

Door onze redacteur
Dirk Vlasblom

AMSTERDAM. Kwara is een van de armste deelstaten van Nigeria. De gezondheidszorg in dit West-Afrikaanse land behoort tot de beroedste van de wereld en in Kwara steekt de zorg nog eens ongunstig af bij de rest van het land. Hier begon de Nederlandse stichting PharmAccess in 2007 met een programma om ziekenhuizen en kliniekjes te verbeteren, en de toegang ertoe.

De plattelandsbevolking kreeg een verzekeringspakket aangeboden tegen gesubsidieerde premies, zorgpersoneel werd getraind en bestaande klinieken werden beter toegerust. Het Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD) onderzocht welk effect dit programma had op de gezondheidssituatie in Kwara.

In Nigeria heeft bijna de helft van de volwassen bevolking verhoogde bloeddruk; in West-Europa is dit gemiddeld 35 procent. Arts-onderzoeker Marleen Hendriks is projectmanager bij het AIGHD. Samen met negen andere onderzoekers en een plaatselijk team onder leiding van professor Tanimola Akande van de Nigeriaanse universiteit van Ilorin ging Hendriks na welke uitwerking de nieuwe zorgverzekering en de verbeterde faciliteiten hadden op hoge bloeddruk in Kwara.

De onderzoekers zagen dat bij de verkerden de bloeddruk tweemaal sterker was gedaan dan in de controlegroep, waar bijna niemand verzekerd was. De resultaten van het onderzoek staan deze week in het tijdschrift *JAMA Internal Medicine*.

Marleen Hendriks werkte aanvankelijk als arts met neurologische patiënten. In 2009 maakte ze een ommezwaai naar de medische ontwikkelingssamenwerking. In haar woonkamer in de Amsterdamse Watergraafsmeer legt ze uit wat haar bewoog.

„Ik heb de vraag hoe je goede zorg kunt bieden voor weinig geld altijd heel interessant gevonden. Dat is in Nederland ook aan de orde, maar op een heel ander niveau dan in Afrika; de budgetten zijn hier veel hoger. Die neurologie, daar ben ik eigenlijk ingeroeld. Als je afstudeert als arts word je in de klinische richting geduwd. Maar op een gegeven moment ging het kriebelen. Afrika is een heel andere wereld dan die van een Nederlands ziekenhuis, maar ik kende ze allebei. Mijn ex-partner was tropenarts in Malawi. Met hem heb ik door Afrika getrokken. Als je daar rondloopt, krijg je *in your face* hoe ontzettend veel tekorten er zijn, aan alles. Ik zag toch meer uitdagingen daar.”

Bloeddruk daalt pas als de patiënt verzekerd is

Interview

Ontwikkelingsgeneeskunde

Hoge bloeddruk is een grote doodsoorzaak in Nigeria. Opzetten van een verzekering werkt, zag onderzoeker Marleen Hendriks.

CV



FOTO OLIVIER MIDDENDORP

Marleen Hendriks

Marleen Hendriks (Amsterdam, 1980) studeerde medicijnen in Maastricht en Amsterdam. In 2006 studeerde ze af als basisarts aan de Universiteit van Amsterdam. Daarna werkte ze drie jaar op de afdelingen neurologie van het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwen-gasthuis en het AMC. Aan het AMC was ze arts in opleiding tot specialist.

In 2009 trad ze in dienst als projectleider bij het Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD). Daar heeft ze de status van Ph.D. Fellow. **Ze gaat promoveren op hoge bloeddruk in Afrika.**

Je gaat promoveren. Waarom juist op hoge bloeddruk?

„In neurologische afdelingen van ziekenhuizen heeft het merendeel van de patiënten een beroerte gehad. Ik zag in Amsterdam veel mensen van Afrikaanse afkomst, zoals Ghanezen in de Bijlmer, met de meest verschrikkelijke hersenbloedingen. Zij hebben meer aanleg voor hoge bloeddruk.”

Hoe dan?

„Eén theorie is dat zwarte mensen gevoeliger zijn voor zout. Een andere is dat zij meer van het enzym creatinekinase hebben, waardoor hun bloedvaten eerder samentrekken. Daarbij komt een verandering van levensstijl als gevolg van de snelle verstedelijking: slechter eten, minder bewegen. In Afrika bezuiden de Sahara is hoge bloeddruk de grootste risicofactor voor overlijden. En dat met een volstrekt disfunctionerend gezondheidssysteem, dat vooral is toegesneden op infectieziekten, niet op chronische aandoeningen. Voor hypertensiezorg heb je een continu aanbod van medicijnen nodig, laboratoriumfaciliteiten, dokters. Dat alles ontbrak. Ik dacht: hier moeten we wat mee.”

Wat is er gedaan in Kwara?

„Het programma daar wordt uitge-

voerd door PharmAccess, een Nederlandse stichting die tot doel heeft de toegang tot zorg en de kwaliteit van de zorg in Afrika te verbeteren. Het verzekeringsprogramma doen ze samen met Hygeia, de grootste particuliere zorgverzekeraar in Nigeria. Aanvankelijk was alleen het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken donor, maar nu draagt ook de regering van de deelstaat Kwara bij, steeds meer. Mensen betalen nu zelf 12 procent van de premie, zo'n 4 dollar per jaar. 88 procent wordt gesubsidieerd, waarvan 60 procent door de deelstaatoverheid en de rest door BuZa. Er zitten nu 80.000 mensen in het programma, maar de regionale regering wil naar 600.000. Dan krijgt de hele plattelandsbevolking van Kwara de verzekering aangeboden. De centrale overheid heeft interesse om dit verzekeringsprogramma landelijk in te voeren, want aan de nationale zorgverzekering doen alleen ambtenaren mee.”

Hoe werkt zo'n lokaal verzekeringsstelsel?

„De verzekeraar gaat de dorpen in en legt uit wat het product behelst, via radio, billboards, huisbezoeken. Gemeenschapsleiders krijgen uitgelegd wat de verzekering inhoudt en het wordt ook toegelicht in dorpsvergaderingen. De verzekeraar contracteert de klinieken. Die worden vooraf geselecteerd door twee internationale accreditatie-instellingen waar PharmAccess mee samenwerkt. Pas dan kunnen de verkerden zich inschrijven, aanvankelijk voor een jaar. Ze krijgen een basispakket: alle primaire zorg, inclusief hypertensiezorg, diabeteszorg, hiv en malaria. Verder een beperkt secundair pakket: opnames, keizersneden, alle moeder-en-kindzorg. Wat er niet in zit, is hoogtechnologise zorg. Je kunt per jaar je verzekering hernieuwen.”

Uit jullie steekproef in Kwara liet 40 procent van de mensen met hoge bloeddruk zich verzekeren. Bij hen ging de bloeddruk in twee jaar omlaag. Waarom denken jullie dat dit het gevolg is van de verzekering?

„Voor bloeddrukdaling zijn een paar stappen nodig. Ten eerste moet je weten dat je een verhoogde bloeddruk hebt. Veel mensen weten dat niet. De volgende stap is behandeling, die moet adequaat en continu zijn. En je moet die pillen innemen. Dat zijn veel stappen. Ook in Nederland gaat dat nog vaak mis. Mensen in Kwara hebben nu een verzekering



FOTO GEORGE OSODI/PANOS/HT

Mensen in het Nigeriaanse Kwara kunnen zich goedkoop verzekeren, om de sterfte door hoge bloeddruk te verminderen.

en krijgen zorg die daarvoor onbetaalbaar was. Daarmee hebben ze toegang tot medicijnen en regelmatig doktersbezoek. Door die verzekering komen ze veel vaker in aanraking met zorg. En er is veel voorlichting over hoge bloeddruk, ook door de verzekeraar. Dokters in ziekenhuizen geven die ook, omdat er bij trainingen op wordt gehamerd dat hoge bloeddruk een belangrijk gezondheidsprobleem is.”

Mensen krijgen pillen mee, maar hoe krijg je voor elkaar dat ze die ook regelmatig innemen?

„Door uit te leggen wat het risico is als je het niet doet. Dokters laten mensen vaak terugkomen, vaker dan in Nederland gebruikelijk is. Je kunt namelijk niet naar de apotheek om je pillen te halen. Voor een nieuwe voorraad moet je naar de kliniek en dan zie je altijd een verpleegkundige of een dokter die je bloeddruk meet.”

Kan dit verzekeringsmodel zich op termijn zelf gaan financieren?

„Op den duur kunnen bepaalde groepen meer gaan betalen. Nu is de premie wel heel laag. Als mensen zien dat ze zorg voor hun geld krijgen, zijn ze mogelijk bereid meer te gaan betalen. Er zijn echt wel mensen, ook in ons programma, die meer kunnen opbrengen dan die 4 dollar. Op den duur kunnen middeninkomens meer gaan dragen, net als lokale overheden.”