

D. EEN INNOVATIE: HET DEPARTEMENT VOLKSGEZONDHEID

« L'aspiration à une santé meilleure est liée à d'autres aspirations profondes, toutes aussi valables. Leurs bénéfiques se mesurent en amélioration du bien-être, de la qualité de la vie humaine. »

(GERM in 'Pour une Politique de la Santé')

Korte voorgeschiedenis

Vanaf 1960 zocht de directeur aansluiting bij de nieuwe internationale ontwikkelingen en nam contact met de WHO in Genève, waar hij een graag geziene gast was en ten persoonlijke titel actief meewerkte aan meerdere programma's. Het was voor hem duidelijk dat, voor een goede gezondheidszorg, ook culturele, sociologische, economische en ecologische aspecten in rekening moesten gebracht worden. In een Internationaal Colloquium over Gezondheidsplanning, dat hij, in december 1967, samen met WHO Kopenhagen organiseerde, werden de economische aspecten van de gezondheidszorg en de keuze van prioriteiten toegelicht. Om tevens voeling te houden met NGO's, actief in ontwikkelingslanden, werkte Janssens intens mee met de Christian Medical Commission, een overkoepelend orgaan van protestantse medische instellingen. Samen met professor H.A.P.J. Oomen, directeur van het Instituut voor Tropische Hygiëne (ITH) te Amsterdam, nam hij in 1960 het initiatief de NGO Medicus Mundi op te richten om, ook in de katholieke instellingen in Afrika, het medisch personeel te begeleiden in de nieuwe aanpak. In het Instituut werd de opleiding van de tropenartsen beter afgestemd op de veranderde toestand en op een meer mens gerichte aanpak van de medische zorg¹. In zijn toespraak tot de studenten in maart 1961 was de boodschap van de directeur: *"In Congo wordt het duidelijk hoe verkeerd het is geweest te veel te werken voor het land en te weinig voor de mensen"*.

Sedert het begin van de jaren zestig kwam ook bij Belgische huisartsen de meer patiënt gerichte aanpak aan bod. Om ook hierdoor geïnspireerd te worden heeft het Instituut zijn lokalen ter beschikking gesteld van de WVVH (Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen) om er haar jaarlijks congres te houden. De GERM (Groupe d'Etude pour la Réforme de la Médecine), een Franstalige groep die opkwam voor een zelfde aanpak van de gezondheidszorg in België, kreeg eveneens gehoor. Zo werd het verslag van hun 'Journées Internationales sur la Médecine Préventive' gepubliceerd in de annalen van de Belgische Vereniging voor Tropische Geneeskunde². De persoon die deze workshop voor de GERM had georganiseerd, was Pierre Mercenier, een van de overzeese onderzoekers, na de onafhankelijkheid van Congo door het Instituut aangenomen³.

1. Aparte Eenheden, verboden van een geïntegreerd Departement Volksgezondheid (1970-1995).

Oorspronkelijk had Mercenier een ambitieus Departement Volksgezondheid ontworpen met een niveau operationele afdelingen voor onderzoek, een niveau

logistieke afdelingen en een coördinatie-niveau⁴. De beschikbare middelen lieten dat niet toe, zodat de nieuwe dimensie in juni 1970 begon met een Eenheid voor Navorsing en Onderwijs in Volksgezondheid (ENOV). Er waren twee operationele afdelingen voorzien met elk een diensthoofd. De eerste was Economie van de gezondheid en omvatte de studie van de objectieve noden van de bevolking en van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgverlening. De tweede, Sociologie van de gezondheid, omvatte de studie van de subjectieve noden van de bevolking en van de methodes om haar te doen participeren. De twee afdelingen waren al vlug in elkaar verstrengeld al bleven er twee diensthoofden: tweehoofdig maar toch een Eenheid! Voeding, oorspronkelijk ook voorzien als een operationele afdeling, werd opgericht als autonome Eenheid in 1975. Nadien waren er gedurende enkele jaren een Eenheid Ecologie en een dienst Statistiek. Het Instituut richtte in 1982 de autonome Eenheid Epidemiologie op. Zij maakte geen deel uit van het coördinatieorgaan dat de projecten en protocollen van het onderzoek van de ENOV vastlegde en opvolgde. Epidemiologie was gehuisvest in het hoofdgebouw; Voeding en Volksgezondheid in een bijgebouw een honderdtal meter er vandaan. De benoeming van Ivan Beghin van de Eenheid Voeding in 1978 tot medecoördinator van de internationale cursus, waarvoor de ENOV sedert 1971 verantwoordelijk was, bracht meer samenwerking tussen ENOV en Voeding op gang. In 1981 startte een platform voor publicaties: Health and Community Working Papers, waarin tot 1995 de drie Eenheden bevindingen en analyses, die nog niet rijp waren voor publicatie in internationale tijdschriften, publiceerden voor een beperkt publiek: eigen staf, medewerkers op het terrein, studenten en geïnteresseerde bezoekers.

In 1987 bracht de directie de drie Eenheden onder in een Community Health Departement. Het bleef een administratieve structuur die wel als gevolg had dat één afgevaardigde de drie Eenheden vertegenwoordigde in de Interdepartementale Raad en dat zij moesten overeenkomen hoe de kredieten van het Departement verdeeld werden. In 1988 verhuisden Volksgezondheid en Voeding naar het hoofdgebouw en kwamen zo, althans geografisch, dichterbij de andere departementen. In januari 1996 kwam het huidige Departement Volksgezondheid tot stand waarin de drie Eenheden een gemeenschappelijke politiek onderschrijven met Primary Health Care als richtsnoer.⁵

Het personeel en de beschikbare middelen hadden zich intussen uitgebreid. De eerste jaren beschikte de Eenheid Volksgezondheid over twee diensthoofden, een vaste medewerker, een secretaresse en eventueel een assistent tijdens zijn briefing voor het terreinwerk. Medewerkers op het terrein in Kasongo en Kindu deden het onderzoekswerk. Na enkele jaren volgden sommigen van hen de 'Cours International pour la Promotion de la Santé' (CIPS) of de International Course of Health Development (ICHHD), die behandeld worden in hoofdstuk D.3, en namen dan zo veel mogelijk deel aan de teamvergaderingen van de ENOV. Vanaf 1979 hadden de tutors van de CIPS/ICHHD ook taken als assistent. Geleidelijk aan bracht de toename van de activiteiten een uitbreiding mee van het team. Vanaf 1987 was er ook een niet-medische assistent aan verbonden: een sociologe, voordien werkzaam bij de GERM. In 1975 was de Eenheid Voeding begonnen met twee leden academisch personeel, waarvan een biologe, en een secretaresse. De Eenheid Epidemiologie startte in 1982 met een academisch en een administratief personeelslid. In 1987, bestond het academisch personeel in het administratief gegroepeerde Departement Community Health uit tien voltijdse leden (vier bij Volksgezondheid, vier bij Voeding en twee bij Epidemiologie) en een deeltijds (bij Volksgezondheid). In 1990 waren het er zestien (negen bij Volksgezondheid, vijf bij

Voeding en twee bij Epidemiologie). Zestien was ook het totaal bij de operationele eenmaking van het Departement Volksgezondheid einde 1995. Er waren toen vijf leden administratief personeel.

1.1. De Eenheid voor Navorsing en Onderwijs in Volksgezondheid (ENOV) (1970-1995)

« Une erreur technique est moins grave qu'une erreur qui nuit à la confiance en soi des gens »

Jacques Meert in 1958 in Kinshasa, toen nog Leopoldstad

Een leiding met de gewenste ervaring en instelling voor de nieuwe Eenheid

Reeds in 1965 was een leerstoel Tropische Volksgezondheid in het vooruitzicht gesteld. Toch was in 1968 de eerste structuur in die richting een Departement voor Gezondheidsvoorlichting, geleid door dokter F. Ronnefeldt, die bij de WGO de hiervoor vereiste ervaring had opgedaan. Het was al snel duidelijk dat gedragsgebonden variabelen beter ingebouwd werden in een breder systeem waarin ook de biomedische en de infrastructuurgebonden variabelen aan bod konden komen.

Op 20 juni 1970 verving de beheerraad voornoemd departement dan ook door de Eenheid voor Navorsing en Onderwijs in Volksgezondheid (ENOV). Pierre Mercenier en Harrie Van Balen kregen de leiding⁶. De terreinervaring van Mercenier was die van een longarts in Centraal Afrika, van een cardioloog in België en vooral van een wetenschappelijk onderzoeker in Indië. Geïntegreerd in een ploeg onder leiding van de Indische professor Debabar Banerji, samen met onder anderen dokter Halfdan Mahler, de latere directeur van de WGO, had hij in Bangalore (Indië) van '63 tot '65 meegewerkt aan de wetenschappelijke analyse van de factoren die een invloed hebben op de opsporing en behandeling van tuberculoselijders. Dit onderzoek had duidelijk aangetoond dat, voor het uiteindelijke resultaat, de gedragsgebonden variabelen belangrijker kunnen zijn dan de technische. Van Balen had, tijdens zijn werk als polyvalent districtsgeneesheer bij de Azande in Belgisch Congo, kunnen vaststellen hoe de plotse teloorgang van traditionele waarden en gewoonten door de kolonisatie belangrijke gezondheidsproblemen had veroorzaakt. In Rwanda had hij meegewerkt aan de rationalisatie van de gezondheidszorg en aan de opleiding van medische assistenten en geneesheren. Daar was het hem duidelijk geworden dat socio-economische en ecologische oorzaken, zoals ondervoeding en overbevolking, aan de basis lagen van grote gezondheidsproblemen. Sam Annys kwam als derde man bij het team. Als sociaal geëngageerde gezondheidsbeambte had hij in Congo jaren lang acties op het terrein afgewisseld met reflecties, zowel in dialoog met de betrokken bevolking als door zelfstudie. Hij was een door de wol geverfde communicatieadviseur en self-made socioloog.

Gezondheidszorg moest passen in het kader van de algemene ontwikkeling

De ervaring had het trio geleerd dat een zinvolle bijdrage aan de volksgezondheid een ruime systeemvisie vergt, dat bij de organisatie van aanvaardbare gezondheidszorg rekening moet gehouden worden met de perceptie van de bevolking en dat zelfzorg, mantelzorg, en traditionele geneesvormen met hun cultuurgebonden symboliek nuttig zijn. Deze visie kwam overeen met het concept dat de GERM, in 1971 geformuleerd had op een manier die een systematische benadering mogelijk maakte. Zij was relevant zowel in landen waar 1,000 \$ per inwoner per jaar kon besteed worden aan gezondheidszorg als in landen waar hiervoor jaarlijks slechts 10 \$ per inwoner beschikbaar was.

Het concept behelst een dynamisch evenwicht tussen vijf krachtlijnen: zinvolle gezondheidszorg bereikbaar maken voor iedereen; zorg aanbieden die aangepast is aan de bestaande en te verwachten context; zorgen voor inspraak en participatie van de betrokken individuen, groepen en gemeenschappen, gebaseerd op een correcte informatie; de verstrekte zorg en bijstellingen wetenschappelijk verantwoorden; de zelfbeschikking en de zelfredzaamheid van de bevolking bevorderen⁷. Inhoudelijk komt dit overeen met de Primary Health Care strategie door de WGO aangenomen in Alma Ata in 1978 en die gebaseerd was op een analyse van de bestaande gezondheidszorg in alle continenten.⁸ Het volstond dus niet dat de gezondheidszorg technisch doeltreffend was. Dank zij goede empathische communicatie moest zij rekening leren houden met de andere verzuchtingen van de betrokken personen. Continuïteit en integratie van de zorg waren nodig om die persoonsgerichte aanpak te kunnen realiseren.

In die zin hervormingen van het gezondheidssysteem realiseren vereiste een voortdurende interactie van interventies, onderzoek en opleiding. Deze aanpak zou later ook voor het geïntegreerde Departement de leidraad blijven. De verworven kennis en inzichten moesten vooral de Derde Wereld ten goede komen.

Het Departement Volksgezondheid stelt zich als opdracht het gezondheids-systeem zó te beïnvloeden dat de gezondheidsdiensten een evenwicht vertonen tussen de volgende eigenschappen:

toegang tot adequate zorg voor al wie het nodig heeft om een sociaal productief leven te kunnen leiden

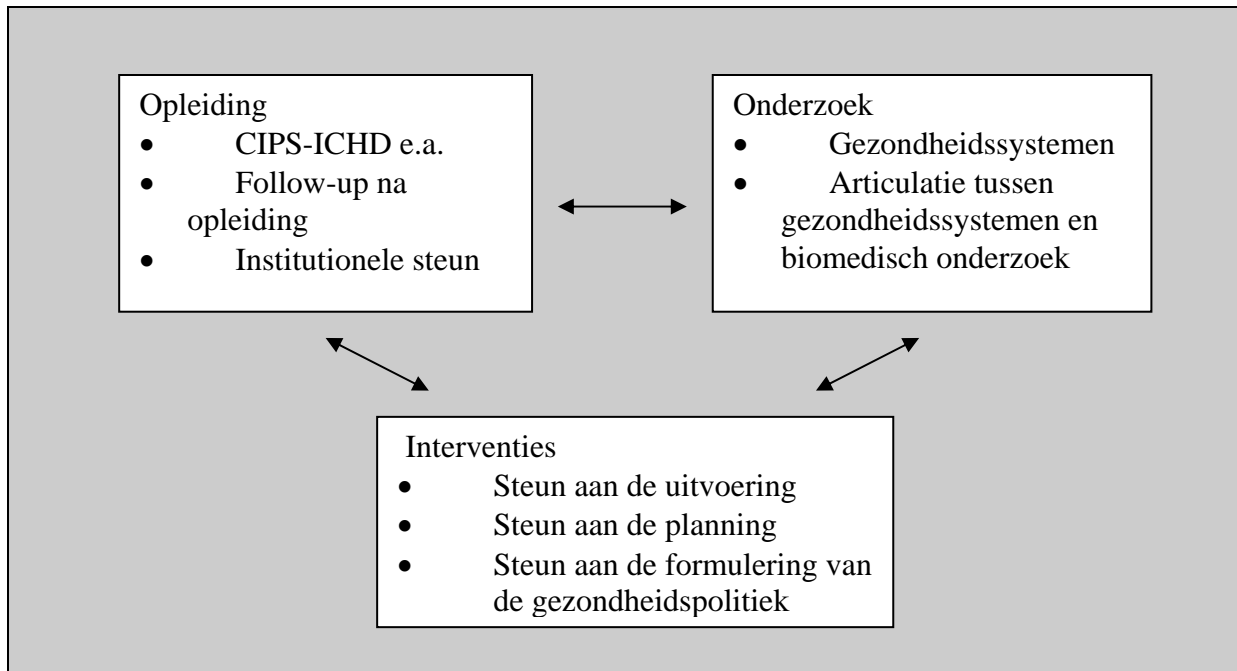
*duurzaamheid binnen de bestaande en de voorzienbare socio-economische context

*dialogoog met de gebruikers als basis voor hun inspraak en betrokkenheid

*voortdurende aanpassing en verbetering binnen een veranderende omgeving op basis van een wetenschappelijke evaluatie

*het bevorderen van zelfbeschikking en zelfredzaamheid op vlak van gezondheid

Om dit doel te verwezenlijken maakt het Departement Volksgezondheid gebruik van **drie instrumenten die met elkaar in wisselwerking zijn:**



Interventies in bestaande diensten en programma's, in hun planning, uitwerking, evaluatie en bijsturing waren onontbeerlijk. Zij waren nodig om de complexe realiteit te leren kennen, om veranderingen op het terrein te bekomen, om te weten voor welke aspecten of componenten wetenschappelijk onderzoek nodig was en om te weten op welke manier de besluiten van onderzoekingen toegepast konden worden in een bepaalde context.

Het onderzoek moest eventueel verder inzicht bijbrengen in de ernst en de perceptie van gezondheidsproblemen, de vraag naar zorg, de kwaliteit van de aangeboden zorg, de planning, organisatie en beheer van gezondheidsdiensten.

De band met opleiding was nodig, zowel om mensen te vormen die adequate gezondheidszorg konden realiseren als om, samen met alumni, de onderliggende concepten te confronteren met nieuwe situaties. De Eenheid besteedde vele uren opleiding vooral aan de internationale cursus voor gezondheids promotie maar ook aan modules Volksgezondheid van de andere cursussen van het Instituut.

Er bestond geen pasklare oplossing om het conceptuele model van gezondheidszorg van goede kwaliteit gestalte te geven in een ontwikkelingsland. Om geloofwaardig te zijn moest dat concept observeerbaar worden in een concrete situatie. De eerste opdracht was dan ook er voor te zorgen dat het concept vorm kreeg in een ontwikkelingsland. Daarbij moest rekening gehouden worden met de krappe middelen, met de schaarste en de lage scholingsgraad van het personeel en met de tijd die de betrokken bevolking en het personeel nodig hadden om zich de ingevoerde veranderingen eigen te maken. Vooral dit laatste vergde een voortdurend afwisselen van actie met reflectie, een methode gekend als actieonderzoek⁹.

La recherche sur le fonctionnement du système de santé ne peut se limiter à l'observation des activités actuelles. Nous avons besoin d'un type de recherche qui permet de faire la jonction entre la planification et les réalités du terrain ; elle doit nous permettre de mieux comprendre le potentiel des ressources humaines.

(Pierre Mercenier)

Het aanbod om in Kasongo de gezondheidsdiensten van de ganse zone herin te richten was een gedroomde gelegenheid om dit te realiseren¹⁰. Interactie met andere projecten, die de ontwikkeling van efficiënte gezondheidsdiensten in Afrika beoogden, versterkte het vertrouwen in de aanpak.

Een hechte teamwerking van mensen met een gelijklopende visie was nodig om, zowel bij het onderzoek als bij het onderwijs, de systeemvisie op de wisselwerking tussen de sociologische, economische en organisatorische aspecten tot haar recht te doen komen. In de beginfase werden dan ook enkel assistenten aangeworven die zich aangesproken voelden door deze nieuwe kijk en die bereid waren om door terreinwerk een gezicht te geven aan het onderliggende concept. Wekelijks werd met de medewerkers, het administratief personeel inbegrepen, de stand van zaken besproken.

Na enkele maanden briefing op de Eenheid, vertrokken de eerste assistenten, deels gefinancierd door het instituut, deels door het ABOS, in 1971 naar Kasongo. Zij vervoegden er het plaatselijke directiecomité. Het eerste jaar waren ze met drie maar vanaf 1973 waren vijf geneesheren permanent verbonden aan het directiecomité. Elk van hen moest zijn tijd verdelen tussen het beheer van het systeem, de uitvoering van onderzoeksprotocollen, de begeleiding van gezondheidscentra en hospitaaldiensten, de opvolging van specifieke programma's en de uitvoering van medische en chirurgische taken in het hospitaal. Mercenier en Van Balen, verantwoordelijk voor het verloop, bezochten het project elk een maand per jaar om met het comité de vorderingen te beleven en te bespreken en om samen te beslissen welke bijstellingen nodig waren.

Met de artsen van het aangrenzende Kindu werd een samenwerkingsprogramma op touw gezet. Om beurten maakten zij zich in Kasongo vertrouwd met de daar gebruikte methodes om de herhaalbaarheid ervan in Kindu te kunnen uittesten¹¹. Mercenier en Van Balen bespraken ook met hen ter plaatse de te volgen strategie. Deze interactie was verrijkend voor beide partijen. Het Kasongo-project kreeg een uitstalraam in een streek die dank zij regelmatige luchtverbindingen beter bereikbaar was dan het project zelf. Het curriculum van de school voor verpleegkundigen in Kindu werd aangepast aan hun toekomstige taken. De uitwisseling van informatie over gezondheidsproblemen, die de twee aan mekaar grenzende zones aanbelangden, verliep vlotter.

De totstandkoming van het geïntegreerde gezondheidsdistrict in Kasongo en de hiervoor aangewende methodes van onderzoek verdienen een apart hoofdstukje.

Het concept kreeg een observeerbare gestalte: het Project Kasongo (1970-1990)

De biomedische onderzoeksprogramma's, in 1958 door het ITG gestart in Kasongo, werden in 1960 afgebroken. De streek was te onveilig geworden. De politieke onrust sleepte er aan tot het einde van de jaren zestig. Enkel de nog aanwezige Congolese medische assistenten en verplegers zetten de medische activiteiten zo goed mogelijk verder. Pas in 1968 werden zij opnieuw vervoegd door twee geneesheren om het peil van de klinische activiteiten en van het labo te verbeteren. Een geleidelijke overname door Congolese artsen werd toen nog overwogen. Op vraag van de plaatselijke autoriteiten, die verwezen naar de vroegere rol van het Instituut, en van de Congolese regering, die streefde naar een vernieuwing van haar

gezondheidssysteem, heeft het ITG aanvaard de heropbouw en de organisatie van de gezondheidszorg in Kasongo op zich te nemen. De directeur schakelde de ENOV in om de methodes op punt te stellen waardoor op een rationele en coherente manier, in ruraal Congo, vorm kon gegeven worden aan een gezondheidssysteem dat beantwoordde aan haar conceptueel model. De beslissing dat het onderzoek niet de studie van specifieke programma's voor de bestrijding van endemische ziekten als doel had, zorgde begrijpelijkerwijze bij de meeste klassieke onderzoekers van het ITG voor gefrons van wenkbrauwen.

Het ABOS en de Congolese regering financierden het project. Gelukkig moest de lange termijn planning niet wijken voor resultaten op korte termijn, zodat de rijpingstijd kon gerespecteerd worden die nodig was om, met inspraak van alle betrokken partijen, een gepaste gestalte te geven aan het onderliggende concept. Het project moest aan de bevolking de beste gezondheidszorg bezorgen die mogelijk was met de beschikbare middelen en uit het experiment moesten de nodige lessen getrokken worden voor een veralgemening van deze benadering in de rest van het land. Dit hield in dat de hoeveelheid mensen en middelen, aangewend voor de dienstverlening in Kasongo, vergelijkbaar moest zijn met wat in andere zones mobiliseerbaar was. Het lag voor de hand dat de bevindingen ook de opleiding binnen het ITG ten goede zouden komen.

Bij de aanvang van het project, in februari 1971, was de verantwoordelijkheid van het ITG beperkt tot een hospitaal van 284 bedden, een sanatorium aan de rand van de stad en een leproserie even buiten de stad. In 1972 voegde de Zairese regering de 17 rurale dispensaria en de dienst Hygiëne er aan toe, zodat het ITG vanaf dan verantwoordelijk was voor het geheel van de gouvernementele gezondheidsdiensten van Kasongo, met uitzondering van de mobiele ploeg voor de bestrijding van de slaapziekte, die onder nationaal gezag bleef.

De zone, 15.000 km² in oppervlakte, telde ongeveer 150.000 inwoners waarvan er 30.000 in Kasongo stad woonden, een deel in een tiental dorpen van 2.000 tot 5.000 inwoners en de rest in kleinere nederzettingen. Door de lange periode van gewapende opstand waren sommige dorpen verlaten en elders hadden zich nieuwe gevormd. De dispensaria waren niet meer bevoorrad en een deel van het verzorgend personeel had er de brui aan gegeven. Er waren nog twee geneesheren, een gekwalificeerde verpleegkundige, een administrator, 49 hulpverplegers en hulpvrouwen, 17 klerken en 63 personen belast met onderhoudstaken. Op enkele uitzonderingen na bevonden het geschoold personeel, het materiaal en de medicamenten zich in het hospitaal. Enkel de zieken die dicht genoeg bij het hospitaal woonden werden nog verzorgd.¹²

De aanpak van het project berustte op vier principes: het systeem van zorgverlening vormt een geïntegreerd geheel; er gebeurt een continue evaluatie en bijsturing; de zelfredzaamheid van personeel en bevolking wordt gepromoveerd; de planning van de activiteiten vertrekt van de noden aan gevoeld door de bevolking.

Het principe van een geïntegreerd systeem van zorgverlening hield in dat de instellingen een volledige waaier aanboden van doeltreffende, continue, geïntegreerde en globale curatieve en preventieve gezondheidszorg. De meest eenvoudige structuur om dit te realiseren leek een gezondheidsdienst met twee niveaus. Het eerste niveau moest een netwerk worden van gezondheidscentra, waarbij elk centrum aan een omschreven bevolking de eerstelijnszorg verschafte en die bevolking betrok bij de werking van de dienst. Teamwerk was er essentieel opdat elk personeelslid zijn taken zou uitoefenen in functie van het

gemeenschappelijk doel. Het algemeen hospitaal moest een complementair verwijsniveau worden.

Het tweede principe, continue evaluatie, diende om de relevantie en de doeltreffendheid van de activiteiten bij te sturen en de schaarse middelen optimaal aan te wenden.

Het derde principe hield in dat de kennis en vaardigheden van het personeel en van de bevolking zo efficiënt mogelijk aangewend werden.

Het vierde principe was gebaseerd op de overtuiging dat het vertrouwen van de bevolking moest gewonnen worden door zonder verwijl te beantwoorden aan hun aangevoelde noden. Voor de planning van de activiteiten van de diensten was dus geen voorafgaand epidemiologisch onderzoek nodig.

De uitbouw van het systeem

Met de vier principes als leidraad werden, voor een evenwichtige uitbouw van het systeem, vijf deelaspecten gelijktijdig, maar niet noodzakelijk gelijklopend uitgebouwd: het pakket van curatieve en preventieve activiteiten om de gezondheid van de bevolking te verbeteren; de rationalisatie van de werking van de reeds bestaande diensten in functie van hun bijdrage tot het systeem; een netwerk van gezondheidscentra dat uiteindelijk de ganse zone moest bestrijken; de opwaardering van het uitvoerend personeel en de betrokken bevolking; een leidinggevend orgaan met een aangepaste werkmethode. Het was onmogelijk te voorzien hoe snel en in welke mate elk onderdeel de geplande veranderingen kon assimileren en hoe de samenstellende delen op mekaar gingen inwerken. Een te snelle of te trage evolutie van één van de deelaspecten kon het evenwicht van het systeem in het gedrang brengen. In overleg met het plaatselijke directiecomité moest de supervisie die de projectverantwoordelijken, Mercenier en Van Balen, tweemaal per jaar om de beurt deden van 1971 tot 1989, zorgen voor een dynamisch evenwicht tussen die componenten.

De eerste component, de verbetering van de curatieve en preventieve activiteiten startte onmiddellijk. In samenspraak met de verplegers die sedert jaren met de klachten en symptomen van de patiënten geconfronteerd waren, werd door de geneesheren, voor elk van de klachten, een beslissingsboom (algoritme) uitgeschreven die rekening hield met de gekende gezondheidsproblemen.¹³ Er bestond eveneens een vraag voor moeder- en kindzorg en voor vaccinatie. Hiervoor werden haalbare strategieën geformuleerd en bijgewerkt zodra ze konden uitgetest worden in de gezondheidscentra.

Ook de tweede component, de voorbereiding van de reeds bestaande instellingen op hun toekomstige rol, was dringend: ze mochten zich niet ontwikkelen tot componenten die niet meer integreerbaar waren in het systeem. Het hospitaal moest voortaan functioneren als een verwijsniveau. De rechtstreekse raadpleging in het hospitaal werd toevertrouwd aan een verpleger met het opleidingsniveau vereist voor de latere gezondheidscentra. Het ambulante tweede échelon, om beurt gerund door een van de geneesheren, was enkel toegankelijk voor patiënten verwezen door het eerste échelon¹⁴. De hospitalisatie gebeurde bovendien te lichtvaardig en duurde te lang. Meer specifieke criteria voor opname maakten het mogelijk het aantal bedden te verminderen van 284 naar 180 en de hospitalisatieduur kon gehalveerd

worden door efficiëntere behandelingen. Zo kwam er personeel ter beschikking om het netwerk van gezondheidscentra te bemannen. De relevantie, de duur en het resultaat van de hospitalisatie werden van dan af doorlopend geregistreerd en regelmatig bijgestuurd.

Het derde deelaspect was nieuw: de uitbouw van een netwerk van gezondheidscentra.

Op termijn moest de ganse bevolking de rechtstreekse toegang krijgen tot een leefbaar gezondheidscentrum van goede kwaliteit. De meest beperkende factor daarbij was het aantal geschikte verplegers. Door hun aantal in het hospitaal tot het noodzakelijk minimum te beperken konden 16 à 20 verpleegkundigen met het geschikte opleidingsniveau voorzien worden voor de toekomstige gezondheidscentra. Eén eerstelijns dienst per 10.000 inwoners was dus haalbaar. Dat was voldoende kleinschalig om een interactie tussen de bevolking en het verzorgingspersoneel te bekomen en omvangrijk genoeg om de infrastructuur in leven te houden. Het kwam er nu op aan zo snel mogelijk een gezondheidscentrum tot leven te brengen dat aan het kaderpersoneel, aan het uitvoerend personeel en aan de bevolking duidelijk maakte wat in die context een goed werkend gezondheidscentrum met inspraak van de bevolking, konden voorstellen. De middelen die de regering ter beschikking stelde, volstonden niet om de dienst naar behoren te doen werken zodat een materiële bijdrage moest bekomen worden van de bevolking. Dialoog en samenwerking met die bevolking waren dus nodig. De voornaamste reden voor samenwerking met de bevolking was echter de vorming van een tegenwicht tegen de technocratische beslissingen betreffende de prioriteit van problemen en hun aanpak. De medische dienst moest de traditionele geneeskunde, die een deel van de aangevoelde problemen oploste niet vervangen. Het personeel en de gebruikers moesten een beter inzicht krijgen in het potentieel, zowel van de traditionele geneeskunde als van de nieuwe gezondheidsdienst, om de plaatselijke gezondheidsproblemen op te lossen. Op termijn moest dat deel gaan uitmaken van de sociale en culturele verworvenheden van de bevolking.

Het eerste centrum moest in Kasongo-stad komen, zodat het kaderpersoneel het hele gebeuren van nabij kon volgen en het, samen met het uitvoerend personeel en de betrokken bevolking, kon bijsturen tot de gewenste structuur en werking bereikt waren. Een stadswijk van 10.000 inwoners, het verste verwijderd van het hospitaal, werd verkozen omdat die stedelingen er het meeste belang bij hadden de gezondheidsdienst dichterbij huis te brengen. Via hun formele en informele vertegenwoordigers werd aan de gemeenschap gevraagd een terrein ter beschikking te stellen en een bouwcomité aan te duiden. Met richtlijnen van het kaderpersoneel bouwden en bemeubelden zij, in plaatselijke stijl, een gebouw van ongeveer tien op vijftien meter. Het project stond in voor de technische uitrusting.

Intussen werd ook de verpleger geselecteerd die het eerste gezondheidscentrum zou leiden. Hij kreeg in het hospitaal een bijkomende opleiding. Zodra er voldoende zekerheid was dat het gebouw binnen afzienbare tijd klaar zou zijn, ging hij huis aan huis de mensen van de wijk inlichten over de werking van het gezondheidscentrum, van het hospitaal en van een gezondheidscomité. Tijdens het huisbezoek werd een familiedossier opgemaakt, zodat het centrum de bewoners kon identificeren voor wie het verantwoordelijk was.

Drie andere personeelsleden, nodig om het centrum normaal te doen functioneren, werden ter plaatse gerekruteerd. De klerk en de medicosociale werkster kregen een opleiding die hen rechtstreeks voorbereidde op hun toekomstige taak. De derde

persoon functioneerde als klusjesman. In tegenstelling tot de hoofdverpleger ontvingen deze drie personen geen salaris van de regering. Hun wedde moest dus gefinancierd worden door het centrum of door plaatselijke fondsen.

Na een jaar, in februari 1972, werd het eerste centrum feestelijk geopend. Een intensieve begeleiding van de eerste stappen was nodig om de evenwichtige verdeling van de activiteiten, het tijdsschema, de bevoorrading, de dialoog en onderhandelingen met de bevolking, in goede banen te leiden. De formule kende succes: reeds na enkele maanden drukten de andere stadsbewoners de wens uit ook in hun wijk een centrum te bouwen. Met een analoge procedure werden in oktober '73 een tweede en in maart '74 een derde stedelijk gezondheidscentrum geopend. De druk van de ambulante patiënten op het hospitaal was hierdoor sterk afgenomen.

Voor een gestructureerde participatie van de bevolking was een gezondheidscomité nodig, een orgaan dat de bevolking vertegenwoordigde. Betrokken bij de werking van het gezondheidscentrum, kreeg dat comité geleidelijk aan inzicht in welke mate en aan welke prijs dit hun gezondheidsproblemen verminderde en in welke mate en mits welke inspanning de betrokken bevolking de werking van het systeem kon verbeteren. Het enige criterium om lid te kunnen worden van een gezondheidscomité was dat de persoon interesse vertoonde voor gezondheidsproblemen. Het comité kwam maandelijks samen met het personeel van het gezondheidscentrum om aangevoelde noden, de werking van de dienst, de financiering en de noodzaak van bepaalde maatregelen te bespreken.

Daarnaast bleef een goede rechtstreekse communicatie tussen het personeel en de gebruikers van de dienst nodig, niet enkel op individueel vlak tijdens de raadpleging, maar ook op familiaal vlak. Dit laatste gebeurde door huisbezoek en tijdens de periodieke preventieve raadplegingen op dorpsniveau.

Intussen was, op basis van observatie op het terrein en in samenwerking met lokale chefs, een kaart van het rurale gebied uitgetekend met het benaderend aantal inwoners, hun geografische en etnische spreiding, de aantrekkingspolen en de verbindingswegen. Dit liet toe een voorlopig spreidingsplan op te maken dat de rurale zone indeelde in sectoren van ongeveer 10.000 inwoners. Om de ontwikkeling van het systeem in de hand te kunnen houden besliste het comité maximum drie rurale centra per jaar te realiseren volgens het beproefde schema, te beginnen met de gebieden waar de kans op slagen het grootst was. Als criteria voor de kans op slagen golden: de densiteit en de stabiliteit van de bevolking; hun inzet ook in andere sectoren; de toegankelijkheid van de streek voor de supervisor. Zoals in de stad, begon ook hier de participatie van de bevolking met de bouw van hun gezondheidscentrum in plaatselijke stijl.

Door de projectleiders werden de deelname van de bevolking van Kasongo aan de constructie van het gezondheidscentrum en het gebruik van lokaal materiaal niet enkel gezien als een middel om de kosten te drukken maar ook om de plaatselijke mogelijkheden te valoriseren. K.A. Pangu kreeg als Zaïrees al eens andere reacties te horen dan het Europese kader en merkte dat die valorisatie soms in conflict kwam met de waarde die gehecht werd aan symbolen van de vooruitgang zoals golfplaten en cement. Dit beroep doen op de middelen van de bevolking werd door sommigen geïnterpreteerd als eigenbelang of cynisme van een samenwerkingsproject dat zijn eigen middelen niet wenste te gebruiken om moderne diensten te ontwikkelen.¹⁵

In 1975 en in 1976 zagen telkens drie gezondheidscentra het licht. De uitbreiding vertraagde toen de minder gunstige gebieden in aanmerking kwam. Midden de jaren tachtig waren er in totaal zestien gezondheidscentra. In overleg met de betrokken

bevolking begaf hun verpleger zich maandelijks naar enkele afgelegen dorpen voor de periodieke preventieve raadplegingen. Sommige van die dorpen vroegen om een van de inwoners op te leiden om hun zelfhulp te versterken. Indien er voldoende waarborgen waren voor continuïteit gingen het directiecomité en het personeel van het centrum hierop in.

Het vierde luik was de geleidelijke opwaardering van het uitvoerend personeel. Zij mochten niet vervreemd worden van hun eigen ervaring maar moesten meer vertrouwen krijgen in het groeipotentieel van het eigen kunnen. De standaardisatie van taken, met hun inspraak op punt gezet door de geneesheren, maakte het mogelijk hen een grote verantwoordelijkheid te geven zowel op de eerste als op de tweede lijn, zonder dat hierdoor de kwaliteit van de zorg in het gedrang kwam. Hun verdere opleiding gebeurde door supervisie en aansluitende bespreking en door besprekingen in team, waarbij de problemen, die het personeel ontmoette bij het uitvoeren van zijn taken, als uitgangspunten dienden. Het doel was niet enkel een verbetering van de technische, maar ook van de communicatieve vaardigheden, essentieel voor een vruchtbare interactie met de bevolking. Vanaf 1978 werd aan het project een school verbonden voor verpleegkundigen. Een vierjarige opleiding bereidde de leerlingen voor om een gezondheidscentrum te runnen.¹⁶

Het vijfde luik, een directiecomité dat een aangepaste methode voor besluitvorming beheerste, was onontbeerlijk om de juiste koers te blijven varen en om binnen het project wetenschappelijke onderzoek te doen. Deze component moest dus het snelst groeien. Om de ontwikkeling van een onderneming met zo veel menselijke factoren echt te verstaan moesten de leden van het directiecomité zich, als onderzoekers ter plaatse, kunnen inleven in het proces van verandering. Er werd dus gekozen voor een wetenschappelijk verantwoorde bestuursvorm waarin actie en reflectie elkaar afwisselden om de gewenste koers aan te houden. Van bij de aanvang van het project had Mercenier een methode uitgewerkt die toeliet al de schikkingen die getroffen werden om aan het gezondheidsdistrict het gewenste uitzicht te geven, rationeel te klasseren. Voor elke beslissing werd genoteerd waarom zij genomen was en hoe ze moest uitgevoerd worden. In team besliste het directiecomité welk kaderlid verantwoordelijk was voor de uitvoering en op welke manier en na hoeveel tijd de evaluatie van de actie zou gebeuren. Die evaluaties leidden tot het behoud of de aanpassing van instructies of van de beslissingen. Eventueel volgde hieruit dat dit aspect extra wetenschappelijk onderzoek verdiende. Het was een aanzet tot actieonderzoek, een methode die in het verlengde lag van de bestuursvorm. Voor de opeenvolgende beheerscomités vormde het klassemment een betrouwbaar collectief geheugen en het laat nog steeds toe de gewilde en ongewilde evolutie van het gezondheidssysteem in Kasongo in detail te bestuderen.¹⁷

De werking van de gezondheidsdiensten zelf mocht in Kasongo niet méér leidinggevend personeel vereisen dan redelijkerwijze in andere districten in Zaïre kon gemobiliseerd worden: twee à drie geneesheren, één verpleegkundige gekwalificeerd in hospitaalzorg en een beheerder. Voor het wetenschappelijk onderzoek waren wel bijkomende krachten nodig. Zodoende bestond de permanente kern van het directiecomité, tijdens de duur van het project, uit vijf geneesheren, één verpleegkundige en een beheerder. Een socioloog, een bijkomende verpleegkundige en een ervaren laborant konden voor enkele kortere periodes gemobiliseerd worden. Het directiecomité kwam een paar keer per week

samen om, in team, de ervaringen te bespreken, de beslissingen, instructies en evaluaties op punt te stellen. Om hen niet op te splitsen in dienstverleners en onderzoekers, en om de relevantie van het onderzoek in de hand te werken kregen al de leden zowel routine activiteiten als onderzoeksactiviteiten toegewezen. Ook moest iedereen de complementariteit binnen het verzorgingssysteem aanvoelen. Daarom kreeg elk van hen verantwoordelijkheden zowel op het eerste als op het tweede échelon en voor de opvolging van specifieke programma's.

Het voornaamste wervingsterrein van Belgische geneesheren was de Cursus in Tropische Geneeskunde van het ITG, waar de projectleiders ruimschoots de kans hadden gemotiveerde en geschikte kandidaten te identificeren. De rekrutering van de Congolese geneesheren gebeurde vooral via contacten met de universiteit van Kinshasa en met andere projecten. Tijdens de eerste jaren van het project hadden die geneesheren geen formele opleiding in volksgezondheid. Na een stage van enkele maanden op de ENOV in Antwerpen of in Kasongo werden zij ingeschakeld in het directiecomité. Mercenier en Van Balen stonden, als projectleiders borg voor de wetenschappelijke aanpak. Hun supervisie, tweemaal per jaar gedurende een maand, vatten zij op als een opleiding van de leden van het directiecomité op het terrein. Vanaf 1977 konden kaderleden met formele opleiding in Volksgezondheid ingeschakeld worden.

Begin van de jaren tachtig kwam het systeem op kruissnelheid

De leidinggevende rol van de ENOV was tussen '77 en '83 verschoven naar een raadgevende rol. De kaderleden bleven doorgaans vier jaar of meer en hadden de werkmethode goed onder de knie. Pierre Daveloose, die vanaf het begin in Kasongo gewerkt had, volgde in '75/'76 de CIPS en werd in 1977 projectleider. Kasa Asila Pangu, de eerste Congolese arts gerekruteerd voor het project, nam na vier jaren terreinwerk deel aan de ICHD in '77/'78 en volgde Daveloose op als projectleider in 1981. Het uitvoerend personeel had zich opgewerkt tot personen die in staat waren grote verantwoordelijkheid te nemen. Het zelfvertrouwen van de verplegers die de gezondheidscentra leidden en hun erkenning door de bevolking hadden die post omgeschapen van minderwaardig naar geambieerd. De werking van gezondheidscomités was eveneens goed ingeburgerd: ongeveer tweederde van de geplande maandelijkse bijeenkomsten grepen plaats.

De twee echelons van het systeem waren complementair voor vroegtijdige detectie en behandeling. Inwoners van dorpen, die nog niet bediend waren door een gezondheidscentrum, werden tweemaal meer gehospitaliseerd voor ziekten, die bij vroegtijdige opsporing ambulantly konden behandeld worden, dan inwoners ingeschreven in een gezondheidscentrum. Voor patiënten die op grote maar vergelijkbare afstand van het hospitaal woonden was de kans op een levensreddende ingreep duidelijk groter indien zij ingeschreven waren in een gezondheidscentrum.

Het systeem werkte efficiënt. Een jaarlijks budget van twee dollar per inwoner plus een jaarlijkse bijdrage van de bevolking van een dollar per persoon financierde de werkingskosten van de twee echelons en het directiecomité.¹⁸ Op het eerste echelon konden 90 à 95% van de nieuwe gevallen afgehandeld worden. Een analyse van de verwijzingen toonde aan dat voor slechts 14% van de stadsbewoners en 11% van de plattelandsbewoners de verwijzing nodeloos was. Van de hospitalisaties waren 80% technisch gerechtvaardigd.

Het Kasongo project had impact op de Kongolese gezondheidspolitiek. Het werd uitvoerig bediscussieerd tijdens colloquia, georganiseerd door het 'Bureau des Oeuvres Médicales Diocésaines', samen met de minister van volksgezondheid. Dit gebeurde zowel op nationaal niveau in 1975 als op provinciaal niveau in 1976 en 1977.

Reeds in 1974 werd met de artsen van het aangrenzende Kindu samengewerkt. Om beurten maakten zij zich in Kasongo vertrouwd met de daar gebruikte methodes om de herhaalbaarheid ervan in Kindu uit te testen. In 1980 kwam ook met Kongolo een analoge, zij het minder intense uitwisseling op gang. In 1981 werd het directiecomité van Kasongo uitgenodigd om in Kinshasa mee te werken aan trainingssessies voor Congolese districtsgeneesheren.

In 1983 werd Pangu raadgever van de minister in Kinshasa. In die functie heeft hij er toe bijgedragen dat de inzichten, die in Kasongo gerijpt waren, grotendeels het richtsnoer werden voor de uitbouw van 'zones de santé' in de rest van het land.

De ENOV besliste dat er voor haar in Kasongo niet veel vernieuwende inzichten meer te verwachten waren. Het systeem bleef wel werken onder een wetenschappelijk verantwoord beheer en de context bleef geschikt voor de opleiding van districtsgeneesheren en voor onderzoeken naar het nut van de integratie van specifieke bestrijdingsprogramma's in de basisdiensten. Van 1985 tot 1988 kregen achttien geneesheren er een opleiding die hen op drie maanden tijd vertrouwd moest maken met al de taken van een districtsgeneesheer.¹⁹

Via de medewerking van de ENOV aan een multidisciplinair ontwikkelingsproject in het toenmalige Shaba had Kasongo in 1984 de aandacht getrokken van de universiteit van Lubumbashi (UNILU). Nadat Oscar Numbi Luboya, een van hun assistenten, er een stage had gedaan en de deken van faculteit van geneeskunde er een bezoek had afgelegd, ondertekenden de UNILU en het ITG er in april 1987 een samenwerkingsakkoord. De faculteit zou, voorlopig met de steun van ENOV, het gezondheidssysteem in Kasongo verder begeleiden, er onderzoek doen en stages organiseren. Luboya nam daarvoor deel aan de ICHD. Bij zijn terugkeer in 1988 waren de verbindingswegen tussen Lubumbashi en Kasongo echter in zo slechte toestand dat de faculteit verkoos, de dichterbij gelegen "zone de santé" van Panda Kapolowe te reorganiseren naar het voorbeeld van Kasongo. Dit moest het terrein worden voor een onderzoek naar de doeltreffendheid van de medische opleiding. Maar helaas, toen in 1990 een abrupt einde gesteld werd aan de Belgische financiële bijstand moesten de plaatselijke ploegen, zowel in Kasongo als in Kapolowe overschakelen op een strategie van louter overleven. Ook de financiering van het geplande onderzoek naar de doeltreffendheid van de medische opleiding in de UNILU viel weg²⁰. Vanaf 1995 kreeg Kapolowe, via de ontwikkelings-samenwerking, weer voldoende steun om te kunnen functioneren als demonstratie- en opleidingszone.

De eerste jaren gebeurde de verspreiding van de ideeën, van de bevindingen en van de resultaten van het onderzoek in Kasongo niet door publicaties maar via praktische opleidingen op het terrein en via het de onderwijs, vooral in ICHD/CIPS. Beide activiteiten richtten zich in de eerste plaats tot sociaal geëngageerde geneesheren uit ontwikkelingslanden, die amper toegang hadden tot de internationale wetenschappelijke literatuur. De interne documenten van het project waren uitstekende instrumenten voor het onderwijs. Bij de eerste publicaties werd Kasongo Project Team als auteur vermeld om te onderlijnen dat ze berustten op

teamwerk van het directiecomité en het kaderpersoneel van de Eenheid.²¹ Enkele bevindingen, bruikbaar in andere projecten, werden in eigen beheer uitgegeven als Health and Community Working Papers. Na 1983 kon kaderpersoneel van Kasongo en van de ENOV vrijgemaakt worden, om de resultaten van het onderzoek uit te schrijven. Pangu verdedigde in 1988 aan de ULB zijn doctoraatsthesis: een synthese van het systeemonderzoek dat in Kasongo had plaats gevonden.²²

Voor specifiek biomedisch onderzoek was er tijdens de beginjaren geen ruimte. De schaarse competenties mochten toen niet afgeleid worden van de studie van de organisatie en het beheer van een adequaat gezondheidsdistrict, de voornaamste onderzoeksopdracht van het project. Pas na enkele jaren leek het verantwoord onderzoekingen uit te voeren naar de rol van de basisdiensten in de bestrijding van specifieke ziekten.

De gestage combinatie van actie en reflectie in Kasongo heeft het potentieel van het actieonderzoek verduidelijkt. Het was vooral deze onderzoeksmethode die gebruikt werd om de variabelen te identificeren die in acht moesten genomen worden om aan het referentiemodel een gepaste gestalte te geven.

Samenvattend kunnen we stellen dat het project Kasongo heeft aangetoond dat het conceptuele model van adequate gezondheidszorg van de Eenheid geen pure utopie was en dat het ook in moeilijke omstandigheden gestalte kon krijgen. Het heeft getoond hoe, in een Midden Afrikaans land, een directiecomité met een jaarlijks budget van twee dollar per inwoner plus een bijdrage van de bevolking van een dollar per inwoner per jaar, al de zorgniveaus van een district, thuiszorg, eerste lijn en verwijzniveau, kon doen functioneren als een goed werkend systeem en kon zorgen voor kwaliteitscontrole en integratie van de verticale programma's. Het verduidelijkte hoe, mits standaardisatie en supervisie, het klinisch werk met succes kon gedelegeerd worden naar hulppersoneel, hoe de échelonnering de doeltreffendheid kon verhogen, hoe een gerichte dialoog met de bevolking de efficiëntie kon verbeteren. De culturele, sociale en financiële haalbaarheid bleek uit de gebruiksindexen, het resultaat van de hospitalisaties, de therapietrouw, de couverture van preventieve activiteiten, de stabiliteit van het personeel. Het project maakte het eveneens mogelijk longitudinaal epidemiologisch onderzoek te doen van specifieke gezondheidsproblemen omdat elk gezondheidscentrum via een census familiedossiers had van de ganse bevolking. Het beïnvloedde het gezondheidsbeleid in Congo, vergemakkelijkte de uitbouw van analoge projecten elders en droeg bij tot de opleiding in volksgezondheid. Na tien jaren bood bijkomend systeemonderzoek in Kasongo nog weinig perspectief maar de bestaande organisatie bleef geschikt voor de praktische opleiding van districtsgeneesheren en voor prospectief epidemiologisch onderzoek van specifieke problemen. De faculteit van geneeskunde van Lubumbashi was hierin geïnteresseerd maar vanaf '89 waren het isolement en de economische toestand zodanig verslechterd dat ook zij Kasongo moesten opgeven en overschakelen naar een demonstratie- en opleidingszone in Panda-Kapolowe.

Andere interventies, onderzoeks- en opleidingsactiviteiten tot midden de jaren tachtig

Tijdens de ontwikkeling van het project in Kasongo waren er nog andere interventies, opleidings- en onderzoeksactiviteiten. De Eenheid gebruikte haar contacten om de relevantie van haar concept uit te testen in andere contexten. Een studiebezoek aan gezondheidscentra in Engeland leerde dat ook in Europa

continue, geïntegreerde en globale zorg mogelijk was. In België bestond de uitdaging erin die kwaliteitskenmerken zo goed mogelijk te realiseren, spijs de versnippering van het aanbod van de zorg. De academische rede van de ENOV tijdens het ITG colloquium van 1973 was een pleidooi voor de centrale rol van de huisarts om dit waar te maken.²³ Samenwerken met de huisartsen in Vlaanderen en met de GERM in Wallonië, voor de realisatie van holistische continue en geïntegreerde zorg en voor betere arts-patiënt communicatie, lag dus voor de hand. Annys was al vroeg aangetrokken door Leo Schillemans van de groepspraktijk van Borgerhout voor de studie van het ziektegedrag van immigranten, van de symboliek van hun klacht en van hun perceptie van de gezondheidszorg. Dat thema werd in de jaren tachtig overgenomen door de Eenheid Epidemiologie. Van Balen werkte midden de jaren zeventig mee met de huisartsenpraktijk van Leuven, om door de groep aanvaarde genormaliseerde beslissingscriteria uit te werken. Voor de WVVH ontwierp hij een medische identiteitskaart die de opvolging van een genormaliseerd vaccinatieschema en van gezondheidsrisico's vergemakkelijkte. Mercenier begeleidde de aanzet van een geïntegreerd gezondheidscentrum in Linkebeek, werkte mee aan het ontwerp van een efficiënt dossier voor de huisarts en aan de studie van een mogelijke forfaitaire financiering van de zorg om haar continuïteit te verbeteren. Die studie leidde in 1984 tot een experiment, ondersteund door de Waalse regering, waarbij zeven 'maisons médicales' een forfaitaire betaling voor ingeschreven patiënten toepasten ter bevordering van de continuïteit van de zorg.²⁴

Het voornaamste exploratiegebied lag echter in de ontwikkelingslanden. De samenwerking met de WHO en met internationale en bilaterale gouvernementele en niet-gouvernementele organisaties bood de diensthoofden welgekomen gelegenheden, zowel om een brede waaier van terreinen te verkennen als om de eigen ervaring ten dienste te stellen van ontwikkelingsprojecten.

Mercenier bleef wereldwijd meewerken aan de regionale cursussen van tuberculosebestrijding van de WHO en aan haar comités van experts. In Argentinië resulteerde dit in aanbevelingen voor het operationeel onderzoek van hun geïntegreerd bestrijdingsprogramma van tuberculose. Dit bracht een samenwerking op gang met de universiteit van Corrientes die later zou uitgroeien tot een gezamenlijke inspanning om een Spaanse versie van de CIPS te realiseren. De methode gebruikt om het tuberculoseprobleem te analyseren en de bestrijding ervan te integreren in de basisdiensten werd ook toegepast bij WHO consulten voor lepra in het toenmalige Opper-Volta en voorgesteld aan het expertscomité voor de controle van onchocercose²⁵.

De directeur van het Instituut had Van Balen reeds in 1972 in contact gebracht met enkele internationale NGO's: Misereor, de Christian Medical Commission (CMC) en Medicus Mundi Internationalis (MMI). Deze laatste organisatie was intussen uitgegroeid tot een professioneel, niet confessioneel overkoepelend orgaan van Europese branches die in ontwikkelingslanden projecten van gezondheidszorg ondersteunden, die uitgingen zowel van officiële instanties als van private instellingen zonder winstbejag. De jaarlijkse colloquia van MMI, waaraan ook inlandse nationale verantwoordelijken uit ontwikkelingslanden deelnamen, waren voor de Eenheid gelegenheden om een of ander aspect van het eigen concept toe te lichten en te toetsen aan bestaande projecten. Opdrachten via die partners bezorgden de Eenheid waardevolle terreinervaringen. Vanaf 1972 begeleidde ze een MMI project voor een rationelere organisatie van de nationale gezondheidsinstellingen in Niger en kon zo de relevantie van haar concept voor de

West-Afrikaanse savanne vaststellen. Ze leerde er een geslaagd experiment van dorpsapotheken kennen, waarbij een dorpling na een zeer gerichte elementaire opleiding, enkele door de bevolking gekende gezondheidsproblemen behandelden. Ondoordachte simplistische veralgemening van die formule zou later, niet enkel in Niger maar wereldwijd tot een catastrofale interpretatie van Primaire Gezondheidszorg leiden, die door de ENOV bij herhaling aan de kaak gesteld werd²⁶. Een opdracht in verband met de organisatie van eerstelijnszorg in ruraal Gabon liet dan weer toe na te gaan hoe het model kon werken in een oerwoud met kleine verspreide dorpen. Bij een zending in Guinee-Bissau, kort na de onafhankelijkheid, bleek het conceptuele model geschikt om van een bestaand technisch onaangepast plan van gezondheidszorg over te schakelen naar een haalbaar plan. Tijdens een korte samenwerking met een missiehospitaal in Kiri (Congo) werd een strategie uitgewerkt om al de verantwoordelijkheden over te dragen aan het inlands personeel, dat niet tot de congregatie behoorde. Medewerking aan projecten in Benin, Tanzania, Mauritanië, Sierra Leone, Tsjaad, zorgde voor nog andere contexten. Gezamenlijke reflecties hebben er toe bijgedragen dat de aanpak van de projecten ondersteund door de branches van MMI, zich steeds meer lieten leiden door het concept van gezondheidsdistricten waarbij gouvernementele en private instellingen hun krachten bundelen. Ook ABOS projecten in Cap Bon (Tunesië) en in Pikine (Senegal) werden geïnspireerd door hetzelfde concept²⁷. De contacten in die landen waar de aanpak van de Eenheid aansloeg maakten het mogelijk gemotiveerde deelnemers te rekruteren voor de CIPS/ICHHD. Zo werd geleidelijk een kritische massa competente medewerkers gevormd voor gezamenlijke projecten. De opvolging van het systeem in Niger, gecombineerd met de vorming van leidinggevende artsen, heeft er in 1991 geleid tot een centrum van vorming van rurale districtsartsen in Dogondoutchi, geleid door alumni van de CIPS. De opvolging van de ontwikkeling van de eerstelijns diensten in Pikine trok Senegalese artsen aan voor de cursus en dit zou in 1985 het project Thiès mogelijk maken.

Internationale erkenning

Vanaf einde zeventig was de expertise van de Eenheid op het gebied van de ontwikkeling van geïntegreerde basisdiensten voor adequate gezondheidszorg (eerste lijn en verwijsniveau) internationaal erkend. In 1978, het jaar van de Alma Ata Declaration, kon zij met voldoende gezag het internationaal colloquium van het ITG organiseren onder de titel Basisgezondheidsdiensten in Ontwikkelingslanden. Het kende meer belangstelling dan verwacht en het was een gelegenheid om het concept van een geïntegreerd gezondheidsdistrict en de rol van de gezondheidszorg in het systeem van algemene ontwikkeling in een ontwikkelingsland duidelijk te formuleren²⁸. Regeringen en organisaties die zich hierdoor aangesproken voelden deden beroep op de Eenheid voor de aanpassing van hun gezondheidsdiensten aan het concept geïntegreerd gezondheidsdistrict. In Burundi had Mercenier de gelegenheid op het ministerie van volksgezondheid de visie van de ENOV op de ontwikkeling van de gezondheidsdiensten toe te lichten. Op hun uitnodiging nam hij einde augustus 1978 deel aan een werkgroep die de programmering van de gezondheidsdiensten moest voorbereiden. Een van de hoogste ambtenaren nam daarop deel aan de CIPS van '80/'81. Het jaar nadien werd Pierre Daveloose, assistent van de Eenheid, door de WGO aangeworven om, in samenspraak met de regering, een nationaal plan voor een geleidelijke ontwikkeling van geïntegreerde

gezondheidsdistricten uit te werken, gebaseerd op de bevindingen in Kasongo, waar hij enkele jaren voordien projectleider was²⁹.

Kort na Alma Ata pleitten Noord Amerikaanse experts in Volksgezondheid voor Selective Primary Health Care, waarbij de prioriteiten op louter economische grond geselecteerd werden en geen rekening werd gehouden met de perceptie van de bevolking. Spijts de flagrante tegenspraak met het PHC concept, waarin de participatie van de bevolking een essentieel element is, gingen belangrijke nationale en internationale organisaties de krappe middelen, beschikbaar voor ontwikkelingshulp, reserveren voor enkele geselecteerde activiteiten. De ENOV mobiliseerde daarop academische en politieke autoriteiten uit Europa en uit ontwikkelingslanden voor een colloquium op 29 en 30 november 1985, waarin die strategie geanalyseerd werd. Na afloop werd een manifest gepubliceerd dat het verraderlijke van dergelijke korte termijn visie aan de kaak stelde en de argumenten aanhaalde die de PHC strategie rechtvaardigen.

Ook pleidooien die de rol van medische expert verwaarloosden werden aan de kaak gesteld.³⁰

Meer en meer alumni van de CIPS/ICHD werkten mee aan projecten voor de ontwikkeling van gezondheidsdistricten: vanaf 1979 in Maroua (Kameroen) en in Santa Cruz (Bolivia); vanaf 1983 in Marokko, in Senegal en in Thailand; vanaf 1987 in Lubumbashi (Congo) en in Zimbabwe. Kaderleden van de Eenheid deden zendingen van kortere duur om alumni te ondersteunen. Zo deed Xavier de Béthune, voordien werkzaam in Kindu, van '86 tot '88 meerdere zendingen naar Guinee om er nationale vormingssessies te organiseren, waarin de verworvenheden van Kasongo, betreffende de rationalisatie van de zorg en de aanpak van een stimulerende supervisie van minder geschoold personeel, verwerkt waren. Van '83 tot '88 begeleidde de Eenheid in Tsjaad de inspanningen van het coördinatieorgaan van kerkgebonden gezondheidsdiensten om zich in te schakelen in het nationale gezondheidsplan. In Congo-Brazzaville steunde zij een nationaal districtsontwikkelingsproject, gefinancierd door de GTZ. Die organisatie had een ancien van Kasongo als plaatselijk raadgever van de Kongolese regering voor dat project aangenomen. Ook in Burkina Faso, Senegal, Benin, Togo, Mali, Oeganda en Vietnam waren er zendingen ter ondersteuning van projecten die de vorming van gezondheidsdistricten beoogden. De methodologie om gezondheidsdistricten tot stand te brengen in Afrika werd het onderwerp van het proefschrift van Jean Pierre Unger³¹.

Twee verhalen kunnen de aanpak verduidelijken. Het eerste illustreert hoe praktijkgerichte bijscholing van districtsartsen aangewend kan worden om gezondheidsdistricten te hervormen en het tweede hoe de samenwerking met een academische instelling zich kan ontwikkelen.

Het project Thiès (1985-1988)

Sedert 1975 had de Eenheid regelmatig contact met het Senegalese ministerie van Volksgezondheid. Van Balen had als consulent voor het ABOS meegewerkt aan het ontwerp en de opvolging van een Belgisch-Senegalees project voor de rationalisatie en uitbreiding van de basisgezondheidsdiensten in Pikine, een voorstad van Dakar met uitgebreide sloppenwijken. De voorgestelde aanpak van het probleem was voor Madiou Touré, nationaal verantwoordelijke voor de verzorgingsinstellingen, een aanleiding om zelf deel te nemen aan de CIPS in 1976. Anderzijds had Mercenier

geregeld contacten met de WHO in Genève. In 1984 leidde dit tot een overeenkomst tussen de Senegalese regering en de WHO om een project voor de opleving van de gezondheidsdistricten toe te vertrouwen aan de ENOV.³² Samen stelden zij een plan op om de geneesheren, verantwoordelijk voor de 40 gezondheidsdistricten van het land, op te leiden en op te volgen om de gezondheidsdiensten van hun district om te vormen tot een beter geïntegreerd systeem. Terwijl hiervoor in Thiès de nodige infrastructuur werd aangebracht, bereidde de nationale verantwoordelijke voor de Soins de Santé Primaires, dokter Bâ, zich voor door deel te nemen aan de CIPS van '84-'85.

Met Kasongo en de modules van de CIPS als inspiratiebron, namen het jaar nadien twee assistenten van de ENOV (Daveloose en Unger), samen met Bâ en met Ngene Touré Sene, een Senegalese arts, verbonden aan een opleidingscentrum in Dakar, de touwtjes in handen. Zij organiseerden een residentieële opleiding van drie maanden voor telkens tien districtsartsen. Na een korte theoretische inleiding om de belangrijkste concepten toe te lichten en om een gemeenschappelijk vocabularium en analysemodel af te spreken, volgden enkele modules. Elke module was gebaseerd op de observatie van de betrokken component aan de hand van een stramien dat de identificatie van de zwakke plekken vergemakkelijkte. De observatie, voorafgegaan door een korte voorstelling van de functie van die component in het systeem, gebeurde in de gezondheidscentra en dispensaria in de omgeving van Thiès. Nadat een inventaris was gemaakt van de waargenomen zwakke punten volgden wetenschappelijke uiteenzettingen over methodes, technieken en attitudes om hieraan te verhelpen. De eerste modules behandelden de verschillende functies van de eerste lijn. Vervolgens kwamen aan bod: het efficiënt gebruik van de materiële middelen; het oordeelkundig inschakelen van het personeel; de participatie van de bevolking; de rationalisatie van het informatie-systeem. Tijdens een laatste module stelden de deelnemers een spreidingsplan en een actieplan op voor hun district.

Na die drie maanden keerden zij terug naar hun thuishaven. Van dan af bezochten de vier docenten regelmatig elk van die districtsartsen gedurende enkele dagen om hen te helpen de strategie die zij gekozen hadden uit te voeren of bij te sturen. Na enkele maanden startte, volgens hetzelfde stramien, de vorming van de tweede cohorte van tien districtsartsen.

De resultaten van de observaties, van de opleiding en van de opvolging maakte de staf regelmatig over aan het Ministerie van Volksgezondheid om te verduidelijken hoe een district ondersteund kan worden.

Omdat de financiering in het gedrang was gekomen, eindigde het project in mei 1988. Er waren in totaal vier cohorten gevormd maar de laatste moest het zonder opvolging stellen.

De ENOV had er baat bij gevonden: zij had een methode op punt kunnen stellen om gezondheidsdiensten nieuw leven in te blazen via een technische en wetenschappelijke omkadering van districtsartsen. Dezelfde methode werd later toegepast in Dogondoutchi (Niger) en, mutatis mutandis in Santa Cruz en Cochabamba (Bolivia), in Burkina Faso, in Guinée en in Lubumbashi (Congo). Tijdens het internationaal colloquium van het ITG, in 1993 door de Eenheid georganiseerd onder de titel *The training of General Practitioners in Developing Countries*, werden die ervaringen en andere vormen van opleiding van districtsartsen geanalyseerd³³.

Medewerking aan de ontwikkeling van het INAS (Institut National d'Administration sanitaire) in Rabat (Marokko)

In het kader van de samenwerkingsakkoorden tussen WHO-Kopenhagen en de Marokkaanse regering had Wim Van Lerberghe sedert 1984 als wetenschappelijk attaché meegewerkt aan het project van rationalisatie van het nationaal systeem van sanitaire informatie, gefinancierd door de UNFPA. Het was een aanleiding om de rationaliteit van de gegevensverzameling in Kasongo te publiceren in een uitgave van WHO-Kopenhagen. Anderzijds had hij ook meegewerkt aan het project voor de ontwikkeling van basisgezondheidsdiensten, gefinancierd door de Wereldbank. Artsen, verbonden aan het ministerie raakten zo vertrouwd met de concepten en de aanpak van de ENOV. Een van hen, Radouane Belouali, nam deel aan de CIPS van '86-'87 en kreeg het jaar nadien de verantwoordelijkheid om de opleiding van hogere kaders te organiseren. Het was niet toevallig dat de Marokkaanse regering en de WHO in februari 1989 aan Mercenier om zijn advies vroegen in verband met de uitbouw van een instituut voor onderzoek en vorming van hogere administratieve krachten voor de gezondheidssector. Zijn adviezen hadden een doorslaggevende invloed op het curriculum dat in september 1989 aanving: een jaar lessen, oefeningen, seminaries, gevallenstudies en geleide observaties, gevolgd door een jaar van stages. Vincent De Brouwere, die enkele jaren in Kasongo gewerkt had en in '88-'89 tutor was geweest van de CIPS, werd als voltijds medewerker aan het INAS verbonden, om er samen met Marokkaanse collega's een aan de context aangepaste versie van de CIPS te realiseren. Mercenier en Van Balen en later ook andere stafleden van de ENOV, werden ingeschakeld voor enkele modules. Evaluatie en regelmatige bijsturing van het programma waren ook hier aan de orde. Het kader breidde uit met artsen die, nadat ze hadden deelgenomen aan de CIPS, onderwijstaken kregen toegewezen. Samen met de Marokkaanse kaderleden werden onderzoeksprotocollen opgesteld en uitgevoerd en de ENOV betrok stafleden van het INAS in de andere projecten in Marokko waaraan zij meewerkte. Na 1995 had de Eenheid geen permanent stafflid meer in het INAS maar zij bleef nog enkele jaren meewerken aan het verbeteren van cursussen en stages, aan de examenjury en aan de 'Conseil de Perfectionnement'.³⁴ Intussen was het INAS een partner van de ENOV in meerdere onderzoeksprojecten.

Accentverschuivingen sedert 1988

In juli 1988 erkende de WHO de ENOV als Collaborating Centre for Primary Health Care. Dit bracht nieuwe contacten tot stand zowel met Europese landen als met ontwikkelingslanden. Op vraag van het Europees Bureau van de WHO werkte de Eenheid in 1989 een rooster uit voor de analyse van de participatie van de gemeenschap die uitgetest werd in België, Frankrijk, Joegoslavië, Spanje en Nederland.

Tijdens de WHO conferentie van 1986 in Harare had directeur Mahler aan de alarmbel getrokken omdat de cruciale rol van het hospitaal voor de goede werking van een district in veel ontwikkelingslanden over het hoofd werd gezien. Dat de ENOV in al haar projecten en consulten een adequaat verwijdsniveau beschouwde als een voorwaarde om geloofwaardige primaire gezondheidszorg te realiseren werd door de WHO gewaardeerd.

In Europese landen waar geen officiële gezondheidsdistricten bestonden was het aangewezen na te gaan in welke mate het verwijfsniveau en de eerste lijn mekaar op een informele manier aanvulden. Ook in ontwikkelingslanden functioneerden informele districten (dikwijls met een niet-gouvernementeel hospitaal als verwijfsniveau) soms beter dan de officiële. De Eenheid bestudeerde de prestaties van de hospitalen waarmee MMI samenwerkte in Centraal en Zuidelijk Afrika en kreeg zo een beeld van de manier waarop niet-gouvernementele hospitalen er als verwijfsniveau functioneerden einde de jaren tachtig. In 1990 nam Van Balen deel aan de studiegroep van de WHO en publiceerde de WHO een werk van Van Lerberghe over de rol van de hospitalen in het geloofwaardig maken van de Primaire Gezondheidszorg. Van 1989 tot 1995 had de Eenheid samen met het 'Centre International de l'Enfance' van Parijs de leiding van een EU project dat de rol van het hospitaal en die van de eerste lijn in de gezondheidszorg voor kinderen beter op mekaar wenste af te stemmen en waarvoor gezondheidsdiensten in België, Frankrijk, Algerije, Marokko (waar alumni van de CIPS meewerkten) en Togo geanalyseerd werden. De bespreking van het verslag had plaats in maart '96 in Parijs tijdens een colloquium georganiseerd door het 'Centre International de l'Enfance'.³⁵ Een ander gezamenlijk onderzoek bestudeerde de problemen van verwijfsing naar en terugverwijfsing door hospitalen in Congo, Tsjaad, Marokko en Zwitserland. Het jaarlijks ITG-colloquium over de rol van het hospitaal in Afrika, dat de ENOV in november '95 organiseerde, belichtte het belang van een correcte afstemming van het verwijfsniveau op het eerste echelon.

Ook de Wereldbank deed beroep op de Eenheid: in 1989 nodigde zij Unger uit om mee te werken aan een internationale studie van de rol en de organisatie van gezondheidscentra in Afrikaanse gezondheidssystemen en in 1992 Van Lerberghe om mee te werken aan het document Better Health in Africa³⁶. Samen met academische instellingen van Rio de Janeiro en van Valencia werden studies van gezondheidsdistricten in Brazilië en in Spanje opgezet. In samenwerking met het Blair Research Institute van Harare, begeleidde de Eenheid een onderzoek naar de aanpassing van de districtsgezondheidsdiensten in Murewa (Zimbabwe). De universiteit van Sousse (Tunesië) toonde interesse voor een gezamenlijk onderzoek naar de mate waarin de opleiding van geneesheren hen voorbereidde op hun beroepsactiviteiten.

Voorts waren er zendingen voor de Wereldbank, de EU, UNICEF, GTZ en UNFPA.

De observaties en analyses gedurende die vele jaren vormden de basis van de doctoraatsthesis van Monique Van Dormael waarin zij de culturele en sociologische verschillen belichtte tussen de algemene practici in het Westen en die van de Derde Wereld.³⁷

Bij het ministerie van sociale zaken van België mocht de ENOV in 1994 een financieringsvoorstel indienen voor de oprichting van experimentele lokale gezondheidssystemen, waarin de geneesheren van een hospitaal en huisartsen binnen hun attractiezones hun taken op mekaar afstemmen. Het werd een project van actieonderzoek, SYLOS gedoopt (système local de santé, naar analogie met de Latijns Amerikaanse SILOS, sistemas locales de salud). Het moest aantonen hoe in België informele gezondheidsdistricten tot stand konden komen.

De projecten in Latijns Amerika

Het verloop van de samenwerking met Boliviaanse en later ook met Ecuadoriaanse instellingen illustreert de strategie van de Eenheid: wisselwerking tussen interventies, onderzoek en opleiding in Latijns Amerika. De kiemen voor een samenwerking met Bolivia voor de organisatie van het gezondheidssysteem werden gelegd in de tweede helft van de jaren zeventig. Aimé De Muynck, een CIPS-alumnus, was toen verbonden aan het Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP) van Santa Cruz. Profiterend van hun ervaring in Kasongo, hadden hij en zijn echtgenote, samen met plaatselijke geneesheren een project van primaire gezondheidszorg georganiseerd, eerst in een stadswijk van Santa Cruz en nadien in Vallegrande, waar F. Balderama, een Boliviaanse alumnus van de ICHD, de leiding kreeg.³⁸

De Muynck werd in 1980 opgevolgd door Christian Darras die, na enkele jaren lid geweest te zijn van het directiecomité van Kindu, deelgenomen had aan de CIPS en een jaar tutor van die cursus was geweest. Vanuit CENETROP bracht hij informele gesprekken op gang met de 'Unidad Sanitaria' van Santa Cruz, de plaatselijke autoriteit voor de gezondheidszorg. Een kaderlid van CENETROP, Carlos Cuellar, werd door zijn deelname aan de ICHD in '80/'81, gemotiveerd om zich in te zetten voor structurele hervormingen van het gezondheidssysteem. De samenwerking van Darras met de Unidad Santaria groeide en door zijn contacten met de ENOV wist hij dat de Eenheid belangstelling had voor een onderzoeksterrein in Bolivia. Het leidde in 1987 tot een samenwerkingsakkoord tussen België en Bolivia voor de organisatie en uitbreiding van de Gezondheidsdiensten in de rurale gebieden van het Departement Santa Cruz'. Darras was projectleider en de ENOV stond in voor de wetenschappelijk begeleiding. Voor de bijscholing van de districtsartsen, voorzien in het samenwerkingsakkoord, was J. P. Unger overgekomen om de opleidings-modules, op punt gezet in Thiès, aan te passen aan de Boliviaanse context. Andere zendingen van de ENOV gebeurden om studies van de participatie van de bevolking en studies van alternatieve vormen van financiering op gang te brengen. Intussen hadden nog twee Boliviaanse artsen deelgenomen aan de ICHD en was Cuellar in zee gegaan met plaatselijke gemeenschappen die in Santa Cruz hun eigen gezondheidsdiensten wilden oprichten. In samenspraak met de 'Unidad Sanitaria' en met het gemeentebestuur was een aanvang gemaakt met de oprichting van stedelijke gezondheidscentra, geïnspireerd door het model onderwezen in de ICHD. Het gebeurde in het kader van PROSALUD, een niet lucratieve NGO, gefinancierd door USAID (US Agency for International Development). De formule kende zo veel succes dat ze later ook zou toegepast in andere delen van het land. Tijdens de supervisie einde 1989 stelde Van Balen vast dat de versterkte 'Unidad Sanitaria' de hervorming van het systeem in goede banen leidde. Zij had een enthousiaste medewerking bekomen van het uitvoerend personeel en de realisaties werden gewaardeerd door de officiële instanties, de universiteiten en NGO's, zowel in Santa Cruz als op nationaal niveau. In 1991 gaven de nationale autoriteiten te kennen dat zij de verworvenheden van Santa Cruz wensten aan te wenden, enerzijds voor andere departementen en anderzijds voor de opleiding van algemene practici. Unger heeft dan de mogelijkheden afgetast om een bijscholing van artsen te organiseren in de universiteiten van Santa Cruz, La Paz, Cochabamba en Sucre.³⁹ De faculteit Geneeskunde van de universiteit San Simon van Cochabamba toonde de meest actieve belangstelling. Reeds in april 1992 kwam het project 'Medicina Tropical y Salud Publica' tot stand, in samenwerking met de 'Unidad Sanitaria' van

de streek en met de wetenschappelijke steun van het ITG en de ULB. Het werd gefinancierd door de Belgische coöperatie. De doelstellingen van het project waren: een wetenschappelijk verantwoorde hervorming van de gezondheidszorg; een rationele aanpak van de tropische ziekten en de verwerking van de verworven inzichten in de curricula van de faculteit.

Het project in Santa Cruz werd in juli 1992 geëvalueerd door Alfredo Zurita, consulent van de PAHO voor de realisatie van de Sistemas Locales de Salud (SILOS) in Latijns Amerika. Darras, in februari 1993 benoemd op het regionale bureau van het PAHO in La Paz, werd op de Unidad Sanitaria vervangen door een Belgische coöperant. In november 1993 ondertekenden België en Bolivia een nieuw project, dat het de ontwikkeling van een SILOS in Santa Cruz beoogde. Om zo een geïntegreerd systeem te bekomen moesten ook de hospitalen zich aanpassen en daarvoor was een bijkomende technisch raadgever nodig in de Unidad Sanitaria. Hiervoor werd begin 1994 Jan Coenen, een ICHD-alumnus, aangenomen. Later op het jaar werd, een ICHD-alumna, Marjan Pirard bij CENETROP benoemd als adviseur.

In Cochabamba werkte de ENOV mee aan de selectie van een ruraal district, geschikt voor actieonderzoek, om de gewenste hervorming op gang te brengen. Binnen de universiteit nam zij deel aan de werkzaamheden van de onderzoekscel voor de verticale analyse van de ziekte van Chagas, leishmaniose en voedingsproblemen. Vanaf augustus 1993 werd Jean Van der Vennet, assistent van de ENOV, ter beschikking gesteld van de universiteit. Hij stond in voor de wetenschappelijke begeleiding zowel van de hervorming van de gezondheidsdiensten als van de aanpak van voornoemde gezondheidsproblemen en van de uitwerking van een postgraduaat opleiding in tropische geneeskunde en volksgezondheid. Van augustus 1995 tot augustus 1997 bekleedde hij die functie als coöperant. Intussen hadden de RUG en het ITG bij de VLIR een project ingediend voor het begeleiden van dergelijke opleiding aan de universiteit San Simon maar het zou nog tot in 1997 duren vóór de eerste sessie kon plaatsvinden.

Vanaf 1995 financierde het ABOS ook in Ecuador projecten voor de versterking van informele gezondheidsdistricten (SILOS) waarbij beroep gedaan werd op de ENOV voor de wetenschappelijke begeleiding.⁴⁰

Zowel in Santa Cruz en Cochabamba als in Ecuador ging die wetenschappelijke begeleiding voort, ook na de eenmaking van het Departement Volksgezondheid. In Quito zou het leiden tot een Spaanse versie van de ICHD (zie hoofdstuk 3.1.) en in Cochabamba, binnen het raamakkoord, tot een blijvende medewerking aan de opleidingsmodules.

Operationeel onderzoek in verband met specifieke gezondheidsproblemen

Zoals reeds vermeld, begon in Kasongo het onderzoek, om de taken van de basisdiensten in de bestrijding van specifieke ziekten te verduidelijken, nadat de uitbouw van het gewenste zorgsysteem gegarandeerd was. De bestrijding van tuberculose en lepra, het vaccinatieprogramma en de moeder- en kindzorg waren er vanaf het begin geïntegreerde activiteiten, ook al was de efficiëntie niet altijd evident. De stabiliteit van het kaderpersoneel, de inschrijving van de bevolking en de systematische registratie van gegevens maakten het project geschikt voor longitudinale studies van de aanpak van specifieke problemen in een geïntegreerd gezondheidssysteem. In de loop der jaren werden er enkele gezondheidsproblemen

bestudeerd om de rol van de basisdiensten in het bestrijdingsprogramma te verbeteren. Zo klopte de inschatting van het sterfterisico op basis van de klassieke criteria er niet. Van 1974 tot 1977 werd de evolutie van 6228 kinderen beneden de vijf jaar geobserveerd en dit leverde gegevens op voor een efficiëntere aanpak van het sterfte risico. De analyse van de antropometrische gegevens en de besluiten die er uit volgden, verwerkt in het proefschrift van Van Lerberghe, toonden aan dat geïntegreerde zorg in een basisdienst van goede kwaliteit de overlevingskansen van kleine kinderen meer vergroot dan niet geïntegreerde zorgverlening. Een andere studie toonde aan dat de vaccinatie tegen mazelen als geïsoleerde maatregel er nauwelijks invloed had op de sterfte van jonge kinderen⁴¹.

De rol van de basisdiensten in de bestrijding van slaapziekte werd in Kasongo gedurende meerdere jaren genegeerd door de mobiele ploeg die het nationale programma uitvoerde. Nochtans was al vroeg aangetoond dat de detectie van nieuwe gevallen op basis van spontane consultaties er efficiënter was dan bij systematisch onderzoek van de bevolking. Van januari 1989 tot juni 1990 werden in een gekende haard van slaapziekte de inwoners van een dorp van ongeveer 3000 inwoners vier maal serologisch en parasitologisch onderzocht. Deze studie maakte duidelijk dat slaapziekte vroegtijdiger gediagnosticeerd wordt door de correcte uitvoering van een simpele serologische test, bij mensen die spontaan komen consulteren voor banale klachten, dan door een jaarlijks bevolkingsonderzoek. Zij diende als illustratie van een efficiënte aanpak van gezondheidsproblemen door basisgezondheidsdiensten in de aggregaatsthesis van Guy Kegels⁴².

De gangbare criteria, om tijdens de zwangerschap de risico's van de bevalling in te schatten, bleken eveneens inefficiënt. De analyse van de afloop van 4772 zwangerschappen liet toe eenvoudige efficiënte indicatoren op punt te stellen voor hulppersoneel. Dit probleem werd later in andere contexten, samen met andere onderzoeksinstellingen bestudeerd. Zo nam Bruno Dujardin deel aan een onderzoek van de verloskundige risico's in Marokko, Senegal, Congo en Benin. Het maakte deel uit van zijn proefschrift over een systematische aanpak om gezondheidsrisico's van zwangerschap te verminderen. Toen Vincent De Brouwere deel uitmaakte van de staf van INAS heeft hij met zijn Marokkaanse collega's de kwaliteit van de verloskundige zorg in hun context geanalyseerd. Het werd later het onderwerp van zijn doctoraatsthesis.⁴³ De Eenheid werd langs die weg ingeschakeld in het WHO onderzoeksprogramma Moederschap zonder risico.

Deze onderzoeksactiviteiten droegen bij tot de verfijning van de verticale analyse, een methode voor interdisciplinaire analyse van ziektesystemen, aangeleerd in de twee internationale cursussen van het Departement. Zij brachten een betere samenwerking tot stand met andere departementen, onder meer in het onderzoek van de aanpak van tuberculose, van seksueel overdraagbare ziekten, en in Bolivia, van ondervoeding, van leishmaniasis en van de ziekte van Chagas⁴⁴.

De verstedelijking en de epidemiologische transitie in ontwikkelingslanden konden niet over het hoofd gezien worden. In die context zette de Eenheid, samen met het IRD, het INAS en de universiteiten van Tlemcen (Algerije) en Sousse (Tunesië) een onderzoek op stapel naar de aanpak van enkele chronische ziekten.

Vluchtelingen, gekrompen budgetten en onderbetaald personeel kwamen op het voorplan

Een ander probleem drong zich op: de enorme stroom vluchtelingen in Afrika. Er was voldoende reden om samen met het Centre for Refugee Studies van Oxford een studie op touw te zetten over aangepaste gezondheidszorg bij het onderbrengen van vluchtelingen. De observaties leverden al genoeg leerstof voor een hoofdstuk Gezondheidszorg voor Vluchtelingen in het onderwijs en voor de doctoraatsthesis die Wim Van Damme verdedigde in 1998.

De budgetten van de gezondheidssector krompen in veel ontwikkelingslanden zo erg dat de kwaliteit van de zorg in het gedrang kwam en dat dringend nieuwe vormen van financiering nodig waren. In december 1992 organiseerde de ENOV voor UNICEF een workshop over de kwaliteit van de zorgverlening in gezondheidsdiensten in Afrika waaraan deelnemers uit 15 landen deelnamen. De evolutie van de kwaliteit en de prestaties van het medisch personeel trok nog meer aandacht na het internationaal seminarie van Maputo over dit onderwerp, mede georganiseerd door de Eenheid in november 1994. Een onderzoek naar de overlevingsstrategieën van onderbetaald gezondheidspersoneel werd op stapel gezet.

Ook de studie van financieringsmodaliteiten moest dus meer aandacht krijgen. Bart Criel, vertrekkend van zijn ervaring op gebied van kwaliteitsbevorderende financiering in Kasongo en in Bwamanda (Congo) analyseerde die component in meerdere contexten. Hij behandelde het onderwerp in zijn doctoraatsthesis en wendde de verworven inzichten aan in een project gefinancierd door GTZ.⁴⁵

Medewerking aan nationale planning en gezondheidsbeleid

In mei 1992 deed Mercenier een zending voor de regering van Mali, om in het kader van hun inspanning om de gezondheidssector te hervormen, een plan op te stellen voor onderzoek van het gezondheidssysteem. Dat was dan weer de aanleiding voor een intensieve samenwerking met de Malinese autoriteiten voor de realisatie van de politiek van PHC in hun context.

In Tunesië zorgde de Eenheid, samen met vier faculteiten van geneeskunde voor de wetenschappelijke onderbouwing van de gezondheidsplanning van het ministerie. In Marokko bewaakte zij met het INAS de wetenschappelijke betrouwbaarheid van het nationale gezondheidsinformatiesysteem. In Libanon werkte zij mee aan het Health Sector Rehabilitation Project van het betrokken ministerie, de WHO en de Wereldbank en in Laos aan de voorbereiding van projecten die de hervorming van de gezondheidssector beoogden.

Dank zij haar jarenlang onderzoekswerk kon de Eenheid zowel in Thailand als in Tunesië deelnemen aan de ontwikkeling van hun hervormingsvoorstellen en in Argentinië (met de universiteit van Corrientes), in Bolivia (met de universiteit van Cochabamba en de Unidad Sanitaria van Santa Cruz), in Ecuador (met het betrokken ministerie en het ABOS), in Zimbabwe (met het Blair Institute) en in Oeganda (met het Makerere College van Kampala) steun verlenen aan de uitbouw van hun organisatiemodellen.⁴⁶ De steunverlening aan deze grootschalige planning had de inzichten verduidelijkt in de stedelijke problematiek en in de methodologie van de nationale planning, een belangrijke aanwinst voor het onderwijs.

Inbreng in de hervorming van het gezondheidssysteem in Thailand

Het succes van de lange termijn samenwerking van de ENOV met Thaise hervormers is eveneens een boeiende illustratie van het nut van de interactie van onderzoek, opleiding en interventies op het terrein. De aanzet was de deelname aan de ICHD '81/'82 van dokter Surakiat Achananuparp, assistent aan de Ramathibodi faculteit van geneeskunde van de universiteit van Mahidol in Bangkok. Hij behoorde tot de Thaise Rural Doctors Association, een groepering van jonge artsen die zich actief inzetten voor de verbetering van de gezondheidszorg in de rurale streken. De concepten en methoden, aangeleerd in de ICHD, spraken hem erg aan. Terug in zijn land overtuigden zijn nieuwe inzichten die zeer gemotiveerde Association van het nut van de cursus. In 1983 namen twee van hun pioniers deel aan de cursus. De jaren nadien telde de ICHD telkens twee Thaise deelnemers en na 1989, toen er twee groepen per sessie waren, werden er dat vier.

In 1984 was Mercenier de eerste keer te gast in Thailand voor een gesprek over de reorganisatie van de gezondheidszorg. Dit leidde in 1986 tot de inschakeling van de ENOV in een project van eerstelijnszorg in het district Kun Han (provincie Srisaket). Het voornaamste doel was de verzorgingstaken beter te verdelen tussen de gezondheidscentra en het districtshospitaal. Dit leidde dan weer tot een ontwerp van een gezamenlijk actieonderzoek voor de verbetering van de werking van het gezondheidssysteem op provinciaal niveau. Na terreinverkenning en overleg met alumni, verbonden aan de universiteit van Mahidol en aan het Thaise ministerie van Volksgezondheid, werd dit als onderzoeksproject ingediend bij de EU, die de financiering aanvaardde. Als locatie werd de provincie Ayutthaya verkozen boven het minder goed bereikbare Srisaket. Het project startte einde 1988 met een preoperationele fase, waarin het aanbod en het gebruik van de diensten in de gezondheidscentra, in de districtshospitalen en in het provinciaal hospitaal geanalyseerd werden. Ook de plaats van de privé-praktijken en de functies van het administratief beheer van het systeem werden bestudeerd. De vele zendingen van stafleden van de ENOV naar Thailand (vijf in 1989 en zes in 1990) en de werkbezoeken van Thaise medewerkers in Antwerpen (een in 1989 en twee in 1990) illustreren de intensiteit van de samenwerking. Einde 1990 waren de voornaamste functiestoornissen in het aanbod en de dienstverlening geïdentificeerd en werden de hypothesen geformuleerd omtrent de wijzigingen die op de verschillende niveaus moesten ingevoerd worden om de coherentie van het systeem te verbeteren.

Door de stadsbewoners werden de gouvernementele gezondheidscentra amper gebruikt omdat er geen artsen werkten. Een eerste opdracht was dus: in de stad Ayutthaya een gezondheidscentrum oprichten met aan het hoofd een arts als algemene practicus. Die functie was niet evident in Thailand waar artsen zich geroepen voelden om in hospitalen te werken en er zich te specialiseren. De Thaise arts die zich met veel geestdrift bereid verklaarde aan die nieuwe rol vorm te geven, moest zich zelf een beeld gaan vormen van de 'huisartsfuncties in een Engelssprekend land waar dit rolmodel gewaardeerd was. Dank zij de uitstekende relaties van de ENOV met de Lothian Health Board (zie item 3.1 van dit hoofdstuk.) kon hij in augustus en september 1991 een stage doen in Edinburgh, bij professor J.G.R. Howie, de voorzitter van de internationale organisatie van algemene practici, die nadien zou meewerken aan een Thais project voor opleiding van huisartsen.

In de rurale streken werd vooral uitgezocht welke de geschikte strategieën waren voor de omkadering van het district, voor de spreidingsplannen, voor de supervisie, voor de rationalisatie van de activiteiten en voor mechanismen van participatie van de bevolking.⁴⁷

Behalve de stafleden die aan de preoperationele fase meewerkten schakelde de ENOV ook P. Daveloose in, die nog aan de wieg van het Kasongo project had gestaan en het enkele jaren had geleid. Van augustus 1991 tot einde 1994 deed hij een drietal zendingen van ruim een maand per jaar en nadien had hij, tot het einde van het onderzoeksproject zijn verblijfplaats in Ayutthaya. Begin 1992 werd het eerste stedelijk gezondheidscentrum geopend. Al de families van het te bestrijken gebied waren bezocht, geïnformeerd over de bedoeling van het centrum en geregistreerd. Financieringswijzen, het informatiesysteem, de rol van de huisarts en van de verpleegkundigen van het team, de toewijzing van beheersverantwoordelijkheden, de participatie van de bevolking en de samenwerking met het ziekenhuis werden uitgetekend en bijgestuurd. Het initiatief kende groot succes bij de betrokken bevolking. Ook de Thaise beleidsverantwoordelijken reageerden positief en brachten het centrum meer en meer onder de aandacht als een inspirerend model.

Een van initiatiefnemers van het project, Sanguan Nitayarumphong, werd intussen benoemd als hoofd van de planning op het Ministerie van Volksgezondheid in Bangkok.

Het actieonderzoek liep af einde 1995. Zowel de rurale als de stedelijke gezondheidssystemen waren op een zo overtuigende manier verbeterd dat de Thaise regering zich er op inspireerde om een project voor hervorming van de nationale gezondheidssector uit te werken en bekwam ervoor een cofinanciering van de EU.

In januari 1996 vond in Korat een internationale workshop plaats met als thema Health Care Reform at the Frontier of Research and Policy Decisions. Specialisten afkomstig uit zeven landen wisselden er ervaringen en inzichten uit.

In juli van dat jaar was het hervormingsproject op dreef, met Daveloose er aan verbonden als permanent vertegenwoordiger van de EU in Bangkok. Van Lerberghe zou hem in die functie vervangen in 1999. Het project kon rekenen op technische bijstand op het gebied van: systeembeheer, ontwikkeling van het huisartsmodel, kwaliteitsverzekering op het eerste echelon en op het referentieniveau, de financiële aspecten van het beleid. Het Departement Volksgezondheid van het ITG leverde deze bijstand in nauwe samenwerking met de London School of Hygiene and Tropical Medicine, de Lothian Health Board, de universiteit van Edinburgh, de Thaise overheid en de universiteiten van Bangkok en van de provincies.⁴⁸ Het project werd door de EU gefinancierd tot 1999, maar de samenwerking tussen de alumni van de ICHD en het Departement bleef duren.

1.2. De Eenheid Voeding

Multidisciplinair onderzoek voor efficiënte aanpak van ondervoeding

Het hoeft geen betoog dat in ontwikkelingslanden de voedingstoestand van de bevolking een grote invloed heeft op de gezondheidsproblematiek. In de cursussen van het Instituut werd dit onderwerp door deskundigen van buitenshuis behandeld maar het kwam niet aan bod in de onderzoeksactiviteiten. De samenwerking met het KIT van Amsterdam bracht Janssens in contact met Jacques Vuylsteke, die sedert 1972 aan die instelling verbonden was als deskundige in voedingsproblematiek bij kinderen. Gevormd als pediater in Parijs en Dakar, had hij voordien voor de WGO in Turkije een viertal jaren programma's van moeder- en kindzorg geleid en eveneens voor de WGO in Congo meegewerkt aan interventies in verband met ondervoeding van kinderen. Op vraag van Janssens werd hij op 10 februari 1975 hoofd van de nieuwe Eenheid Voeding die nu in al de cursussen van het Instituut verantwoordelijk was voor het onderwijs van de voedselproblematiek in ontwikkelingslanden.⁴⁹ Zoals in de andere Eenheden was het aantal stafleden beperkt: het diensthoofd beschikte over een biologe en een secretaresse. Hij opteerde niet voor een biochemisch laboratorium maar verkoos, vanuit zijn ervaring als kinderarts, samen met niet-medische deskundigen, multidisciplinair onderzoek te doen dat kon bijdragen tot een betere aanpak van de ondervoeding.

De wereldwijd gebruikte referentiecurve voor de vroegtijdige detectie van ondervoeding stelde indertijd een probleem: zij was relevant voor de opvolging van de lichamelijke ontwikkeling van kinderen in het rijke Westen maar was niet geschikt voor een operationeel relevante risicobeoordeling van ondervoeding bij kinderen in andere ecosystemen. Volgens de zogenaamd universele referenties zou 30% tot 70% van de kinderopulatie in ontwikkelingslanden ondervoed zijn. De Eenheid stelde zich als missie een operationeel efficiënte methode op punt te stellen voor de opsporing en efficiënte aanpak van ondervoeding bij zuigelingen en kleuters in ecologisch verschillende contexten. Hiervoor werden op grote schaal de verschillende parameters van de voedingstoestand op verschillende leeftijden en in representatieve contexten gemeten. Het werd een gigantische onderneming waarbij, verspreid over meerdere jaren, observaties en metingen plaatsvonden bij meer dan 25.000 kinderen in Burkina Faso, Congo (ondermeer in Kasongo, de zone van het onderzoeksproject van de ENOV), India, Indonesië, Mali, Thailand, Togo en Vietnam. Op meerdere plaatsen werden ook antropometrische gegevens van de moeder verzameld en werden de huishoudelijke voedseltechnologie en de bereidingen voor het jonge kind bestudeerd. Vertrekkend van de ervaring van moeders met een gezond kind liet dit toe plaatselijk haalbare verbeteringen van die bereidingen uit te werken. Audiovisueel materiaal hierop gebaseerd, was geschikt voor voorlichting in die streek en voor onderwijs in het Instituut. Het overleg met plaatselijke experts en gezondheidspersoneel dat hiermee gepaard ging, wekte ook belangstelling bij politiek verantwoordelijken. Zo werd door het toenmalige Transkei en Ciskei aan het diensthoofd advies gevraagd omtrent de aanpak van de ondervoeding vanuit de medische diensten. Dank zij de steun van ABOS, kon hij in 1982 ingaan op de uitnodiging van de directeur van het Nationaal Voedselinstituut van Vietnam voor een overleg over de aanpassing van hun aanpak van de ondervoeding. Hij werkte actief mee met de afdeling Nutrition Research van de WHO om relevante indicatoren van malnutritie in verschillende ecologische gebieden op punt te stellen.

Met een beurs van de Raad van Europa verbleef het diensthoofd een paar maanden in gespecialiseerde centra in Londen en Stockholm ter voorbereiding van een studie van absorptiemechanismen bij kinderen. Die vond plaats in 1983 in Bandundu (Congo) in samenwerking met de universiteit van Luik.

De verwerking en interpretatie van al die gegevens gebeurde in België, in samenwerking met het Centrum voor menselijke Erfelijkheid en de Afdeling Pediatrie van de KUL, en met het Centrum Bevolkings- Gezondheids- en Gezinsstudies van het ministerie van Volksgezondheid. De eerste resultaten werden meegedeeld op de jaarlijkse vergadering van de British Pediatric Association in april 1984. In 1985 waren de locale groeicurven en de methodologie om ze te gebruiken op punt gesteld. Ze werden voorgesteld op het internationaal congres van Auxologie in Montreal in juni 1985 en op een bijeenkomst van de Vereniging voor Tropische Geneeskunde te Rotterdam in april 1986.

De efficiënte opsporing van ondervoeding had natuurlijk maar zin indien er iets aan kon gedaan worden. Medische zorg en toediening van voedsel supplementen volstonden niet. Er was een multidisciplinaire aanpak nodig. Sedert 1983 had de Eenheid derhalve terreinstudies uitgewerkt met deskundigen uit verschillende disciplines: een econoom van de UA voor de economische aspecten met betrekking tot basisbehoeften en antropologen van de KUL, de UCL en de FNDP van Namen voor de antropologische en sociologische aspecten. In 1987, het jaar dat Vuylsteke op pensioen ging verwerkte Herman Van Loon het resultaat van die onderzoeken in zijn aggregaatsthesis. Hij toonde aan dat screening van ondervoede kinderen maar zin had indien zij vertrok van de antropometrische gegevens van de populatie waartoe die kinderen behoorden.⁵⁰

Planning van Voedselprogramma's

Vanaf 1978, toen Ivan Beghin de Eenheid had vervoegd, kregen de activiteiten een dimensie bij: planning van nationale en internationale voedselprogramma's. Gedurende de zeven voorafgaande jaren had hij Toegepaste Voedingwetenschappen in het kader van de Volksgezondheid gedoceerd aan de San Carlos universiteit van Guatemala. Van 1961 tot 1971 was hij als consulent van de WHO werkzaam in Haïti, in Washington en aan het Voedingsinstituut van de universiteit van Pernambuco (Brazilië). Van 1957 tot 1960 had hij in Congo klinische ervaring opgedaan als hospitaalgeneesheer.

Omwille van zijn rijke doceerervaring kreeg hij een belangrijke rol in de coördinatie van de CIPS/ICHD binnen het team van de ENOV, dat instond voor de regelmatige bijsturing van die cursus. Door zijn ervaring in de multidisciplinaire aanpak van voedingsproblemen was hij de geknipte persoon om in het curriculum een module Voeding te organiseren, dat de inbreng van andere disciplines bij de aanpak van gezondheidsproblemen illustreerde.

Ontwerp van een causaal model

Ook hij koos voor interdisciplinair onderzoek om een bijdrage te leveren aan praktische oplossingen voor de voedselproblemen in de Derde Wereld. De Eenheid vormde, samen met het Departement Demografie en met personeel van de ENOV en van de Dienst Epidemiologie van de UCL, de 'Groupe de Recherche Inter-

disciplinaire sur la Malnutrition et la Mortalité' (GRIMM). Met de financiële steun van het Fonds voor Geneeskundig Wetenschappelijk Onderzoek (FGWO) ontwierpen zij een studie van de oorzaken van malnutritie en sterfte bij kinderen. Op basis van een vroegere experiment in Midden-Amerika formuleerden de onderzoekers een hypothetisch model van vermeende oorzaken ter voorbereiding van een operationeel onderzoek. Samen met Braziliaanse medewerkers van de Universiteit van Pernambuco, die in hun land de nodige financiële steun kregen, begon dat onderzoek in oktober 1981 in Recife onder de leiding van het Departement Demografie van de UCL. Resultaten kwamen aan bod in een publicatie van 1983. Eveneens in 1983 had Beghin voor het Joint Nutrition Support Programme (JNSP) van WHO en UNICEF een onderzoek geleid naar de evaluatiemogelijkheden van grootschalige projecten van primaire gezondheidszorg, waarin activiteiten om de voedingstoestand te verbeteren waren geïntegreerd.⁵¹

Hij was lid van de beheerraad en van het wetenschappelijk comité van een internationaal platform over deze problematiek: de 'Groupe d'Etudes et de Recherches sur la Malnutrition' (GERM). Dat comité was voorgezeten door Daniel Lemonnier van het Franse 'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale' (INSERM). Op hun 'Journées Scientifiques internationales' van 1984 in Parijs hield Beghin een opgemerkte uiteenzetting over het causale model, de oorzakelijke benadering van de voedingsproblematiek. De uitwisselingen met de aanwezige Franse organisaties: het INSERM, het 'Centre National de la Recherche Scientifique' (CNRS), het 'Institut de Recherche pour le Développement' (IRD, ex-ORSTOM, de vroegere Franse organisatie voor onderzoek overzee), zorgden voor latere gezamenlijke onderzoeken. Hij was de drijvende kracht achter het colloquium van 1985 in het ITG, getiteld Health and Mortality of Young Children in Developing Countries.⁵²

Het causale model kreeg duidelijker vorm en in de loop der jaren zou het uitgroeien tot een instrument geschikt om ook de oorzaken van andere problemen te analyseren.

Anderzijds vroeg de FAO om een handleiding voor de specifieke voedingsactiviteiten op te stellen voor de verantwoordelijken van rurale ontwikkelingsprojecten.⁵³ De EU maakte fondsen beschikbaar voor de ontwikkeling van methodes en instrumenten om dergelijke projecten te evalueren op een allesomvattende en participatieve manier. Dit interesseerde het Institute of Human Nutrition and Food van de universiteit Los Baños van de Filippijnen voor de evaluatie van een plaatselijk project: Barangay Integrated Development Approach for Nutrition Improvement (BIDANI) en werd de aanzet van een vruchtbare samenwerking van de Eenheid Voeding en het KIT van Amsterdam met die Filippijnse universiteit. Van 1985 tot 1987 financierde de EU een onderzoek om een gepaste evaluatiemethode uit te werken. De methode was gebaseerd op het uitwerken van een model dat het project weergeeft onder de vorm van een samenhangend geheel van hypothesen, uitgewerkt op een manier die het verband tussen de aangewende middelen en de gerealiseerde of verwachte resultaten weergeeft. De toepassing was een stimulus voor het Filippijns ontwikkelingsproject en was tevens een gelegenheid om de techniek voor de opbouw van het model bij te sturen en de toenmalige beperkingen van de methode te identificeren.

In 1987 werd Beghin diensthoofd. Met zijn multidisciplinaire team een dynamisch evenwicht bewaren tussen onderzoek, onderwijs, capacity building van jonge wetenschappers en dienstverlening leek hem de beste formule om de doelstelling van de Eenheid te realiseren: praktische oplossingen aanreiken voor de

voedselproblemen in de Derde Wereld. De evaluatie van voedingsprogramma's bleef tot 1991 het centrale thema van de onderzoeken.

Een praktische gids voor de evaluatie en planning van multidisciplinaire programma's

De ontwikkelde methodologie bleek geschikt voor de evaluatie van projecten, die bijdroegen tot het verbeteren van de voedingstoestand, of het nu ging om specifieke voedingsprogramma's of om projecten van gezondheidszorg of van plattelandsontwikkeling. De praktische gids voor evaluatie werd gepubliceerd als working paper maar er was verder onderzoek nodig, zowel van de processen die zich afspeelden bij de evaluatie als van de vervormingen door de bestaande informatiesystemen. De partners wilden tevens nagaan of de methode geschikt was om de opleiding in voedingsproblematiek te evalueren.⁵⁴ In 1989 bekwamen de universiteit Los Baños, het KIT en de Eenheid hiervoor een nieuw fonds van de EU. Ook de Eenheid Epidemiologie, de ULB, de RUG en een pedagoog van de universiteit van Luik werkten er aan mee. De nieuwe fondsen maakten het voor de Eenheid mogelijk een socioloog aan te werven om de verwachtingen, de gedragingen en de rol van alle soorten medespelers in het evaluatieproces te bestuderen. Nadat de methode op punt gesteld was in de Filippijnse context koos een groot Nederlands-Filippijns project van plattelandsontwikkeling voor deze methode. Leden van de Eenheid namen deel aan de toepassing van de methode in projecten in Centraal Amerika, Brazilië, Kenya en Nepal. Het International Fund for Agricultural Development (IFAD), UNICEF, Save the Children Fund (SCF) en andere niet-gouvernementele organisaties pasten haar toe in hun projecten.

Vanaf 1992 verschoof de interessesfeer van de Eenheid van de evaluatie naar de planning. Op uitnodiging en met financiering van de WHO, had de Eenheid, aan de hand van een omvangrijke documentatie van de WHO en van de FAO, actief meegewerkt aan het basisdocument voor hun Internationale Voedingsconferentie van 1992 in Rome. Deze opgave betekende een uitstekende actualisering van de Eenheid op het vlak van interventie en planning.

De hulpmiddelen die ontwikkeld werden om interventies te evalueren bleken ook voor de planning in aanmerking te komen. Onderzoeken om deze hypothese te staven samen met de vroegere partners en met een Indonesisch team, de Urban Health Study Group (UHSG) van Atma Jaya, werden gefinancierd door de EU en door UNICEF. Het resultaat was een creatieve en flexibele methode, die zowel voor de planning als voor de evaluatie en bijsturing van projecten in een perspectief van algehele ontwikkeling in aanmerking kwam.

In 1993 heeft de Eenheid, in samenwerking met de universiteit van Gent en het IRD, een onderwijsmodule over haalbare bewaking van voedingsproblemen (nutrition surveillance) ontworpen en uitgeprobeerd in de curricula van de voedingscursussen in Gent en in Montpellier. In 1995 en in 1998 organiseerden de drie partners, met de steun van WHO en FAO, hierover een internationale cursus van drie weken in Montpellier. Het pedagogisch document dat zij opmaakten werd sindsdien ter beschikking gesteld van geïnteresseerde instellingen. Enkele jaren en ervaringen later groeide hieruit een belangrijke originele publicatie.⁵⁵

Als formalisering van jarenlange samenwerking met de Eenheid, ondertekende het Instituut in juni 1994 een samenwerkingsovereenkomst met het IFAD. De Eenheid ontwierp een viertal technische fiches om de uitvoering van voedingsinterventies te

vergemakkelijken en, ter attentie van docenten en plannings- en evaluatiedeskundigen, een handleiding voor het maken van dergelijke fiches. Het IFAD gebruikte meer en meer de ontworpen methode voor planning en evaluatie en bood de Eenheid terreinen aan voor onderzoek en experimenten (in '95/'96 in Kenya en Tsjaad). De toepassingen kenden grote bijval. Samen zouden IFAD en ITG enkele jaren later een gids voor de toepassing van die methode publiceren. Ze bestaat uit een reeks logische stappen om tijdens de evolutie van een project op een flexibele manier de participatie van de betrokkenen en de veelzijdigheid van de actie te garanderen. Vóór het project van start gaat is een workshop voorzien om aan de hand van een causaal model een duidelijk zicht te krijgen op het probleem, op interventies die haalbaar zijn en de verwachte effecten. Evenzeer tijdens latere fasen kan voor de evaluaties en eventuele bijstellingen een workshop nodig zijn. Het IFAD gebruikte meer en meer deze benaderingswijze en in 2001 zou het de instructies voor de toepassing van de methode, Comprehensive Participatory Planning and Evaluation (CPPE) gedoopt en opgesteld door het team van de Eenheid, publiceren en verspreiden.⁵⁶

Intussen hadden de Eenheden Voeding en Volksgezondheid in Brazilië, samen met Braziliaanse onderzoekers verder de relatie tussen voeding, gezondheid en gezondheidszorg bestudeerd in een stadswijk.

Rehabilitatie van ondervoede kinderen

Het onderzoek naar en betere rehabilitatie van ondervoede kinderen was een tweede prioriteit van de Eenheid. Zo was in 1985, met de steun van de Coopération Interuniversitaire Francophone (CIUF) de medewerking begonnen aan een project van rurale ontwikkeling van de universiteit van Lubumbashi (UNILU) in Katanga. Het initiatief aan Belgische zijde was uitgegaan van de universiteit van Mons, die aan de Eenheid voorgesteld had het onderzoek in verband met de voeding te begeleiden. In 1987 startten de studies van drie aspecten: de evaluatie van de behandeling van ondervoede kinderen in het hospitaal en thuis aan de hand van een realistisch individueel streefgewicht; de studie van het voedselverbruik in die streek, samen met de RUG; de voedingsvoorlichting, samen met de universiteit van Luik.⁵⁷ De onderzoekingen waren nog bezig, toen in 1990 de Belgische financiële steun aan Congo wegviel. De thuisbehandeling van ondervoede kinderen ging wel voort maar zonder systematisch onderzoek. In Togo, Senegal en Kameroen werden onderzoekers begeleid om de methode toe te passen op hun terrein. De Eenheid zelf nam die draad opnieuw op in Cochabamba in 1995. Hierbij aansluitend werd bij moeders in Nepal de perceptie van ondervoeding van kinderen onderzocht. Een Nepalese veldwerker liep stage bij de Eenheid om zijn rol te kunnen spelen bij de volgende fase, een onderzoek naar de mogelijkheid de culturele of psychologische weerstand tegen het gebruik van de gezondheidsdiensten te doorbreken.

De groeiachterstand (stunting) was een belangrijk probleem. In 1991 was reeds een onderzoeksproject tot stand om een beter inzicht te krijgen in de rol van oligo-elementen in die achterstand. In Bangladesh werd de interactie tussen, ijzer, zink en Vitamine A onderzocht. In Brazilië werd nagegaan of de toevoeging van zink het preventieve effect van vitamine A verbetert. In Maputo werkten de Eenheden Voeding, Epidemiologie en Volksgezondheid samen met het Instituut Tropische Geneeskunde van Lissabon in een studie van de invloed van de toediening van vitamine A op het ziekteverloop van gehospitaliseerde kinderen. Gegevens over

stunting afkomstig uit Indonesië en Tibet werden geanalyseerd om ze te gebruiken voor een preventiestrategie. Alles wees er op dat de groeibevordering, de gezondheid en de ontwikkeling van het kind meer holistisch, met meer aandacht voor de actieve deelname van de directe omgeving moest benaderd worden. In het proefschrift voor het doctoraat van Patrick Kolsteren, werden de factoren, determinerend voor de groeiachterstand, geanalyseerd.⁵⁸

In 1993 verscheen het boek 'Nutrition et Communication', waarin de inspraak haar terechte plaats kreeg in de voorlichting. Het was het eindresultaat van tien jaar samenwerking met de Universiteit van Luik.⁵⁹ In 2001 werd het in het Spaans vertaald door de 'Universidad Ibero-Americana' van Mexico.

De biomedische diensten van het Instituut raakten geïnteresseerd om het causale model, ontwikkeld voor de studie van voedselproblemen, te gebruiken bij de studie van Afrikaanse slaapziekte en samen met de Eenheden Voeding en Epidemiologie ontwierpen ze een causaal model voor die ziekte.

Om jonge wetenschappers uit Afrika, Azië en Latijns Amerika te vormen begeleidde de Eenheid hen niet enkel op het terrein: vanaf 1987 werd jaarlijks voor een vijftal van hen een stage van vier tot twaalf maanden georganiseerd in België. De kwaliteit van de vorming werd geïllustreerd door de zes doctoraatsthesisen van vaste en tijdelijke assistenten, die einde 1995 afgewerkt of in voorbereiding waren.⁶⁰

Van de relevantie van het onderzoekswerk getuigen de samenwerkingsvormen met en de opdrachten van FAO, UNICEF, IFAD, WGO, INSERM, het wijd verspreide gebruik van de handleiding voor interdisciplinaire evaluatie en planning en van de technische fiches, het succes van causale model ook in andere departementen, de aanwending van de onderwijsmodules ook buiten het instituut: in de RUG en in Montpellier.

1.3. De Eenheid Epidemiologie

In 1982 ging de Eenheid Epidemiologie van start met Aimé De Muynck als diensthoofd. Zijn terreinervaring was begonnen in 1969 in Pakistan, waar hij twee jaar als medisch directeur van een niet gouvernementeel hospitaal had gewerkt. In 1972 behaalde hij zijn MPH op de CIPS, werd opgenomen in het team van de ENOV en maakte gedurende twee jaar deel uit van het directiecomité in het project Kasongo. Van 1974 tot 1980 was hij door het ITG aangesteld als van beheerder van het 'Centro Nacional de Enfermedades Tropicales' (CENETROP) in Santa Cruz, naast de Boliviaanse directeur. Na dit mandaat vroeg de directeur van het ITG hem zich voor te bereiden om in het instituut een nieuwe dienst Epidemiologie te leiden. Dit gebeurde in de School of Public Health van Harvard (USA), waar hij na twee jaar de titels van Master of Science in Biostatistics en Master of Science in Epidemiology bekam.

Als hoofd van de Eenheid was zijn eerste opdracht het onderwijs van epidemiologie en statistiek in de verschillende cursussen van het Instituut en het beschikbaar stellen van zijn deskundigheid voor andere onderzoekseenheden. Eigen onderzoek begon, ter voorbereiding van het ITG-colloquium van december 1983, met studies rond migratie en gezondheidsproblemen. De thema's waren: het profiel van de medische consumptie van Marokkaanse immigranten, de medische karakteristieken van Indische adoptiekinderen en de importpathologie in de huisartsenpraktijk. Bij die migrantenstudies, begonnen met een Antwerpse huisarts, Leo Schillemans, werden

in de volgende jaren bijna veertig huisartspraktijken betrokken in de provincies Antwerpen en Limburg. De aanwerving van een sociologe en een psychoantropologe had ook de sociologische en antropologische analyse van de medische zorgenvraag mogelijk gemaakt. Het onderzoek toonde aan dat de langdurige effecten van de migratie zich vooral lokaliseerden op het psychosomatische vlak en dat de biomedische problemen minder te wijten waren aan het migrant zijn dan aan hun socio-economische achterstelling. Samen met de dienst Sociale Geneeskunde van de UA werden, op vraag van het Centrum voor Etnische Minderheden, de categoriale gezondheidsvoorzieningen voor migranten, per gemeente en per echelon, in kaart gebracht. Uit de analyse van het gebruik van de diensten bleek dat zij onvoldoende vertrouwd waren met de figuur van de huisarts maar dat vooral gebrekkige communicatie de oorzaak was van inadequaat gebruik van de diensten. Uit de verwerking van die gegevens groeide een hechte samenwerking met de afdeling Statistiek van de universiteit van Reading (GB). In zijn aggregaatsthesis verdedigde De Muynck in 1993 de stellingen dat ons zorgenaanbod onvoldoende aangepast was aan de vraag van Marokkaanse en Turkse immigranten en dat de studie van de medische consumptie van allochtonen een signaalfunctie had voor alle kansarmen.⁶¹

In 1983 ontwierp De Muynck, een nieuw onderzoeksplan voor de studie van de ziekte van Chagas. Hij stelde het voor op een colloquium in Santa Cruz. Met de steun van het Tropical Disease Research programma (TDR) van de WHO, begeleidde hij in 1985 zulk een studie, uitgevoerd door de universiteit van Pelotas in een Braziliaanse haard. Zij moest duidelijker maken welke factoren bepalend zijn voor de aantasting van de hartspier bij de ziekte van Chagas.

Nog in 1983 begon, op vraag van FOMETRO, de analyse van de gegevens van twintig jaren bestrijding van slaapziekte in Congo, gevolgd door een epidemiologische terreinstudie die aanving in januari 1985 met een serologisch, parasitologisch en entomologisch onderzoek in een haard. In het kader van het TDR kreeg de Eenheid de opdracht een workshop te organiseren over het gebruik van mathematische modellen in de epidemiologie en de controle van slaapziekte. Met Beghin, de promotor van het causale model bouwden De Muynck en andere onderzoekers van het Instituut een causaal model op voor de analyse van die ziekte. Het werd een gewaardeerd hulpmiddel om nationale controleprogramma's te evalueren. De Eenheid had een belangrijke inbreng in het ITG-colloquium van 1989 over Research in Health Systems, an indispensable Tool for Development en zij was medeorganisator van het colloquium over Trypanosomiase dat er in 1991 plaatsvond. Nog in 1991 organiseerde zij samen met de Erasmus Universiteit van Rotterdam een internationale workshop in Daloa (Ivoorkust) over de rol van modellen in de controle van slaapziekte. Samen ontwierpen zij nadien een mathematisch model waardoor het belang van de vectorcontrole duidelijker werd. In Zoukougbeu (Ivoorkust) werd het natuurlijk verloop van een endemie van slaapziekte bestudeerd met de bedoeling een efficiënte strategie voor een laag endemische haard te ontwikkelen. In een epidemiologische studie in Busoga (Oeganda) onderzocht de Eenheid, samen met lokale onderzoekers, hoe gevallen van de trypanosomiasis rhodesiensis op een efficiëntere wijze konden gescreend worden. Intussen paste zij het gebruik van het causale model toe in Bolivia op de ziekte van Chagas en in Pakistan op de analyse van de therapietrouw.

De Eenheid werkte samen met de Eenheid Voeding en met de Universiteit van Los Baños van de Filippijnen aan de ontwikkeling van een evaluatiemethodologie voor complexe interventieprogramma's.⁶² Ook met andere onderzoekseenheden van het

Instituut (parasitologie, microbiologie, voeding) werkte zij samen om de kwaliteit van de epidemiologische en statistische analyses binnen hun onderzoek te garanderen. In Katana (Congo) werkte zij mee met de 'Fondation Médicale de l'Université de Louvain' (FOMULAC). Samen bestudeerden zij de invloed op het sterfterisico in een programma van malariabestrijding, waarvoor de plaatselijke bevolking werd ingeschakeld. Het NFWO financierde de medewerking aan een studie in Togo om familiale medische dossiers te gebruiken voor de bepaling van het gezondheidsprofiel in een streek.

Computergestuurd onderwijs

Van 1985 tot 1987 ontwikkelde de Eenheid, in samenwerking met de afdeling Mathematica van de UIA een Franstalige en een Spaanstalige versie van computer gestuurd onderwijs in epidemiologie en biostatistiek (EPITROP) met de bedoeling de materie behandeld in de Europese Zomercursus in Tropische Epidemiologie ter beschikking te stellen van studenten overzee. Het softwarepakket kende grote bijval in onderwijs- en onderzoekscentra in Bolivia, Peru en Colombia en op congressen voor tropische geneeskunde in Lissabon en Amsterdam. Een gecontroleerde meting van de kwaliteit toonde zeer goede resultaten voor de overdracht van kennis, vaardigheden en inzicht. Vanaf 1988 werd het ingeschakeld in de cursussen van het ITG.

De Eenheid was in 1990 al meerdere jaren medeorganisator van de Europese cursussen Tropische Epidemiologie, die wisselend doorgingen in meerdere Europese instituten en waarin de stafleden ook zelf doceerden. Dat jaar vond de eerste Spaanstalige cursus plaats in Madrid, de zesde Franstalige in Parijs en de tiende Engelstalige in Antwerpen. In het kader van een pilootproject van geïntegreerde gezondheidszorg van de Burundese regering, stond de Eenheid in voor het op punt stellen van de communautaire diagnose en van een methode van toezicht op de incidentie van prioritaire problemen. Gesponsord door UNICEF organiseerde zij er een cursus in communautaire epidemiologie voor provinciale geneesheren.

In de jaren negentig leidde de wetenschappelijke ondersteuning van CENETROP tot drie nieuwe onderzoeklijnen: door vectoren overgedragen ziekten in (peri)urbaan milieu, nosocomiale infecties en de preventie van de overdracht van infectieuze aandoeningen bij bloedtransfusie. Het onderzoek op het domein van infectieuze epidemiologie ging verder. Voor tuberculose was er het onderzoek in verband met therapietrouw, de bepaling van het resistentieprofiel van kochbacillen in Sialkot (Pakistan) en de studie van de ziektebeleving en van het ziektegedrag in Eldoret (Kenia) en in Bangladesh. In Sucre (Bolivia) bestudeerde de Eenheid verder de hartcomplicaties ten gevolge van de ziekte van Chagas en de reactie van de lokale bevolking op de aanwezigheid van de vector van de ziekte.

Het malaria-onderzoek in Congo vertrok van concrete vragen van de zorgverstrekkers en zocht naar direct toepasbare oplossingen. Samen met het laboratorium van protozoölogie van het Instituut bestudeerde de Eenheid de bruikbaarheid en de herhaalbaarheid van de serologische DAT-test voor leishmaniasis. In samenwerking met de dienst neonatologie van het universitair ziekenhuis van Antwerpen onderzocht zij het risico van neonatale besmetting door infusen. De toepassing van de bevindingen deed de nosocomiale infecties sterk dalen.

Patrick Van der Stuyft, sedert 1984 staf lid van de Eenheid, verdedigde in 1991 zijn aggregaatsthesis over de functie van een dienst Epidemiologie.⁶³ Hij was toen reeds gastdocent Epidemiologie aan de 'Universidad Nacional Autonoma' in Nicaragua en startte dat jaar in Guatemala, in samenwerking met het 'Centro de Estudios y Información para la Salud en Areas Rurales' en met het Deense Statens Serum Instituut, een multidisciplinair onderzoek naar het gebruik van naast elkaar bestaande gezondheidssystemen.

In 1995 vermeldde de Eenheid verder nog drie lopende onderzoeken van de communautaire epidemiologie. In Sacatepequez (Guatemala), waar verschillende zorgsystemen naast elkaar bestaan, participeerde de Eenheid in een multidisciplinair onderzoek omtrent de determinanten van de zorgenvraag. Een studie van het verloop van de zorgvraag bij immigranten in Vlaanderen, elf jaar na het initiële onderzoek, wees op een verhoging van het gebruik van de diensten, vooral bij Turkse immigranten. Een van de teamleden, tevens voorzitter van Artsen zonder Grenzen nam in Goma (Congo), deel aan de opvang van de stroom Rwandese vluchtelingen en de indijking van de cholera epidemie. Zij werkte mee aan het ontwikkelen van een methode van rapid assessment of emergencies. Intussen bereidde zij haar PhD thesis voor over de validiteit van serodiagnose van viscerale leishmaniosis.⁶⁴

De Eenheid kon terugblikken op belangrijke resultaten. Zij had meerdere succesvolle onderzoeksprojecten op haar naam, had bijgedragen tot de verfijning en verspreiding van het oorzakelijk model, een instrument om problemen in verband met specifieke ziekten te analyseren, was medeorganisator van Europese cursussen in tropische epidemiologie, organiseerde in de internationale cursussen van het Instituut en in het buitenland onderwijsmodules in epidemiologie en statistiek, en creëerde EPITROP, de software voor zelfstudie op die domeinen. De drie vermelde doctoraatsthesisen en de vele sollicitaties voor verdere deelname aan wetenschappelijke activiteiten illustreren de kwaliteit van hun aanpak.

2. Het geïntegreerd Departement Volksgezondheid

Mercenier was een jaar op pensioen toen, in augustus 1995, ook voor Van Balen de loopbaan op het ITG een einde nam. Wim Van Lerberghe volgde hem op als diensthoofd van de ENOV.⁶⁵ Beghin beëindigde zijn loopbaan in 1996 en Patrick Kolsteren volgde hem op als hoofd van de Eenheid Voeding.⁶⁶ Ook voor de Eenheid Epidemiologie was er een aflossing van de wacht. In 1996 verkoos De Mynck een Dienst Epidemiologie te leiden onder de koepel van het Departement Klinische Wetenschappen, waar de meeste projecten van klinische epidemiologie in onder gebracht werden. Het andere personeel van de Eenheid sloot aan bij het Departement Volksgezondheid onder leiding van Patrick Van der Stuyft.⁶⁷

De organisatie en het programma van het Departement werden aangepast. Voor de samengevoegde Eenheden was het inzicht in de onderlinge wisselwerking van projecten en activiteiten belangrijker dan verdere specialisatie al behield elk van hen een zekere specificiteit. Er kwam een departementsraad, samengesteld uit het zelfstandig academisch personeel, een vertegenwoordiger van de assistenten en een van het technisch personeel. Die raad koos een voorzitter en een vicevoorzitter. Het was een mandaat voor twee jaar, eenmaal hernieuwbaar, dat gedurende de eerste vier jaren verleend werd aan Van Lerberghe en Van der Stuyft,

de volgende twee jaren aan Kegels⁶⁸ en Van Dormael⁶⁹ en vervolgens aan Van der Stuyft en Kegels. Departementale vergaderingen bepaalden de politiek van het Departement. Het team was te groot geworden om alles met iedereen te bespreken. Voor aanverwante onderwerpen waren er taakgerichte werkgroepen, met inbreng van leden uit een of meerdere van de vroegere Eenheden en eventueel van andere Departementen. Omwille van de onderlinge afhankelijkheid van de onderzoeksdomeinen en om de gemeenschappelijke doelstellingen niet uit het oog te verliezen kwamen de vorderingen van de projecten op regelmatige tijdstippen ter sprake in de departementsvergaderingen.

Voor de coördinatie van de ICHD/CIPS was er zoals vroeger een beurtrol van senior stafleden (Unger,⁷⁰ Van der Stuyft en Van Lerberghe, later vervangen door Kegels). Zij konden daarbij beroep doen op twee tutoren. Wekelijks kwamen zij bijeen om eventuele problemen op te lossen.

Einde 1996 was de voorbereiding van het vijfjarenplan een aanleiding om een inventaris te maken van de werklast, van het toenmalig personeelsbestand, van de lopende projecten en activiteiten en van de instellingen waarmee het samenwerkte. Het academisch personeel bestond uit 24 leden (tegenover zestien einde 1995). Twee van hen waren in het buitenland (in Thailand en in Zimbabwe). Van de 22 andere waren er vijf deeltijds. Acht werden gefinancierd door externe fondsen, negen door staatstoelagen en vijf door het ICHD/CIPS patrimonium. Spijts die toename was het aantal leden administratief personeel blijven steken op vijf (waarvan drie deeltijds). Onderwijs en opleiding binnen het instituut nam ruim een derde van de tijd van het academisch personeel in beslag. Daarnaast vervulden zij onderwijsopdrachten aan Belgische universiteiten (RUG, VUB, ULB, UA), aan het KIT van Amsterdam, aan het IRD van Montpellier en buiten Europa aan het INAS in Marokko en aan de universiteit van Cochabamba in Bolivia.

Er liepen veertig onderzoeksprojecten die een voortzetting waren van de activiteiten van ENOV, Voeding en Epidemiologie. In die projecten werkte het Departement rechtstreeks samen met 52 grote of kleine instellingen en de inventaris vermeldde nog 49 andere instellingen waarmee op een andere manier werd samengewerkt. De financiering gebeurde geheel of gedeeltelijk voor zeventien projecten door de EU, voor acht door het ABOS, voor vier door UNICEF, voor vier door GTZ, voor twee door het NFWO en verder telkens voor één project door het IFAD, het IDA, het Centre for Health and Population Studies van Bangladesh, de VLIR, de WHO, de UNFPA, het IRD en het Belgische ministerie van sociale Zaken. Het aantal artikels gepubliceerd per staflid tijdens de drie voorafgaande jaren bedroeg vier à vijf, wat meer was dan in vergelijkbare wetenschappelijke instellingen.⁷¹

Voor het vijfjarenplan telde vooral de toekomst. Om dat alles te kunnen volhouden was een uitbreiding van de staf nodig. In 2000 zou het Departement dan ook 37 leden academisch en tien leden administratief personeel tellen. In 2003 werd het respectievelijk 39 en twaalf. Gans de groep onderschreef de strategie die onderzoek interventie en opleiding onlosmakelijk met elkaar verbindt.

Het hoofddoel was niet veranderd: vooral in ontwikkelingslanden zorgen voor een positieve impact op de gezondheidszorg, in het kader van de algemene ontwikkeling. Op het niveau van de basisdiensten bleef de verbetering van de kwaliteit van de zorg met inbegrip van de integratie van de bestrijding van specifieke problemen het voornaamste objectief. Op het intermediaire niveau (de formele en informele districten in uiteenlopende contexten) moest verder uitgezocht worden welke middelen, welke instrumenten, welke vormen van begeleiding, de

voorwaarden verbeterden om adequate zorg te kunnen realiseren. De strategie van de voorafgaande jaren had in verschillende landen vertrouwensrelaties gecreëerd bij beleidsverantwoordelijken. Vandaar het plan om het beleidsniveau te inspireren door de politici te tonen hoe ze de budgetten evenwichtiger konden verdelen, hoe ze de toegankelijkheid tot gezondheidszorg van goede kwaliteit konden verbeteren en hoe de opleiding van het gezondheidspersoneel daartoe best werd aangepast. De methodologische uitdagingen om dit waar te maken waren drievoudig: spijs de veranderende situaties wetenschappelijk verantwoorde (evidence based) keuzes blijven maken bij de controle van specifieke problemen; bij gevallenstudies het veranderingsproces en al de gekende factoren, die een gunstige of ongunstige invloed hadden, volledig documenteren; bij interdisciplinaire projecten de andere disciplines voldoende verstaan om een optimale synergie te bekomen. De nieuwe projecten weerspiegelden die uitdagingen.

In 1996 werd de wetenschappelijke begeleiding van het Belgisch-Boliviaanse samenwerkingsprogramma herschikt. Voor het ITG ging het om drie projecten. In Santa Cruz was het enerzijds de methodologische steun aan de regionale gezondheidsautoriteit bij de ontwikkeling van het openbaar gezondheidssysteem en anderzijds de institutionele versterking van CENETROP door gezamenlijk onderzoeksprojecten uit te werken. Het derde project was het de uitbouw van een afdeling Tropische Geneeskunde en Volksgezondheid aan de universiteit San Simon in Cochabamba. Het curriculum van die afdeling werd aangepast. In 1997 leidde dit tot een postgraduaat cursus in tropische geneeskunde. Het onderzoek naar de controle van specifieke problemen gebeurde er in aparte werkgroepen rond voeding, leishmaniose, de ziekte van Chagas, tuberculose en malaria. In samenwerking met de regionale autoriteit begeleidde die afdeling de ontwikkeling van een stedelijk gezondheidscentrum dat essentiële gezondheidszorg van goede kwaliteit zou aanbieden en werkte zij een spreidingsplan uit voor de gezondheidsdiensten van de stad. Elk van de drie projecten beschikte over een Belgische medewerker, die vertrouwd was met de concepten van het Departement Volksgezondheid. Ter hoogte van het ITG was er een stuurgroep per project, geleid respectievelijk door Unger en Van der Stuyft van dit Departement en door Le Ray van het Departement Parasitologie.

Het Belgische ministerie van Sociale Zaken bleef het SYLOS project financieren dat hospitaalgeneesheren en huisartsen in Antwerpen, Brussel, Gent en Malmédy betrok bij het onderzoek naar een rationalisatie van de taakverdeling tussen het eerste en tweede echelon in informele districten.

Actievere inzet van alumni van de ICHD

In veel ontwikkelingslanden was het aantal geneesheren sterk toegenomen maar de werkmiddelen waarover zij konden beschikken, hun eigen inkomen en hun werkvoorwaarden waren er erg op achteruit gegaan. Hierdoor kwam de kwaliteit van de gezondheidszorg in het gedrang. Met de steun van de deelnemers van de ICHD kwam een studie tot stand van de wijzen waarop geneesheren in gezondheidsdiensten van openbaar nut, zich uit de slag trokken om in dergelijke omstandigheden hun taken naar behoren te vervullen. Een ander onderzoek ging na in welke mate het personeel zijn prestaties aanpaste bij de hervorming van gezondheidssystemen. De bekommernis om de kwaliteit van de zorg groeide en

vanaf 2000 financierde de WB een onderzoeksproject van het Departement in samenwerking met CREDES over dit onderwerp. Ook de opleiding van districtsartsen in Niger, door alumni van de CIPS, kon vanaf 2000 opnieuw ondersteund worden, deze keer op kosten van GTZ.

In 1998 begon het Departement in samenwerking met Cubaanse alumni van de ICHD, drie onderzoeksprojecten over deelaspecten van de Cubaanse gezondheidszorg. De financiering gebeurde deels door de EU, deels binnen het raamakkoord ITG-ABOS. Binnen het raamakkoord werden nog andere projecten in samenwerking met alumni opgezet: de institutionele versterking van het INAS, een technische ondersteuning van het districtsbeheer in Marokko en de studie van de mogelijkheden en beperkingen van een wetenschappelijke begeleiding van projecten via het district.

Intussen liep de samenwerking met het Thaise Health Care Reform project voort.

In Mali kwam in 1999 een einde aan tien jaren wetenschappelijke begeleiding van het ministerie van Volksgezondheid bij zijn hervorming van de gezondheidssector. Het ganse proces en de resultaten werden dat jaar gepubliceerd door de alumni van de CIPS die het ganse proces hadden begeleid.⁷²

Vanaf 2000 werkte het Departement mee aan een ander grootschalig onderzoek, samen met de Liverpool School of Tropical Medicine, de Universiteit van Barcelona en met onderzoekscentra en universiteiten van Colombia, El Salvador, Ecuador en Guatemala. Het had als doel te onderzoeken hoe de initiatieven voor hervorming van gezondheidssystemen in Latijns Amerika meer slagkracht konden krijgen.

Omwille van de toenemende krapte van de budgetten van openbare diensten in arme landen werd het potentieel van vrijwillige ziekteverzekeringen opgenomen in het onderzoeksprogramma. Het Departement stond in voor de wetenschappelijke begeleiding van een proefproject in die zin van *Medicus Mundi*, in Guinea.⁷³

In het kader van de aanpak van specifieke problemen leverde het Departement een belangrijke bijdrage aan het colloquium, dat in 1998 in het Instituut plaatsvond met als thema *Sleeping Sickness Rediscovered* en was medeorganisator van dat van 2000 met als thema *Moving Targets: Parasites, Resistance and Access to Drugs*. Ook de studie van de kwaliteit van de verloskundige zorg kreeg bijzondere aandacht. Vincent De Brouwere coördineerde deze stuurgroep. Na enkele jaren groeide dit uit tot een internationaal netwerk voor de studie van niet beantwoorde verloskundige noden *Unmet Obstetrical Needs (UON)* en in 2002, met de steun van de Bill Gates Foundation, UNFPA en de WB, tot het *Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT)*. Hierin speelt het Departement nog steeds een belangrijke rol.

Op basis van haar sinds 1996 lopend internationaal onderzoeksprogramma, dat het belang van een holistische aanpak van de groeibevordering van het kind aantoonde, organiseerde de stuurgroep Voeding in 2001 een internationaal colloquium met als thema *Promoting Growth and Development of Under Fives*. Dit was de aanzet van een werkgroep die de evidence base van nutritionele interventies wilde documenteren. Gezien de snelle verandering van het patroon van de morbiditeit in landen met een overgangseconomie, zoals Libanon en Tunesië, was ook de aanpak van cardiovasculaire ziekten een prioriteit geworden.

Het Departement was medeorganisator van het colloquium *Health Care for All*, dat het Instituut organiseerde in oktober 2001.

Het resultaat van de vijf jaren mocht er zijn, zowel op het niveau van de basisdiensten, van het intermediaire en het nationale beleidsniveau als op het

domein van de verticale programma's. Er waren nationale beleidsdocumenten geformuleerd, geïnspireerd door het referentiemodel van het Departement. Van 1996 tot 2001 had het Departement jaarlijks gemiddeld 65 publicaties of overzichten op zijn actief. De 'Studies in Health Service Organisation and Policy' (SHSOP), officieel uitgegeven door ITGPress, waarvan de eerste nummers verschenen in 1997, illustreerden het grote potentieel van de concepten en de aanpak van het Departement.⁷⁴ De nieuwsbrief RIAC/INFI (zie item 3.1. van dit hoofdstuk), was intussen uitgegroeid tot een instrument voor de bijscholing van alumni. De publicatie en de verzending naar ruim 800 alumni in 109 landen, werden opgenomen in het raamakkoord. De constante aanpassing van het curriculum van de ICHD/CIPS en de ontwikkeling van de nieuwe MDC toonden het nut van de strategie waarbij onderzoek, interventies en opleiding samengaan. Het Departement nam in meerdere internationale fora deel aan wetenschappelijke debatten over gezondheidsbeleid. De sponsoring van de 27 projecten die toen liepen gebeurde voor zeven door de EU, voor vijf door DGOS, voor vijf door het AIDS impuls programma, voor drie door de NGO 'Nutrition Tiers Monde', voor drie door het FWO, en telkens voor één door het Belgische Ministerie van Sociale Zaken, door GTZ, door IFAD en door het Franse Ministerie van Buitenlandse Zaken. De samenwerking met Bolivia kende een nieuwe fase: in juni 2002 was er een einde gekomen aan de wetenschappelijke begeleiding van de DGOS projecten maar in het kader van het raamakkoord ging de samenwerking met de universiteit van Cochabamba voort in het vooruitzicht van de ontwikkeling van de Spaanse versie van de Master in Disease Control cursus (MDC) van het ITG.

Het tweede vijfjarenplan

In 2002 formuleerde het Departement het beleidsplan voor de volgende vijf jaren.⁷⁵ Het had meegewerkt aan het beleidsinspirerend colloquium dat het Instituut, in overleg met het ABOS, had georganiseerd in oktober 2001. Na dat colloquium was een verklaring verspreid onder de gelijknamige titel Health Care for All. Hierdoor verbond het ITG zich, samen met het DGOS en haar partners in ontwikkelingslanden, om de voornaamste problemen aan te pakken die beletten dat het recht voor iedereen op bereikbare gezondheidszorg van goede kwaliteit gehonoreerd werd. Dat universele recht kon op vele plaatsen niet uitgeoefend worden, hetzij omdat de zorgen niet betaalbaar waren, hetzij omdat ze van slechte kwaliteit waren, hetzij omdat het personeel onvoldoende gemotiveerd was, hetzij omdat er geen programma's waren van ziektebestrijding die de basisdiensten geloofwaardig maakten. De verklaring werd een baken voor al de departementen van het Instituut.

Het Departement Volksgezondheid situeerde zijn kernopdrachten op vier specifieke, deels overlappende domeinen: de toegankelijkheid van verzorging; de kwaliteit van het verzorgend en leidinggevend personeel (quality and human resources development); de optimalisatie van de ziektebestrijding binnen de basisdiensten en tenslotte, het gezondheidsbeleid. Die thema's werden ook de voornaamste onderzoeklijnen.⁷⁶ De strategie, waarbij opleiding, onderzoek en technische ondersteuning (vooral de versterking van instellingen voor onderzoek en opleiding in ontwikkelingslanden) op mekaar inspeelden, bleef behouden. Toch had een externe evaluatiecommissie in 2001 geoordeeld dat een betere coördinatie en samenhang nodig was om voor het onderzoek gelijke tred te kunnen houden met de snel

veranderende internationale en plaatselijke contexten. Zij was ook van oordeel dat het Departement zijn internationale uitstraling moest versterken om meer externe fondsen te bekomen.

Om de aangeraden samenhang te versterken richtte de departementsraad platforms op voor de bespreking van onderzoeksprojecten rond een zelfde thema of aanverwante domeinen. Het ging hier niet om een nieuwe structuur maar om soepele samenwerkingsverbanden die zich aanpasten wanneer nieuwe accenten moesten gelegd worden. Vanaf 2003 waren de voornaamste onderzoeksprojecten ondergebracht in minder of meer taakgerichte clusters. Zo waren er in 2005 clusters gestructureerd rond onderzoeksmethodologie, kwaliteit van zorg en ontwikkeling van het menselijk potentieel (human resources development) en, samen met onderzoekers uit andere departementen, rond internationale gezondheidspolitiek, neglected diseases, tuberculosebestrijding en behandelingsmogelijkheden van AIDS.⁷⁷

Om meer internationale uitstraling te bekomen waren reeds intensere werkrelaties met het netwerk van alumni gepland.

In het kader van de kernopdracht Toegankelijkheid ging in Guinea, in samenwerking met Medicus Mundi, de studie van vrijwillige ziekteverzekering voort. In samenwerking met MSF onderzocht het Departement in Cambodja de mogelijkheid sociale vangnetten te realiseren voor de allerarmsten.⁷⁸ Samen met Cubaanse alumni werd onderzocht hoe in Cuba thuiszorg, huisartspraktijken en dringende zorg beter bereikbaar konden gemaakt worden.⁷⁹

Het thema Quality of Care and Human Resources Development kwam de volgende jaren aan bod in negen projecten. Zij waren gericht op de kwaliteit van de zorg voor bepaalde groepen, op de invloed van de organisatiecultuur op de motivatie van het personeel en op strategieën voor capaciteitsopbouw in landen waar AIDS het personeelsbestand uitdunt. Gevallenstudies (meer bepaald in Cuba, Mali, Thailand en Zuid-Afrika) moesten leren hoe het huisartsmodel de kwaliteit van de zorg op het eerste echelon in ontwikkelingslanden kon verbeteren. Zij maakten duidelijk dat het concept zelf (goede en blijvende communicatie, correct klinisch werk, patiëntgerichte zorg) een toegevoegde waarde betekende voor de eerste lijn, ook al waren de verzorgers geen artsen en dat in bepaalde omstandigheden een arts op het eerste echelon nodig was voor de aanvaardbaarheid van dat echelon.⁸⁰ Voor enkele Afrikaanse artsen en Belgische artsen van groepspraktijken kon een kort uitwisselingsproject georganiseerd worden. In Niger werd uitgezocht uit hoe in de vigerende omstandigheden de werking van de districten kon versterkt worden vanuit de departementen. Een literatuurstudie verschaftte informatie over successen en mislukkingen van experimenten van kwaliteitsverbetering, basis voor twee terreinstudies in Marokko om na te gaan in hoeverre de decentralisatie van het beheer van het gezondheidspersoneel verbetering van de kwaliteit van zorg meebracht.

Het effect van een minder bureaucratisch beheer van het personeel op de kwaliteit van de zorg werd uitgetest in Niger, Guinea, Zimbabwe en Marokko. Dit onderzoek zou de voornaamste inspiratiebron worden van de doctoraatsthesis van Pierre Blaise.⁸¹

De steun aan het 'Instituto de Salud Publica' van de Katholieke Universiteit van Quito, waarvan de werking geïnspireerd werd door dit Departement, liep eveneens voort.

Het thema Integratie en Ziektebestrijding kwam aan bod in onderzoeken omtrent de rationalisatie van de diagnose van sputum negatieve tuberculose in Peru en Bolivia, omtrent de optimalisering van de controle van viscerale leishmaniose in Nepal, omtrent de bijdrage van de bevolking aan de controle van het Dengue probleem in Cuba, omtrent een doeltreffender aanpak van urbane slaapziekte in Kinshasa. Epidemieën van hemorrhagische koorts in Congo en Oeganda werden geanalyseerd. Het onderzoek in het kader van de reeds vermelde IMMPACT en UON projecten in Afrika, Azië en de Caraïben werd verder gezet met het oog op een verbetering van de bereikbaarheid en doeltreffendheid van verloskundige zorg. In Burkina Faso startte een experiment om de intra-uteriene groei van de foetus te verbeteren en in Peru en Bolivia werd onderzocht in welke mate, naast gepaste voeding, ook aandacht voor psychosociale ontwikkeling van het kind nodig is voor zijn gezondheid.

Er ging meer aandacht naar het AIDS probleem: in Kaapstad nam het Departement deel aan een studie van de kennis en de perceptie van AIDS bij de bevolking en van hun reactie op de aanbieder van zorg op de eerste lijn. In Cochabamba werkte deze groep mee aan het op punt stellen en aan de bewaking van de evolutie van HIV besmetting en van klinische AIDS.

Andere projecten hoorden bij het domein Gezondheidsbeleid: de studie van de invloed van de snel evoluerende context in China en in Cambodja op de werking van rurale hospitalen; de ontwikkeling van informele districten in België (project SYLOS); de aanpak van voedingsproblemen in Noord Afrika, te wijten aan de transitie naar meer welstand; de technische begeleiding van de Jordaanse overheid bij de ontwikkeling van een meer patiënt- en familiegerichte eerstelijnszorg. Ook de analyse van de politiek van gezondheidszorg in verschillende Latijns Amerikaanse landen ging voort, met de bedoeling gepaste alternatieven te kunnen voorleggen aan de beleidsmakers.

In het kader van het raamakkoord met DGOS ontwierp een groep onderzoekers in 2003 een studie met als hypothese dat er in het gezondheidspersoneel en in de gemeenschap krachten kunnen gemobiliseerd worden die Health Care for All dichterbij brengen. Het onderzoek voorziet een waaier van pistes: het potentieel van innovatieve financiële systemen en opvangmogelijkheden van de minstbedeelden om de betaalbaarheid te verbeteren; nagaan of kwaliteitsbeheer door beroep te doen op professionalisme en beroepsfierheid ook in ontwikkelingslanden effect heeft; de analyse van de begrenzing van autonome beslissingen door bureaucratie; de studie van de tekortkomingen bij de invoering van verticale programma's in de basisdiensten; de analyse van wat maakt dat een niet gouvernementele gezondheidsdienst de rol van openbare gezondheidsdienst kan vervullen; de analyse van initiatieven van medebeheer door de gemeenschap. Veertien onderzoekers van het Departement werken er aan mee evenals buitenlandse onderzoekers uit Cambodja, Mali, Mauritanië, Benin en Oeganda.

Een ander project bestudeert in welke mate de huidige internationale gezondheidsbeleid, onder invloed van de wereldwijde fondsen en private ondernemingen, aan de arme landen wordt opgedrongen.

Twaalf van deze projecten waren gefinancierd door het raamakkoord, vijf door de EU, twee door het FWO, twee door andere Belgische instanties, twee door internationale organisaties, twee door niet gouvernementele organisaties en een door de Franse overheid.

Het Internationaal Colloquium Integration and Disease Control dat Guy Kegels einde november 2002 in Antwerpen coördineerde, weerspiegelde de werking van het Departement. Het leidde tot verhelderende discussies met 193 deelnemers van wie 40% uit ontwikkelingslanden. De klemtoon lag op de rol die de gezondheidsdiensten in ontwikkelingslanden spelen in de ziektebestrijding. Tijdens de academische zitting legde een aantal vertegenwoordigers van grote organisaties (WHO, GAVI, The Global Alliance for TB Drug Development) uit hoe en in welke mate ze bijdragen tot de versterking van gezondheidssystemen. In plaats van de ideologische tegenstellingen tussen horizontalisten en verticalisten te benadrukken, werd er gezocht naar structurele oplossingen om een geïntegreerd controlebeleid te realiseren. Tijdens het colloquium werd een conceptueel kader, gelanceerd door het Departement Volksgezondheid, verder uitgewerkt. De leidraad bij integratie van ziektebestrijding is de verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorgverstrekking. Eerder dan volledige programma's worden daarbij activiteiten geïntegreerd in het basisgezondheidssysteem en dan nog slechts wanneer dat opportuun is. Bovendien zijn relatief goed werkende gezondheidsdiensten vereist om activiteiten integreren. Zelfs indien die voorwaarde is vervuld, blijft een pragmatische aanpak noodzakelijk. Hiervoor is een relatieve decentralisatie van het beslissingsniveau vereist en dat is niet altijd aanvaardbaar voor de programma-managers aan de top.

Voorts leverde het Departement een belangrijke bijdrage aan het colloquium van november 2004, dat als thema had: European Science and Training for the Promotion of Health in Developing Countries: Networking the Networks.

De pertinentie van het conceptuele model van het Departement is evident. Sommige projecten, zoals in Kasongo en in Thiès werden om financiële redenen niet ter plaatse voortgezet door inlandse professionelen. Dit neemt niet weg dat zij een grote invloed hadden op de gezondheidspolitiek in die landen. Het Departement kreeg internationale waardering: van de WHO (Van Lerberghe was editor-in-chief van het World Health Report 2005) van de PAHO (Alumni Darras en Zurita spelen er een belangrijke rol in het beleid), van UNICEF, FAO, de EU en de Wereldbank (die meerdere projecten aan het Departement toevertrouwen), van wetenschappelijke instellingen en van instellingen voor ontwikkelingssamenwerking van verschillende Europese landen, van de regeringen en de instellingen in Afrika, Azië en Latijns Amerika waarmee nog steeds wordt samengewerkt. Op verschillende internationale podia werd de bijdrage van het Departement aan de wetenschappelijk basis van een gezondheidsbeleid gewaardeerd. Zo ook binnen internationale NGO's met dezelfde bekommernis en waarvan verschillende leden van de Eenheid actief lid waren.⁸²

Behalve de vele publicaties in internationale tijdschriften en de eigen prestigieuze reeks Studies in Health Service Organisation and Policy, zijn het groeiend aantal PhD thesissen en hun onderwerpen een getuigenis van de relevantie en consistentie van de onderzoeks- en opleidingsactiviteiten.⁸³

De laatste alinea van het jaarrapport 2004 van het Departement getuigt van trouw aan zijn roeping en van continuïteit in zijn aanpak: "In all research lines the Department seeks to link research with policy making, with methods ranging from quiet diplomacy over networking to academic activism. The findings of our research are fed directly into our Master's training programmes, where we close the circle: basic principles of public health, organisation of health services and health systems, disease control and health policy, all are based on and embedded in the core

universal principles and values of primary health care: the universal right of every person to accessible, effective and high quality health services.”⁸⁴

3. De Organisatie van Internationale Cursussen over Volksgezondheid

3.1. De Internationale Master Cursus voor de Promotie van de Gezondheid (ICHD/CIPS).

Op zoek naar een geschikt curriculum (1960-1969)

Het onderwijsprogramma van het ITG, geheel in functie van de kolonie, sneed geen hout meer na de onafhankelijkheid van Congo. Door contacten met de WHO en met internationale NGO's was echter het inzicht gegroeid dat, mits een aanpassing van zijn onderwijs, het ITG een nuttige bijdrage kon leveren aan de opleiding van geneesheren en ander gezondheidspersoneel, niet enkel voor Congo en Afrika maar eveneens voor andere tropische streken. Op 1 november 1960 was het Benelux verdrag in werking getreden. De professoren H.A.P.C. Oomen, en P.G. Janssens, beiden overtuigd van het nut geneesheren uit ontwikkelingslanden en tropenartsen met terreinervaring bij te scholen, begrepen dat hier een uitgelezen kans lag om samen een initiatief te nemen in Benelux verband. In 1961 startten de besprekingen voor het inrichten van een gezamenlijke internationale cursus in de Engelse taal. Het jaar nadien heeft de Raad van Beheer zijn akkoord gegeven om, samen met de Instituten voor Tropische Geneeskunde van Amsterdam, en Leiden/Rotterdam, een basisprogramma voor een diplomacursus op te stellen. De Belgische Dienst voor Ontwikkelingssamenwerking (DOS) en de Netherlands Universities Foundation for International Cooperation (NUFFIC) zegden hun medewerking toe. De cursus had geen eigen juridische basis. Janssens en R. Van Breuseghem van het ITG, Oomen en P.H. Van Thiel van het ITH, A.A.J. Van Bilsen van de DOS en H.G. Quik van de NUFFIC vormden de Commissie van Beheer. Naast dat beslissingsorgaan was er een adviesraad bestaande uit een vertegenwoordigers van de WHO en van de betrokken Nederlandse en Belgische ministeries.

Het onderwijsprogramma moest de kloof dichten tussen de medische kennis en de mogelijkheid haar toe te passen in ontwikkelingslanden. Enerzijds dienden de kennis en ervaring die deze instituten voor tropische geneeskunde sedert tientallen jaren hadden opgedaan, overgedragen te worden op hen die voortaan verantwoordelijk waren voor de gezondheid van de bevolking in de tropen. Anderzijds dienden de wetenschappelijke gegevens behandeld te worden in het kader van het algemeen politiek, sociaal en economisch gebeuren in de Derde Wereld.

Na een lange voorbereiding opteerde de beheerraad voor een Engelstalige en een Franstalige diploma cursus van vijf maanden, respectievelijk de “International Course in Health Development” (ICHD) en de “Cours International pour la Promotion de la Santé” (CIPS). Zij moesten gelijktijdig in de twee talen doorgaan op dezelfde locatie, altemnerend in Amsterdam en in Antwerpen. Eerst was Amsterdam aan de beurt, van 8 februari tot 30 juni 1964. Dokter Christiaan Lucasse was cursusleider en er waren, voor de CIPS en de ICHD samen, 24 deelnemers. Er werd beroep gedaan op niet minder dan 68 docenten om in beide talen 450 uren les te geven, 64 namiddagen praktische oefeningen te organiseren en Nederlandse en Belgische relevante instellingen te bezoeken. De cursus begon met drie weken bespreking van cultuurverschillen, communicatie, sociale structuren en economische factoren, gevolgd

door besprekingen van gezondheidsproblemen, lessen over etiologie, epidemiologie en controle van infectieziekten, uiteenzettingen over de structurele ontwikkelingen in verschillende domeinen in ontwikkelingslanden en hun verhouding tot Europa en een laatste maand die gewijd was aan de behandeling van tropische ziekten en relevante kosmopolitische ziekten.

Door het groot aantal docenten en de uiteenlopende achtergrond van de deelnemers kon de coherentie van het geheel niet voluit gerealiseerd worden maar al bij al was de eerste proef een succes en op 30 juni konden de diploma's uitgereikt worden aan 23 deelnemers, afkomstig van 13 landen uit Afrika, Azië, Latijns Amerika en Europa⁸⁵.

De wijziging van het universitaire landschap in België in 1964 maakte dat het ITG een associatie kon aangaan met het College van Ontwikkelingslanden van het RUCA. Het lag voor de hand dat dit tevens een groot potentieel inhield om de medische problematiek te behandelen in het kader van het algemeen sociaal en economisch gebeuren. Naar het model van de rijksuniversiteiten voorzag het ITG leerstoelen waarvan een voor Tropische Volksgezondheid. In 1965 ging de tweede cursus door onder leiding van Janssens. Omwille van de coherentie had de commissie van beheer besloten het aantal docenten terug te brengen tot veertig.

Ook werd de doelgroep duidelijker omschreven: medisch personeel met minstens drie à vier jaar ervaring op het gebied van volksgezondheid in een ontwikkelingsland en voorbestemd voor directieposten of onderwijs. Het curriculum vertoonde derhalve een verschuiving naar een meer globale benadering van de gezondheidsproblematiek en de deelnemers die zulks wensten konden na het uitreiken van de diploma's kiezen voor een bijkomende praktische stage van een semester. Deze stages bleken echter niet de geschikte formule om een beter inzicht te bezorgen omtrent programmering, planning en beheer. Tijdens de vierde uitgave (Antwerpen 1967) werd, voor hen die het wensten, het tweede semester dan ook vooral besteed aan bijkomend onderwijs. Het omvatte oefeningen in planning, statistiek en epidemiologische modellen, ontworpen in het kader van de ecologische, culturele en socio-economische context van de landen van oorsprong van de deelnemers. Het leidde tot een bijkomend diploma in Internationale Volksgezondheid.⁸⁶

In december 1968 had het ITG een colloquium georganiseerd met gezondheidsplanning als thema. Dit weerspiegelde zich in een verdere aanpassing van het curriculum in 1969 en in een uitgebreidere formulering van het doel van de cursus: *“Een postuniversitaire vorming van geneesheren, biologen, veeartsen, sanitaire ingenieurs, afkomstig uit de ontwikkelingslanden en beschikkend over een werkelijke ondervinding op gebied van de volksgezondheid, die hen in staat moet stellen de gezondheidsproblemen van hun respectievelijke landen op realistische basis te ontleden en beoordelen. Dit vermogen tot objectieve evaluatie dient te resulteren in een proces van besluitvorming dat rekening houdt met alle aspecten van de ontwikkeling en voorziet in de opzet, uitbouw, financiering en werking van een project, een programma of een regionaal of nationaal gezondheidsplan”*⁸⁷. Het onderwijs in de economie en sociologie kreeg meer aandacht en operationeel onderzoek en management verschenen op het programma. Praktische oefeningen en analyses van case-studies in groepjes van 4 à 6 zorgden voor een actiever leerproces. Colloquia over relevante onderwerpen, waarbij al de deelnemers, om beurten als inleider, voorzitter of verslaggever fungeerden, golden als oefeningen in kennisoverdracht. De stages beperkten zich tot het observeren en analyseren, gedurende enkele dagen, van een dienst binnen het Belgisch gezondheidssysteem, naar keuze van de deelnemer. Daarna was er een groepsbespreking van de

bevindingen. Op het einde van elk semester moesten de deelnemers een verhandeling indienen over een thema in verband met de volksgezondheid. Dit vormde de basis voor hun beoordeling door de examenjury.

De omvorming tot een Masters Degree in Public Health (MPH)

*The most important single factor influencing learning
is what the learner already knows.
Ascertain this and teach him accordingly*
D. Assubel 1968

In 1969, in de loop van de zesde uitgave, vond een grondig overleg plaats zowel over de beheersstructuur van de Raad van Beheer als over het cursusprogramma. P.G. Janssens en professor Otto Kranendonck, die voortaan de leiding zou hebben van de cursus in Amsterdam, pleitten er voor de uitvoering van de cursus maximaal te delegeren aan de respectieve cursusleiders. Zij stelden voor de twee delen van de cursus te integreren, het geheel te doen samenvallen met het academiejaar en het te bekronen met een Diploma in Health Planning. Einde juli 1969 had de Raad van Beheer een nieuwe overeenkomst uitgewerkt ten aanzien van deze Belgisch-Nederlandse samenwerking. Zij werd ondertekend door alle betrokken partijen en zou van kracht worden op 1 januari 1970. De directeurs en een beperkte groep kerndocenten, zetten intussen hun overleg voort. Op 27 november '69 besliste de Raad van Beheer dat er voldoende garanties waren om voortaan een cursus van één academiejaar te organiseren die beantwoordde aan de internationale normen van een Masters Degree in Public Health (MPH) en dat de titel van de cursus (ICHD/CIPS) best behouden bleef⁸⁸. Intussen had Janssens tijdens de cursus van 1969 een grondige interne evaluatie georganiseerd van de relevantie en de samenhang van de verschillende blokken van het cursusprogramma. Hij had Van Balen, de medeorganisator van de door Janssens erg gewaardeerde colloquia voor het Rwandees medisch kaderpersoneel⁸⁹, in dienst genomen om de ICHD te volgen, er als tutor te fungeren en elke week een korte beoordeling te geven van het nut van de onderwezen materie voor iemand met een leidende functie in het gezondheidssysteem.

In september 1970 begon te Amsterdam de eerste versie van het nieuwe cursusmodel. Pierre Mercenier, die tijdens de voorafgaande jaren had ingestaan voor de modules planning en operationeel onderzoek, had een belangrijke rol gespeeld bij de uitwerking van dat nieuwe model en werd vanaf 1971 belast met de coördinatie van de cursus in Antwerpen, samen met Van Balen. De pas opgerichte ENOV aanvaardde graag hiervan een van haar belangrijkste activiteiten te maken vermits de uitwerking van de cursus en haar onderzoeksactiviteiten steunden op hetzelfde conceptuele model: wetenschappelijk verantwoorde, algemeen toegankelijke gezondheidszorg, in samenwerking met de betrokken bevolking, aangepast aan de plaatselijke context en bevorderlijk voor de zelfredzaamheid van de mensen.

De vroeger impliciete objectieven van de cursus werden gaandeweg duidelijker geformuleerd in de programmabrochures. De cursus wilde de deelnemers in staat stellen op een adequate manier gezondheidszorg te plannen, te organiseren en te beheren; specifieke gezondheidsproblemen te analyseren en realistische strategieën te formuleren om ze te bestrijden; de invloed van andere disciplines op

de volksgezondheid in te zien en hierover een interdisciplinair dialoog aan te gaan; hun kennis en inzichten uit te wisselen met anderen en zelfstandig te studeren. De 'adequate manier' verwees nu wel naar voornoemd conceptueel model.

Het programma bestond, na een inleidende week, uit drie delen.

In een eerste deel van twaalf weken werden, in zoverre ze nuttig waren voor de analyse en het beheer van gezondheidssystemen, de volgende disciplines onderwezen: epidemiologie, statistiek, management, organisatie en administratie van gezondheidsdiensten, planning, operationeel onderzoek, sociologie, economie en antropologie .

Tijdens het veertien weken durende tweede deel werd de theorie toegepast op basisgezondheidsdiensten en op problemen veroorzaakt door overdraagbare ziekten en ondervoeding, gesitueerd in de contexten van de deelnemers. De analyse van bestaande eerstelijns diensten en hun verwijsniveau diende om na te gaan welke maatregelen konden genomen worden om het systeem te organiseren en beheren in de gewenste zin. Het operationele model, door Maurice Piot uitgewerkt om een strategie van tuberculosebestrijding te bepalen, werd grondig doorgenomen waardoor de toepasbaarheid op andere rechtstreeks overgedragen ziekten duidelijk werd. Systemanalyse was dan weer een goede methode om het multidisciplinaire aspect van de voedingsproblematiek aan te tonen. De andere thema's waren: de planning van regionale gezondheidsdiensten; kosten-baten analyse toegepast op de bestrijding van schistosomiasis; epidemiologie en statistische analyse van malaria en van enkele ziekten overgedragen via water of voedsel. Voor elk onderwerp voerden de deelnemers oefeningen uit in kleine groepen en onder begeleiding van hun docent, gebruikmakend van gegevens uit de context van iemand uit de groep. Om de veertien dagen werd een lezing of seminarie gehouden over een onderwerp aangevraagd door de deelnemers. In de loop van dat tweede deel moesten de deelnemers reeds een geschikt thema kiezen voor hun eindwerk en de grote lijnen ervan bespreken met de staf.

Tijdens de negen weken van het derde deel besteedde elke deelnemer praktisch gans zijn tijd aan twee grote persoonlijke oefeningen waarvoor hijzelf een analysemodel moest uitschrijven en de nodige gegevens verzamelen. De voornaamste oefening was het schrijven van een eindwerk waarbij hij, onder begeleiding, een of meer van de aangeleerde disciplines aanwendde om een probleem uit eigen land, door hem gekozen, te analyseren. Deze thesis moest hij verdedigen op het eindexamen. De tweede oefening was een kritische analyse van een of andere instelling van het Nederlandse of Belgische gezondheidssysteem. Na een bezoek van enkele dagen maakten ze hiervan een verslag dat ze met de andere deelnemers en een van de stafleden bespraken. Na het inleveren van de thesis deed de groep nog een begeleid bezoek aan de WHO in Genève.

Het leerproces zelf werd ook grondig hervormd. Beide instellingen deden hiervoor beroep op een specialist in de psychologie van volwassenenvorming. Om aan volwassenen nieuwe inzichten te verschaffen op een domein waarin ze reeds geschoold waren en ervaring hadden, moest de relevantie van de nieuwe materie aangetoond worden en was het aangewezen hen actief te betrekken bij de evaluatie van hun leerproces. Bij de aanvang van de cursus werd het waarom en het hoe van het programma aan de deelnemers voorgesteld. Om de veertien dagen tijdens een evaluatiesessie, bespraken zij, begeleid door een onderwijsdeskundige, de vordering van de cursus en hun eigen vorderingen en leerproblemen. Ze formuleerden eventueel voorstellen voor bijsturing van de cursus en van hun eigen aanpak.

Het leerproces werd in groep beleefd en vereiste daarom een goede onderlinge communicatie en een hechte ploeggeest. Al was van bij de aanvang in 1964 het aantal deelnemers per cursus beperkt tot maximum twintig, toch kon het voor meerdere deelnemers maanden duren eer zij hun inzichten, twijfels en problemen op tafel legden en sommigen slaagden er helemaal niet in. In het nieuwe model werd daarom gestart met een residentiële week waarin, onder begeleiding van een psycholoog, activiteiten geprogrammeerd waren die de werkrelaties tussen individuen in groepsverband moesten verbeteren. Seminaries, groepswork en evaluatiesessies onderhielden die groepsdynamiek.

Het geheel van die maatregelen versterkte de pertinentie en de coherentie van de cursus en zorgde tevens voor de nodige flexibiliteit om in te spelen op de vragen en evaluaties van de deelnemers en op nieuwe inzichten in de behandelde materies.⁹⁰

Om de degree te bekomen moest de deelnemer actief het volledige programma afwerken, slagen in de testen die in de loop van het jaar werden afgenomen, een eindwerk schrijven en het succesvol verdedigen voor een internationale examenjury. Die was samengesteld uit een vertegenwoordiger van een Belgische academische instelling, een lid van een Franse of Britse academische instelling, een stafid van het Departement en een van het KIT.

Bij de selectie van de deelnemers had de ENOV een voorkeur voor geneesheren met voldoende klinische achtergrond (liefst niet al te specialistisch) en met minstens een viertal jaren ervaring in het beheer van een dienst of instelling in een ontwikkelingsland. Het uitgangspunt was dat, in de derde wereld, meestal geneesheren werden aangesproken voor de organisatie van gezondheidsdiensten. De omschreven groep leek het meest geschikt om hierbij de toegankelijkheid van essentiële gezondheidszorg van goede kwaliteit centraal te stellen. Het viertal jaren ervaring in het leiden van een of andere gezondheidsinstelling was nodig om voldoende inzicht te hebben in het eigen systeem zodat ze binnen de tijdsspanne van een academiejaar zinvolle hervormingen van hun systemen konden voorstellen, in de geest van voornoemd model van gezondheidszorg. De organisatie van de cursus in Europa bleef verantwoord want in het land van herkomst gebeurde de analyse van de gezondheidsdiensten meestal weinig kritisch om aanvaring met de lokale gezagsdragers te vermijden. De analyse van de diensten en van de aanpak van de problemen in het thuisland en de formulering van betere alternatieven, ver van huis, gebeurde zonder 'bedreiging'. De confrontatie van het referentiemodel met de persoonlijke ervaringen en met uiteenlopende politieke, ecologische, culturele en economische achtergronden van de deelnemers, toonde zijn universele bruikbaarheid. Omwille van de diversiteit werden trouwens in elke sessie niet meer dan twee deelnemers uit eenzelfde land en maximum vier Europeanen toegelaten. De intense contacten met het relatief kleine aantal stafleden van de ENOV, die een gezamenlijke visie deelden en die allemaal betrokken waren bij de systematische uitbouw van het model van gezondheidszorg in Kasongo, werkten de overdracht van de onderliggende waarden en de systeemvisie in de hand.⁹¹ Vanaf 1977 werd er naar gestreefd in enkele landen een kritische massa alumni te krijgen. Hierdoor was de slaagkans van een hervorming in het betrokken land groter en dit vormde voor de ENOV een goede basis om er samen met die alumni projecten op te zetten. Het ging om landen waar een organisatie bestond die zich inzette voor hervormingen (zoals de Rural Doctors Association in Thailand, of minder formele groepen zoals in Bolivia en in Marokko) of waar het model plaatselijke verantwoordelijken aansprak (zoals in Burkina Faso, Burundi, Congo, de Filippijnen, Guinee Conakry, Mali, Niger, Rwanda, Vietnam).

Tijdens de academiejaren die aanvingen in september 1971, 1973 en 1975 gingen de CIPS en de ICHD samen door in Antwerpen. Voor Mercenier en Van Balen namen de coördinatie, het les geven en het opvolgen en begeleiden van de deelnemers het grootste deel van hun tijd in beslag. In de tussenliggende jaren werkten ze mee aan de cursus in Amsterdam, waar, door gebrek aan Franstalige kandidaten, enkel de ICHD nog doorging. Mede omdat de Nederlandse instellingen nog maar weinig stafleden telden die het Frans voldoende beheersten, vond in '76/'77 de ICHD in Amsterdam en de CIPS in Antwerpen plaats. Nederland stelde dan voor dat zij voortaan elk jaar de ICHD zouden organiseren en het ITG de CIPS. In Antwerpen werd daar niet op ingegaan omdat de ervaring geleerd had dat de uitwisseling met deelnemers, zowel uit de Angelsaksische als uit de Francofone wereld, een verrijking betekende voor de cursus. Er werd dan overeengekomen voortaan om de twee jaar, terzelfder tijd de ICHD in Amsterdam en de CIPS in Antwerpen te organiseren en tijdens de tussenliggende academiejaren enkel de ICHD in Antwerpen. Hierdoor had de ICHD in '87/'88 dubbel zo veel deelnemers gevormd als de CIPS: respectievelijk 446 in 24 sessies en 208 in 16 sessies⁹².

Ivan Beghin, in 1978 tot de Eenheid Voeding toegetreden, werd datzelfde jaar aangenomen als derde coördinator.⁹³ Hij zorgde ook voor een meer relevante aanpak van het interdisciplinaire blok Voeding. Wekelijks bespraken de coördinatoren, samen met de assistenten van de ENOV, het verloop van de cursus. De praktische maatregelen om het programma te realiseren werden nu om beurten, gedurende twee opeenvolgende jaren, genomen door een van de drie coördinatoren. Een van de stafleden van de ENOV werd als tutor aangeduid. Die begeleidde groepswerken, was beschikbaar voor deelnemers die technische bijstand nodig hadden en besprak met de coördinator de hiaten en contradicties in het curriculum. De eerste niet-Belgische tutor was Pangu Asila, een Congolese arts met terreinervaring in Kasongo, die zelf de ICHD '77/'78 had gevolgd. Hij vervulde deze functie van 1985 tot 1988, terwijl hij aan zijn doctoraatsthesis werkte. De begeleiding door een competente alumnus uit een ontwikkelingsland bleek een gunstig effect te hebben op het zelfvertrouwen van de deelnemers. Bovendien schiep dit voor enkele verdienstelijke alumni de gelegenheid om zich verder te bekwamen. Twee goede redenen om voortaan een alumnus uit een ontwikkelingsland als tutor aan te nemen.

Dank zij de feedback van de deelnemers, de onderzoeksactiviteiten van de ENOV en de voortdurende dialoog met de lesgevers van buitenaf, verbeterde de kwaliteit van het onderwijsmateriaal. Elk blok kreeg een meer gedetailleerde syllabus en beter gestructureerde, meer demonstratieve oefeningen met duidelijke richtlijnen voor de lesgevers. Dit kwam de delegatie van het lesgeven naar nieuwe stafleden ten goede. Ook kregen de toekomstige deelnemers, zodra ze aanvaard waren, duidelijkere instructies omtrent de gegevens die ze moesten meebrengen voor de geplande oefeningen. De interactie tussen staf, deelnemers en acties op het terrein gaf aanleiding tot verschuivingen en accentverleggingen in het programma. Demografie was bijvoorbeeld een belangrijk blok geworden.

Maar die verschuivingen brachten ook problemen mee. De eindevaluatie van '82/'83 leerde dat het centrale thema van de cursus, de organisatie van de gezondheidsdiensten met de participatie van de bevolking, onvoldoende tot zijn recht kwam. Bovendien werden de blokken organisatie van eerste lijn diensten, operationalisering van de tuberculosebestrijding en multidisciplinaire aanpak van het

voedingsprobleem, die de integratie van de controle van specifieke problemen in basisgezondheidsdiensten moesten illustreren, te los van mekaar behandeld waardoor de samenhang van de behandelde thema's te wensen over liet. Die drie blokken werden opnieuw het centrale pakket van acht weken, geprogrammeerd in het begin van het tweede trimester. De onderliggende concepten van de organisatie van gezondheidsdiensten kwamen aan bod in het eerste trimester. Het verband met het bredere gezondheidssysteem en met de algemene ontwikkeling kwam na het centrale pakket. Omdat de micro-economie en de sociale en culturele aspecten bepalend zijn voor de participatie van de bevolking, werd ook dit behandeld vóór het centrale pakket terwijl een wat ingekorte behandeling van de macro-economie erna kwam. Ook de methodologische blokken werden herschikt in functie van het centrale pakket: deels er vóór en deels er na⁹⁴.

Nieuwe uitdagingen einde de jaren tachtig

Voor de 25^{ste} cursus ('88/'89) moest aan drie nieuwe uitdagingen het hoofd geboden worden. De eerste was de samenwerking met de internationale mastercursus in biomedische tropische wetenschappen (MScBT), die dat jaar startte. Er werd van uitgegaan dat het wederzijds verrijkend zou zijn voor enkele onderwerpen samen te werken met de deelnemers van die nieuwe cursus, mits de verworvenheden van de CIPS konden behouden worden. Een rationele methode voor de verticale analyse van specifieke ziekten, enkele jaren voordien uitgewerkt door Mercenier, leende zich er toe om samen programma's te bedenken voor de controle van gezondheidsproblemen. Dit gaf aanleiding tot een gezamenlijk blok waarin de deelnemers van de twee cursussen in kleine werkgroepen, met de inbreng van een specialist ter zake, een ziekte of biomedisch probleem analyseerden en nadien de resultaten bespraken in plenum.

De tweede uitdaging was de toename van het absolute aantal kandidaten. Het aantal zeer goede kandidaten was nu zo groot, dat het Instituut besloot twee groepen van twintig deelnemers te vormen, elk met zijn eigen dynamiek. Ook nadien waren er in Antwerpen jaarlijks afwisselend twee groepen ICHD en twee groepen CIPS, waardoor de onderwijslast voor de ENOV erg verhoogde.

De derde reden om het programma aan te passen was het veranderende profiel van de deelnemers. De verantwoordelijkheden, die de deelnemers in het vooruitzicht hadden, verschoven meer van het districtniveau naar het centrale niveau, hetzij als functionaris, hetzij als kabinetsmedewerker in de regering, hetzij als consulent voor internationale organisaties, hetzij als docent of onderzoeker. Enkele relevante aspecten kregen derhalve meer aandacht: wetenschappelijk onderzoek van gezondheidssystemen, kritische analyse van wetenschappelijke publicaties, rationalisatie van het informatiesysteem, evaluatiemethodes. Elk van die onderwerpen groeiden uit, deels tot een onderdeel van het vaste programma, deels tot een van de opties waarvoor tijdens het derde trimester meer tijd werd uitgetrokken. Vanaf 1988 had het ITG een computerzaal ingericht waar de studenten een elementaire opleiding in de informatica konden krijgen.

Tussen het inleveren van het persoonlijk eindwerk en het examen, was voorheen het bezoek aan de WGO in Genève gepland. Voor een betere inleving in het beleidsniveau werden voortaan een tiental dagen besteed aan het observeren en analyseren van de gezondheidsdiensten in een streek, waar de politieke wil om de principes van Primaire Gezondheidszorg toe te passen, aanwezig was. Persoonlijke

relaties van de staf maakten dit voor de CIPS '88/'89 mogelijk in Bologna en omgeving. Het jaar nadien werd de ICHD uitgenodigd om in en rond Edinburgh de werking van het districtsniveau van de Schotse Nationale Gezondheidsdienst te observeren en te bespreken⁹⁵. Dank zij de wederzijdse belangstelling voor die uitwisseling bleef deze activiteit gehandhaafd tot in 2004. Voor de CIPS-sessies van '90/'91 en '92/'93 gebeurde dit in de maisons médicales in België en voor enkele deelnemers die voldoende Engels of Nederlands kenden, in demonstratieve Nederlandse gezondheidscentra. Vanaf '94/'95 werden gesprekpartners in Québec, Canada, bereid gevonden om hun systeem van gezondheidszorg door de deelnemers van de CIPS te laten bestuderen. Na juni 1999 was dit financieel niet meer haalbaar maar dank zij persoonlijke relaties van de staf konden in Frankrijk instellingen geïdentificeerd worden die voldoende demonstratief waren om er tijdens de volgende jaren de observatie en bespreking te laten doorgaan.

In '93 kende het initiatief van een van de deelnemers, Wim Van Damme, om een netwerk van alumni van de CIPS/ICHD op te richten, veel bijval. Het beantwoordde aan een aangevoelde nood aan follow-up en aan uitwisseling van ervaringen en wederzijdse steunverlening na het afstuderen. In juni 1995 verscheen het eerste nummer van de Lettre du RIAC (réseau international des anciens participants du CIPS) en van de INFI Newsletter (international network of former ICHD participants). Sedertdien ontvangen alle alumni twee nummers per jaar met bijdragen van stafmedewerkers en van ex-deelnemers. Een bijgevoegde selectie van relevante wetenschappelijke artikels en een lijst van boeken, die kunnen besteld worden, beantwoorden aan hun vraag voor bijscholing. In sommige landen vormden de alumni locale netwerken, samen met andere personen geïnteresseerd in de organisatie, het beleid en de concepten van gezondheidszorg. Meestal bleven die netwerken informeel omdat formalisering wel eens een averechts effect zou kunnen hebben.⁹⁶ In 2004 ontvingen 843 alumni uit 110 landen het tijdschrift.

In Amsterdam had de cursus geleidelijk aan een eigen structuur gekregen. In de examencommissie van Antwerpen was er nog altijd een vertegenwoordiger van Amsterdam en vice versa maar sedert de jaren 90 gebeuren de andere uitwisselingen tussen de twee instituten op een minder formele manier.

De aflossing van de wacht in '94/'95 en plannen voor een verder doorgedreven vorming

De loopbaan van Mercenier was ten einde gekomen in 1994, die van Van Balen in 1995 en die van Beghin eindigde in 1996. Drie leden van het kader van het Departement Volksgezondheid (Unger, Van der Stuyft en Van Lerberghe, die na enkele jaren werd opgevolgd door Kegels) namen de coördinatie van de cursus over in '94/'95 en zorgden voor een verdere aanpassing van het curriculum van de CIPS/ICHD aan de internationale context.

Sedert het einde van de jaren tachtig maakte wereldwijd de neoliberale aanpak van het gezondheidssysteem opgang. In plaats van de WHO gaf nu de Wereldbank de toon aan om gezondheidspolitiek te voeren. Aan de meeste ontwikkelingslanden legde zij programma's van structurele aanpassing op waardoor de staatssteun aan de gezondheidssector en de algemene toegankelijkheid van de zorgverlening in het gedrang kwamen. Een heel ander model van gezondheidszorg kwam op het voorplan waarbij de gezondheid niet meer beschouwd werd als een sociaal goed maar als koopwaar. Bovendien werden nieuwe wereldwijde fondsen, voor de

bestrijding van specifieke ziekten (vooral van het alles overschaduwende AIDS probleem), ter beschikking gesteld van diensten en programma's met meetbare indicatoren als richtsnoer. Plaatselijke prioriteiten, en zeker de inspraak van de bevolking raakten in de verdrinking. Daar kwam nog bij dat de kloof tussen klinici en personen die instonden voor de organisatie van de volksgezondheid was vergroot. Een deel van de stafleden, de Groupe d'Etude pour la Réforme du CIPS (GERC), formuleerde relevante bedenkingen en voorstellen voor een grondige aanpassing van de CIPS⁹⁷. Een eerste vaststelling was de nood aan een meer systematische begeleiding van sommige bekwame en gemotiveerde deelnemers, om de moeilijkheden die zich stelden bij het invoeren van hervormingen, te confronteren of te omzeilen. Een tweede vaststelling was dat sommige ontwikkelingslanden begonnen waren met een opleiding van hun districtartsen in de eigen omgeving. Die opleiding was dikwijls geïnspireerd door het CIPS-model: het 'Institut National d'Administration Sanitaire' (INAS) in Rabat (Marokko) sedert '89, opleidingscycli in Santa Cruz en Cochabamba (Bolivia) vanaf '92, in Dogoundoutchi (Niger) vanaf '92. Het logische besluit was dat de CIPS zich meer moest richten naar de vorming van hogere kaders. Dit kon niet zonder een verlenging van het opleidingsprogramma, althans voor een deel der deelnemers. In 1989 was reeds voor de eerste maal een bijkomend vormingsjaar in het vooruitzicht gesteld om sommige uitstekende deelnemers beter voor te bereiden op centrale functies. Tot in 1995 kon hiervoor enkel de functie van tutor en de samenwerking op het terrein aangeboden worden.. Twee scenario's werden nu naar voren geschoven. Het ene bestond uit een contractueel vastgelegde intense begeleiding van enkele uitstekende afgestudeerden op het terrein, hetzij voor een doctoraatsthesis, hetzij voor een gezamenlijk onderzoeksproject. Het tweede scenario was een bijkomende opleiding van de meest belovende deelnemers gedurende één jaar, met periodes van observaties en analyses in de eigen context. Voor beide formules was een uitbreiding van het kaderpersoneel van de ENOV en een verhoging van het bedrag van de studiebeurzen nodig.

De Belgische Dienst voor Ontwikkelingssamenwerking, de voornaamste sponsor van de studiebeurzen, zag het meeste heil in een gemengde opleiding, waarbij studieperiodes in Europa afwisselden met begeleide opdrachten in de eigen context. Op 2 mei 1995 werd een voorstel in die zin ingediend bij de Minister voor Buitenlandse Zaken en Ontwikkelingssamenwerking met de vraag voor bijkomende financiering. De formule, gespreid over twee jaar, bestond uit vijf vormingsperiodes waarvan de tweede en de vierde in de eigen werksituatie plaats vonden. Er werd duidelijk gesteld dat die formule de deelnemers in staat wilde stellen de gezondheidspolitiek van hun land gunstig te beïnvloeden door aan hun systeem veranderingen aan te brengen die bijdroegen tot de algemene ontwikkeling, dat met andere woorden die formule zowel een opleidings- als een ontwikkelingsobjectief nastreefde. Helaas, op 19 mei liet de minister weten dat de budgettaire implicatie te groot was⁹⁸. De cursusleiding moest dus kiezen voor minder drastische aanpassingen.

Om beter in te spelen op de afbrokkeling van de nationale gezondheidsdiensten en op de opkomende privatisering van de gezondheidszorg was reeds sedert 1994 tijd gereserveerd voor een nieuwe module Gezondheidspolitiek en Gezondheidsplanning. Vanaf 1996 kreeg het blok eerste lijn diensten meer duiding door het af te sluiten met een participatieve observatie van Belgische maisons médicales, een toepassing van de theorie in een gegeven context.

Het wetenschappelijk onderzoek kreeg ook geleidelijk aan zijn juiste plaats in het curriculum. Sedert 1988 had dit onderwerp meer aandacht gekregen met de bedoeling een geschikte formule te vinden om de deelnemers beter vertrouwd te maken met een wetenschappelijk verantwoorde benadering van de werking van gezondheidssystemen. In 1996 werd gesteld dat uit heel het programma van de cursus moest blijken dat verantwoord beheer steeds een wetenschappelijke ingesteldheid vereist. Een apart blok wetenschappelijk onderzoek diende om te doen inzien wanneer gericht wetenschappelijk onderzoek relevant was. Vooral het potentieel van actieonderzoek en van operationeel onderzoek, om de werking van gezondheidssystemen te onderzoeken, kwamen daarbij aan bod. Maar niet alle deelnemers moesten op het einde van de cursus in staat zijn een protocol voor een onderzoeksproject te schrijven. Zij die het wensten, konden nog een optioneel blok volgen waar dieper werd ingegaan op relevante methodes, gebruikt in de sociale wetenschappen: participatieve observatie, actieonderzoek, interview, enquête en focusgroepen.

Als gevolg van de vele burgeroorlogen, vooral in Afrika, kregen ook de organisatie van noodhulp en de aanpassing van bestaande gezondheidsdiensten aan de toevloed van vluchtelingen een plaats in het curriculum. Ook andere aspecten die de kop opstaken kregen meer aandacht: beheer dat minder op bureaucratie maar meer op het professionalisme van het personeel berust, versterking van de arbeidskracht (manpower development), vormen van vrijwillige solidariteit en sociale zekerheid.

De oefeningen in verticale analyse van ziekten en gezondheidsproblemen waarin, samen met de deelnemers van de biomedische cursus, een bestrijdingsprogramma voorgesteld werd op basis van een epidemiologisch model, bleven een belangrijke plaats bekleden. In '98/'99 kwamen er oefeningen operationele analyse bij, om na te gaan hoe enkele van dergelijke programma's konden uitgevoerd worden in een concrete context.

Ook het zelfonderricht kreeg opnieuw meer aandacht. Zo kwamen er in '96/'97 meer precieze instructies voor de wekelijkse seminars: context beschrijvende uiteenzettingen tijdens de eerste twee maanden en vervolgens analytische seminars, vertrekkend van een concreet probleem in de werkomgeving van een van de deelnemers⁹⁹.

Reacties op interne en externe evaluaties in 1999, 2000 en 2001

Dank zij de netwerken RIAC/INFI kon aan de alumni gevraagd worden welke aanpassingen zij voorstelden. Zo vond in januari 1999 een eerste formele ontmoeting plaats met Aziatische alumni onder vorm van een driedaags atelier in Ayutthaya, Thailand, waar de antwoorden op vragen, vooraf verzonden aan alumni van Thailand, Indonesië, China, Vietnam en Cambodja, besproken werden. Zij waren van oordeel dat de ICHD hun horizon verwijdde en hun inzichten verrijkte vooral door de uitwisseling met deelnemers uit verschillende continenten en culturen. De cursus zelf bereidde goed voor op een rol op intermediair niveau maar, vooral nu er in de regio meerdere MPH cursussen georganiseerd werden, leek het hen aangewezen dat de ICHD de deelnemers meer zou voorbereiden op management op nationaal niveau. Een vorm van begeleiding op het terrein, na de cursus, werd ervaren als essentieel om de pertinentie van wat ze in de CIPS leerden grondig te verstaan. Het leek hen niet zinvol een regionale ICHD te organiseren maar ze zagen wel een rol weggelegd voor het ITG om korte (drie of vier weken)

regionale cursussen te organiseren om hogere ambtenaren uit de streek bij te scholen en hun ervaringen te laten uitwisselen¹⁰⁰.

Het ABOS liet in 2000 een evaluatie uitvoeren door drie alumni met belangrijke functies, respectievelijk in Azië, in Latijns Amerika en in Afrika met de vraag of een aanpassing van de cursus aan de veranderde internationale context wenselijk was. Ook zij waren van oordeel dat de cursus de onderliggende assumpties en de inhoud nog steeds op een zinvolle manier aan de man bracht. De externe visitatiecommissie, in 2001 door het ITG uitgenodigd voor de evaluatie van zijn wetenschappelijke activiteiten, beoordeelde de academische waarde van zijn master cursussen. De ICHD/CIPS werd voor vier van de vijf criteria zeer goed en voor één criterium (efficiëntie) goed bevonden. Beide commissies vonden wel dat een betere wisselwerking tussen de lesgevers nodig was om te voorkomen dat hun uiteenlopende opvattingen over de toe te passen strategieën de coherentie van de cursus in gevaar zouden brengen. Het ontbreken van een formele inleiding van de nieuwe leden in de oorspronkelijke filosofie van het Departement, waarvan de staf intussen bestond uit een veertigtal personen met uiteenlopende achtergrond, had inderdaad een diversificatie van voorgestelde strategieën en opties meegebracht. Intussen had de staf zelf vastgesteld dat de ziekteleer in de verdrinking was gekomen en een uitgebreide module als optie ingelast: de klinische besluitvorming, meer bepaald voor AIDS, malaria en tuberculose. De klinische kennis die hier aan bod kwam moest hen in staat stellen voor die aandoeningen de preventieve en curatieve interventies met meer kennis van zaken te evalueren en te optimaliseren¹⁰¹.

De voornaamste aanbevelingen van de twee commissies kwamen neer op: een grotere diversificatie van de onderzochte contexten (geografisch, ruraal-stedelijk, openbaar-privé); meer aandacht voor besluitvorming op politiek en strategisch niveau; grotere versoepeling van het programma om tegemoet te komen aan de uiteenlopende noden van de deelnemers door uitgebreidere opties en, zo mogelijk, bijkomende academische opleiding voor enkele deelnemers en organisatie van korte specifieke cursussen in de regio van de alumni; de lesgevers meer gelegenheid geven voor terreinervaring en voor contacten met andere instellingen, onder meer door geschikte niet-medische en buitenlandse stafleden aan te nemen; de conceptuele principes verduidelijken door samenwerking met andere scholen en door uitwisseling van bevindingen.

Omdat dit allemaal niet te realiseren was in een handomdraai zonder de basisstructuur in het gedrang te brengen werden de meest voor de hand liggende aanpassingen ingevoerd. Er werden enkele stafleden met niet-medische achtergrond aangenomen. De verhoogde uitwisseling met andere scholen gebeurde in feite via het uitgebreide netwerk van contacten van het Departement. Er was ook al een aanvang gemaakt met het inrichten van korte cursussen op regionaal niveau: in juni 2001 vond in Havana een vijfdaagse bijeenkomst plaats van alumni uit Latijns Amerika, waarin de inhoud, de opleidingsmethoden en de studieoriëntatie in het kader van de hervorming van de gezondheidssector in Latijns Amerika besproken werden. In september 2003 kwamen de alumni van de Maghreb aan de beurt in een colloquium, waarin de mogelijkheid onderzocht werd om in hun systeem een rol te voorzien voor huisartsen. De overdreven druk tot publiceren werd door de staf aangehaald een obstakel om meer tijd vrij te maken voor terreinervaring van de stafleden.

Intussen werd een strategie voor aanpassingen op langere termijn voorbereid door een werkgroep binnen het Departement met de hoop dat, althans voor een deel der kandidaten, een verlengd gemengd opleidingsprogramma mogelijk zou worden¹⁰².

De Spaanse versie van de cursus

Bij kandidaten uit Latijns Amerika was de gebrekkige kennis van zowel het Engels als het Frans de voornaamste belemmering om toegelaten te worden. De organisatie van een Spaanse cursus in Antwerpen was niet realistisch en er werd uitgekeken naar andere locaties. Gesprekken van de ENOV met de universiteiten van Santa Cruz, La Paz en Cochabamba mondden wel uit op een inbreng in de opleidingsprogramma's van die instellingen maar er waren onvoldoende garanties voor een 'echte' CIPS. Kontakten van Unger met de Universidad Politécnica de Valencia hadden in november 1992 geleid tot een 'Programa Master Internacional en Gestión de la Salud' dat geïnspireerd was op de CIPS en gezamenlijk ingediend werd bij de EU, de PAHO en de Belgische technische bijstand. Spijts de gunstige reacties bleef de noodzakelijke financiering uit. Een derde initiatief werd genomen in samenwerking met Alfredo Zurita, verbonden aan het provinciale ministerie van Volksgezondheid en aan de universiteit van Corrientes (Argentinië). Hij had deelgenomen aan de CIPS in '78/'79, bleef in contact met de ENOV en was er in 90/91, zijn sabbatsjaar, tutor. Met de steun van de PAHO werd er uitgekeken naar de mogelijkheid om in Corrientes (Argentinië), waar de nodige infrastructuur aanwezig was, een Spaanse versie van de CIPS te organiseren. Van begin Juli tot einde oktober 1995 vond er een 'Curso Internacional para el desarrollo de los sistemas locales de salud' plaats maar ook om dit experiment voort te zetten werden onvoldoende externe fondsen gevonden.

Einde '98 begon in Quito (Ecuador) de samenwerking met de Pontifica Universidad Católica del Ecuador (PUCE) om er een mastercursus (maestría) te organiseren, geïnspireerd op de CIPS. Unger was projectverantwoordelijke en Govert Van Heusden, van het Departement Volksgezondheid van het ITG, de raadsman ter plaatse. In maart 2000 ving de eerste cursus aan met 15 deelnemers. In 2003 was de vierde cohorte begonnen aan de twee jaren durende opleiding¹⁰³.

Samengevat mogen we stellen dat het ITG, dank zij een helder inzicht in de internationale omwentelingen van de jaren zestig, sedert 1964 een intussen internationaal hoog aangeschreven cursus heeft georganiseerd, die beantwoorde aan een vraag van de derde wereld: gemotiveerde geneesheren uit ontwikkelingslanden, met enkele jaren ervaring in het beheren van gezondheidsdiensten, in staat stellen systemen voor gezondheidszorg te organiseren, die bijdragen tot de algemene ontwikkeling van de betrokken bevolking. Het curriculum is wel bijgestuurd maar de basisstructuur bleef sedert 1972 behouden. De organisatie van de gezondheidsdiensten is de centrale focus en vier andere krachtlijnen, te weten de controle van gezondheidsproblemen, het zelfonderricht, de verbreding van de horizon, het aanleren van technieken en methodes zijn georganiseerd in functie van die centrale focus. In bijna alle ontwikkelingslanden treffen we geneesheren aan met een leidende functie die in de CIPS/ICHD gevormd zijn. Ook in internationale organisaties (WHO, UNICEF, de WB, de EU), en in gouvernementele en niet gouvernementele organisaties voor bilaterale samenwerking voor gezondheidszorg zijn heel wat kaderleden alumni van

de cursus. Overtuigd van het nut heeft het ITG er veel in geïnvesteerd. Tot in 1985 volstonden de inkomsten van de studiebeurzen niet om het academisch en administratief personeel en de infrastructuur financieren, die hiervoor ter beschikking gesteld werden. Het groot aantal docenten en de formaliteiten voor de selectie en de reizen van de kandidaat deelnemers vergde heel wat van de administratie, die tevens instond voor de huisvesting, de opvang en vlotte inburgering van de deelnemers in hun nieuwe omgeving. Na 1985 had de cursus voldoende geloofwaardigheid en internationale erkenning bekomen om het inschrijfgeld drastisch te verhogen en over te schakelen naar een volledige financiering door de studiebeurzen.

Praktisch alle deelnemers uit ontwikkelingslanden zijn na de cursus naar hun land teruggekeerd. De vaststelling dat hen daar meestal een belangrijke post werd toegewezen pleit voor de relevantie van de vorming. Ter illustratie: in 1991 ging men na wat er geworden was van de 201 alumni uit ontwikkelingslanden die van 1980 tot 1989 hadden deelgenomen aan de cursus: vijftien van hen bekleedden een beleidsfunctie op nationaal niveau, dertig op provinciaal niveau en 35 op district niveau. Tien anderen werkten voor een internationale organisatie en nog tien andere stonden in het onderwijs.¹⁰⁴ Een overzicht van het aantal alumni met een academische of en beleidsfunctie op nationaal, regionaal of districtsniveau of in internationale projecten, gemaakt voor enkele landen in januari 1998 toonde dat er dat 13 waren in Bolivia, 17 in Burkina Faso, 17 in Guinea, 22 in Kameroen, 21 in Mali, 21 in Tanzania, 18 in Thailand, 17 in Tunesië.¹⁰⁵

De pertinentie van de cursus en de kwaliteit van de aanpak blijken ook uit de invloed op opleidingsprogramma's in academische instellingen in Argentinië, Bolivia, Ecuador, Congo, Marokko, Niger, Senegal, Thailand en Zimbabwe¹⁰⁶. In Thailand zijn alumni de drijvende kracht van de hervorming van de gezondheidssector. In Bolivia richtten alumni Prosalud op, een NGO die in de grote steden van het land een positieve invloed heeft op de bereikbaarheid van adequate gezondheidszorg. Andere gezamenlijke projecten van het Departement Volksgezondheid en alumni werden vroeger in dit hoofdstuk besproken (items 1 en 2).

Einde 2004 had de CIPS/ICHD in Antwerpen 1107 artsen uit 110 landen bijgeschoold.

Intussen is de werkgroep "Future Orientations of the ICHD" vervangen door een stuurgroep, samengesteld uit de cursusdirecteur, de coördinatoren, en twee leden van het wetenschappelijk personeel. Zij werken haalbare scenario's uit die, zonder de systeemvisie uit het oog te verliezen, rekening houden met de zeer uiteenlopende evoluties van de gezondheidssystemen in ontwikkelingslanden en de daaraan verbonden vraag naar opleiding. De bedenkelijke kwaliteit van het middelbaar en hoger onderwijs in sommige ontwikkelingslanden stelt hoge eisen aan de aanpassing van het leerproces van sommige deelnemers. Maar ook de Europese richtlijnen in verband met het hoger onderwijs bezorgt problemen. Zij schrijven een opsplitsing van de leerstof voor in verhandelbare, concurrerende leerpakketten om de flexibiliteit van de opleiding te verhogen. Zij riskeren de systeemvisie en vooral het belang van de inspraak van de bevolking voor de organisatie van de gezondheidszorg, in het gedrang te brengen.¹⁰⁷

3.2. De Internationale Cursus in Biomedische Tropische Wetenschappen (MScBT) (1988-1998)

In de tweede helft van de jaren tachtig waren allerhande voorstellen besproken om ook in biomedische sector een internationale cursus te organiseren. Op het Ministerie van Volksgezondheid in Guinea hoorde Paul Gigase een uitspraak die illustreerde naar welke expertise gevraagd werd. We hebben, zo werd er gezegd, zojuist van de WGO een uitgebreid verslag gekregen over het probleem van schistosomiasis in ons land maar niemand kan ons hier zeggen hoe we het concreet moeten aanpakken...en dat gold evenzeer voor andere problemen.

Ook andere professoren van de biomedische diensten van het Instituut, voornamelijk Piot en Wéry, waren door hun contacten met beleidsverantwoordelijken in ontwikkelingslanden, sedert geruime tijd tot de overtuiging gekomen dat er een dringende nood was aan lokale expertise om programma's van ziektebestrijding uit te voeren, aangepast aan de eigen context en dat het verantwoord was in het Instituut academici uit die landen te vormen om onderzoek te doen op het domein van de tropische ziekten. Zo ontstond in 1988, het jaar van de opsplitsing van de CIPS/ICHD, de Internationale Cursus in Tropische Biomedische Wetenschappen. Het was een cursus van twaalf maanden, bekroond met een Maitrise en Sciences Biomédicales Tropicales (MScBT), te financieren met het inschrijvingsgeld. De initiatiefnemers vormden de eerste stuurgroep en Sonia Paskoff werd aangenomen als tutor.

Om deel te nemen aan de cursus moesten de kandidaten houder zijn van een Belgisch universitair diploma of van een equivalent en een substantiële ervaring hebben in ontwikkelingslanden. Het was de bedoeling hen in staat te stellen om gezondheidsproblemen te evalueren, om curatieve en preventieve maatregelen voor te stellen die haalbaar waren in een gegeven context, om te preciseren welke uitrusting hiervoor nodig is en om het resultaat van de interventies te meten. De problemen sloegen zowel op de voornaamste overdraagbare ziekten als op ondervoedingen en op ziekten ten gevolge van acculturatie, industrialisatie en urbanisatie. Technieken nodig om die rol te kunnen spelen werden aangeleerd: organisatie van enquêtes, epidemiologische bewakingssystemen en onderzoeksprojecten, opstellen van beslissingsbomen, gebruik van tekstverwerker en gegevensverwerker.

Vermits het de bedoeling was mensen te vormen die zelfstandig konden analyseren en oplossingen voorstellen werd gekozen voor een participatieve vorm van leren. Naast didactische uiteenzettingen waren er seminaries, literatuuranalyse, begeleide groepswerken, praktijklessen in de kliniek, in de laboratoria en in de informaticazaal van het Instituut. Tijdens de tweede helft van de cursus werden de deelnemers begeleid om voordrachten en verslagen en een eindwerk uit te schrijven. Om het diploma te bekomen moest de deelnemer in de loop van het jaar slagen in de testen, een aanvaardbaar eindwerk voorleggen en slagen in het eindexamen, dat afgenomen werd door een jury waarin de directeur, twee externe examinatoren en twee coördinatoren zetelden.

Voor de eerste cursus, een Franstalige, die doorging van oktober 1988 tot september 1989, waren er veertien deelnemers. Het programma bestond uit twintig blokken waarvan vijf optionele. Voor het blok Gestion de la Santé, georganiseerd door de ENOV werkten de deelnemers samen met die van de CIPS. De Eenheid Epidemiologie stond in voor de blokken epidemiologie, statistiek en informatica; de Eenheid Voeding voor de optie Nutrition. Grotendeels externe docenten verzorgden

het blok 'Milieu Physique et Humain' waarin ecologie, demografie, economie en sociologie aan bod kwamen. In totaal werden 56 docenten gemobiliseerd, deels van buiten het instituut. Zoals in het begin van de CIPS/ICHD, kwam de cursus daardoor wat versnipperd over.

De stuurgroep was er zich van bewust dat de objectieven te ruim waren geformuleerd en op basis van de ervaring geleidelijk bijgeschaafd moesten worden. Nog vóór het einde van de sessie formuleerde een van de coördinatoren enkele correcties om een betere selectie te bekomen en om het programma op het gewenste spoor te houden.

Alhoewel het oorspronkelijk de bedoeling was de cursus afwisselend in het Frans en het Engels te organiseren,¹⁰⁸ ging ook de tweede sessie door in het Frans en dit zou zo blijven tot aan de laatste sessie. De vaststelling dat er in het Engels taalgebied meerdere opleidingen voor dergelijke expertise werden aangeboden en dat dit ontbrak in de Franstalige was een voldoende reden om het taalregime te behouden. Vanaf die tweede sessie moesten de organisatoren vaststellen dat er onvoldoende kandidaten waren die zich wensten voor te bereiden op wetenschappelijk onderzoek. Eveneens tegen de verwachtingen in, daagden er weinig Europese kandidaten op met de ambitie technisch raadgever te worden voor beleidsmensen in ontwikkelingslanden bij het plannen en uitvoeren van programma's van ziektebestrijding.

Voor de derde uitgave werd de cursus derhalve meer gericht naar de bestrijding van actuele en te verwachten prioritaire ziekten en gezondheidsproblemen. Er waren echter ook opportunistische redenen: een van de coördinatoren deed opmerken dat de belangrijkste sponsors uitsluitend programma's financierden en dat die programma's nationale en internationale experts nodig hadden die toen vooral in de VSA gevormd werden. In het programma werd minder tijd besteed aan de overdracht van recente kennis en inzichten in biologie en geneeskunde. Het werd toegespitst op de aspecten die nuttig waren om inzicht te hebben in de programma's die konden gerealiseerd worden. De reductie van het aantal docenten kwam de coherentie ten goede. Om het pragmatisme in de aanpak van de problemen, een kenmerk van het ITG, beter tot zijn recht te doen komen, werden zo veel mogelijk docenten van het Instituut ingeschakeld. De stuurgroep bleef er op waken dat de opleidingsmethode de deelnemers voorbereidde om zelfstandig gezondheidsproblemen te beoordelen, er desgewenst oplossingen voor te formuleren en te weten op welke instanties hiervoor eventueel beroep kon gedaan worden. Er was een vermindering voorzien van het totaal aantal lessen, een toename van het persoonlijk werk en het groepswork voor de zeventien niet-optionele blokken. De opties werden gerelateerd aan de toekomstige functies van de deelnemers. Er waren ook striktere toelatingsvoorwaarden voorzien. Behalve Frans moest de kandidaat voldoende Engels kennen om wetenschappelijke uiteenzettingen en artikels te verstaan. De praktische ervaring woog meer door bij de selectie: ten minste twee jaar en liefst in een programma van ziektebestrijding of in een operationeel onderzoeksprogramma of als assistent in een wetenschappelijke instelling.¹⁰⁹

Tijdens de vierde sessie werd vastgesteld dat de toename van het aantal uren cursus voor optievakken gebeurde ten koste van essentiële onderwerpen zoals interdisciplinaire gevallenstudies, sociologie, de demonstratieve aanpak van schistosomiasis. Ook de volgende jaren bleef de cursus worstelen met een identiteitscrisis.

In 1996 vond een brainstorming plaats om de objectieven en het programma van de MScBT te herdefiniëren. Na die brainstorming volgde nog een interne consultatie door een staf lid van het Departement Microbiologie en een van het Departement Volksgezondheid. Aan de hand van elf interviews met docenten en andere personen betrokken bij de MScBT, een vijftal interviews met alumni en een onderhoud met de examenjury presenteerden zij in december 1996 hun bevindingen. De opinies van de ondervraagden over het doel van de cursus waren erg uiteenlopend. De meest aangehaalde problemen waren: onzorgvuldige selectie van kandidaten, onvoldoende coherentie in het programma en binnen de stuurgroep, onvoldoende opvolging van de deelnemers en te veel stof op te korte tijd. Gevraagd naar hun visie op de toekomst van de MScBT antwoordden een deel van de ondervraagden dat de twee objectieven, ziektebestrijding en onderzoek moesten behouden worden. Anderen waren voor een radicale verandering van het concept, gaande van ofwel enkel organisatie van ziektebestrijding ofwel vorming van polyvalente of gespecialiseerde onderzoekers ofwel een maîtrise in epidemiologie tot korte cursussen over specifieke onderwerpen zoals AIDS en klinische epidemiologie. Het was duidelijk dat een hervorming grondig moest voorbereid worden. Voor 1997-1998 bleven de objectieven, de onderwijsmethoden en de inhoud van de cursus behouden terwijl een stuurgroep, samengesteld uit stafleden van de Departementen Microbiologie (M. Laga en C. Ronsmans), Parasitologie (U. D'Alessandro) en Volksgezondheid (M. Boelaert) werkten aan een nieuwe formule. Tijdens de tien jaren van zijn bestaan hebben 157 deelnemers de MScBT gevolgd en gedurende die jaren werd de basis gelegd van de huidige Master of Science in Disease Control.

3.3. De Master of Science in Disease Control cursus (MDC)

In het academiejaar 1998-1999 begon de Franstalige versie van deze volledig nieuwe cursus: 'Maitrîse en Contrôle des Maladies' (MCM). Het volgende academiejaar vond de Engelstalige versie (MDC) plaats. Het jaarlijks alternerend taalregime valt sindsdien samen met dat van de ICHD/CIPS.¹¹⁰

De stuurgroep had een jaar gewerkt aan de voorbereiding. Het uitgangspunt was dat andere internationale cursussen geen specifieke opleiding aanboden voor experts in de bestrijding van de toenemende dreiging van ziekten als AIDS, malaria, tuberculose. Anderzijds had het ITG alles in zijn marge om dat hiaat te vullen: ervaren onderzoekseenheden op het gebied van AIDS, van seksueel overdraagbare ziekten, van malaria, van tuberculose, van tuberculose, van slaapziekte en van leishmaniose. Bovendien was het mogelijk alumni van het Instituut, die intussen manager waren van zulke programma's, in te schakelen in de opleiding. De ervaring van het Departement Volksgezondheid in de organisatie van gezondheidszorg bood een conceptueel referentiekader en praktische kennis om bestrijdingsprogramma's in te passen in bestaande gezondheidsdiensten. De lange ervaring van dat departement met de ICHD/CIPS kwam van pas bij de organisatie van de cursus zelf. De organisatoren van de Masters in Disease Control cursus gingen er van uit dat de vorming van managers van programma's voor de controle van tropische ziektes of van programma's van reproductieve gezondheidszorg kon bijdragen tot een betere gezondheid en een verbetering van de ziektebestrijding in ontwikkelingslanden. De vorming moest dan wel technisch excellent zijn, zich baseren op een flexibele en pragmatische visie op gezondheidspolitiek, ontwikkeling van gezondheidssystemen

en van specifieke gezondheidsprogramma's en een authentieke solidariteit met mensen uit ontwikkelingslanden weerspiegelen.

De cursus richt zich tot artsen of ander gezondheidspersoneel met universitaire vorming en met ervaring die betrokken zijn of zullen worden bij de preventie en bestrijding van specifieke gezondheidsproblemen in ontwikkelingslanden. Hij wil hun de kennis, vaardigheden en ingesteldheid bijbrengen nodig om preventie- en bestrijdingsprogramma's voor de belangrijkste gezondheidsproblemen (specifiek tropische ziekten en reproductieve gezondheidsproblemen) te ontwerpen, uit te voeren, en te evalueren, rekening houdend met de socioculturele context en met een bestaande structuur van de gezondheidsdiensten.

Vertrekkend van het profiel van de 'ideale' manager, die zijn programma beheert als een onderdeel van het gezondheidssysteem, waren vijf algemene objectieven geformuleerd, die op hun beurt vertaald werden in eindtermen.

Het eerste objectief, een wetenschappelijk verantwoorde politiek van ziektebestrijding kunnen formuleren, werd verduidelijkt door gedetailleerde eindtermen op het gebied van epidemiologie, statistiek, demografie, volksgezondheid, bepaling van prioriteiten, aanwenden van de verticale analyse voor het identificeren van de meest geschikte controle strategieën, gebruik van besliskunde bij de keuze tussen alternatieve strategieën, methodes van kennisverwerving, analyse en gebruik van onderzoeksresultaten.

Voor het tweede objectief, een duidelijk zicht hebben op de gezondheidspolitiek en op het gezondheidssysteem waarin men werkt, waren de eindtermen: analyse van gezondheidssystemen, beschrijving van de rationele gronden van verticale programma's en van basisdiensten; duiding van de voorwaarden voor integratie; analyse van het potentieel van professionele organisatiestructuren en van de op gang zijnde hervormingsmodellen.

Het derde objectief luidde: een programma kunnen formuleren, managen en evalueren. De eindtermen hiervoor sloegen op: een actieplan opstellen; technieken van beheer en evaluatie; identificatie van zwakke schakels in een systeem, vorming en supervisie van het personeel; evaluatie van informatiesystemen en van bewakingssystemen; kwalitatieve methodes in verband met sociologische aspecten in en programma.

Kunnen communiceren en onderhandelen was het vierde objectief. Het omvatte de theorie van communicatie, effectief ploegwerk, informatietechnologie voor presentaties, overbrengen van onderzoeksresultaten, onderhandelingen met personen en organisaties betrokken bij een programma, dialoog met de bevolking.

Het vijfde objectief, een ingesteldheid hebben die getuigt van respect voor de rechten van de mensen de medische deontologie had als eindtermen: de kennis van de ethische principes voor onderzoekingen op mensen; kennis van de kwaliteitskenmerken van goede zorg; een open en tolerante houding in verband met cultureel gevoelige onderwerpen.

Een programma van twaalf maanden, verdeeld over vier trimesters moest tot die eindtermen leiden.

De eerste twee trimesters zijn gemeenschappelijk en beslaan vier domeinen: de kwantitatieve (epidemiologie, statistiek, demografie) en kwalitatieve methoden; volksgezondheid (basisconcepten, gezondheidssystemen, opstellen van prioriteiten, management en evaluatie van gezondheidsprogramma's); onderzoek (kritische analyse van wetenschappelijke teksten, ethische aspecten, opstellen van een

onderzoeksprotocol); werkingsinstrumenten (informatica, wetenschappelijk Engels in de Franstalige cursus, bibliografie).

Gedurende het derde trimester volgen de deelnemers eerst de module HIV/AIDS. Vervolgens kiezen ze uit twee opties: tropische ziekten of reproductieve gezondheid. De eerste omvat de organisatie van bestrijdingsprogramma's voor malaria, tuberculose, trypanosomiase, schistosomiase en andere; de tweede omvat de seksueel overdraagbare aandoeningen, de moederlijke en perinatale gezondheid, familieplanning en abortus. Beide opties eindigen met een syntheseoefening waarin het logisch kader gebruikt wordt als instrument om een project te formuleren.

Tijdens het vierde trimester schrijven ze een thesis.

Het aantal deelnemers bleef beperkt tot twintig omwille van de groepsdynamiek, nodig voor een gezamenlijk actief leerproces. Tijdens het eerste trimester wordt het verschil in niveau, vooral in het assimileren van kwantitatieve methodes, zo veel mogelijk weggewerkt. Hiervoor krijgen kleine groepen van deelnemers van verschillend niveau een opdracht van coöperatief leren en wordt de tutor of de docent ingeschakeld indien nodig.

Gedurende het tweede trimester komen meer geavanceerde concepten en methodes van statistiek, epidemiologie en volksgezondheid aan bod. Het is de bedoeling dat de deelnemers na die twee trimesters genoeg gewapend zijn voor een actief leerproces omtrent de politiek en het management van programma's, hetzij van ziektebestrijding, hetzij van reproductieve gezondheid.

Voor het derde trimester moeten de deelnemers dus kiezen tussen tropische ziekten of reproductieve gezondheid. Om de discussie te verrijken worden voor dit deel van de cursus deelnemers van buitenaf, met ervaring op een van die twee domeinen, gerekruteerd. Voor deze deelnemers is een aangepast certificaat voorzien. Het programma van dit trimester werd in 2001 geaccrediteerd door het netwerk van Europese Instituten voor Tropische Geneeskunde als een module in hun gemeenschappelijk Master program in International Health.

Tijdens het schrijven van de thesis kan elke deelnemer wel raad vragen aan een coach maar hij moet zelfstandig, op basis van verworven inzichten en aangeleerde methodes, een analyse of oplossing voorstellen van een probleem in verband met het management van een programma. De thesis is het voornaamste thema van de ondervraging door de jury van het eindexamen.

De beoordeling van de deelnemers is voor 40% gebaseerd op schriftelijke testen na de voornaamste onderwijsmodules, voor 20% op communicatievaardigheden en voor 40% op de thesis. Op twee uitzonderingen na behaalden alle studenten van de eerste vijf jaren hun Masters Diploma.

De planning, en de organisatie en bijsturing van het programma vertoont een grote analogie met de ICHD/CIPS. Een stuurgroep bestaande uit drie cursuscoördinatoren uit de drie betrokken departementen (Microbiologie, Parasitologie en Volksgezondheid), de tutor en de secretaresse, komt wekelijks bijeen om praktische problemen op te lossen. Elk van de hoofdlijnen van het curriculum (kwantitatieve en kwalitatieve methodes, volksgezondheid, onderzoek, reproductieve gezondheid en tropische ziekten) wordt van nabij opgevolgd door een docent van het Instituut. Deze docent kan, in overleg met de stuurgroep, de inhoud of tijdsbesteding in zijn gebied wat bijsturen, moest uit de regelmatige evaluaties blijken dat dit nodig is. Zo werd, op basis van de algemene evaluatie van de eerste cursus, voor het tweede jaar vooral de module Volksgezondheid beter afgestemd op het profiel van de manager van programma's. Kwantitatieve methodes werden herleid tot de methodes die de

manager nodig had. Klinische epidemiologie en besluitvorming werden toegevoegd. Ook het programma van het derde trimester werd wat bijgestuurd.

De snelle toenames van het aantal kandidaten weerspiegelt de relevantie en de kwaliteit van de cursus: in 1998 waren er 91 kandidaten waaruit 17 deelnemers geselecteerd werden, in 2001 waren er 158 kandidaten waaruit 21 deelnemers geselecteerd werden. Voor de selectie van de twintig deelnemers wordt rekening gehouden met de motivatie, de terreinervaring en het onafhankelijk oordeel van drie referentiepersonen over de geschiktheid van de kandidaat. Door alumni in te schakelen bij de selectie beantwoordden de deelnemers van de daarop volgende cursussen nog beter aan het gewenste profiel.

Tijdens de eerste vijf jaar waren er 98 deelnemers waarvan 37 vrouwen. Zij kwamen uit 38 verschillende landen en 75 hadden een studiebeurs van DGOS.

Naar analogie met de ICHD kwam vanaf het tweede jaar een vereniging van alumni en een halfjaarlijkse nieuwsbrief tot stand om hen verder op te volgen.

Een analyse in 2002 van de professionele activiteit van de MCM/MDC alumni leerde dat 90% van hen een job hadden die rechtstreeks verband hield met de controle van HIV/AIDS, malaria of tuberculose.

De MDC/MCM kreeg bij de doorlichting door de externe evaluatiecommissie in mei 2001 een 'zeer goed' voor de criteria kwaliteit, doelgerichtheid, duurzaamheid en ontwikkelingsrelevantie en een 'goed' voor efficiëntie. Dezelfde maand had de eigen stuurgroep, in het rapport van haar voorbereidende zelfstudie, echter al gewezen op drie zwakke punten in de cursus en er een remediërend actieplan voor opgesteld.

Een eerste punt betrof het curriculum: het verwerven van kennis en vaardigheden om een interventiebeleid te formuleren was niet in evenwicht met die om een programma uit te voeren. Om na te gaan hoe het curriculum kon aangepast worden aan de reële noden van de managers van gezondheidsprogramma's in ontwikkelingslanden, organiseerde de stuurgroep een enquête onder haar alumni en kreeg respons van 37 oud-studenten. Dit werd verder uitgediept tijdens een seminarie met 23 alumni in Abidjan (Ivoorkust) in augustus 2002. Globaal waren de alumni erg tevreden over de verworven kennis en geleerde vaardigheden, maar zij ervoeren enkele lacunes op technisch vlak (projectbeheer, vorming en personeelsbeleid en onderzoek) en op relationeel vlak (communicatie- en onderhandelings technieken). De stuurgroep analyseerde de bevindingen samen met de docentengroep in 2002. Op basis van de aanbevelingen door alumni en de suggesties en opmerkingen van de deelnemers via het evaluatiesysteem werden stapsgewijze aanpassingen doorgevoerd.

Sedert 2003 wordt tijdens de introductiedagen meer aandacht besteed aan individuele en groepscommunicatie. De programma's van Epidemiologie en Statistiek aan de ene kant en Research aan de andere kant werden meer op mekaar afgestemd. Theoretische concepten worden zo duidelijker geïllustreerd. De cursus Demografie legt vanaf dan meer nadruk op de interpretatie van de indicatoren en op de mogelijke toepassingen op het vlak van Volksgezondheid. Gezien het toenemende gebruik van het logisch kader als instrument voor de planningscyclus van projecten en programma's wordt vanaf dan aan elk van de studenten gevraagd individueel (en niet langer in groep) een voor hen relevant project te ontwikkelen.

Sedert 2004 gaat er meer tijd naar de module over epidemiologische surveillance, een activiteit die deel uit maakt van het takenpakket van de meeste programma-verantwoordelijken. De studenten krijgen ook de opdracht componenten van het Belgische bewakingssysteem te evalueren en hieruit lessen te trekken voor hun

eigen context. Verder is de module Gezondheidspolitiek beter afgestemd op de thema's die momenteel op de nationale en internationale agenda's staan en besteedt zij meer aandacht aan het financiële beleid en aan het personeelsbeleid. In de opties ondergaat de HIV module een grondige hervorming: het resultaat is een beter evenwicht tussen de technische, humanitaire en beleidsmatige aspecten.

In 2005 werden de Volksgezondheidsmodule over formulering, management en evaluatie van programma's enerzijds en de modules over de aanpak van specifieke gezondheidsproblemen die deel uit maken van de opties anderzijds, beter op mekaar afgestemd.

Voor september 2005 staat een nieuwe toetsing van de relevantie van de cursus op stapel. De Engelstalige alumni krijgen dan de kans om hun om werkervaringen na MDC mee te delen en de huidige en potentiële bijdrage van de cursus te beoordelen in de Regionale Alumni Workshop in Cambodia.

Een onvoldoende inbreng van docenten uit ontwikkelingslanden was het tweede zwakke punt. De mogelijkheden om meer docenten uit ontwikkelingslanden te betrekken bij het onderwijs stoot echter op praktische problemen zoals financiering en beschikbaarheid. Goede managers gedurende een paar weken weghalen uit hun werkomgeving, waar ze het meest nodig zijn, is bovendien niet vanzelfsprekend. In 2003 werden enkele PhD studenten ingeschakeld in het onderwijs. In samenwerking met de ICHD werkten de studenten in de module Gezondheidspolitiek met een beleidsverantwoordelijke uit Mali om de concepten toe te passen. In 2004 werden tijdens de Opties programmaverantwoordelijken uit het zuiden ingeschakeld voor enkele gevallenstudies: het HIV programma in Botswana; het slaapziekteprogramma in Congo; het geboorteregelingprogramma in Bangladesh. In 2005 kon de cursus bovendien een beroep doen op drie oud-studenten om te leren uit hun ervaringen in het beleid van ziekteprogramma's (HIV in Ivoorkust, TB in Burundi, slaapziekte in Congo).

De derde zwakte was een onvoldoende interactie tussen docenten van de kerngroep met andere externe lesgevers. Om die interactie te bevorderen worden nu thematische vergaderingen georganiseerd en alle lesgevers nauw betrokken bij het evaluatieproces. Aan het einde van elk trimester organiseert de cursus een uitwisseling tussen studenten en lesgevers. De resultaten van de schriftelijke evaluaties worden samen met alle betrokken lesgevers besproken en mogelijke aanpassingen van het programma geëxploreerd. Sedert 2005 is de stuurgroep uitgebreid met de verantwoordelijken van de belangrijkste programmaonderdelen. Tijdens een reeks vormingssessies werkten verschillende lesgevers mee aan een verbetering van de onderwijsmethodologie.¹¹¹

In de context van de onderwijshervormingen die op stapel staan in het Instituut en van de toenemende vraag naar flexibilisering, plant de stuurgroep van de MDC een aanpassing van het huidige programma in functie van samenwerkingsverbanden met andere Master's binnen en buiten het Instituut.¹¹²

Notes

- ¹ International Colloquium 1968; Janssens 1997,144; AITM, 1.2.2. '61/'62, 23
- ² Journées internationales d'Etude de la Médecine préventive 1970
- ³ This transference of overseas researchers to Belgian academic institutions was financed by BIBWOO (Belgisch Instituut ter Bevordering van het Wetenschappelijk Onderzoek Overzee).
- ⁴ AITM 4.2.2.5.2.2 Etablissement d'une Unité de Recherches et d'Enseignement en Santé Publique 1970 ;
- ⁵ AITM 1.2.5. '95/'96 ,45
- ⁶ AITM, 1.2.2. '64/'65, 17; '67/'68, 79; '69/'70, 37, 92
- ⁷ Pour une Politique de Santé 1971
- ⁸ WHO-UNICEF 1978
- ⁹ Susman en Evered 1978. For application on Health Systems Research see: Grodos, Mercenier 2000,50-56
- ¹⁰ In Congo a health district is called 'zone de santé'
- ¹¹ AITM, 1.2.3. '77/'78 ,104
- ¹² AITM 1.2.2. '67/'68, 14 and '68/'69, 29; Kasongo, Equipe du Projet 1981, 5; Pangu 1990, 23
- ¹³ Kasongo, Equipe du Projet 1982
- ¹⁴ In order to avoid political problems a direct access to the doctor, a few hours per week, was made possible for locally important persons. The fee to be paid was higher than the real cost and the activity did not harm the normal functioning.
- ¹⁵ Pangu 1990, 26.
- ¹⁶ Kasongo Equipe du Projet 1976 ; Daveloose 1979, 127
- ¹⁷ The data are stored in a filing cabinet at the Department of Public Health.
- ¹⁸ Van Lerberghe, Pangu, 1988; Pangu 1988,279-283
- ¹⁹ Santé et Communauté 1975 ; De Brouwere, Van Balen 1996
- ²⁰ AITM 1.2.4.'84/'85,73; '86/'87,49; '88/'89,59 en 1.2.5. '89/'90,81
- ²¹ Kasongo Project Team, 1981b; 1984; Kasongo Equipe du Projet, 1976; 1981a ; 1982.
- ²² Pangu 1988
- ²³ Van Balen, Mercenier 1974
- ²⁴ Annual Reports ITM '72/'73 to '83/'84, chapter PHRTU
- ²⁵ AITM, 1.2.3.'74/'75,96 and '82/'83,69-70
- ²⁶ Van Balen 1987a and 1990
- ²⁷ AITM 1.2.3. '74/'75,96; Santé et Communauté 1975,34; Forty years of fighting global poverty by promoting health, 2003,13-17; AITM 1.2.3. '74/'75,85 en '76/'77 ,99
- ²⁸ Mercenier, Van Balen 1979
- ²⁹ In april 1983 Daveloose, in collaboration with Burundese authorities, finished the 'Plan national de Développement de l'Infrastructure sanitaire'.
- ³⁰ Walsh, Warren 1979; Grodos, de Béthune 1988,879-880; Van Balen 1987b
- ³¹ AITM 1.2.4. '86/'87,50-51 en 1.2.5. '89/'90,81-82 en '91/'92,84-85; Unger J. P. 1991
- ³² AITM 1.2.3.'74/'75, 95 and '83/'84, 78
- ³³ Public Health Research and Training Unit 1989; Unger Daveloose Bâ 1989; Unger 1995
- ³⁴ Van Lerberghe, Mercenier, Van Balen 1987 ; *Mission effectuée auprès du ministère de la santé publique du Maroc pour la création d'un Institut National de Formation et de Recherche en Administration sanitaire et Santé Publique*' report of february 1989 by P. Mercenier ; AITM 1.2.4.'83/'84,78 ; '84/'85,71-73 ; '88/'89,37 ;1.2.5.'89/'90,80,81 ; '90/'91,73
- ³⁵ AITM 1.2.5. '90/'91, 77; Van Lerberghe, Lafort 1990; Van Lerberghe, Van Balen, Kegels 1992; AITM 1.2.4.'89/'90, 76 en '95/'96, 48-49
- ³⁶ AITM 1.2.5.'89/'90,78 en '91/'92, 85
- ³⁷ Van Dormael 1995
- ³⁸ AITM 1.2.3.'77/'78,120
- ³⁹ Fiedler 1990; *report of a mission by Van Balen for the BADC from oct. 21 to nov. 4 1989*; AITM 1.2.4. '90/'91,72-73; '91/'92,80-81
- ⁴⁰ AITM 1.2.5.'94/'95,42,43,48,49 en 1997,108,109 en 112.
- ⁴¹ Van Lerberghe 1987; Kasongo Project Team 1981
- ⁴² Mercenier 1977; Kegels 1995
- ⁴³ Kasongo Project Team 1984; Dujardin 1993; De Brouwere 1997
- ⁴⁴ AITM 1.2.5.'92/'93, 32
- ⁴⁵ Van Damme 1998; AITM 1.2.5. '92/'93, 34 ; Criel 1998 ; Criel, Barry 2002

-
- ⁴⁶ Maiga, Traore Nafo, El abassi 1999 ; AITM 1.2.5. '92/'93, 30 ; '94/'95, 41-43; '95/'96, 45-50
- ⁴⁷ Sanguan 1992
- ⁴⁸ AITM 1.2.4. '83/'84,79 '85/'86,57, '86/'87,50, '87/'88,57; '88/'89,56; 1.2.5. '89/'90,73; '91/'92,42; '93/'94,42 ; '95/'96,47
- ⁴⁹ AITM 1.2.3. '74/'75,93
- ⁵⁰ AITM 1.2.4. '83/'84,65 ; '85/'86,60; Van Loon 1987
- ⁵¹ Bartiaux, Beghin 1983 ; AITG 1.2.4. '83/'84,78
- ⁵² Beghin 1986; Beghin, Masuy-Stroobant 1987
- ⁵³ AITM 1.2.4. '79/'80,72
- ⁵⁴ AITM 1.2.4. '87/'88,63-64 ; Beghin 1989; Lefèvre, Beghin 1991.
- ⁵⁵ AITM 1.2.5. '90/'91,86 ; '91/'92,96 ; Maire 1999 and 2001
- ⁵⁶ AITM 1.2.5. '94/'95,55-57 en '95/'96,47-50; Lefèvre, Kolsteren 2001; Nutrition Unit 2001
- ⁵⁷ AITM 1.2.4. '87/'88,64 en '88/'89,66
- ⁵⁸ Kolsteren 1996
- ⁵⁹ Andrien, Beghin 1993
- ⁶⁰ Van Loon 1987, Ramos 1993, Kolsteren 1996, da Silva Diniz 1998, Lefèvre 1999, Byekwaso 2001
- ⁶¹ De Muynck 1993
- ⁶² Beghin, Eusebio, Van der Stuyft e.a. 1991
- ⁶³ AITM.1.2.4. '86/'87,52; '87/'88,60, '88/'89,64, '90/'91,78; Van der Stuyft 1991
- ⁶⁴ AITM 1.2.5. '94/'95,50-53 en '95/'96,48; Boelaert 1999
- ⁶⁵ Van Lerberghe joined the Unit in 1979 after three years of field experience in Mozambique. He participated in the Kasongo project and later on in the realisation of the INAS in Morocco, in the realisation of an urban health project in Dar Es Salaam and in the Health Sector Reform in Thailand. He obtained his PhD degree in 1987. He contributed actively to the research and training at the Unit and since 1994 to the coordination of the CIPS/ICHD.
- ⁶⁶ Patrick Kolsteren joined the Unit end 1989. After a field experience as a clinician and project leader from 1982 to 1986 in Thailand, he participated in London in the Tropical Child Health course and had been, during a couple of years, coordinator of a 'Save the Children Fund' program in Nepal. He was responsible for several projects of the Unit and obtained his PhD degree in 1996.
- ⁶⁷ Since he obtained in 1984 his MPH at the ICHD, Patrick Van der Stuyft became staffmember of the Unit. Before he had a few years of clinical experience in Belgium and in the Netherlands he three years of fieldexperience in Nicaragua. He was responsible for research and training projects of the Unit and obtained his PhD degree in 1991. He was in 1995 co-launcherand remains co-editoe of Tropical Medicine and International Health.
- ⁶⁸ Guy Kegels joined the PHRTU in 1988 and had an important input in its projects, particularly in Morocco, Thailand, Mali and Zimbabwe. Before he had four years of clinical experience in Belgium and in the Comores and six years of experience in health systems organisation in the Comores and in Mali. In 1995 he obtained his PhD degree.
- ⁶⁹ Monique Van Dormael, a sociologiste, specialised in sociology of medicine, joined the PHRTU in 1978. She had an important input in the realisation of qualitative research projects. Before she had ten years of experience as a researcher in health care organisation. She obtained her PhD degree in 1995.
- ⁷⁰ After he obtained a MPH degree in Harvard in 1983, Jean Pierre Unger joined the PHRTU, initially as tutor of the CIPS, later as co-organiser of the Thiès project and since 1989 as staffmember. In 1991 he obtained a PhD degree.
- ⁷¹ AITM 5.7.1.2.5.Department of Public Health october 1996 Research Policy and Program 1997-1999, 5-29 and 9 annexes
- ⁷² Maiga, Traore Nafo, El Abassi 1999
- ⁷³ Criel, Barry 2002
- ⁷⁴ www.itg.be , library, ITG Press, SHSOP Series.
- ⁷⁵ AITM 1.4.3.1.4
- ⁷⁶ presentation of the researchprojects in the ITM annual reports 2002, 110-115; 2003, 100-111
- ⁷⁷ Interview with Guy Kegels on may 13 2005.
- ⁷⁸ Van Damme, Meessen 2001
- ⁷⁹ De Vos, Bonet, Van der Stuyft 2000; De Vos, Murlá, Rodriguez 2005
- ⁸⁰ Dugas, Van Dormael 2003
- ⁸¹ Blaise 2005
- ⁸² AITM 1.2.5. '94/'95,39-49; '95/'96,45-50

-
- ⁸³ Van Loon 1987; Van Lerberghe 1987; Pangu 1988; Unger 1991; Van der Stuyft 1991; Diniz da Silva 1991; Ramos 1992; De Muynck 1993; Dujardin 1993; Kegels 1995; Van Dormael 1995; Kolsteren 1996; De Brouwere 1997; Criel 1998; Van Damme 1998; Boelaert 1999; Lefèvre 1999; Byekwaso 2000; Claeys 2003; Mamiro 2003; Vuylsteke 2003; Getahun 2004; Van Damme 2004; Blaise 2005.
- ⁸⁴ ITM Annual Report 2004,107
- ⁸⁵ AITM,1.2.2.'60/'61,18 ; '61/'62,18; '62/'63,21; '63/'64,33-34; AITM,4.2.1.1
- ⁸⁶ AITM,1.2.2.'67/'68,45-46
- ⁸⁷ AITM,1.2.2.'68/'69,54
- ⁸⁸ AITM,4.2.2.1.2 ; AITM, 4.2.2.2
- ⁸⁹ AITM, 1.2.2.'65/'66,49
- ⁹⁰ Mercenier, Van Balen 1973
- ⁹¹ Van Balen 1991; *Future orientations of the ICHD* 2004, 10
- ⁹² Van Renterghem 1992 annex III,23
- ⁹³ AITM 1.2.2.'78/'79,21and 72
- ⁹⁴ *Principes du changement du programme CIPS* by P. Mercenier, 12-07-'83 ; experience of the autor.
- ⁹⁵ AITM 4.2.2.5.1.1
- ⁹⁶ *Projet de création d'un Réseau International des Anciens Participants du CIPS (RIAC) et ICHD (INFI)*, august 1993 ; AITM 1.2.5. '95/'96,49
- ⁹⁷ *Future orientations of the ICHD* 2004,11-13; *working documents GERC* of 17/08/94 and 26/08/94
- ⁹⁸ *Rapport de la réunion du CIPS du 15/01/89* ; telefax IV/WVP/F95-2939 of 19 may 1995
- ⁹⁹ *staff meetings of the Department 25/06/96 and 27/08/96*
- ¹⁰⁰ *Regional workshop of Asian ICHD Alumni*, 1999,
- ¹⁰¹ *Future Orientations of the ICHD* 2004,16 and 52; *staff meeting of the Department 27/11/01*
- ¹⁰² AITM 1.2.6 2001,202; *Rencontre des anciens participants du CIPS du Maghreb*, Rabat 2003 ; *Future orientations of the ICHD* 2004
- ¹⁰³ Letter by J. Nieto i Nieto rector of Valencia and by L. Eyckmans to the PAHO on 4/11/'92 and to the EU on- 9/11/'92; AITM,1.2.6. 2003,103
- ¹⁰⁴ Van Balen 1991,3
- ¹⁰⁵ AITM 4.2.4.2.15 *Mécanismes de contrôle de qualité dans le CIPS*, january '98, by Unger and Kegels
- ¹⁰⁶ Unger 1989 en 1995,36,50-52.
- ¹⁰⁷ Interview with P. Van der Stuyft, 26 july 2005.
- ¹⁰⁸ Brochure MScBT 1988-1989
- ¹⁰⁹ *Avenir de la MScBT* 26 june 1990
- ¹¹⁰ *Self study Report of the Master of Science in Disease Control* by Boelaert M., De Schamphelire I., D'Alessandro U., Laga M., may 2001
- ¹¹¹ *Report of 1998-2002 of the 'Raamakkoord ITG-DGOS*; students handbooks 2002-2003, 2003-2004, 2004-2005.
- ¹¹² Interview with M. Pirard, 10 june 2005.