

ARTS OF TOERIST

Dokters in Afrika is zeker niet vrijblijvend

Hooggeleerde collega's beschrijven in MC hun ervaringen in Kenia. Hun artikel is smeug om te lezen, maar een analyse van de structurele problemen in het bezochte land ontbreekt.

PETER BOB PEERENBOOM

Als toerist blijf je een buitenstaander. Sommige dingen vallen je op, andere niet. Maar soms is er wat anders aan de hand, zoals in het artikel 'Een wrange topvijftien'.¹ Daarin gaat het niet om dokters die als willekeurige toeristen Kenia bezoeken, maar in een ander land medisch werk verrichten. Op dat moment is geen sprake meer van vrijblijvend toerisme, maar van professioneel handelen. En dan heb je de plicht na te denken over je rol, over wat je doet en veroorzaakt. Om die reden plaats ik vraagtekens bij dat verhaal.

VERBAZING

In alle Afrikaanse landen worden van gezondheidsposten statistieken bijgehouden over behandelde patiënten. Dat is dus ook in Kenia niets bijzonders; iedereen doet dat namelijk systematisch. Nederlandse huisartsen kunnen daar nog wat van leren. Uit het feit dat deze statistiek alleen tijdelijk is bijgehouden blijkt hoe weinig het desbetreffende werk is ingebed in de lokale gezondheidszorg.

Een andere vraag is waarom wij ons als artsen zouden moeten verbazen over die statistieken. Is de topvijftien van ziekten die in de eerste lijn in Afrika worden geregistreerd zo bijzonder? Als medisch student kun je daarover verbaasd zijn,

maar als professional eigenlijk niet: het gaat immers niet om nieuwe feiten. Iedere Nederlandse arts die zijn vakliteratuur en de krant bijhoudt, kan ervan op de hoogte zijn. Natuurlijk is het triest om te constateren welke eenvoudig te behandelen en te voorkomen ziekten er in die topvijftien staan. Dat het kennelijk niet lukt om die gezondheidsproblemen op te lossen is, schokkend.

JONGENSDROMEN

In het artikel wordt gesproken over de 'wrange topvijftien' van de meest gestelde diagnoses in de dorpen rond Kimili. Het is echter vooral wrang dat de genoemde huisartsen de nood van de bevolking pretenderen te lenigen door iedere zes weken een andere Nederlandse arts in te vliegen. Wat een kosten, wat een milieuschade, terwijl al meer dan veertig jaar bekend is dat mobiele klinieken voor

centraal stelt in haar rapport 'Working together for health'.² Dat tekort hangt samen met de wijze van opleiden van artsen in een medisch model, dat nauwelijks aansluit op de gezondheidsrealiteit van de Afrikaanse bevolking. Het heeft ook te maken met het feit dat westerse landen artsen uit ontwikkelingslanden 'wegkopen': in Engeland en de VS werken uit bepaalde Afrikaanse landen meer artsen dan in die landen zelf. Ook diverse hulporganisaties en -projecten kopen met hoge salarissen lokale artsen weg. Het probleem heeft tevens te maken met dwingend financieel-economisch beleid van het Internationaal Monetair Fonds, dat investeringen in gezondheid en onderwijs bemoeilijkt, zo niet onmogelijk maakt. En nog een oorzaak is dat de lokale arbeidsomstandigheden veelal slecht

In Engeland en de die landen zelf.

Het is allang bekend dat mobiele klinieken nauwelijks effect hebben

curatieve zorg nauwelijks effect hebben! De infectieziekten en complicaties van zwangerschap en bevalling, die gebruikelijk in de topvijftien voorkomen, vereisen namelijk in de meeste gevallen acute zorg die niet kan wachten op het wekelijkse bezoek van de dokter.

Het artikel bevat ook geen enkele analyse van de redenen waarom er in de dorpen onvoldoende curatieve zorg is. En of de inzet van middelen niet effectiever en efficiënter had gekund. Maar ja, zou dat wel gebeuren, dan kunnen huisartsen hun jongensdroom misschien niet meer laten uitkomen.

OPLEIDEN

Waarom is de gezondheidszorg op het Keniaanse platteland zo zwak? Eén van de oorzaken is het tekort aan gezondheids personeel, een probleem dat de wereldgezondheidsorganisatie WHO

zijn - maar voor de verbetering daarvan lopen weinig donoren warm.

Op 7 april, Wereldgezondheidsdag, luidde de wereldgezondheidsorganisatie WHO de noodklok over de crisis rond het tekort aan gezondheidswerkers. Het is schrijnend dat één van de redenen daarvoor het vertrek van artsen en verpleegkundigen naar Europa en Amerika is. Voor ontwikkelingslanden zijn de gevolgen hiervan gigantisch: verlies aan personeel en lokale kennis, niet-rendabele investeringen in onderwijs et cetera. Om nog maar te zwijgen over het geld dat het westen bespaart op het opleiden van personeel in eigen land. Kortom: voor de zoveelste keer lijken de verhou-

dingen en financiële stromen eerder te zijn omgedraaid.

CONTRACEPTIE

Het artikel over Kenia is geschreven door hooggeleerde collega's verbonden aan een Nederlandse universiteit. Dat verbaasde me. Van een individuele arts die een keer een reis maakt, zou je een dergelijk verhaal kunnen verwachten. Dan kun je nog denken 'hij weet niet beter'. Maar als je vijf jaar lang meer dan veertig verschillende artsen voor zes weken naar dezelfde plek vliegt, gaat het om meer dan een incident. Van een dergelijke groep deskundigen mag je meer reflectie verwachten en niet alleen verwondering over de morbiditeit. Bovendien gaat het verhaal niet in op de neveneffecten van een dergelijke kortdurende, steeds wisselende inzet. Hoe moet dat overkomen op de bevolking? Op de verpleegkundige die slechts de medicijnen mag uitdelen - in het algemeen ver beneden zijn oplei-

dingsniveau? Ik zou de geachte collega's het idee aan de hand willen doen zelf morgen een bijstandsuitkering aan te vragen om te voelen wat afhankelijkheid van anderen betekent.

Treffend was ook de foto van een polikliniek gehuisvest in de zaal van een kerk. Bij massavaccinaties is dat geen vreemd beeld, ook niet in Europa. Maar voor curatieve zorg is dit een schoolvoorbeeld hoe je het niet moet organiseren: een publieke consultatieruimte, zonder enige privacy. Waar is de menselijke waardigheid? Wat moeten professionals aan opleidingsinstituten in Afrika wel niet denken? Hoe moeten zij een dergelijk beeld uitleggen aan leerling-verpleegkundigen en artsen in opleiding?

Dan de gevonden topvijftien zelf: die geeft geen reëel beeld van de feitelijke gezondheidsproblemen. De statistiek is ongetwijfeld gekleurd door de organisatie van de polikliniek. De problematiek rond zwangerschap, bevalling en contraceptie ontbreekt bijvoorbeeld geheel. Eigenlijk is dat vanzelfsprekend, want zou u om contraceptie vragen bij een dokter die spreekuur houdt in een grote zaal?

Schrijnender nog is het probleem van HIV/aids. De auteurs schrijven dat ze niet in staat zijn om daarover te praten en geen testen konden doen. Is dat niet wat al te makkelijk gesteld in een gebied waar de prevalentie van HIV waarschijnlijk boven de 10 procent ligt? Neveneffect kan zijn dat een dergelijke mobiele kliniek een schuilplaats wordt voor patiënten die opportunistische infecties willen laten behandelen, zonder dat hun bloed is getest. Dat kan toch niet de bedoeling zijn?

MEELOPEN

De roep om aandacht voor de gezondheidsproblemen in Afrika is positief. Maar het verhaal van Leclercq c.s. bevestigt een aantal vooroordelen over Afrika, zonder enige aanzet te geven hoe het anders kan. Toerisme is prima, reizen als arts ook, maar laat Afrikanen daar niet het slachtoffer van worden. Professioneel handelen vraagt, waar ook ter wereld, om zorgvuldigheid. En mocht u het niet kunnen nalaten om naar Kenia te reizen, ga dan eens bij een collega op bezoek en vraag beleefd of u een dagje mag meelopen. Dat zal in de regel geen enkel probleem opleveren.

Artsen hebben in de hedendaagse internationale context een bijzondere verantwoordelijkheid. Door de inter-

SAMENVATTING

- *Er is verschil tussen een werkbezoek en het reizen als toerist; ook in Afrika zijn we als artsen verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg.*
- *Mobiele curatieve zorg is weinig zinvol en heeft schadelijke neveneffecten.*
- *Het personeelstekort in Afrika wordt versterkt door de internationalisering van de arbeidsmarkt. De WHO heeft dit tekort als thema voor 2006 gekozen.*
- *Deze problematiek hoort hoog op de agenda van onze beroepsverenigingen.*

Het MC-artikel 'Een wrange topvijftien' vindt u via onze website:
www.medischcontact.nl/dezeweek.



nationalisering van de arbeidsmarkt en de vele hulpprogramma's hebben wij een grote invloed op de gezondheidszorg in Afrika. Hierbij doe ik dan ook een oproep aan de KNMG en de NVTG (Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg) die gezamenlijk het bestuur vormen van de SANO (Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden). De problematiek van het personeelstekort van artsen en verpleegkundigen in Afrika is fundamenteel anders geworden dan 36 jaar geleden, ten tijde van de oprichting van de SANO. De arbeidsmarkt voor gezondheidspersoneel is gemonddialiseerd en de migratie van Afrikaanse artsen naar betere oorden is enorm.

Het is bij uitstek een taak om deze problematiek hoog op de agenda van onze beroepsverenigingen te zetten en op politiek niveau en in internationaal verband aan te kaarten. Of blijven we als artsen dweilen met de kraan open? ■

dr. P.B. Peerenboom,
arts maatschappij en gezondheid, consultant ETC Tangram,
oud bestuurslid SANO

Correspondentieadres: p.peerenboom@etc-tangram.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl
Geen belangenverstrengeling gemeld.

Referentie

1. Leclercq, R c.s. Een wrange topvijftien. MC 2006; 7: 275-7. 2. WHO. The world health report 2006: 'Working together for health'.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR VOOR
INTERNET