder-en kinderczorg, geboorteregeling, preventie, verstrekking van essentiële geneesmiddelen, eerstehulp, voorlichting, en controle van endemische ziekten (IOV-rapport, 1988:6).

Vergelijking van de strategieën :

Verticale campagnes richten zich alleen op bepaalde ziekten, terwijl Basisgezondheidszorg een meer geïntegreerde aanpak kent. Deze laatste benadering houdt meer rekening met andere sectoren, en erkent de visie dat ziekte mede veroorzaakt wordt door slechte voeding, water, huisvesting en andere factoren. Primary Health Care onderscheidt zich van de andere strategieën omdat ze meer is gericht op participatie van de bevolking, door het gebruik van nationale en lokale bronnen en doordat de activiteiten worden aangepast aan de lokale tradities. Primary Health Care streeft naar een gezondheidszorg die zo dicht mogelijk bij de thuis-en arbeidssituatie van mensen wordt uitgevoerd. Hierbij gaat men uit van de visie dat ziekte hoofdzakelijk wordt veroorzaakt door slechte voeding, water en huisvesting. Er is derhalve sprake van vele niet-medische activiteiten bij PHC.

2.2 Het huidige WHO-beleid ten aanzien van gezondheidszorg

In 1978 werd tijdens de door de WHO en het Kinderfonds van de Verenigde Naties georganiseerde conferentie in Alma Ata, de basis gelegd voor de doelstelling "Health for all by the year 2000" (Report on the International Conference on the PHC, 1978). Men wil een aanvaardbaar gezondheidsspeil bereiken voor de gehele wereldbevolking rond het jaar 2000. De achtergrond van de declaratie van Alma Ata is het besef dat het merendeel van de wereldbevolking van gezondheidszorg verstoken blijft, dat gezondheidsverbetering slechts ten dele van medische zorg afhankelijk is, veeleer wordt beïnvloed door verbeteringen in de algemene leefomstandigheden als voedselvoorziening en voeding, onderwijs en de milieu hygiëne. Dit aldus de WHO. Er moet een zo ruim mogelijke toegang komen tot de gezondheidszorg voor allen en een vermindering van de kloof in gezondheidstoestand welke tussen ontwikkelingslanden en geïntegreerde landen bestaat.

dustrialiseerde landen bestaat. Er zijn op elkaar afgestemde maatregelen nodig op het gebied van gezondheidszorg, voedsel- en watervoorzieningen en huisvesting, preventie en elementaire curatieve zorg. Met het oog daarop ontstond de nieuwe strategie van PHC: de gezondheidszorg aan de basis opgezet en gedragen door de plaatselijke gemeenschap (zie paragraaf 2.1.2). Er wordt dus een verband gelegd tussen verbetering van het gezondheidsniveau en de bevordering van sociale en economische ontwikkeling.

Samengevat kan gesteld worden dat de volgende thema's een rol spelen bij de "Health for all by the year 2000" - doelstelling : rechtvaardigheid, gezondheidsbevordering, participatie van de bevolking, samenwerking tussen de verschillende sectoren, en primary health care (Report on the International Conference on the PHC, 1978).

2.3 Het huidige WHO-beleid ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen

2.3.1 Het internationale decennium voor water- en sanitaire voorzieningen

Tijdens de Alma Ata conferentie in 1978 werd gesteld dat veilig drinkwater en basis-sanitaire voorzieningen voorwaarden zijn om de doelstelling "Health for all by the year 2000" te bereiken. Door de hoeveelheid en kwaliteit van water te verhogen zal de incidentie van vele ziekten in ontwikkelingslanden afnemen. Op 10 november 1980 werd dan ook door de United Nations General Assembly het Internationale Decennium voor water- en sanitaire voorzieningen uitgeroepen. In die tijd beschikten 2 miljard mensen niet over adequaat water, dit wil zeggen veilig en voldoende water. De United Nations Assembly was bezorgd over het aantal mensen dat nog geen toegang had tot veilig water en het nog grotere aantal dat niet beschikte over sanitaire voorzieningen. Zij concludeerde dat hulp en toewijding nodig waren van de nationale overheden en de internationale gemeenschappen om tot de noodzakelijke veranderingen te komen. Zij moedigde overheden aan om de uitdaging te aanvaarden om hun volk te voorzien van goede water- en sanitaire voorzieningen voor 1990

(WHO, 1981:50).

De decenniumbenadering kent **zeven essentiële elementen** (WHO, 1981:10) :

Ten eerste moet de vooruitgang in **watervoorzieningen** worden **gecoördineerd met sanitaire voorzieningen en gezondheidsvoorlichting**, wil ze de nodige invloed hebben op gezondheidscondities. Wanneer hygiëne en sanitaire voorzieningen beneden een bepaald niveau zijn, zullen verbeteringen van kwaliteit en ook kwantiteit van water niet de gezondheidsstatus verbeteren.

Als tweede punt wordt gesteld dat **prioriteit** gegeven moet worden **aan de armen en de minstbedeelden**.

Ten derde wordt er gewezen op de **belemmeringen** die de snelle verspreiding van water-programma's tegengingen, zoals :

- Centralisatie van de organisatie zodat minder personeel in het district zelf aanwezig is.
- Het inzetten van niet-professioneel personeel met teveel verantwoordelijkheden.
- De nationale plannen zijn vaak niet direct toepasbaar op lagere niveaus zoals het dorp.
- De onzekerheid met betrekking tot het verkrijgen van de nodige financiële fondsen.

Om deze belemmeringen weg te nemen is de **betrokkenheid van de gemeenschap** bij de projecten belangrijk. Dit ook met het oog op motivatie en training van de doelgroep voor het onderhoud en behoud van de voorzieningen.

Ten vierde legt het decennium het accent op **technisch simpelere, goedkopere en veilige water- en sanitaire voorzieningen** die acceptabel zijn, dat wil zeggen passen binnen de **culturele achtergrond en kennis van de bevolking**, zodat er ook gebruik wordt gemaakt van de voorzieningen. Indien de constructie van de voorzieningen begrepen wordt en acceptabel is voor de gemeenschap, zal men meer bronnen vinden die nodig zijn voor de bouw en werking van de voorzieningen. De nieuwe voorziening zal sneller worden aanvaard, gebruikt en onderhouden. Ten vijfde moet men de **lokale initiatieven stimuleren**. Om het falen van de programma's te voorkomen moet de gemeenschap in elk stadium van een project worden gemobiliseerd, zodat gebruik en onderhoud van de voorzieningen worden gestimuleerd.

Ten zesde moet er worden **samengewerkt met andere betrokken**

sectoren, zoals volksgezondheid, openbare werken, want hun problemen zijn vaak nauw met elkaar verbonden. Deze samenwerking is meestal noodzakelijk voor het succes van de projecten. Als zevende punt wordt nogmaals benadrukt dat het decennium is opgezet om verbetering aan te brengen in de gezondheidssituatie van de bevolking. De rol van de gezondheidszorginstellingen moet duidelijk worden gedefiniëerd. Want preventieve taken kunnen niet gedelegeerd worden aan instellingen die geen verantwoordelijkheid dragen voor gezondheid. Men moet ernaar streven om de planning van het decennium te relateren aan de planning van "Health for all by 2000".

Het decennium wordt gezien als het beginpunt van PHC; het is een deel van een wijd pakket van gemeenschaps- en rurale ontwikkelingsactiviteiten, waarmee PHC onvoorwaardelijk is verbonden (Earthscan Publication, 1980:11). Het concept van de Primary health care geeft de gezondheidswerker belangrijke taken in relatie tot water- en sanitaire voorzieningen (WHO, 1981:4).

2.3.2 Opgedane ervaring uit de eerste jaren van het decennium

Het doel van het decennium is nog niet bereikt, dit is grotendeels te wijten aan de bevolkingsgroei waardoor de vraag naar voorzieningen groter is geworden. Tevens is door de bevolkingstoename de vervuiling eveneens toegenomen. Daarbij is de schuldenlast in de meeste derde wereldlanden gestegen, zodat minder financiële middelen beschikbaar zijn voor water- en sanitaire voorzieningen. Hieronder volgen enige tekortkomingen van de uitvoering van het decennium (UNDP-Worldbank Annual Report, 1988:3).

Organisatie : De zwakke organisatie en het zwakke beleid van de Ministeries van Volksgezondheid op nationaal niveau in veel ontwikkelingslanden remmen de geïntegreerde programma's die door hen worden ingevoerd. Er bestaat tevens een continu tekort aan goed opgeleid personeel.

Beleid : Er is onvoldoende aandacht voor sanitaire voorzieningen en voor hygiëne voorlichting. Dit komt omdat sanitaire voorzieningen hoge kosten met zich meebrengen en in veel mindere mate prestigieuze objecten zijn. Daarbij zijn de resultaten van hygiëne voorlichting pas op langere termijn aantoonbaar. Echter

water- en sanitaire voorzieningen zijn verbonden met elkaar. Toename in gebruik is het hoofddoel van de water-projecten en het bereiken ervan is afhankelijk van de toename van begrip en acceptatie door de gemeenschap van de rol van water- en sanitaire voorzieningen ter bevordering van de gezondheid. Gezondheidsvoorlichting en informatie-verstrekking moeten derhalve essentiële componenten zijn van projecten gericht op water-/ en sanitaire voorzieningen. Er vindt te weinig coördinatie plaats tussen de ontwikkeling van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting. Organisaties en overheden die verantwoordelijk zijn voor water- en sanitaire voorzieningen kunnen vaak niet motiveren tot de nodige gedragsverandering, noch kennis en vaardigheden overbrengen aan de gemeenschappen om de voorzieningen goed te onderhouden.

Bij projecten, die gericht zijn op water- en sanitaire voorzieningen, wordt er vaak te weinig aandacht besteed aan socio-economische condities, de culturele achtergrond van de gemeenschap, de waarden en normen van deze gemeenschappen ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen en hun motivatie voor gebruik en behoud van voorzieningen.

Participatie : Participatie van de bevolking (community participation) is belangrijk als motivatie voor gezondheidsvoorlichting en er dient speciale aandacht te zijn voor vrouwenbetrokkenheid. De strategie van het decennium stelt dat een speciale aandacht voor vrouwen van grote waarde is. Wanneer vrouwen bij de besluitvorming worden betrokken zullen de investeringen in water- en sanitaire voorzieningen meer baat geven aan degenen die de voorzieningen het meest nodig hebben. Vrouwen spelen namelijk een grote rol in de opvoeding van de kinderen, zij zijn meestal ook verantwoordelijk voor de huishouding (wassen, voedselbereiding en zomeer). Community participation is een goed middel om barrières tussen de verschillende sectoren (zoals openbare werken en gezondheidszorg) te doorbreken (White, 1981 en WHO and Swiss Development Cooperation Agency, 1987).

Financiën : De financiering van de projecten levert de nodige problemen en bovendien zijn er zoveel kosten voor steeds wederkerend lokaal onderhoud van de voorzieningen, dat geen geld uitgegeven kan worden aan nieuwe projecten.

2.4 Het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid voor Indonesië ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen

Het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen is gebaseerd op het WHO-beleid (Nederlandse Ontwikkelingsbeleid op het gebied van drinkwater, 1988-1989). Daarom zullen slechts enkele facetten van het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid voor Indonesië hieronder worden beschreven (Landenbeleidsplan Indonesië, 1989).

Nederland zet zich al een aantal jaren in voor de verbetering van de drinkwater- en sanitaire voorzieningen (D/S-voorzieningen) in een aantal ontwikkelingslanden waaronder ook Indonesië. De Nederlandse hulp bij de verbetering van de drinkwatervoorziening in Indonesië neemt sinds 1975 een belangrijke plaats in binnen de samenwerking. Gemiddeld vloeide meer dan 15% van de beschikbare fondsen voor Indonesië naar de watersector. Echter de sector gezondheidszorg behoort niet tot de prioriteiten van het ontwikkelingsbeleid voor Indonesië, met uitzondering van het opzetten van family planning (geboorteregeling, zie paragraaf 6.7).

Naast de financiële bijdrage uit de Nederlandse overheidsfinanciën leveren ook vele instituten en onderwijsinstellingen een bijdrage in het ontwikkelen van D/S-voorzieningen. Nederland ondersteunt vele en diverse D/S-activiteiten in ontwikkelingslanden variërend van enkelvoudige projecten met specifieke doelstelling, zoals het verrichten van grondwateronderzoek in een bepaald gebied of tijdelijk beschikbaar stellen van een specialist aan een nationale D/S-organisatie, tot en met het voorbereiden en uitvoeren van multidisciplinaire en geïntegreerde activiteiten waarin water-sanitaire voorzieningen, drainage van oppervlaktewater en afvalverwijdering integrale onderdelen zijn naast voorlichting over hygiëne en het optimale gebruik. Ook goederenleveranties (onderdelen, apparatuur) worden gefinancierd.

De doelstelling in het Nederlandse beleid ten aanzien van D/S-voorzieningen is een bijdrage leveren aan een blijvende en effectieve verbetering van de levensomstandigheden en de gezondheid van vooral de minst draagkrachtige bevolking. De

specifieke doelstellingen hebben betrekking op de verbetering in kwantiteit, in kwaliteit en/of bereikbaarheid van D/S-voorzieningen. Ook activiteiten gericht op de verantwoorde exploitatie en het doelmatig beheer van de grond-of oppervlaktewater danwel activiteiten om de ophaal en/of zuivering van afvalstoffen te verbeteren en milieuverontreiniging te voorkomen of te reduceren behoren tot de D/S-sector. Het Nederlandse beleid erkent het belang van actieve participatie van de gebruikers vanaf de voorbereiding tot en met het gebruik en onderhoud van D/S-voorzieningen. Er zal vooronderzoek moeten plaatsvinden naar de behoefte van de doelgroep voor D/S-voorzieningen, en er wordt gestreefd naar beheer van deze voorzieningen door de gebruikers zelf. De participatie van vrouwen vereist speciale aandacht. Om de effectiviteit van verbeterde D/S-voorzieningen te verhogen vormen voorlichting over de relaties tussen verbeterde voorzieningen, het optimaal gebruik, hygiëne en gezondheid een integraal onderdeel van voorbereiding en uitvoering van de D/S-activiteiten.

Het beleid gaat uit van het principe dat de kosten van gebruik en onderhoud voor rekening komen van de gebruikers respectievelijk de nationale overheid. Vanwege de altijd beperkte middelen van centrale overheden ondersteunt het beleid de huidige tendens om nationale D/S-organisaties te decentraliseren van nationaal niveau tot en met het niveau van de gebruikers. Nederland moedigt aan om onderzoeksprogramma's voor de ontwikkeling van eenvoudige en betaalbare D/S-technieken voor de armere bevolkingsgroepen in ontwikkelingslanden te ondersteunen. Tevens zal lokale, commerciële fabricage van onderdelen van de voorzieningen worden gestimuleerd. Voor stedelijke gebieden, maar ook voor plattelandsgebieden wordt een verbetering voorgestaan van de watervoorziening in evenwichtige combinatie met sanitaire voorzieningen, drainage en afvalverwijdering. Samenwerking tussen de verschillende sectoren (zoals openbare werken, gezondheidszorg en onderwijs) is hierbij belangrijk.

2.5 Conclusie

Het WHO-beleid heeft zich ontwikkeld van een beleid puur gericht op curatieve zorg, tot een beleid dat ook is gericht op preventieve zorg en dat de invloed van omgevingsfactoren op gezondheid erkent. Vanuit deze benadering is er aandacht gekomen voor het ontwikkelen van water-en sanitaire voorzieningen ter bestrijding van bepaalde gezondheidsproblemen. Hiertoe heeft de WHO de jaren 1981-1990 uitgeroepen tot het 'water-decennium'. Er kan worden vastgesteld dat dit WHO-beleid een richtlijn vormt voor het Nederlandse ontwikkelingsbeleid voor Indonesië. Voor de werkelijke uitvoering hiervan is men echter afhankelijk van het Indonesische beleid. Het WHO- en Nederlandse beleid beschreven in dit hoofdstuk zijn slechts een weergave van hetgeen men zich ten doel stelt. Uit de opgedane ervaring tijdens het water-decennium, blijkt dat de invoering van watervoorzieningen niet voldoende effect heeft op de gezondheid van de bevolking. Er moet een evenredige ontwikkeling plaatsvinden van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting. Participatie van de bevolking wordt gezien als een effectieve methode om deze ontwikkeling te stimuleren.

Hoofdstuk 3 : DE RELATIE GEZONDHEID EN WATER-/ SANITAIRE VOORZIENINGEN

In dit hoofdstuk wordt de relatie gezondheid en water-/ sanitaire voorzieningen geanalyseerd. Er wordt uitgegaan van de definitie van gezondheid van de WHO, zoals beschreven in paragraaf 1.2.

Ter verduidelijking van de verschillende beïnvloedende factoren ten aanzien van gezondheid is er gekozen voor een schema dat de verschillende determinanten van gezondheid weergeeft en waaruit alternatieve gezondheidsbevorderende strategieën afgeleid kunnen worden (Walsh, 1988).

Daarna worden de verschillende categorieën van ziekten die in relatie staan tot water- en sanitaire voorzieningen uitgewerkt.

3.1 Gezondheidsbeïnvloedende factoren

Gezondheid komt voort uit een serie verschillende factoren. Het hier volgend schema geeft de verschillende gezondheidsdeterminanten weer en een kader om alternatieve strategieën voor gezondheidsverbetering te overwegen (Walsh, 1988:50).

Het schema 3.1 (zie blz.27) is verdeeld in drie niveaus :

EERSTE NIVEAU :

Dit is de binnenste cirkel welke de directe oorzaken weergeeft van het verlies van gezondheid. De veroorzaakte ziekten worden behandeld of voorkomen door determinanten uit de buitenste twee cirkels. Dit niveau kent de volgende oorzaken van verlies van gezondheid.

1. **Ondervoeding** : Dit betreft een tekort aan vitaminen A,D en jodium,eiwitten en zomeer. Het kan ook duiden op een overmatige consumptie van vetten.
2. **Degeneratieve ziekten** : Bijvoorbeeld kanker, hartziekten.
3. **Giften** : dit betreft blootstelling aan pesticiden, rook en asbest.
4. **Infectieziekten** : Deze ziekten komen het meest voor in ontwikkelingslanden, maar de oorzaak is te voorkomen en de ziekten zijn te behandelen. Ontwikkelingslanden kennen ook specifieke infectieziekten die in een warm klimaat

gebied voorkomen. Vele infectieziekten worden overgedragen door slechte hygiëne, slechte sanitaire voorzieningen, besmet water en besmet voedsel.

5. **Ongelukken** : Deze factor wordt steeds meer de oorzaak van verlies van gezondheid in de wereld, vooral onder jongvolwassenen (verkeers- en huishoudongevallen).
6. **Conditie verbonden met de geboorte** : Het gaat hier om genetisch gerelateerde ziekten, congenitale afwijkingen, en ziekten verbonden met de zwangerschap.
7. **Psychosociale en physische ziekten** : Deze afwijkingen kunnen invloed hebben op andere ziekten, en kunnen resulteren in een economisch en sociaal verlies in termen van productieve levensjaren.

TWEEDE NIVEAU :

Op dit niveau (de tweede cirkel) worden de determinanten op gemeenschapsniveau aangegeven. Deze determinanten bepalen de gezondheid en het welbevinden door het vóórkomen of verlichten van de directe gezondheidsproblemen, die worden genoemd op het eerste niveau. Dit tweede niveau kent de volgende determinanten :

1. **Gedrag** : Communicatie en voorlichting kunnen gedrag beïnvloeden. Twee hoofdbelemmeringen voor gedragsverbetering zijn het ontbreken van tijd en kennis. Er kan bijvoorbeeld geen tijd zijn om de kinderen goed te voeden, en zonder kennis over hoe men gezond kan leven verschijnt er ook geen gezond gedrag. Vele determinanten van het tweede en derde niveau beïnvloeden de beschikbaarheid van tijd en kennis (zoals geld en onderwijs). Om hygiëne voorlichting te volgen heeft men tijd nodig, het volgen van voorlichting kan dus ten koste gaan van andere belangrijke activiteiten.
2. **Gezondheidsdiensten** : De mogelijkheid van gezondheidsdiensten om effectief ziekten te voorkomen of te behandelen wordt door vele factoren beïnvloed. Het hangt af van de toegankelijkheid, de kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidsmedewerkers en faciliteiten, het financieringssysteem, de beschikbare diagnostische technieken, behandelings- en preventiesystemen.
3. **Water en sanitaire voorzieningen** : Een goede kwaliteit van

het water vermindert de verspreiding van water-gebonden ziekten. Voldoende beschikbaar water bevordert de hygiëne, vergroot de oogst, verbetert de voedselvoorziening en de veestapel. De afstand tot de beschikbare watervoorziening heeft invloed op de tijd die nodig is om water te halen en op de hoeveelheid water die kan worden gehaald. De vrouw is meestal verantwoordelijk voor het water-halen zodat dit op zijn beurt invloed heeft op de aandacht die de vrouw aan haar gezin kan geven (zie paragraaf 4.1.2). Het goed gebruik van sanitaire voorzieningen vermindert de verspreiding van infectieziekten.

4. **Huisvesting** : De plaats waar men woont en in welke omstandigheden (stad, platteland, huisconstructie, bevolkingsdichtheid) hebben invloed op de ziekten, opgesomd in de binnenste ring. In ontwikkelingslanden heeft men op het platteland over het algemeen slechte watervoorzieningen, terwijl in de stedelijke gebieden de hygiënische omstandigheden vaak slecht zijn door overbevolking.
5. **Milieuhygiëne** : Deze component refereert aan het risico van ongelukken en blootstelling aan gif in de omgeving, zoals water besmet met chemisch afval.
6. **Voedsel** : Een beschikbare en gevariëerde voedselvoorziening is onontbeerlijk voor behoud van de gezondheid.

DERDE NIVEAU :

Dit niveau (de buitenste cirkel) geeft de verschillende sociale en culturele determinanten weer van gezondheid, welke de basis vormen voor de andere twee niveaus. Veranderingen op sociaal en cultureel gebied beïnvloeden de determinanten op het gemeenschapsniveau, welke op hun beurt de preventie of behandeling van de kwaal op het eerste niveau beïnvloeden. Het derde niveau maakt onderscheid tussen de volgende determinanten.

1. **Gemeenschap en cultuur** : Deze determinanten hebben een grote invloed op de persoonlijke gezondheid. Culturele tradities kunnen gezondgedrag stimuleren of belemmeren (bijvoorbeeld het wel of niet accepteren van sanitaire voorzieningen). Indien men de relatie tussen water en ziekte begrijpt, zal men sneller geneigd zijn de nieuwe voorzieningen te accepteren en te gebruiken.

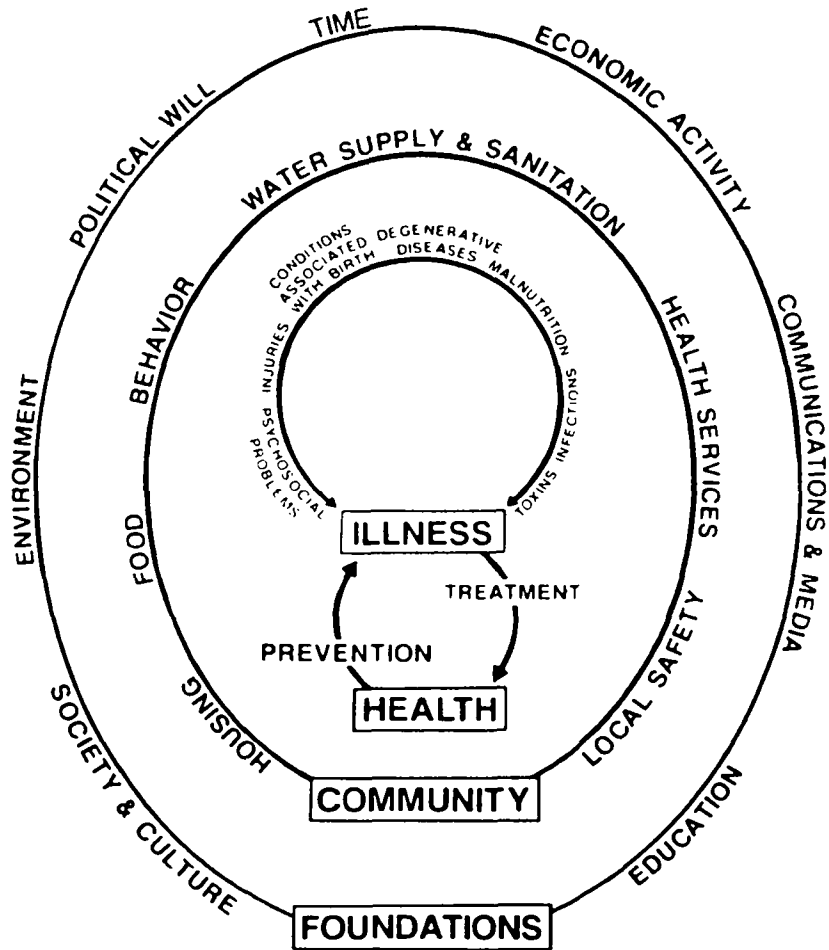
2. **Economische status** : Deze determinant heeft invloed op alle andere determinanten van alle niveaus. Families met een lagere economische status hebben een slechtere huisvesting, slechtere toegang tot water en sanitaire voorzieningen, slechtere toegang tot de gezondheidszorg en dus ook meer kans op ziekte. Daarbij is onderwijs vaak niet toegankelijk voor families met een lagere economische status omdat het tijd en geld kost.
3. **Politieke bereidheid** : Het gaat hier om de prioriteit die de overheid geeft aan de gezondheid van de bevolking, en het belang dat ze hecht aan een rechtvaardige verdeling van voorzieningen. Prioriteit voor water- en sanitaire voorzieningen is vereist, opdat hiervoor financiële fondsen vrijkomen.
4. **Omgeving** : De geografische ligging, de typen van landbouw, de behoefte aan irrigatie, de typen van transport, de beschikbaarheid van voedsel, hebben alle hun uitwerking op de volksgezondheid en het welbevinden van de bevolking.
5. **Onderwijs** : Formeel maar ook informeel onderwijs heeft effect op de gezondheidsstatus van het individu. Hygiëne voorlichting kan op school worden gegeven, zodat de kinderen de relatie water-/ sanitaire voorzieningen en ziekte begrijpen. Zij kunnen op hun beurt deze kennis overdragen ~~naar~~ de gezinsleden.
6. **Communicatie en media** : De beschikbare typen van media en communicatie beïnvloeden de effectiviteit van gezondheids-promotie. Hygiëne voorlichting kan worden gegeven door middel van communicatie zoals folders, bijeenkomsten en andere media.
7. **Tijd** : De leeftijd waarop men ziek wordt heeft invloed op de overlevingskans. De beschikbare tijd heeft zijn invloed op het gebruik van gezondheidsdiensten , het volgen van onderwijs en voorlichting, en op de zorg voor het gezin.

Elk van deze determinanten van gezondheid moet meegenomen worden in de ontwikkeling en evaluatie van beleid op het gebied van het bevorderen van de gezondheid.

Dus ook de determinanten water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting kunnen hieruit worden afgeleid.

SCHEMA 3.1 DETERMINANTEN VAN GEZONDHEID

Determinants of Health



Bron : Walsh, 1988:51

3.2 Water-gebonden ziekten

Water-gebonden ziekten zijn ziekten die op een of andere manier met water zijn geassocieerd. Men kan twee groepen onder-

scheiden namelijk water-gebonden infectieziekten, welke infectie-ziekten zijn ontstaan door besmet water, en ziekten die verbonden zijn met de chemisch samenstelling van het water (bijvoorbeeld vervuiling door chemische afval). In deze scriptie zal ik mij beperken tot de water-gebonden infectieziekten, daar deze tot nu toe het meest van toepassing zijn voor ontwikkelingslanden.

Er kunnen vijf typen ziekten onderscheiden worden welke gerelateerd zijn aan water- en sanitaire voorzieningen (Cairncross et al., 1980:77-82) :

Waterborne diseases : Deze ziekten worden overgedragen wanneer het water met de ziekteverwekker wordt gedronken door mens of dier. Bijvoorbeeld : cholera, typhoïd, hepatitis ,dysenterie. Al deze ziekten kunnen ook worden overgedragen via faeces (dus ook via slecht gewassen voedsel). Daarom, ondanks dat deze ziekten onder controle kunnen worden gebracht met veilige watervoorzieningen zullen de voorzieningen opzichzelf het infecteren niet kunnen tegengaan. Deze voorzieningen moeten op de juiste wijze worden gebruikt. Hygiëne voorlichting is noodzakelijk om aan te geven op welke wijze de watervoorzieningen moeten worden gebruikt om infectie met waterborne diseases te voorkomen.

Water-washed diseases : Deze ziekten zijn meer afhankelijk van de kwantiteit dan van de kwaliteit van water. Te weinig water en moeilijk bereikbare watervoorzieningen leiden tot slechte hygiëne (Earthscan Publication, 1980). Verbeterde watervoorzieningen met een grotere waterinhoud en niet te ver verwijderd van de doelgroep, kunnen de water-washed diseases voorkomen, mits er voorlichting wordt gegeven met betrekking tot de wijze waarop het water moet worden gebruikt om infectie tegen te gaan. Tot een eerste type water-washed diseases behoren diarree ziekten, veroorzaakt door besmetting met bacteriën afkomstig van faeces, als gevolg van het niet goed wassen van handen en voedsel. Een tweede type van water-washed diseases zijn infecties die optreden op de huid en in de ogen, door het niet goed reinigen van het lichaam met water. Deze ziekten zijn ook voornamelijk gerelateerd aan de hoeveelheid water en niet zozeer aan de kwaliteit van het water. Tot het derde type water-washed diseases behoren ziekten overgedragen door aanraking van een insect (insectenbeet) met het lichaamsoppervlak

van de mens. Deze beet kan een infectie veroorzaken indien ze niet gereinigd is met water.

Water-based diseases : Bij deze ziekten leeft de ziekteverwekker een tijd in een water-gastheer zoals bv. de waterslang. Al deze ziekten worden veroorzaakt door parasitaire wormen die afhankelijk zijn van de water-gastheer om hun levenscyclus te voleindigen, zoals schistosomiasis. Verbeterde veilige watervoorzieningen kunnen deze ziekten voorkomen. Voorlichting zou kunnen bijdragen om aan te geven welk water besmet is en noch voor consumptie noch voor wassen mag worden gebruikt.

Insect-vector diseases : Deze categorie houdt die ziekten in, die worden verspreid door de beet van insecten die in het water broeden of insecten die leven in de buurt van water. Bijvoorbeeld malaria, slaapziekte. Afgedekte watervoorzieningen en een goede afvalwater-verwijdering zou het aantal besmettelijke insecten kunnen reduceren.

Infectieziekten als gevolg van slechte sanitaire voorzieningen : Wanneer men geen of slechte sanitaire voorzieningen bezit is de kans om infectieziekten op te lopen groot. Vele infectieziekten worden overgedragen door onzorgvuldig contact met faeces. Faeces is immers een voedingsbodem voor bacteriën (Earthscan Publication, 1980).

3.3 Conclusie

Gezondheid kent vele determinanten. Water- en sanitaire voorzieningen zijn determinanten op gemeenschapsniveau. Voorlichting is een determinant op het sociale en culturele niveau. De verschillende determinanten zijn met elkaar verbonden, beïnvloeding van een afzonderlijke determinant zal ziekte niet kunnen voorkomen. Het negeren van andere determinanten kan een reden zijn waarom het decennium nog geen meetbare resultaten heeft opgeleverd. De determinanten moeten gelijktijdig worden aangepakt. Indien men de indeling van de water-gebonden ziekten hanteert, kan worden gesteld dat verbetering van water- en sanitaire voorzieningen een positieve invloed kan hebben op de gezondheid, met name op het voorkomen van infectieziekten. Maar metingen (in het algemeen) van de werkelijke invloed van water- en sanitaire voorzieningen op de gezondheid zijn

onderhevig aan methodologische problemen, zodat uit onderzoeken op dit gebied nog geen definitieve conclusies zijn te trekken (Blum en Feachem, 1983:357).

Hoofdstuk 4 : RELATIE GEZONDHEID EN HYGIENE VOORLICHTING

In dit hoofdstuk wordt het begrip hygiëne voorlichting nader uitgewerkt om de relatie met gezondheid te verduidelijken.

Er zal worden ingegaan op de doelen van hygiëne voorlichting; de doelgroepen waarop men zich kan richten ; de aandachtspunten waarop men zich moet richten ; en de wijze waarop gedragsverandering kan plaatsvinden. Hygiëne voorlichting kan op verschillende manieren worden uitgevoerd, een indeling van de verschillende strategieën zal worden beschreven. Hierna worden de wijzen van organisatie in ontwikkelingslanden behandeld, met hun voor- en nadelen. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de specifieke situatie in Indonesië.

4.1 Hygiëne voorlichting

4.1.1 Definitie en doelen

Om de term hygiëne voorlichting te kunnen plaatsen, zal eerst de algemene term voorlichting worden gedefiniëerd. Er is gekozen voor de definitie van Van de Ban omdat deze toegepast kan worden voor verschillende soorten van voorlichting. "Voorlichting is bewust gegeven hulp bij menings- of besluitvorming door middel van communicatie"(van de Ban, 1985:15). Van de Ban (1985) stelt tevens dat voorlichting gewoonlijk een beleidsinstrument is, dat wordt gebruikt om maatschappelijk gewenst geachte veranderingen te bereiken (bijvoorbeeld een gezondere bevolking). Dit instrument is alleen effectief wanneer het door de doelgroep als hulp wordt ervaren.

Een vorm van voorlichting is **gezondheidsvoorlichting**, deze heeft als doel attituden en gedrag te beïnvloeden van de gemeenschap of van het individu, door kennis en inzicht te vergroten over gezondheid en ziekte (Farmer en Miller, 1983). **Hygiëne voorlichting** is een deel van een breder concept van gezondheidsvoorlichting. In deze scriptie wordt uitgegaan van de definitie zoals eerder omschreven is in paragraaf 1.2, omdat hierbij ook activiteiten zoals campagnes ter bestrijding van muggenbroedplaatsen ; bouw van sanitaire voorzieningen en promotie van gewenst gedrag ingesloten kunnen worden. Deze definitie

wijst er op dat hygiëne voorlichting niet noodzakelijk beperkt is tot programma's met betrekking tot water- en sanitaire voorzieningen maar dat ze tevens een onderdeel kan zijn van de gezondheidszorg.

Hygiëne voorlichting is gericht op vrijwillige keuze van gedragspatronen, dit impliceert actieve participatie van de doelgroep in het veranderingsproces. De voorlichtingsprogramma's kunnen zowel inhouden lange termijn doelen (zoals verbeteren van de levensomstandigheden en de volksgezondheid ; maximaliseren van de invloed van de waterprojecten) als korte termijn doelen (zoals het stimuleren van handenwassen). De doelen van een hygiëne voorlichtingsprogramma moeten realistisch zijn en duidelijk worden omschreven; er moeten voldoende financiële middelen en arbeidskrachten beschikbaar zijn ; en de planning moet overzichtelijk zijn, wil het programma de nodige invloed kunnen uitoefenen. Aangezien plaatselijke condities en gebruiken sterk variëren, kunnen de specifieke doelen slechts opgesteld worden in de eerste fase van het hygiëne voorlichtingsprogramma in samenwerking met de doelgroep. Specifieke doelen vereenvoudigen tevens de evaluatie van het programma (Burgers et al., 1988:7).

4.1.2 Doelgroepen

Bij het opzetten van een hygiëne voorlichtingsprogramma moeten de verschillende doelgroepen onderscheiden worden opdat de belangrijkste groepen -die met de grootste behoeften- bereikt zullen worden. De meeste programma's richten zich op de vrouwen, zij zijn namelijk verantwoordelijk voor het gezin en het huishouden (Wijk-Sijbesma, 1988). Maar betrokkenheid van de man is even belangrijk, omdat de programma's hun steun nodig hebben ; de man verantwoordelijk is voor verbouwingen in en rondom het huis ; en omdat ook hij belang heeft bij de gezondheid van zijn gezin. Schoolkinderen zijn ook een belangrijke doelgroep, zij zijn de generatie van de toekomst. Een nadeel van deze doelgroep is dat meisjes vaak niet de kans krijgen om naar school te gaan. Technici en onderhoudspersoneel kunnen een doelgroep zijn, zij hebben direct contact met de gebruikers (Burgers et al.1988:13).

4.1.3 Aandachtspunten in hygiëne voorlichting

Hygiëne voorlichting zorgt voor het verband tussen water-en sanitaire voorzieningen aan de ene kant en het menselijk handelen aan de andere kant. Hygiëne voorlichting heeft aandacht voor het gebruik (dit is afhankelijk van de toegankelijkheid/ de afstand tot de voorzieningen/ het type voorziening/ de kleur en smaak van het water) en het onderhoud van de voorzieningen ; de kwaliteit van het water (in de bron en ook na het vergaren) ; de kwantiteit van het water ; en de veilige verwijdering van afvalwater/menselijke uitwerpselen en ander vast afval.

Uit onderzoek blijkt dat om besmetting met water-gebonden ziekten te voorkomen, de hoeveelheid water die men gebruikt belangrijker is dan de kwaliteit van het water (Hubley, 1986). Tevens blijkt dat het verbeteren van de afvoer van menselijke uitwerpselen meer invloed heeft op de daling van mortaliteit en morbiditeit tengevolge van diarree dan het verbeteren van de watervoorziening (Esrey et al., 1986). Gecombineerde verbetering van water- en sanitaire voorzieningen hebben eveneens meer invloed op de gezondheid dan slechts invoering van water- of sanitaire voorzieningen (Young et al., 1987).

4.1.4 Gedragbeïnvloedende factoren

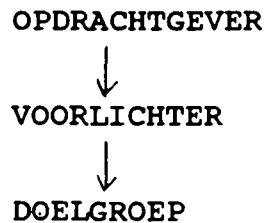
De acceptatie van de voorzieningen zal groter zijn naarmate de doelgroep wordt betrokken bij het stellen van prioriteiten in het voorlichtingsprogramma en bij de uitvoering. Afgezien van de factor 'gezondheidsverbetering' worden gedragsveranderingen beïnvloed door een aantal andere factoren. De belangrijkste factoren zijn de financiële bereikbaarheid van de voorziening en de beschikbaarheid van materiaal ; het vergemakkelijken van het dagelijks leven ; het oplossen van een ervaren probleem ; goed ontworpen - gebouwde en - functionerende voorzieningen en toegankelijkheid voor een ieder. Veranderingen van gedrag kunnen teweeg gebracht worden door prikkels zoals tijdwinst ; economische winst ; of statusverhoging. Beloning en afstraffing van een bepaald gedrag hebben eveneens invloed

op de gedragsverandering, echter deze verandering is meestal van kortere duur. Verder hangt het succes van hygiëne voorlichting af van de mate waarin ze gebaseerd is op bestaande waarden en normen en in hoeverre er rekening is gehouden met het inzicht van de bevolking in de overdracht van water-gebonden ziekten in hun omgeving. Sleutelpersonen met aanzien kunnen bijdragen aan het stimuleren van gedragsverandering door hun voorbeeld en door steun te verlenen aan het voorlichtingsprogramma (Burgers et al., 1988:22).

4.2 Voorlichtingsstrategieën

Voorlichters en organisaties kunnen verschillende strategieën gebruiken . In de literatuur kunnen drie strategieën van hygiëne voorlichting worden onderscheiden : een didactische-, promotie-gerichte- en een participatieve strategie. In werkelijkheid zijn er zeker vele tussenvormen te vinden. Van belang is, dat de relatie tussen voorlichter en doelgroep, en de informatie-uitwisseling tussen beiden per strategie fundamenteel verschillend zijn (van den Ban, 1985:46-51).

Bij de **didactische strategie** ook wel ontwikkelings- en beïnvloedingsstrategie genoemd zal de organisatie/overheid zelf de problemen met betrekking tot water en hygiëne definiëren en de oplossing aandragen. Men probeert hierbij de gebruikers van de voorzieningen te overtuigen de aangedragen oplossing te aanvaarden. Door de geringe gerichtheid op de behoeften van de doelgroep is het resultaat vaak dat, zeker in eerste instantie , slechts diegenen overtuigd worden, die al overtuigd waren. De informatie, werkwijze of oplossing wordt dan ook slechts overgenomen door mensen die over de middelen en inzichten beschikken om haar te kunnen gebruiken. De kloof tussen de voorlichter en de rest van de bevolking is veelal wijd. De informatiestroom loopt in één richting van voorlichter naar doelgroep. Er komt ook weining informatie terug van de doelgroep naar de voorlichter en van de voorlichter naar zijn opdrachtgever (overheid/organisatie).

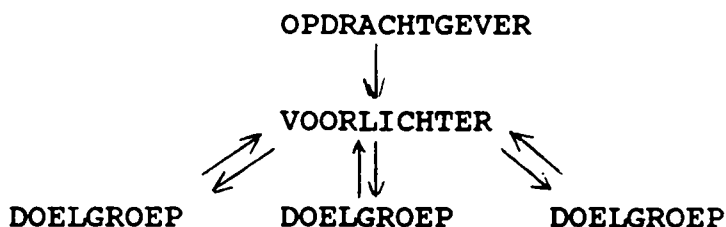


Bron : van den Ban, 1985

Het resultaat van deze strategie is afhankelijk van de mate waarin de voorlichtingsboodschap de doelgroep bereikt en of de aangeboden oplossingen inspelen op de behoeften van de doelgroep en overeenkomt met de wil van de doelgroep.

Bij de **promotie-gerichte** strategie tracht de voorlichter een oplossing te bieden voor een door de doelgroep gevoeld probleem. Hierbij wordt echter de inhoud van het voorlichtingsprogramma door de voorlichter bepaald.

Er bestaat een wederzijdse informatieoverdracht, maar de doelbepaling en de sturing van de informatie ligt in handen van de voorlichter.



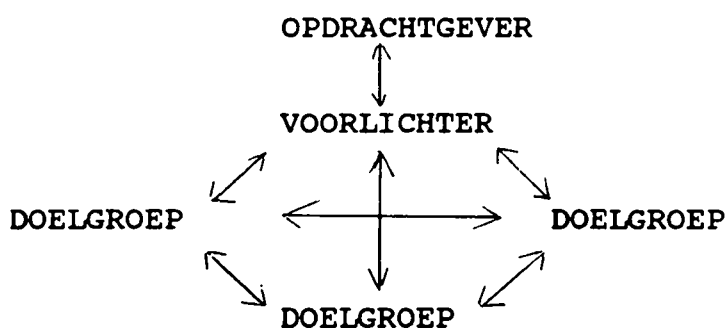
Bron : van den Ban, 1985

'Social marketing' is een speciale vorm van de promotie-gerichte strategie. Deze strategie vindt haar oorsprong in het overnemen van de gedachten uit de marketing. Een grondgedachte van de marketing is dat de producent moet trachten produkten te maken die voorzien in een bij de afnemers bestaande behoefte, maar die tegelijkertijd winst opleveren voor de producent. De voorlichter doet een aanbod waar de doelgroep op ingaat. Deze strategie is geschikt voor een doelgroep die reeds over de nodige kennis en inzicht omtrent het onderwerp beschikt. 'Social marketing' is niet geschikt voor complexe gedragsveranderingen die lange termijn voorlichtingsprogramma's

vereisen. Voor een blijvende gedragsverandering is namelijk meer betrokkenheid van de groep nodig . Tevens heeft men voor deze strategie goed getraind personeel nodig voor het uitvoeren van een marktonderzoek.

De **participatieve strategie** of probleemoplossingsstrategie : gaat uit van de vraag: " hoe kunnen we de doelgroep helpen om datgene te bereiken wat zij graag wil bereiken ?". Bij deze strategie speelt de doelgroep een actievere rol. Echter de intensievere interactie tussen voorlichter en doelgroep is alleen mogelijk als de doelgroep niet te groot is, ze vereist namelijk grotere sociale en technische vaardigheden van de voorlichter en tevens meer flexibiliteit.

Deze strategie wordt ook aangeduid als 'het werken met de doelgroep'. De informatieoverdracht vindt plaats tussen de voorlichter en doelgroep en in de doelgroep onderling. De problemen worden gezamenlijk geanalyseerd en opgelost. De doelen worden door de doelgroep bepaald. Deze strategie komt het dichtst bij een omschrijving van voorlichting als 'bewust gegeven hulp bij menings-en besluitvorming door middel van communicatie'.



Bron : van den Ban, 1985

Er bestaat niet één optimale strategie, de keuze is afhankelijk van de aard van de kennis op het gebied waarop voorlichting wordt gegeven, van de doelen van het voorlichtingsprogramma, van het vertrouwen dat de voorlichters in de capaciteiten van de doelgroep hebben om verstandige beslissingen te nemen en van de capaciteiten van de voorlichters.

4.3 Organisatie

Er zijn vier manieren waarop hygiëne voorlichting kan worden georganiseerd (Burgers et al., 1988:42).

4.3.1 Hygiëne voorlichting in technische programma's

Hygiëne voorlichting wordt vaak in de waterprojecten zelf georganiseerd, omdat gezondheidspromotie wordt gezien als een stimulans voor wekken van interesse en betrokkenheid van de bevolking (Abeyagunawardene, 1983). Het voordeel hiervan is dat de communicatie van de verschillende medewerkers goed kan verlopen. Een nadeel is echter dat er meer prioriteit gegeven wordt aan technische voorlichting en dat hygiëne voorlichting een langere periode vereist om het gewenste doel te bereiken dan technische voorlichting. Tevens kan verwarring ontstaan doordat gezondheidswerkers het geven van hygiëne voorlichting ook als taak hebben.

4.3.2 Voorlichting in technische en gezondheidszorg programma's

Samenwerking tussen de diensten die de voorzieningen bouwen en de gezondheidszorgdiensten verloopt moeizaam, omdat technici een integrale benadering niet gewend zijn. Hun doel is voornamelijk het aantal voorzieningen op te voeren. Tevens is de organisatie van de gezondheidszorg in vele ontwikkelingslanden slecht opgezet, door het ontbreken van belangstelling van de overheid voor voorlichting en het ontbreken van een nationaal beleid voor gezondheidsvoorlichting. Curatieve zorg krijgt hogere prioriteit dan preventieve zorg. De taken van de verschillende diensten moeten duidelijk omschreven zijn. Medisch personeel met weinig training op het gebied van gedragswetenschappen en communicatie technieken wordt ingezet voor de gezondheidsvoorlichting. De gezondheidsvoorlichter heeft meestal een zwakke positie en moet vaak als vrijwilliger functioneren, omdat er geen financiële fondsen voor worden vrijgemaakt (Hubley, 1988).

4.3.3 Hygiëne voorlichting in PHC-programma's

Belemmeringen om hygiëne voorlichting in te passen in een PHC-programma zijn : het tekort aan voorlichters ; beperkte training van de voorlichters ; het ontbreken van samenwerking in de gezondheidszorgsector zelf en met andere sectoren ; te weinig financiële bronnen ; inadequaat management (WHO South-East Asia, 1983).

Toch zou de voorlichting goed passen binnen het kader van de PHC omdat de PHC gericht is op participatie van de bevolking en meer aandacht heeft voor preventie en training van personeel.

4.3.4 Massa campagnes

Simpele boodschappen kunnen via campagnes worden doorgegeven. Doordat ze gericht zijn op een vastgestelde termijn is samenwerking tussen verschillende instanties beter te verwezenlijken, dan wanneer er een langdurige samenwerkingsrelatie moet worden opgebouwd. Indien de doelgroep de nodige bronnen heeft en de wil om mee te werken, kan een massa campagne bijdragen tot het bereiken van een gedragsverandering. Echter de invloed van campagnes is vaak van korte duur. Er moet opgelet worden dat de boodschap de doelgroep bereikt en er een mogelijkheid wordt geschapen om deze boodschap via een discussie te verduidelijken. Massa campagnes vereisen veel personeel en financiële bronnen. Persoonlijke follow-up is gewenst.

4.4 Conclusie

Hygiëne voorlichting kan een positieve invloed uitoefenen op de gezondheid daar ze gericht is op gedragsverandering. Deze gedragsverandering moet ertoe leiden dat ziekte-overdracht - alsgevolg van inadequate hygiëne en sanitaire voorzieningen - wordt voorkomen. Uit het schema 3.1 werd reeds afgeleid dat voorlichting tot de gezondheidsdeterminanten behoort. Maar het bepalen van de directe invloed van hygiëne voorlichting op de gezondheid levert dezelfde methodologische problemen op als het meten van de invloed van water- en sanitaire voorzieningen op

gezondheid (zie paragraaf 3.3). Bij het opzetten van een hygiëne voorlichtingsprogramma dienen de doelen en de doelgroep van hygiëne voorlichting duidelijk te worden gedefiniëerd, zodat een evaluatie van het programma kan plaatsvinden. Bij het ontwikkelen van een hygiëne voorlichtingsprogramma moet rekening gehouden worden met de verschillende aandachtspunten en de sleutelfactoren die van invloed zijn op het accepteren van een nieuwe voorziening (zie paragraaf 4.1.3 en 4.1.4). De voorlichtingsstrategie die wordt toegepast is afhankelijk van de omvang en kennis van de doelgroep, het te veranderen gedrag, de kennis van de voorlichter, en het vertrouwen van de doelgroep in de voorlichter. In ontwikkelingslanden zijn problemen bij de organisatie van hygiëne voorlichting vaak te wijten aan te weinig belangstelling van de overheden voor voorlichting, geringe opleiding van de voorlichters en te weinig afstemming met andere gezondheidsbevorderende activiteiten.

Hoofdstuk 5: DE SITUATIE IN INDONESIA

Om de theoretische uitwerking van deze scriptie enigszins een meer praktische dimensie te geven, zal een voorbeeld uit een ontwikkelingsland - Indonesië - nader worden uitgewerkt.

Eerst zal de epidemiologische context van het land worden beschreven, om een beter beeld te krijgen van de situatie.

Waarna de formele werking en organisatie van de betrokken instanties, bij de in- en uitvoering van de projecten, worden uitgelegd. Vervolgens zal het Indonesische beleid ten aanzien van water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid worden beschreven.

5.1 Epidemiologische gegevens

Uit de reeds eerder omschreven definitie van een ontwikkelingsland in paragraaf 1.2, kunnen de volgende kenmerken worden afgeleid : snelle bevolkingsgroei ; laag Bruto Nationaal Product ; lage levensverwachting ; hoge zuigelingensterfte en analfabetisme onder de meerderheid van de volwassenen (Reitsma en Kleinpenning, 1985:30-43). Darmziekten, veroorzaakt door besmet water en voedsel, behoren tot de belangrijkste ziekte-categorie in ontwikkelingslanden (Open University, 1985:19). De situatie in Indonesië zal aan de hand van deze kenmerken worden beschreven. De hieronder volgende tabellen zijn verkregen uit een rapport van de Worldbank (1990), zij zijn echter afkomstig van verschillende onderzoeken (hun oorspronkelijke bron staat vermeld onder de tabellen).

Indonesië telt 171,4 miljoen inwoners (1987). De gemiddelde jaarlijkse bevolkingsgroei is ongeveer 1,7%. Er wordt geschat dat in het jaar 2000 Indonesië 214 miljoen inwoners zal tellen (World Bank Indicators, 1989).

Het Bruto Nationaal Product (BNP) van Indonesië is lager in vergelijking met de Filipijnen en Thailand. Maar ze behoort niet tot de landen met het laagste BNP (zie tabel 5.1).

De levensverwachting was in 1987 gemiddeld 60 jaar. Dit is vrij laag in vergelijking tot andere Aziatische landen (bv. Filipijnen 63 jaar)(zie tabel 5.1).

Ongeveer 17% van de bevolking leeft beneden de armoedegrens.

Een groot aantal mensen leeft tevens net boven de armoedegrens. Ondanks de vooruitgang in levensstandaard deze laatste twee decennia blijft Indonesië achter bij bepaalde naburige Aziatische landen voor wat betreft sociale indicatoren zoals levensstandaard, zuigelingensterfte, levensverwachting (tabel 5.1). Verdere vooruitgang voor wat betreft deze sociale indicatoren lijkt onwaarschijnlijk gezien de verwachte bevolkingstoename (World Bank, 1990:26).

TABEL 5.1 SOCIALE INDICATOREN

COMPARATIVE SOCIAL INDICATORS

Country	GDP per Capita (US\$)	Life Expectancy at Birth	Infant Mortality Rate	Population per Physician	Calorie Supply per Capita	Malnutrition 2nd & 3rd Degree (%)	Babies with Low Birth Weight (%)
Indonesia	450	60	71	2,460	2,372	30	14
China	290	69	39	1,000	2,630	n.a.	6
Malaysia	1,810	70	35	1,930	2,730	n.a.	9
Pakistan	350	55	112	2,900	2,315	78	25
Philippines	590	63	53	6,700	2,372	22	18
Sri Lanka	400	70	29	5,520	2,401	28	28
Thailand	850	64	51	6,290	2,331	5	12

Sources: World Development Report, 1989, World Bank, Oxford University Press; Social Indicators of Development, 1988, World Bank; 1988 Asia and Pacific Atlas of Children in National Development, UNICEF and ESCAP.

Indonesische statistieken kunnen niet worden gebruikt voor een vergelijking van de mortaliteitstrend met de trend in andere landen. Indonesië heeft namelijk geen bruikbaar registratiesysteem voor het aantal geboorten en sterfgevallen in een bepaalde tijdsperiode. De hoofdbronnen van nationale mortaliteitsdata zijn indirecte schattingen van de zuigelingensterfte en de kindersterfte, verkregen uit periodieke populatie-onderzoeken, uitgevoerd tussen 1971 en 1985 (tabel 5.2). Maar de betrouwbaarheid van deze bronnen voor analyse van de mortaliteitstrend is niet bevredigend. Desalniettemin zijn schattingen van de zuigelingensterfte een belangrijke indicator van de totale mortaliteit, omdat ze ongeveer 33% bijdragen aan het totale aantal sterftegevallen in Indonesië (Worldbank,

1990:87).

De zuigelingensterfte per 1000 levendgeborenen telde 132 in het midden van de jaren zestig en in de jaren tachtig was dit aantal gedaald tot 71 (tabel 5.1). Ondanks deze daling is dit sterftecijfer in Indonesië hoger dan in de verschillende buurlanden zoals bijvoorbeeld de Filipijnen die een zuigelingensterftecijfer kent van 53 per 1000 levendgeborenen (World bank, 1990:87).

TABEL 5.2 ZUIGELINGENSTERFTE

INFANT MORTALITY RATES, 1971-85
(per 1,000 live births)

Census/ Survey date	Reference date	Urban	Rural	Total
1971 Census	1968/69	104	137	132
1976 SUPAS	1972/73	95	113	110
1980 Census	1977/78	88	112	112
1985 SUPAS	1982/83	57	74	71

Source: Central Bureau of Statistics (1987), Proyeksi Penduduk Indonesia, 1985-2005, Jakarta.

Gezondheidsstatistieken geven niet voldoende cijfers om een schets te maken van de evolutie van de gezondheidsstatus van de populatie tijdens de laatste tien jaar. Dit komt omdat de registratie nog niet adequaat verloopt, door de uitgestrektheid van het land. Ondanks dat de data incompleet en dus onbetrouwbaar zijn, zal hieronder een algemeen overzicht volgen.

Vier hoofdgroepen van ziekten zijn te onderscheiden die voor meer dan 3/4 de oorzaak zijn van de zuigelingensterfte (World bank 1990:89). Het hoogste aantal was 28%, veroorzaakt door immuniseerbare ziekten, voornamelijk tetanus (19%). De tweede grote groep waren de sterftegevallen veroorzaakt door perinatale oorzaken, vaak door moeilijke en onhygiënische bevallingen. Diarree is de derde groep doodsoorzaken, namelijk 16%. Daarna volgen de infectieziekten van de luchtwegen (tabel 5.3). Gezondheidsstatistieken in Indonesië geven aan dat diar-

ree de hoofdoorzaak is van post-neonatale mortaliteit, en de tweede oorzaak is van de dood bij kinderen (Worldbank, 1990:89).

TABEL 5.3 ZIEKTEN

UNDERLYING CAUSES OF INFANT MORTALITY, 1986
(% of deaths)

	Neonatal	Post-neonatal	All Infants
<u>Immunizable Diseases</u>	<u>40.9</u>	<u>19.9</u>	<u>28.0</u>
Tetanus	39.5	6.6	19.4
Measles, diptheria & pertussis	1.4	13.3	8.6
Perinatal causes	42.3	2.9	18.4
Diarrhea	2.3	24.3	15.6
Acute respiratory infection	2.3	21.7	14.4
Other	12.2	31.2	23.6
<u>Total</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>	<u>100.0</u>

Source: Government of Indonesia - UNICEF (1989) Situation Analysis of Children and Women in Indonesia, Tables 3.6 and 3.7.

De National Indonesian Contraceptive Prevalence Survey die gehouden werd over een periode van 10 jaar (1977-1987) geeft een zuigelingssterfteratio aan van 90 per 1000 levendgeborenen bij moeders die geen of alleen lagere schoolopleiding hebben gevolgd, en 30 per 1000 levendgeborenen bij moeders die een middelbare schoolopleiding hebben gevolgd (tabel 5.4). Dit verschil per opleidingsniveau is tevens aangetoond met de in 1986 gehouden Household Health Survey (Worldbank, 1990:88)

TABEL 5.4 MORTALITEIT - ONDERWIJS

INFANT MORTALITY RATES BY LEVEL OF EDUCATION

Level of Education /a	HHS 1986	NICPS 1987 /b
None	87.5	98.8
Some primary	81.9	82.5
Primary completed	53.5	60.1
Secondary or more	45.6	33.9
<u>Total</u>	<u>71.8</u>	<u>75.2</u>

/a Level of education refers to the head of household in HHS 1986 and to the mother in NICPS 1987.

/b Average mortality rates computed for the period 1977-87.

Source: Budiarso, L.R. *et. al.* (1986) Survei Kesehatan Rumah Tangga, Ministry of Health; and Central Bureau of Statistics (1987) Indonesia: National Contraceptive Prevalence Survey.

Aangezien de situatie in stedelijke (urbane) en plattelandsgebieden (rurale) sterk verschilt, volgen hieronder gegevens van onderzoek met betrekking tot water- en sanitaire voorzieningen, specifiek per gebied.

Het Ministerie van gezondheid in Indonesië heeft onderzoek gedaan in 1986 naar de gezondheidstoestand in de huishoudens (Household Health Survey). Uit het onderzoek bleek het volgende resultaat : ongeveer 50% van de indonesische bevolking in rurale gebieden haalt hun water uit grondwaterbronnen (waterput, waterpomp), en 27% haalt het water uit de rivier. Slechts 20% van de waterputten had zuiver drinkwater (tabel 5.5). Rivierwater en andere waterbronnen worden niet verondersteld zuiver te zijn. Dus het totaal van rurale huishoudens die toegang hebben tot zuiver drinkwater is ongeveer 36% (Worldbank, 1990:104).

De analyse van de wijze van de afvoering van uitwerpselen geeft weer dat slechts een kleine proportie van de huishoudens in rurale gebieden toegang heeft tot goede sanitaire voorzieningen. Bijna 3/4 van de bewoners gebruiken de rivier of de grond als directe afvoerplaats voor de uitwerpselen (tabel 5.6). Men schatte dat slecht 18% van de huishoudens toegang heeft tot goede sanitaire voorzieningen, in de Filipijnen is dit ongeveer

62% (Worldbank, 1990:105).

TABEL 5.5 DRINKWATER IN RURALE GEBIEDEN

Type of Facility/Source	Number of Households	%	Percentage Considered as Clean Supply	Percentage of Clean Coverage Level
Piped supply	197	0.49	100%	0.49
Artesian well	86	0.22	100%	0.22
Pumped well	2,041	5.12	100%	5.12
Spring	5,185	13.01	100%	13.01
Dug/open well	17,975	45.16	20%	9.05
Rain collectors	3,165	7.94	100%	7.94
River water	10,804	27.12	0%	0.0
Other sources	370	0.93	0%	0.0
<u>Total</u>	<u>39,843</u>	<u>100.00</u>		35.8%

Source: 1986 Household Health Survey, Ministry of Health.

TABEL 5.6 SANITAIRE VOOZIENINGEN IN RURALE GEBIEDEN

Sanitation Facility	Number of Households	%	Percentage Considered as Proper Disposal	Percentage of Proper Sanitation Coverage
Septic tank	11,912	8.0	100%	8.0%
Without septic Tank (latrine)	28,818	19.4	50%	9.7%
River/pond	70,004	47.0	0	0
Ground/soil	38,081	25.6	0	0
<u>Total</u>	<u>148,815</u>	<u>100.0</u>		17.7%

Source: 1986 Household Health Survey, Ministry of Health.

Beschikbare statistieken met betrekking tot onderwijsniveau van de hoofden van huishouding in rurale gebieden, welke een

maatstaf zijn voor het inkomen van het huishouden, geven aan dat de huishoudens die leven beneden de armoedegrens benadeeld zijn in termen van toegang tot goede water- en sanitaire voorzieningen. Van de huishoudens met minder dan lagere school onderwijs hebben ongeveer slechts 38% toegang tot redelijk drinkwater in vergelijking met 52% van de huishoudens met meer dan alleen lagere school (Worldbank, 1990: 106). Voor sanitaire voorzieningen is dat ongeveer 16% respectievelijk 59% (tabel 5.7).

TABEL 5.7 TOEGANKELIJKHEID EN OPLEIDINGSNIVEAU

	Percentage of Group With Access			
	No Schooling	Not Completed Primary	Primary School	Above Primary School
Access to "clean" drinking water	37.8	33.5	41.7	51.8
Access to "proper" sanitation	15.3	17.0	30.9	58.7

Source: Bank staff estimates from the 1986 Household Health Survey, Ministry of Health.

Onderzoek door het Urban Institute (mei-juli 1988) stelt dat in 1988 24% van de **urbane huishoudens** drinkwater verkrijgt via gepijpte voorzieningen en 22% via de waterput of de waterpomp. Van de openbare putten maakt 41% gebruik en 11% koopt het water van waterverkopers (deze halen het water hoogstwaarschijnlijk uit de openbare putten). Een kleine groep van deurbane bevolking maakt gebruik van andere bronnen, maar geen van de huishoudens haalt het water uit de rivier (tabel 5.8).

Een duidelijk verschil tussen huishoudens die leven beneden en die leven boven de armoedegrens is ook zichtbaar met betrekking tot toegang tot veilige watervoorzieningen. Van de huishoudens die leven beneden de armoedegrens haalt 60% water uit onveilige putten (Worldbank, 1990:113).

In tabel 5.9 is te zien dat er in de stedelijke gebieden een significante kloof is tussen huishoudens die leven beneden en die leven boven de armoedegrens, waarbij bijna 1/3 van de huishoudens die beneden de armoedegrens leven geen gebruik maakt van sanitaire voorzieningen (Worldbank, 1990:117).

TABEL 5.8 DRINKWATERBRON IN URBANE GEBIEDEN

	1988		
	%		
	Poor	Nonpoor	Total
Mineral water	0.0	0.1	0.1
Piped system	12.5	28.3	24.2
Pumped wells	16.0	24.4	22.2
Other wells	59.4	34.0	40.7
River	0.0	0.0	0.0
Peddlers	10.1	11.1	10.8
Rain water	1.0	0.1	0.7
Other	1.0	0.1	0.7

Source: Urban Institute and P.T. Hasfarm Dian Konsultan

TABEL 5.9 SANITAIRE VOORZIENINGEN IN URBANE GEBIEDEN

TYPE OF SANITATION FACILITY: URBAN HOUSEHOLDS-1988
(%)

	Poor	Nonpoor	Total
Flush water	55.0	75.4	70.0
Open pit latrine	7.6	7.9	7.8
Sanitary block (MCK)	7.1	4.1	4.9
None	30.3	12.7	17.3
<u>Total</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>

Source: Urban Institute and P.T. Hasfarm Dian Konsultan

Er kan worden gesteld dat de sociale indicatoren in Indonesië ongunstiger zijn dan in sommige andere Aziatische landen. Er is een ongelijkheid met betrekking tot het gebruik van water- en sanitaire voorzieningen tussen huishoudens beneden en die boven de armoedegrens. Ook is er een ongelijkheid tussen het niveau van watervoorzienigen en het niveau van sanitaire voorzienigen, dit laatste is veel minder ontwikkeld. Rurale gebieden kennen een achterstand in vergelijking tot de urbane gebieden, waar meer voorzieningen aanwezig zijn.

Indonesië kent een hoog zuigelingensterftecijfer, een lage levensverwachting en een laag inkomensniveau. Het ziektepatroon stemt overeen met het patroon van de meeste ontwikkelingslanden en wordt gedomineerd door overdraagbare ziekten, slechte voeding, ongezonde levensomstandigheden.

Hoe incompleet de gegevens ook zijn, ze geven wel iets weer van de gezondheidsstatus van de Indonesische bevolking. Er kan worden gesteld dat gezien de besproken kenmerken van een ontwikkelingsland, Indonesië tot deze categorie behoort.

5.2 Overheidsorganisatie met betrekking tot gezondheidszorg en water- / sanitaire voorzieningen

5.2.1 Organisatie van water- en sanitaire voorzieningen

Vroeger was voornamelijk de centrale overheid verantwoordelijk voor de taken met betrekking tot water- en sanitaire voorzieningen, maar om de effectiviteit en de efficiëntie te verhogen, worden thans de technische en management capaciteiten op regionaal niveau vergroot (CIDA, 1986:14).

In principe zijn er drie Ministeries verantwoordelijk voor water- en sanitaire voorzieningen.

Het **Ministerie van Openbare Werken (DPU)** is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van stedelijke gebieden, met name voor het ontwerp en de constructie van nieuwe systemen van water toevoer/-afvoer en voor de technische leiding en ontwikkeling van watervoorzieningen. Tevens is het verantwoordelijk voor de irrigatie infrastructuur en de ontwikkeling van huisvesting. Onder dit Ministerie vallen het **Directoraat Generaal Menselijke Nederzettingen (Cipta Karya :CK)** en de **Directie Generaal Watervoorzieningen (DAB)**. Dit laatste is verantwoordelijk voor de algehele planning, het ontwerp en de uitvoering van de watervoorzienings-projecten die uit de overheidsfondsen worden betaald. De DPU is via de Cipta Karya verantwoordelijk voor de implementatie van water- en sanitaire voorzieningen.

Het **Ministerie van Volksgezondheid (Depkes :DK)** draagt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van het water en de sanitaire voorzieningen. De laatste 10 jaar zijn vele verantwoordelijkheden overgebracht naar de DPU (zie paragraaf 6.4). Het Ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor alle rurale niet-gepijpte watervoorzieningen en rurale sanitaire voorzieningen aangezien dit onderdeel van water- en sanitaire voorzieningen geen hoog niveau van technische kennis vereist.

De **Directie voor Hygiëne en Sanitaire Voorzieningen (DHS)** van het Ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de rurale watervoorzieningen en de waterafvalbehandeling. DHS voert supervisie, controleert op ontwerp en constructie en assisteert in exploitatie en onderhoud. CK geeft technische adviezen aan

de DHS. De **Provincial Development Planning Board (BAPPEDA)** verzorgt de provinciale en regionale planning.

Overige indirect betrokken Ministeries zijn de volgende :

Het **Ministerie van Binnenlandse Zaken** (Dalam Negeri : DN) draagt zorg voor de uitvoering van water- en sanitaire voorzieningen. Het is verantwoordelijk voor het handelen van de lokale overheden.

Het **Ministerie van Financiën** verzorgt de fondsen uit de lokale en buitenlandse bronnen. De **National Development Planning Board (BAPPENAS)** is verantwoordelijk voor de algehele planning en programma opstelling, en voor de allocatie van financiële bronnen. Het verzamelt plannen van afzonderlijke sectoren en analyseert deze, en geeft vervolgens adviezen voor wijzigingen. Speciaal met betrekking tot het water-decennium is er een "**Decade Steering Committee**" opgesteld (1980) welke inter-ministeriële activiteiten dient te coördineren.

5.2.2 Organisatie van de gezondheidszorg

De Indonesische gezondheidszorg is georganiseerd op de vijf niveaus : Nationaal-, Provinciaal-, Regionaal-, Sub-district- en Dorpsniveau. In deze scriptie wordt uitgegaan van een vereenvoudigd schema (zie blz.51), waarbij de verantwoordelijkheden en advieslijnen zijn aangegeven (Verdonk, 1989). Om toe te spitsen op de relevante zaken, ter beantwoording van de onderzoeksvragen, zal er slechts ingegaan worden op de organisatie op regionaal-, sub-district- en dorpsniveau.

Op **REGIONAAL NIVEAU** bevindt zich de Kabupaten gezondheidsdienst (DKK), ze is verantwoordelijk voor de organisatie van de gezondheidszorgprogramma's in de kabupaten (regio's), en is gebaseerd op de nationale programma's en op de gezondheidssituatie van de kabupaten. Het hoofd van de DKK is een arts. De hoofd-functie van de DKK is het organiseren van een maandelijkse bijeenkomst met de gezondheidswerkers van de verschillende puskesmas (sub-districten) om informatie uit te wisselen, materiaal van de overheid uit te reiken en om verslag van de puskesmas door te geven aan de overheid. De taak van de DKK is de puskesmas van advies te voorzien.

De DKK heeft zes secties, elk met zijn eigen programma. Drie

secties zijn verbonden met hygiëne voorlichting.

De sectie "Milieuhygiëne" organiseert de programma's van de 'sanitarians' (voorlichters) van de puskesmas.

De sectie "Voorlichting en Uitbreiding" organiseert het voorlichtings- en uitbreidingsprogramma, distribueert het voorlichtingsmateriaal en geeft enige mondelinge voorlichting.

De sectie "Ontwikkeling van de Gezonde Gemeenschap" coördineert de voorlichtingsprogramma's voor de scholen.

De gezondheidsdienst op **SUB-DISTRICT NIVEAU** heet de puskesmas (Community Health Centre), het is de spil van de Indonesische gezondheidszorg, door deze dienst worden de meeste gezondheidsprogramma's ingevoerd. Het hoofd hiervan is eveneens een arts. Deze organiseert de programma's in de sub-districten. Hij werkt samen met het hoofd van het sub-district, de departementen van het sub-district (Camat), de dorpschefs en de Family Welfare Movement (zie dorpsniveau). De arts is verantwoordelijk verschuldigd tegenover de DKK. Er is een maandelijkse vergadering met de schefs van de puskesmas, waar het beleid van de programma's wordt besproken.

Medische zorg en medicijnen worden verstrekt door de puskesmas. Afgelegen gebieden worden bereikt met een 'mobile' kliniek. Op het sub-district niveau en in de dorpen worden verschillende preventieve gezondheidsprogramma's geïmplementeerd.

De posyandu is de gezondheidsdienst op **DORPSNIVEAU**, en het is de bedoeling dat deze wordt ontwikkeld door de dorpsbewoners zelf via de Family Welfare Movement (PKK). De PKK is een organisatie van de plaatselijke vrouwen ter verbetering van hun welzijn. De PKK geeft enige voorlichting tijdens haar bezoeken aan de inwoners. De Posyandu richt zich voornamelijk op moeder- en kindzorg en family planning, doordat deze activiteiten door de puskesmas worden gestimuleerd en georganiseerd. Regelmatig komen medewerkers van de puskesmas hulp verlenen aan de posyandu, en het immunisatie-programma uitvoeren.

gezondheidsprogramma. De implementatie van Nationale gezondheidsprogramma's kan worden aangepast aan de lokale omstandigheden. Gezondheidswerkers geven voorlichting over geïmplementeerde programma's en over de lokale gezondheidsproblemen. Deze voorlichting wordt meestal gegeven tijdens het uitvoeren van de gezondheidsactiviteiten. Tevens wordt voorlichting gegeven tijdens bijeenkomsten, opleidingsdagen en via traditionele media (zoals de radio en televisie). Via de school-gezondheidsprogramma's wordt gezondheidsvoorlichting gegeven aan de kinderen. Hygiëne voorlichting wordt voornamelijk gegeven door de 'sanitarian'.

De 'sanitarian' is verantwoordelijk voor het milieuhygiëneprogramma van de puskesmas. De meeste taken voert hij zelf uit. Het milieuhygiëneprogramma houdt in het controleren van de kwaliteit van het water, het controleren van de hygiëne in openbare gebouwen en verzamelplaatsen (bijvoorbeeld moskee en markt), het controleren van de voedselverkopers en de voedselabrikanten, het controleren van de hygiëne toestand in en rondom de woonhuizen, het geven van adviezen omtrent het bouwen van eigen sanitaire voorzieningen, het geven van hygiëne voorlichting. De behoeften van de bevolking moeten op lokaal niveau worden vastgesteld door de 'sanitarian' of de puskesmas. Via de Bupati (hoofd van de kabupaten), gouverneur en Bappeda belandt de behoefte-vraag bij de centrale overheid.

5.3 Beleid ten aanzien van gezondheidszorg en water-/ sanitaire voorzieningen

De Repelita V (1989-1993) is de planning van de vijfde en laatste fase van het eerste 25-jaar termijn ontwikkelingsplan. De Repelita V geeft weer het beleid, de programma's met de doelen en prioriteiten van ontwikkeling voor de vijfjaren periode 1989-1993. Het hoofddoel van de Repelita V is tweeledig : het streeft naar de verhoging van de levensstandaard van de gehele bevolking en naar het bouwen van een stevige basis voor de volgende ontwikkelingsperiode. Het land moet worden voorbereid op het kunnen voorzien in eigen behoeften (Repelita V). Voor wat de oriëntatie van haar ontwikkelingsbeleid betreft, wil de Indonesische Regering het accent verschuiven naar verbetering van

de kwaliteit van de ontwikkelingsinspanning, meer dan naar het entameren van tal van nieuwe projecten. Aldus zal er meer aandacht worden besteed aan scholing, verbeterd beheer en onderhoud, alsmede optimaal gebruik van bestaande infrastructuur (dit geldt ook voor de projecten betreffende water- en sanitaire voorzieningen).

Gezondheidsprogramma's in de Repelita V zijn gericht op het verhogen van de levensstandaard om de kwaliteit van het leven en de kwaliteit van human resources te verbeteren. Dit houdt in het onder controle houden van besmettelijke ziekten, het verhogen van de kwantiteit van het drinkwater, het bevorderen van een gelijke verdeling en de kwaliteit van de gezondheidszorgdiensten, het beschermen van de bevolking tegen milieuvervuiling, het gebruik van verdovende middelen onder controle houden, en het verspreiden van informatie met betrekking tot volksgezondheid. **Het programma voor preventie en controle van besmettelijke ziekten** heeft als doel het uitbreken van ziekten tegen te gaan, reduceren van het sterftecijfer en het tegengaan van verschillende nadelige gevolgen van besmettelijke en niet-besmettelijke ziekten. Om dit doel te bereiken, moet de capaciteit van verschillende faciliteiten (ook watervoorzieningen) worden uitgebreid. Verwacht wordt dat de proportie van bevolking die zal worden voorzien met zuiver water in rurale en urbane gebieden, kan stijgen van respectievelijk 30,5% tot 60% en van 65% tot 80% (tussen 1988-1993).

Het programma met betrekking tot milieuhygiëne heeft als doel de bewustheid van de bevolking met betrekking tot milieuhygiëne te vergroten. Stappen worden ondernomen om goede gezondheidsinformatie te verspreiden. Er wordt verwacht dat door middel van deze programma's de volksgezondheid zal toenemen.

Het hoofddoel van de **programma's met betrekking tot huisvesting en menselijke nederzettingen** is het voorzien in degelijke, gezonde en veilige woningen tegen betaalbare prijzen voor de meerderheid van de bevolking, met name voor de lagere inkomensgroep. Het hoofdprogramma van dit beleid houdt in : de bouw van woningen , het regelen van bevolkingshuisvesting, het voorzien in zuiver water en verbetering van de sanitaire voorzieningen.

Door middel van de optimalisering van de drinkwater voor-

zieningen en de uitbreiding van de sanitaire voorzieningen streeft de Indonesische regering naar verbetering van de gezondheidssituatie van de bevolking. Toename van het aantal watervoorzieningen in urbane gebieden houdt ook in de uitbreiding en vernieuwing van distributie-netwerken. Vooruitgang in de sanitaire voorzieningen van rurale en urbane gebieden houdt in uitbreiding van de vastvuil verwerking, drainage, en van de rioolwaterzuivering.

De afgelopen jaren was het beleid van de Indonesische Regering voornamelijk gericht op de bouw van drinkwater- en sanitaire (D/S) systemen. Mede onder druk van de beperkte budgettaire ruimte heeft een heroriëntatie plaatsgevonden, die leidde tot belangrijke wijzigingen in de D/S strategie (Landenbeleidsplan, 1989:14).

De volgende wijzigingen zijn hieruit voortgekomen :

- Er wordt een meer geïntegreerde aanpak van de D/S voorzieningen toegepast, met een extra accent op sanitaire voorzieningen, dat wil zeggen dat niet alleen DPU zich hiermee bezig zal houden maar ook DK.
- Men streeft naar decentralisatie van de planning, uitvoering en onderhoud van D/S voorzieningen op districtniveau.
- Actieve participatie van betrokkenen (met extra aandacht voor de vrouw) in alle fasen van de projectcyclus wordt gestimuleerd, om toenemende verantwoordelijkheid van gebruikers ten aanzien van projectfinanciering en onderhoud, ook in rurale gebieden, te bereiken.
- Er wordt getracht om het institutionele organisatorische en financiële draagvlak van de D/S voorzieningen te versterken.

5.4 Conclusie

Uit een vergelijking van de kenmerken van een ontwikkelingsland met de statistische gegevens van Indonesië, kan worden gesteld dat Indonesië tot deze categorie behoort.

De organisatie van water- en sanitaire voorzieningen valt voor wat betreft de urbane gebieden onder het Ministerie van Openbare Werken en voor wat betreft de simpelere constructies in rurale gebieden onder het Ministerie van Volksgezondheid. Verder hebben de verschillende directoraten van deze Ministeries hun

functies samen met enkele "planning boards". Een duidelijke afbakening van taken is niet aanwezig. Hygiëne voorlichting valt in principe onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van Volksgezondheid (via de 'sanitarian'). Het Indonesische overheidsbeleid erkent de noodzaak van het uitbreiden van de water- en sanitaire voorzieningen ter verbetering van de volksgezondheid. Er is tevens aandacht in het beleid voor gezondheidsvoorlichting, maar de specifieke inhoud waar de programma's aan moeten voldoen is niet weergegeven.

Er kan worden gesteld dat het Indonesische beleid streeft naar het bereiken van de richtlijnen uit het WHO-beleid. Het beleid en de organisatie, beschreven in dit hoofdstuk, geven echter een ideaal-beeld weer. Aangezien er twee Ministeries bij betrokken zijn, zou men zich kunnen afvragen hoe de samenwerking verloopt op beleids- en uitvoeringsniveau. Tevens rijst de vraag in hoeverre en op welke wijze de bevolking werkelijk wordt betrokken bij de voorbereiding en uitvoering van de projecten.

In het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 6) zal worden ingegaan op deze vragen.

Hoofdstuk 6 : STANDPUNTEN VAN BETROKKEN DESKUNDIGEN TEN AANZIEN VAN DE GESTELDE ONDERZOEKSVRAGEN

De standpunten van de deskundigen, betrokken bij projecten met betrekking tot het invoeren van water- en sanitaire voorzieningen en het hieraan koppelen van hygiëne voorlichting, worden hieronder uiteengezet. Het doel van dit hoofdstuk is het vergelijken van de gegevens uit de literatuur - beschreven in de vorige hoofdstukken - met de opgedane ervaring en standpunten van betrokken deskundigen. De geïnterviewden zijn uitgekozen op basis van de taak die ze vervullen bij de in-/ uitvoering en evaluatie van de projecten. Op deze wijze wordt getracht een beeld te krijgen vanuit de verschillende invalshoeken. Het Bureau Indonesië van het Ministerie van Buitenlandse Zaken coördineert de projecten in Indonesië en verzorgt de financiële aangelegenheden. Het is verantwoordelijk voor de evaluatie van de projecten en onderhoudt rechtstreeks en via de Nederlandse Ambassade in Jakarta contact met de Indonesische overheid. Een beleidsmedewerkster (beleidsmedewerkster Buitenlandse Zaken) van dit Bureau, die verantwoordelijk is voor de waterprojecten is gevraagd naar haar ervaring en standpunten. IWACO is een Nederlands consultantbureau (ingenieursbureau) ; het verzorgt de technische uitvoering van bepaalde waterprojecten in Indonesië. Er is contact opgenomen met een medewerker (technisch adviseur) van dit ingenieursbureau die betrokken is bij projecten in Indonesië . Er tevens is contact geweest met een beleidsmedewerker (projectbewaker) van het Bureau Internationale Samenwerking van het Rijksinstituut voor Volksgezondheids en Milieuhygiëne (RIVM). Het RIVM geeft inhoudelijk advies, onderhoudt contacten in Indonesië en is voornamelijk gericht op de supervisie en evaluatie van de projecten. Bij het invoeren van waterprojecten in Indonesië raadpleegt het Bureau Indonesië tevens een externdeskundige (extern-beleidsadviseur), voor advies omtrent de specifieke aangelegenheden met betrekking tot het beleid en de organisatie in Indonesië. Deze deskundige onderhoudt contact met de medewerkers in Indonesië en is eveneens betrokken bij de evaluatie van de projecten. Daarnaast is een medewerkster (IRC-medewerkster) van het International Reference Centre (IRC) - een adviesorganisatie van de WHO op het gebied van water-en sanitair-

re voorzieningen - geïnterviewd. Het IRC doet onderzoek op het gebied van water-/sanitaire voorzieningen in ontwikkelingslanden en verstrekt informatie - verkregen door de onderzoeksresultaten - aan organisaties/ overheden die zich bezig houden met het invoeren van waterprojecten. Dit interview was gericht op ontwikkelingslanden in het algemeen.

Per paragraaf wordt een specifiek onderwerp, relevant voor verdere uitwerking van de onderzoeksvragen, behandeld.

6.1 Water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid

Men is het eens over de standpunten van de WHO dat water- en sanitaire voorzieningen van invloed zijn op de gezondheid. De beleidsmedewerkster-BZ haalt echter de negatieve effecten aan van watervoorzieningen die niet mogen worden vergeten. Door toenemend waterverbruik ontstaat meer afvalwater waardoor, zonder aanleg van goede afvoersystemen, het gezondheidsrisico juist groter wordt. Want stilstaand water en vochtige gebieden zijn een levensbron voor muggen en andere insecten. Tevens vertrouwt men door de nieuwe voorzieningen te veel op de zuiverheid van het water, en men wordt nonchalant ten opzichte van veiligheidsmaatregelen zoals het koken van water.

De IRC-medewerkster, technisch adviseur en de projectbewaker wijzen erop dat de andere eveneens beïnvloedende factoren niet vergeten moeten worden (zoals landbouw, voeding...). De technisch adviseur en extern-beleidsadviseur geven aan dat de voorzieningen goed moeten functioneren en op de goede manier moeten worden gebruikt. Goed functioneren wil zeggen dat het personeel voldoende is getraind en de nodige middelen aanwezig zijn (bv. electriciteit). Om harde cijfers over de invloed van water- en sanitaire voorzieningen te verkrijgen zouden de overige factoren stabiel gehouden moeten worden, er dient te worden gemeten in een breder kader van andere ontwikkelingen (zoals landbouw, onderwijs...), aldus de technisch adviseur.

De IRC-medewerkster stelt dat er geen cijfers over de invloed van de voorzieningen beschikbaar zijn, maar dat wel bewezen is dat puur technische invoeringen van de voorzieningen geen effect hebben op de doelgroep.

6.2 Hygiëne voorlichting en gezondheid

Volgens de geïnterviewden heeft hygiëne voorlichting een positieve invloed op de gezondheid bij de invoering van water- en sanitaire voorzieningen, omdat ze gericht is op gedragsverandering. De technisch adviseur, de beleidsmedewerkster-BZ en de extern-beleidsadviseur stellen echter dat die invloed afhankelijk is van de wijze van organisatie. De projectbewaker legt de nadruk op het tijdstip waarop men hygiëne voorlichting invoert (zie paragraaf 6.4.2).

De IRC-medewerkster wijst erop dat voornamelijk de basisvoorwaarden waaraan voorlichting moet voldoen - zoals voldoende beschikbaar geld; positie van de voorlichter; opleiding van het personeel; goed programma - ontbreken, zodat de invloed ervan wordt belemmerd. De invloed van voorlichting wordt pas opgemerkt als het project niet het gewenste resultaat oplevert. Het resultaat van hygiëne voorlichting kan geëvalueerd worden door het meten van de gezondheidssituatie (de aanwezigheid van bepaalde ziekten) en door het meten van de gedragsverandering. Het is voornamelijk de laatste methode die tot nu toe is toegepast. Deze methode heeft echter het nadeel dat observatie van gedrag verdekt zou moeten gebeuren ; dit is veelal niet mogelijk. De meeste literatuur is echter wel gericht op de relatie hygiëne voorlichting - gedragsverandering.

6.3 Beleid Indonesië en Nederland ten aanzien van water- en sanitaire voorzieningen

Volgens de beleidsmedewerkster-BZ en de extern-beleidsadviseur staat de Indonesische overheid achter het WHO-beleid, maar kent ze volgens de extern-beleidsadviseur haar eigen kwaliteits- en gezondheidsnormen. Volgens de projectbewaker streeft de Indonesische overheid naar het bereiken van het WHO-beleid.

De technisch adviseur stelt dat het WHO-beleid een basis vormt voor haar beleid. Het Nederlandse Ontwikkelingsbeleid is een stimulans geweest voor de Indonesische overheid bij het ontwikkelen van water- en sanitaire voorzieningen, aldus de technisch adviseur en de beleidsmedewerkster-BZ.

6.4 Organisatie van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting

6.4.1 Beleidsniveau

Het Indonesische Ministerie van Volksgezondheid heeft de laatste jaren minder verantwoordelijkheden toegewezen gekregen voor water- en sanitaire voorzieningen. Dit Ministerie was op nationaal niveau slecht georganiseerd en voerde een zwak beleid, dat slechts gericht was op het plaatsen van zoveel mogelijk voorzieningen zonder enige structurele veranderingen in te voeren. Daarom werkt de Nederlandse overheid voornamelijk samen met het Ministerie van Openbare Werken (beleidsmedewerkster-BZ). Volgens de IRC-medewerkster kennen vele ontwikkelingslanden dit probleem. Hygiëne voorlichting valt eigenlijk, onder twee Ministeries namelijk Openbare Werken en Volksgezondheid (beleidsmedewerkster-BZ). Maar volgens de technisch adviseur en beleidsmedewerkster-BZ heerst er niet zozeer een strijd tussen deze ministeries - ieder ministerie richt zich op zijn gebied - maar is er sprake van een strijd in de ministeries zelf. Zoals bijvoorbeeld DPU dat twee partijen kent : te weten één die zoveel mogelijk aansluitingen wil plaatsen en prestige-gericht is, en een andere partij die zich meer richt op de werkelijke behoeften van de bevolking. Dit is tevens de strijd tussen centralisatie en decentralisatie. Thans streeft de Indonesische overheid naar decentralisatie, want het draagvlak op lokaal niveau was gering (projectbewaker). De extern-beleidsadviseur stelt dat er eveneens een sectorale strijd heerst tussen onderandere Volksgezondheid en Openbare Werken. Hetgeen nadelig is voor het effect van de projecten is, volgens de technisch adviseur, het feit dat DGIS het Indonesische overheidssysteem rechtstreeks benadert, zonder contact te hebben met het Ministerie van Binnenlandse Zaken, zij nemen rechtstreeks contact met DPU. Dit zou leiden tot wantrouwen tussen de verschillende betrokken ministeries en tussen de Nederlandse en Indonesische overheid hetgeen een goede coördinatie van werkzaamheden belemmert.

6.4.2 Uitvoeringsniveau

Alle geïnterviewden stellen dat er geen overleg plaatsvindt tussen medici en technici. Bij de Nederlandse projecten zijn voornamelijk ingenieurs betrokken en zelden een medisch socioloog. Volgens de projectbewaker was de invloed van de projecten minimaal omdat geen rekening werd gehouden met de doelgroep. Het uitvoeren van een project duurt ongeveer 3-5 jaar en gedragsverandering daarentegen kost 10 of meer jaren. Dus wanneer de faciliteiten aangebracht zijn is het gedrag nog niet veranderd. Dit leidt tot verkeerd gebruik en verwaarlozing van de faciliteiten. Continuïteit in het geven van voorlichting is vereist. Voorlichting met betrekking tot voeding en immunisatie moet gelijktijdig worden ingevoerd. De technisch adviseur wijst op het feit dat er veel financiële fondsen geleverd worden door de donoren voor water- en sanitaire voorzieningen, maar dat de geldstroom stopt bij het dorp. Het meeste geld blijft steken bij de organisatie van het invoeren van de voorzieningen. De bevolking moet zelf een bijdrage leveren voor de voorziening terwijl deze zelf gemakkelijk zou kunnen worden bekostigd uit de geworven fondsen. Volgens de technisch adviseur is het punt wie de bestuurskracht heeft, doorslaggevend voor het resultaat van de projecten. Bijvoorbeeld lagere ambtenaren worden opgeleid, maar worden door de lokale elites klein gehouden. Zij dienen de nodige bevoegdheden en dus de bestuurskracht te krijgen, zodat ze de hogere niveaus aankunnen.

In Indonesië vallen de voorlichting en het onderhoud voor wat betreft de gepijpte systemen onder de verantwoordelijkheid van de waterbedrijven. Echter hygiëne voorlichting is meestal onderbelicht, en er wordt slechts informatie verstrekt over de werking van de voorziening zelf en niet zozeer over de wijze waarop men met de voorziening moet omgaan wil men de gezondheid waarborgen. Voor wat betreft de niet-gepijpte systemen valt de verantwoordelijkheid voor hygiëne voorlichting en onderhoud onder de 'sanitarian'. Hij heeft een beperkte kennis en zijn invloed en macht is mede hierdoor gering. Tevens wordt hij niet gekozen door de bevolking zelf, maar via relaties (beleidsmedewerkster-BZ). Hij heeft te veel taken (daarbij moet hij een te groot aantal dorpen afreizen met de fiets), zodat er weinig tijd overblijft om

aandacht te schenken aan hygiëne voorlichting. De onderhouds-taken gaan voor (technisch adviseur en projectbewaker). Na zijn opleiding heeft de 'sanitarian' geen contact met technici, hij valt namelijk onder de puskesmas (technisch adviseur). Gezondheidsvoorlichting en eventueel hygiëne voorlichting wordt gegeven via de Posyandu en vrouwen krijgen ook voorlichting via de PKK (extern-beleidsadviseur). Hygiëne voorlichting is niet nationaal georganiseerd, de schoolgezondheidsprogramma's echter wel. Er vindt wel promotie van voorzieningen plaats via de televisie en men kent in Indonesië jaarlijkse verkiezingen van de 'schoonste' stad (projectbewaker). De hygiëne voorlichting wordt voornamelijk in de projecten zelf gegeven (beleidsmedewerkster-BZ en projectbewaker). Algemene gezondheidsvoorlichting verloopt positief in Indonesië zoals bijvoorbeeld family planning (beleidsmedewerkster-BZ), (zie paragraaf 6.7).

6.5 Houding van de Indonesische bevolking ten opzichte van de invoering van water-/ sanitaire voorzieningen en hygiëne voorlichting

6.5.1 Houding en organisatie

Volgens de beleidsmedewerkster-BZ staat de Indonesische bevolking over het algemeen positief tegenover de invoering van deze voorzieningen en voorlichting. Men staat echter soms sceptisch tegenover de invoering van de voorzieningen daar mensen met aanzien (burgemeesters, dorpsleiders en relaties van overheidsfunctionarissen enz.) vaak voorrang krijgen. Er heerst dus een zeker wantrouwen. Dit systeem van voorrang verlenen is cultureel gebonden. Volgens de projectbewaker voelt zij de invoering vaak als opgelegd. De bevolking wordt niet betrokken bij de planning, de beslissingen over aansluitingen zijn pas achteraf bij de bevolking bekend (projectbewaker en beleidsmedewerkster-BZ). Tijd voor voorlichting is er altijd bij de doelgroep, als ze maar goed wordt georganiseerd (beleidsmedewerkster-BZ). Er komen te veel groeperingen die zich ermede bemoeien en deze gaan snel weer weg, waardoor het vertrouwen verdwijnt (projectbewaker). Alles wat de overheid doet wordt verondersteld kosteloos te zijn zodat het onderhoud van de voorzieningen door de bevol-

king aan haar wordt overgelaten. Maar omdat de bevolking moet bijdragen aan de plaatsing van de voorzieningen, verwacht zij misschien des te meer dat de onderhoudsbeurten niet onder haar verantwoordelijkheid vallen (extern-beleidsadviseur).

Voorlichtingsmateriaal blijft vaak op de overheidskantoren liggen en komt niet bij de bevolking zelf terecht. Er is een grote afstand tussen overheid en bevolking (projectbewaker en beleidsmedewerkster). Omdat het eerst duidelijk moet zijn waarom de voorzieningen aangebracht zullen worden -namelijk dat ze ook ten bate komen van de gezondheid- dient men de voorlichting te geven voordat de faciliteiten worden geplaatst (IRC-medewerkster en extern-beleidsadviseur). Verder wijst de extern-beleidsadviseur op een nadeel van huisaansluitingen, namelijk dat de waterdragers - die water aan huis verkopen - hun functie verliezen.

6.5.2 Houding en het functioneren van de voorzieningen

De voorzieningen functioneren vaak slecht, de waterdruk is niet continu en soms zo laag dat de kwaliteit van het water niet betrouwbaar is. Het gevolg hiervan is dat het aantal afnemers daalt, waardoor het systeem onbenut blijft en het functioneren ervan nog meer afneemt. De afnemers betalen de voorzieningen niet indien de dienst niet adequaat voorziet in de behoeften. De dienstverlening is minimaal, en het verkrijgen van een aansluiting lijkt een gunst (beleidsmedewerkster-BZ).

6.5.3 Houding en cultuur

De overheid neemt de stappen en cultureel is er veel ontzag voor de overheidsinstanties dus gaat men er niet tegenin. Maar of er dan werkelijk gebruik wordt gemaakt van de faciliteiten is de vraag (extern-beleidsadviseur en projectbewaker). Door de grote afstand tussen de overheid en de bevolking, is voorlichting gegeven door de overheid altijd verdacht (extern-beleidsadviseur). De technisch adviseur merkt op dat hygiëne voorlichting verkeerd kan uitpakken, ze kan overkomen als spionage (het woord in Indonesisch voor voorlichting heeft die betekenis).

De bevolking zou volgens de technisch adviseur liever zelf de stappen ondernemen in plaats dat buitenstaanders zich daar voor

inzetten. Putten kunnen ze zelf slaan. Hierbij speelt de geschiedenis natuurlijk ook een rol (de Nederlandse kolonisatie). De extern-beleidsadviseur wijst erop dat enige hygiëne voorlichting reeds in het begin van deze eeuw in Indonesië werd ingevoerd. De lichamelijke hygiëne vindt de bevolking zeer belangrijk (beleidsmedewerkster-BZ). De Indonesische bevolking is zich ook bewust van de relatie tussen water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid, maar andere factoren spelen een grotere rol bij het accepteren van de voorzieningen. Bijvoorbeeld de vraag waar worden de voorzieningen geplaatst, op wiens grond? Sanitaire voorzieningen behoren daarbij nog tot de taboe-sfeer, men maakt dan ook liever gebruik van het veld of de rivier. Gemeenschappelijke sanitaire voorzieningen hebben vaak geen succes, en worden slecht onderhouden. Dat zou immers in Nederland ook gebeuren. Privé voorzieningen worden wel goed onderhouden (technische adviseur).

Doordat het spreken over sanitaire voorzieningen (latrines) taboe is, beperkt hygiëne voorlichting zich tot motiveren tot het schoon houden van de omgeving (beleidsmedewerkster-BZ).

Hygiëne voorlichting moet passen binnen het culturele kader van de doelgroep, zodat ze sociaal acceptabel zal zijn (projectbewaker).

6.6 Bruikbare strategieën

Er is een verband tussen economische neergang en participatie. Wanneer er geldgebrek is wordt de bevolking sneller ingeschakeld om mee te werken aan de planning omdat hun medewerking (vooral financieel) belangrijk is (projectbewaker). De projectbewaker geeft als beste strategie aan het creeëren van een vraag naar de voorzieningen. Dan pas moeten er mogelijkheden geschapen worden voor de voorzieningen zoals kredietverlening, bevolkingstraining, opleiding van technische adviseurs. Daarbij moeten de lokale structuren worden ontleed en daarop moet worden ingegaakt. Het invoeren van de voorzieningen moet op een zo'n laag mogelijk niveau beginnen. Echter decentralisatie kan zelfzuchtige partijen die zich op lagere niveaus bevinden niet elimineren. De extern-beleidsadviseur stelt dat het niet uitmaakt of technici of medici meewerken aan het project, als het maar goed func-

tioneert. Men moet zich richten op de behoeften van de doelgroep om medewerking te verkrijgen en vertrouwen scheppen bij de doelgroep is het belangrijkste punt. Echter de technisch adviseur stelt dat het meten van de behoeften een moeilijke zaak is omdat de behoeften vaak aan het dorp worden gesouffleerd door organisaties die daar belang bij hebben. Over de toepasbaarheid van 'social marketing' bestaan verschillende standpunten. De extern-beleidsadviseur vindt dat

'social marketing' een ongepaste term is voor hygiëne voorlichting, marketing is altijd commerciëel en valt niet toe te passen op gedragsverandering op het gebied van gezondheid. De voordelen van de voorzieningen moeten duidelijk worden aangegeven. Het gaat niet om de soort van strategie, maar om het vertrouwen van het volk in de voorlichter. Het waterbedrijf moet contact hebben met de consument. De IRC-medewerkster sluit zich aan bij de mening van de extern-beleidsadviseur, en vindt 'social marketing' meer een slogan dan dat het in de praktijk toepasbaar is. Ze vergt namelijk veel tijd en kennis voor het onderzoek dat plaats moet vinden. In Bandung (Indonesië) heeft deze strategie wel succes gehad. De beleidsmedewerkster-BZ stelt echter dat 'Social marketing' een oplossing zou kunnen zijn voor de invoering van hygiëne voorlichting. Het wordt in Indonesië toegepast, hierbij wordt 4% van het salaris afgestaan voor water- en sanitaire voorzieningen, indien niet mogelijk wordt een bijdrage in de vorm van arbeid gevraagd (graven, smeden) of wordt een stuk grond opgeëist.

De IRC-medewerkster stelt dat hygiëne voorlichting een onderdeel moet zijn van het waterproject en niet zomaar er aan vast kan worden gekoppeld. Participatie is belangrijk voor het stimuleren van het gebruik en onderhoud van de voorzieningen. Het project moet niet slechts gericht zijn op het invoeren van de voorziening maar er moet rekening worden gehouden met andere eventueel samenhangende factoren (zie paragraaf 6.7). De meest geschikte strategie lijkt participatie van de doelgroep te zijn in alle aspecten van het project.

6.7 Hygiëne voorlichtingsprogramma

Volgens de beleidsmedewerkster-BZ is het belangrijk dat de

doelgroep wordt gedefiniëerd, wil de hygiëne voorlichting resultaat boeken. Vrouwen spelen een belangrijke rol in de voorlichting, zij beheren het gezinsbudget. De vrouw is tevens de eerste gebruiker van water. Voorlichting wordt door de gebruiker betaald. Participatie bij de planning en voorbereiding is nodig. Thans wordt de bevolking veel meer erbij betrokken, maar voornamelijk ten aanzien van het delen in de kosten. Voorlichting kent men al langer in de andere sectoren. Daar had ze een positief effect (bijvoorbeeld landbouw, family planning). Massa campagnes met folders functioneren goed bij family planning (niet bij water-sanitaire voorzieningen), dit zou te danken zijn aan de grote steun die men krijgt van geldgevers (zoals UNICEF). Voorlichting is afhankelijk van sponsors (beleidsmedewerkster-BZ). De voorlichter zou meer invloed kunnen hebben als hij een hogere positie zou bekleden. Zijn macht is vaak gering zodat hij zijn standpunten tegenover technici moeilijk kan verdedigen. Geld en macht spelen een rol, technici worden beter gefinancierd dan voorlichters.

Voor de steden is promotie niet echt nodig, iedereen wil een huisaansluiting. Maar de voorziening moet wel goed functioneren, en de dienstverlening van het waterbedrijf moet optimaal zijn.

Gedragsverandering moet door de mensen zelf worden ingevoerd via de kinderen, posyandu en moskee. Wel moeten de waterleidingbedrijven de rechten en plichten van de gebruikers duidelijk aangeven, maar dit is slechts algemene voorlichting (projectbewaker).

De technische kant van de programma's heeft ook zijn invloed op de effectiviteit van de voorlichting. De technisch adviseur wijst erop dat de folders vaak onduidelijk zijn en de afgebeelde plaatjes niet aantrekkelijk zijn. Men kan beter water promoten door aan te geven dat dit kan leiden tot handige luxe voorzieningen. Men moet van tevoren de faciliteiten aantrekkelijk voorstellen. Daarbij is papier voor velen een schaars goed zodat de verspreide folders vaak voor andere doeleinden dan informatieoverdracht worden gebruikt. Hygiëne voorlichting staat tevens in de verwijtende sfeer: "doordat je niet hygiënisch bent zijn je kinderen ziek". De extern-beleidsadviseur wijst erop dat de soort van folder niet zo relevant is, als ze maar gebracht wordt door

een persoon die men vertrouwt. Tevens moet de vraag worden gesteld of de bevolking wel meer prioriteit wil geven aan water- en sanitaire voorzieningen.

Men dient zich meer te richten op goed opgestelde programma's en het opleiden van personeel in plaats van het zich richten op duur promotie materiaal zoals video-materiaal. Bij de plaatsing van sanitaire voorzieningen moet er aandacht zijn voor de afstand naar de waterbron, zodat handen wassen na gebruik van de voorziening geen moeilijke opgave zal zijn (IRC-medewerkster).

6.8 Conclusie

Met betrekking tot de relatie gezondheid en water-/ sanitaire voorzieningen zijn de meningen gelijk. De voorzieningen kunnen een positieve invloed op de volksgezondheid uitoefenen maar andere factoren - zoals landbouw, voeding, onderwijs - mogen niet worden vergeten. Daarbij dienen de voorzieningen goed te functioneren, dient er voldoende getraind personeel aanwezig te zijn en moet er gezorgd worden voor een goede afvoer van het afvalwater. Puur technische invoering van de voorzieningen zou geen effect hebben op de volksgezondheid. Deze verbondenheid van verschillende factoren kan men terugvinden in het schema van Walsh (paragraaf 3.1).

Voor wat betreft de relatie hygiëne voorlichting en gezondheid is men het erover eens dat ze gezond gedrag kan stimuleren, maar dat dit afhankelijk is van verschillende factoren zoals : de wijze en het tijdstip van invoering, positie en training van de voorlichter, en de financiële ondersteuning van het voorlichtingsprogramma.

Het beleid van Indonesië streeft naar het bereiken van het WHO-beleid met betrekking tot gezondheid en het water decennium, maar ze stelt haar eigen gezondheidsmaatstaven vast. Gesteld kan worden dat de invloed van het WHO-beleid haar beperkingen kent. De organisatie van waterprojecten en hygiëne voorlichting is voornamelijk verdeeld over twee ministeries (Openbare Werken en Volksgezondheid). De meningen over hoe hygiëne voorlichting georganiseerd zou kunnen worden zijn verdeeld. Ze zou passen binnen de technische en/of medische programma's. Er dient echter

eerst aandacht te worden geschonken aan de organisatie op nationaal niveau, zodat het te voeren beleid ook duidelijk overkomt bij de lagere niveaus. Tussen en binnen de verschillende ministeries zelf heerst er onenigheid over de wijze waarop men de decenniumbenadering wil bereiken. Op het uitvoeringsniveau verloopt de coördinatie ook niet optimaal, er is weinig of geen overleg tussen personeel dat valt onder de gezondheidszorg en personeel in dienst van Openbare Werken. Tevens kent het geven van hygiëne voorlichting geen prioriteit. De kloof tussen de bevolking en de overheid belemmert een goede afstemming op de behoeften en de samenwerking.

De meningen over de houding van de bevolking ten opzichte van de invoering van voorzieningen en hygiëne voorlichting zijn verdeeld. De houding van de bevolking ten opzichte van de projecten is afhankelijk van de wijze van organisatie, van het functioneren van de voorzieningen en van de culturele afstemming.

De gedachten over bruikbare strategieën kennen enige accentverschillen. Het meten van de behoeften onder de bevolking heeft prioriteit. Men legt de nadruk op het vertrouwen van de doelgroep in de voorlichter, participatie van de doelgroep, en het meten van de behoeften en andere beïnvloedende factoren. Deze punten zijn voornamelijk terug te vinden in de participatieve strategie. De 'social marketing' benadering wordt niet geheel verworpen en heeft zelfs geleid tot goede resultaten bij een project in stedelijk gebied. Er moet echter opgewezen worden dat de voorlichting in de steden voornamelijk gericht is op promotie van de voorzieningen en niet zozeer op promotie van hygiëne.

Het hygiëne voorlichtingsprogramma moet duidelijk de doelgroep vaststellen, er moet rekening worden gehouden met samenhangende factoren, het moet afgestemd zijn op de culturele achtergrond, en men moet duidelijke doelen opstellen. Voorlichtingsfolders dienen bij de doelgroep terecht te komen en daarop afgestemd te zijn. Ook wordt gesteld dat de wijze van voorlichting niet alleen van belang is, maar dat het vertrouwen in de voorlichter een grote rol speelt. Tevens is de positie van de voorlichter van groot belang. Wil voorlichting slagen dan is financiële ondersteuning van het programma vereist.

Hoofdstuk 7 : DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zullen eerst de antwoorden op de gestelde onderzoeksvragen uitgewerkt worden. Hierna zal worden ingegaan op de probleemstelling van deze scriptie.

7.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Welke relatie hebben water- en sanitaire voorzieningen met gezondheid ?

Om deze vraag te beantwoorden kan er worden gewezen op de verschillende water-gebonden ziekten, te weten : waterborne disease, water-washed disease, water-based disease, insect-vector disease en infectieziekten als gevolg van slechte sanitaire voorzieningen (zie paragraaf 3.2). Uit het schema in paragraaf 3.1 blijkt dat er naast water- en sanitaire voorzieningen ook andere determinanten zijn, waarmee rekening dient te worden gehouden wil men de volksgezondheid verbeteren. Een gezamenlijke aanpak van de verschillende determinanten is noodzakelijk, hetgeen eveneens uit de gehouden interviews blijkt. (zie paragraaf 6.1). Een dergelijke aanpak wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie gestimuleerd, hetgeen tot uitdrukking komt via de Primary Health Care benadering en het door haar geïntroduceerde water-decennium (zie paragraaf 2.5). Water- en sanitaire voorzieningen vormen één van de vele uiteenlopende factoren die van invloed zijn op de gezondheid. Dit is één van de methodologische beperkingen die ertoe leidt dat men er nog niet is ingeslaagd om de werkelijke invloed van water- en sanitaire voorzieningen te bepalen.

Welke relatie heeft hygiëne voorlichting met gezondheid : wat houdt ze in ; op welke wijze heeft ze invloed op gezondheid ; welke voorlichtingsstrategieën bestaan er en hoe kan de voorlichting georganiseerd worden ?

Hygiëne voorlichting kan een positieve invloed uitoefenen op de gezondheid, omdat ze gericht is op gedragsverandering. Deze gedragsverandering moet ertoe leiden dat ziekte-overdracht - als gevolg van inadequate hygiëne en sanitaire voorzieningen - wordt

voorkomen. Uit het schema in paragraaf 3.1 kan worden afgeleid dat voorlichting tot de gezondheidsdeterminanten behoort. Het bepalen van de werkelijke invloed van hygiëne voorlichting op de gezondheid, kent echter dezelfde methodologische problemen als het meten van de invloed van water- en sanitaire voorzieningen op de gezondheid. Het effect van de voorlichting is afhankelijk van de gekozen strategie, de wijze van organisatie en de inhoud van het voorlichtingsprogramma. Bij het ontwikkelen van een voorlichtingsprogramma moet rekening worden gehouden met de verschillende aandachtspunten en sleutelfactoren die van invloed zijn op het accepteren van een nieuwe voorziening. Uit de literatuur en de interviews komt naar voren dat de participatieve strategie het beste resultaat zou opleveren. Echter de promotie-gerichte strategie, met name 'social marketing', blijkt evenwel succesvol te verlopen in bepaalde projecten. Een beperking van deze strategie zou kunnen zijn dat het voornamelijk gericht is op promotie van de voorzieningen en niet zozeer op hygiëne voorlichting. Indien de doelgroep zich ten volle bewust is van de relatie tussen ziekten en het gebruik van de water- en sanitaire voorzieningen is 'social marketing' toepasbaar. De organisatie van hygiëne voorlichting kan plaatsvinden in technische- en/of gezondheidsprogramma's, of via massa campagnes. Uit de interviews blijkt dat in de praktijk hygiëne voorlichting voornamelijk plaats vindt binnen de technische en gezondheidsprogramma's. Deze wijze van organiseren lijkt het meest voor de hand liggend (de technici zijn deskundig op het gebied van de voorzieningen en de gezondheidswerkers zijn deskundig op het gebied van de gezondheid). Een goede samenwerking tussen de beide typen deskundigen is hierbij een vereiste. Uit de interviews blijkt dat voornamelijk de maatschappelijke positie van de voorlichter en het vertrouwen van de bevolking in de voorlichter van belang zijn, wil het voorlichtingsprogramma succes hebben. Een degelijke opleiding van de voorlichter kan hier onderandere toe bijdragen.

Hoe is de ontwikkeling van water- en sanitaire voorzieningen in Indonesië georganiseerd ? Hoe kan hygiëne voorlichting toegevoegd worden aan de invoering van water- en sanitaire voorzieningen ?

De aanleg van water- en sanitaire voorzieningen in Indonesië wordt voor wat betreft de urbane gebieden georganiseerd door het Ministerie van Openbare werken en voor wat betreft de simpelere constructies in de rurale gebieden door het Ministerie van Volksgezondheid. Hygiëne voorlichting valt onder de verantwoordelijkheid - via de waterleidingbedrijven - van het Ministerie van Openbare Werken en onder de verantwoordelijkheid - via de Sanitarian - van het Ministerie van Volksgezondheid . Echter de coördinatie op nationaal- en uitvoeringsniveau tussen beide Ministeries verloopt moeizaam. Dit leidt tot een onduidelijke taakafbakening, waardoor taken elkaar overlappen. Dit geeft niet alleen verwarring onder uitvoerders van de taken , maar eveneens onder de doelgroep, omdat voorlichting, gebaseerd op verschillende doelstellingen, tegenstrijdigheden kan bevatten.

De Indonesische overheid streeft naar het bereiken van de doelen van het water-decennium, maar gezien de organisatie van de projecten is er een kloof tussen het beleid en de uitvoering. Het Ministerie van Volksgezondheid is zwak georganiseerd, zodat de meeste projecten in belangrijke mate verlopen via het Ministerie van Openbare Werken. Binnen het Ministerie van Openbare Werken zelf heerst er onenigheid over de wijze waarop men de doelstelling van het decennium wil bereiken, namelijk via het plaatsen van zoveel mogelijk voorzieningen of via behoefte-meting onder de bevolking. Dit wijst eveneens op de strijd tussen een centrale of decentrale aanpak. Daarbij kan de vraag worden gesteld of er wel voldoende prioriteit wordt gegeven aan hygiëne voorlichting. Uit de interviews blijkt dat technische voorlichting meer aandacht krijgt, en dat de voorlichter in dienst van de gezondheidszorg minder financiële steun krijgt en een lagere positie bekleedt dan het technisch personeel. Tevens moet rekening worden gehouden met het feit dat voorlichting over sanitaire voorzieningen een 'verboden' onderwerp in de Indonesische cultuur is.

De overheid streeft naar participatie van de bevolking, maar tot nu toe is participatie slechts beperkt gebleven tot het leveren

van een financiële bijdrage. De afstand tussen bevolking en overheid is cultureel gebonden, waardoor participatie van de bevolking in de projecten moeizaam wordt ingevoerd.

Om te bepalen op welke wijze hygiëne voorlichting kan worden ingevoerd, is het raadzaam andere succesvolle voorlichtingsprogramma's te bestuderen, zoals het Family Planningsprogramma. Het succes wordt onderandere toegeschreven aan de hieronder vermelde factoren. Het Family Planningsprogramma valt onder de verantwoordelijkheid van één Ministerie dat veel aandacht schenkt aan dit programma, zodat organisatie en coördinatie beter te verwezenlijken zijn. Tevens krijgt dit programma voldoende financiële ondersteuning zodat de voorlichters goed opgeleid en gemotiveerd worden, hetgeen leidt tot een sterkere positie ten op zichte van de betrokken overheidsinstantie en bevolking. Daarbij wordt deze voorlichting veelal gegeven via een, voor de doelgroep, vertrouwde instantie (de PKK).

7.2 Commentaar op de probleemstelling

"Kan hygiëne voorlichting de effectiviteit verbeteren van de invoering van water-en sanitaire voorzieningen , met betrekking tot de gezondheidssituatie op West-Java (Indonesië) ."

Uit beschrijvingen in de literatuur - over de relatie tussen water-/ sanitaire voorzieningen en gezondheid, en van de relatie tussen hygiëne voorlichting en gezondheid - kan worden geconcludeerd dat hygiëne voorlichting het bereiken van de doelstelling van het water-decennium kan bevorderen. Er moet echter op gewezen worden dat deze relaties als zodanig, om methodologische redenen, moeilijk zijn aan te tonen.

Maar uitgaand van de gegevens en veronderstellingen uit de literatuur en praktijk, kan met betrekking tot de situatie op West-Java het volgende worden gesteld : De gevoerde strategie, de wijze van organisatie en de inhoud van het voorlichtingsprogramma hebben invloed op de effectiviteit van de hygiëne voorlichting. De effectiviteit van de voorlichtingsprogramma's kan worden vergroot door de maatschappelijke positie van de voorlichter te versterken en door hun opleidingsmogelijkheden te verbeteren. De bevolking moet vertrouwen hebben in de voorlich-

ter. Dit betekent dat de participatie van de bevolking bij het opzetten en uitvoeren van de projecten moet toenemen. Aangezien de Indonesische overheid streeft naar decentralisatie zou dit goed te verwezenlijken zijn. Daarbij moet nog wel worden gewezen op de eis dat tussen en binnen de twee betrokken Ministeries (Openbare Werken en Volksgezondheid) op nationaal niveau er een eenheid en goede samenwerking dient te bestaan, zodat het gevoerde beleid duidelijke taken en verantwoordelijkheden toedeelt aan de lagere overheden.

LITERATUURLIJST

Abeyagunawardene, L.N.D.

Health education in support of rural water supply and sanitation project in Nusa Tenggara Timur, Indonesia.

WHO South-East Region, Geneva, 1983, blz.19.

Ban, van den A.W.

Inleiding tot de voorlichtingkunde.

7e dr. Boom, Meppel, 1985, blz.302.

Berman, P.A.

"Village health workers in Java, Indonesia: coverage and equity".

Social Science and Medicine, 19(1984) 411-422.

Blum, D. en Feachem, R.G.

"Measuring the impact of watersupply and Sanitation".

International Journal of Epidemiology, 12(1983) 357-365.

Bouter, L. M. en Dongen van, M.C.J.M.

Epidemiologisch onderzoek : opzet en interpretatie.

Utrecht/Antwerpen, 1988, blz.379.

Burgers, L.; Boot, M. en van Wijk-Sijbesma, C.

Hygiene education in watersupply and sanitation programmes.

's Gravenhage, IRC Technical Paper 27, 1988, blz.143.

Cairncross, S.

Evaluation for village watersupply planning.

's Gravenhage, IRC Technical Paper 15, 1980, blz.179.

Canadian International Development Association (CIDA)

Water sector programming mission Indonesia.

Canada, 1986, blz.60.

Earthscan Publication

Water, sanitation, health-for all? Prospects for the International drinking watersupply and sanitation decade 1981-1990.
Londen, 1980, blz.145.

Esrey, S.A. en Habicht, J.P.

The impact of improved water supplies and excreta disposal facilities on diarrheal morbidity, growth and morbidity among children.

USAID, Washington DC, 1986, blz.73.

Farmer, R.D.T. en Miller, D.L.

Lecture notes on epidemiology and community medicine.

Oxford, 1983, blz.214.

Feachem, R.G.; Bradley, D.J.; Garelick, H.; Mara, D.D.

Sanitation and disease, health aspects of excreta and wastewater management.

Chichester, 1983, blz.501.

Hublely, J.H.

"Barrieres to health education in developing countries".

Health Education Research, 1-4(1986) 233-245.

Inspectie Ontwikkelingssamenwerking te velde (IOV-239).

Samenvattend rapport inzake activiteiten op het gebied van ziekenhuisgezondheidszorg 1975-1985.

Ministerie van Buitenlandse Zaken, 's Gravenhage, 1987,
blz.49.

Inspectie Ontwikkelingssamenwerking te velde (IOV-243).

Rapporten en advies inzake gezondheidszorg aan de basis : Ervaringen met de extramurale gezondheidszorg in de Nederlandse ontwikkelingssamenwerking vanaf 1975.

Ministerie van Buitenlandse Zaken, 's Gravenhage, 1988,
blz.38.

Mackenbach, J.P.

"McKeown en de bijdrage van de gezondheidszorg aan de sterfte-ontwikkeling".

Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg, 66(1988), 414-418.

McKeown, Th.

The role of medicine : dream, mirage or nemesis ?

2e dr. Oxford, 1979, blz.189.

McKeown, Th.

"The road to health".

World Health Forum, 10(1989) 408-416.

Landenbeleidsplan Indonesië 1989-1992.

Directie Ontwikkelingssamenwerking Azië / Bureau Indonesië en Oost-Azië, 's Gravenhage, 1989, blz.33.

Nederlands Ontwikkelingsbeleid op het gebied van de drinkwater-voorziening, sanitaire voorzieningen, drainage en afvalverwijdering.

Tweede Kamer Vergaderjaar 1988-1989, 's Gravenhage, blz.15.

Open University

The health of nations.

The Open University Press, Walton Hall, 1985, blz.152.

Reitsma, H.A. ; Kleinpenning, J.M.G.

The Third World in Perspective.

Assen/Maastricht, 1985, blz.420.

Repelita V

Indonesia's fifth five-year development plan 1989/90-1993/94, a Summary.

BAPPENAS, National Development Planning Agency , Rep. of Indonesia, 1989, blz.74.

Report on the International Conference on PHC.

Alma Ata, USSR, 6-12 september, 1978, blz.17.

Snijder, J.D. en Merson, M.H.

"The magnitude of the global problem of acute diarrhoeal disease: a review of active surveillance data".

Bulletin of the WHO, 60(1982) 605-613.

"The UNDP-Worldbank water and sanitation program".

UNDP-Worldbank Annual Report (1988) blz.84.

Verdonk, I.

Primary Health Care and hygiene education in Indramayu.

Scriptie Landbouwhogeschool Wageningen, vakgroep gezondheidsleer, 1989, blz.110.

Walsh, J.A.

Establishing health priorities in the developing world.

Adams Publishing Group, Boston, 1988, blz.151.

White, A.

Community participation in water and sanitation.

's Gravenhage, IRC Technical Paper 17, 1981, blz.180.

WHO

Drinking-water and Sanitation 1981-1990: A Way to Health.

Geneva, 1981, blz.56.

WHO

Intersectorale action for health.

Geneva, 1986, blz.152.

WHO Regional Office for South East Asia

Experience of health education in some countries :

India, Indonesia, Sri Lanka, and Thailand.

Paper presented at the WHO South-East Asia Regional Conference on Primary Health Care, Pyongyang, DPR Korea, 7-16 sept.1983.

Delhi, India, WHO-Regional Office for South-East Asia, 1983, blz.76.

WHO and Swiss Development Cooperation Agency
International drinking-watersupply and sanitation consultation.
Switzerland, 13-16 october 1987, blz.25.

Wijk-Sijbesma, van C.; Visscher, J.T.; Whyte, A. en Karlin, B.
Community participation and women's involvement in watersupply
and sanitation projects.

's Gravenhage, IRC Occasional Paper 12, 1988, blz.80.

Worldbank Document

"Indonesia Poverty assessment and strategy report nr.8034-IND".
Worldbank (May 11, 1990), blz.179.

Worldbank Indicators

Tabellen 1 en 26, 1989.

Young, B. ; Briscoe, J.

Water and health in rural Malawi.

USAID, Washington DC, 1987, blz.117.