

PERSONEEL GEVRAAGD

Afrika's moeizame jacht op dokters

De gezondheidszorg in de derde wereld kampt met een *human resources crisis*. Om de ambities die de VN heeft geformuleerd te realiseren, zal eerst die crisis moeten worden opgelost. Of beter nog: de problemen die ten grondslag liggen aan deze crisis.

HENK MAASSEN

Afgelopen weekend ondertekenden tal van Nederlanders en Nederlandse hulporganisaties het Akkoord van Schokland. Nederland schaarde zich daarmee massaal achter de Millenniumdoelstellingen van de VN. Voor 2015 moet de kindersterfte sterk zijn afgenomen, de verspreiding van aids en malaria zijn gestopt, en is het aantal vrouwen dat sterft door complicaties bij hun zwangerschap of bevalling afgenomen. Maar hoe reëel zijn die voornemens? De hartenkreet van tropenarts Thomas van den Akker (blz. 1163) legt misschien wel de kwetsbaarste plek van die mooie plannen bloot: het tekort aan medisch personeel in ontwikkelingslanden. Dat is, met name in Afrika, schrijnend.

Waar we in Nederland over drie artsen per 1000 inwoners beschikken, is dit in de meeste ontwikkelingslanden minder dan twee artsen per 10.000 inwoners, in Malawi zelfs maar 1 op de 100.000 inwoners. Naar schatting is er wereldwijd een tekort van meer dan 4 miljoen gezondheidswerkers.

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO rekent voor dat de 24 rijkste landen jaarlijks 12 miljard dollar aan ontwikkelingshulp besteden voor de gezondheidssector. De organisatie pleit ervoor om een kwart van dat geld te oormerken voor het verkleinen van personeelstekorten in de derde wereld.

RECRUTERING

In deze *human resources crisis* gaat het om vier problemen. Ten eerste: recrutering. In veel landen is het buitengewoon moeilijk om gekwalificeerd personeel te

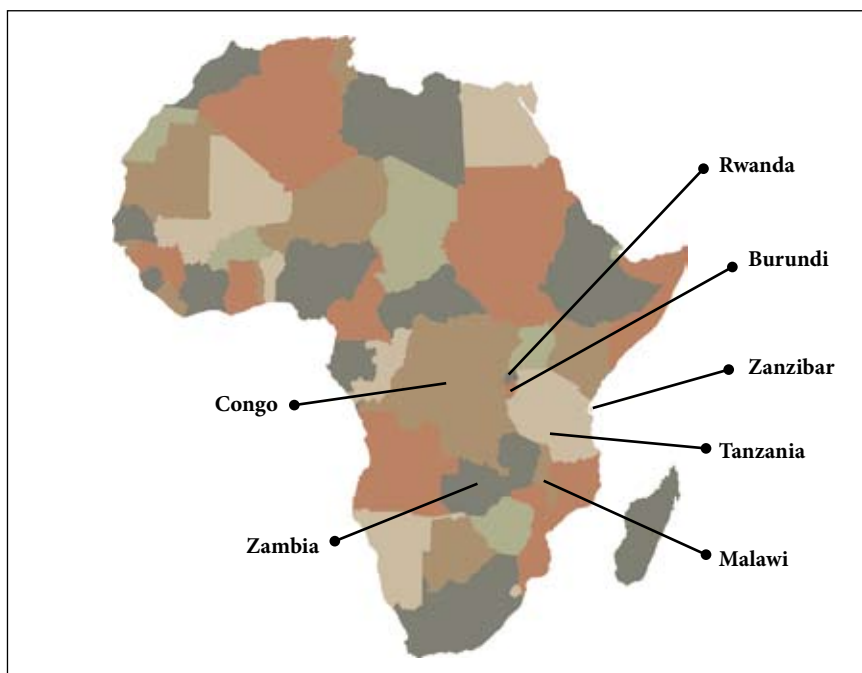
vinden. Dr. Leon Bijlmakers is consultant gezondheidsbeleid bij het bureau ETC en heeft ervaring in Afrika. Hij zegt: 'Malawi bijvoorbeeld heeft grote problemen om studenten te krijgen die een verpleegkundeopleiding kunnen volgen. Er zijn door gebrekkig onderwijs domweg te weinig jongeren met de juiste vooropleiding.'

Waar wel gekwalificeerd personeel is te vinden, doet zich een tweede probleem voor: braindrain. Bijlmakers: 'Artsen en verpleegkundigen trekken naar andere landen waar ze beter betaald krijgen en meer carrièremogelijkheden hebben. Het eigen land biedt vaak te wei-

nig perspectief. Niet alleen salaris, maar ook professionele trots speelt een rol. Als je de apparatuur, de medicijnen en de bedden niet hebt om te doen wat je zou moeten doen, dan raak je gedemotiveerd en kijk je of je elders niet beter aan de slag kunt.'

Braindrain komt vooral doordat het rijke westen gezondheidswerkers wegzuigt uit de ontwikkelingslanden. Niet in de laatste plaats omdat de behoefte aan personeel in het westen toeneemt door de vergrijzing. Een recente studie becijferde dat rond 2020 de VS te maken zullen hebben met een tekort van 800.000 verpleegkundigen en 200.000 artsen. De

Nederland telt drie artsen per 1000 inwoners. In Malawi is er één arts op 100.000 inwoners.



BEELD: ISTOCKPHOTO

vrees is dat die tekorten, althans deels, zullen worden opgevuld door artsen en verpleegkundigen uit die landen die ze zelf het hardst nodig hebben. Mike Rowson, één van de auteurs van Global Health Watch, een alternatief Wereldgezondheidsrapport, spreekt in dit verband van een 'perverse subsidie' van arme landen aan het rijke Westen. 'De komst van Ghanese zorgverleners heeft Groot-Brittannië in totaal 103 miljoen pond bespaard. Als we de andere Afrikaanse landen meetellen, heeft Groot-Brittannië zelfs 2,5 miljard pond bespaard!', stelt hij.

Braindrain gaat niet alleen over grote geografische afstanden. Zo maakte Mozambique vorige week bekend dat het 8000 artsen wil werven in andere Afrikaanse landen. Het land telt momenteel slechts 650 artsen op 20 miljoen inwoners.

CONCURRENTIE

Het derde probleem is verkeerde tewerkstelling, een gevolg van de oneerlijke concurrentie tussen plaatselijke gezondheidszorginstellingen en zogeheten verticale programma's voor de bestrijding van aids, malaria en tbc of projecten van westerse NGO's (zie MC 24/2007: 1033). Bijmakers: 'Deze programma's willen graag snel successen laten zien en hebben daarvoor het beste personeel nodig. Ze zijn daarom bereid betrekkelijk hoge salarissen te betalen of goede secundaire arbeidsvoorwaarden te bieden aan geneeskundig personeel dat door de eigen overheid vaak slecht wordt betaald.' Bijmakers is betrokken bij onderzoek van Wemos, waarin wordt nagegaan hoe grote, extern gefinancierde programma's te werk gaan met lokaal medisch personeel. Hij is net terug uit Zanzibar. Met 1,1 miljoen inwoners een betrekkelijk klein land (dat hoort bij Tanzania, maar een eigen overheid heeft). Bijmakers constateert dat de hoeveelheid geld die daar beschikbaar is voor de bestrijding van aids, in geen verhouding staat tot het probleem. 'In Zanzibar, een islamitische maatschappij, is minder dan 1 procent van de bevolking hiv-positief. Dat is voor Afrikaanse begrippen heel laag. Toch gaat er veel geld naar de aidsbestrijding. Het gevolg: slecht geoutilleerde en bemenste klinieken voor alledaagse ziekten en uitstekende voorzieningen in aparte VCT-centers (VCT staat voor *voluntary counseling and testing*, red.), waar mensen zich gratis kunnen laten testen op hiv.'

De Amerikaanse publiciste Laurie Garrett vindt dat er een internationale gedragscode moet komen die verhindert dat organisaties en landen gezondheidswerkers bij elkaar wegpakken. Maar volgens het Nederlandse ministerie van Ontwikkelingssamenwerking is zo'n richtlijn juridisch moeilijk uitvoerbaar

Door slechte beschermende maatregelen loopt medisch personeel tijdens hun werk aids op

en kan ze ertoe leiden 'dat de belangrijke inbreng die deze professionals hebben - zoals kennis van eigen land en cultuur - voor die organisaties verloren gaat.' 'Er zou daarom eerst moeten worden gekeken naar de effecten van een dergelijke gedragscode.'

En dan is er nog een vierde, treuriger oorzaak van het personeelstekort: hoge sterfte. Om een idee te geven: de Amerikaanse hoogleraar public health Frank Feeley berekent dat de laatste tien jaar in Zambia meer medisch personeel door sterfte ten gevolge van aids is weggevalen (68%) dan doordat mensen hun baan hebben opgezegd of door pensionering (23 resp. 9%). Je zou zeggen dat medisch personeel op de hoogte is van de gevaren van aids, maar niettemin velt de ziekte velen. Schaamte en angst voor stigmatisering maken dat medisch personeel niet tijdig hulp zoekt en slechte beschermende maatregelen zorgen ervoor dat ze tijdens hun werk aids kunnen oplopen.

TREAT, TRAIN AND RETAIN

Als oplossing van het personeelstekort stelt het WHO-rapport 'Working Together for Health' uit 2006 een strategie voor die zich uitstrekt vanaf het begin van de loopbaan in de zorg (*entry*), het werkzame leven in de zorg (*workforce*) tot het vertrek (*exit*). *Entry* staat voor het opleiden van voldoende gekwalificeerd medisch personeel; bij *workforce* spelen onder meer supervisie, eerlijke en betrouwbare betaling en levenslang leren een rol; en *exit* betekent het goed managen van migratiestromen en het verbeteren van veiligheids- en pensioenplannen. Met de slagzin *Treat, train and retain* wil de WHO de crisis te lijf. Maar het komt uiteraard aan op concrete plannen.

Eén van die plannen zou volgens de WHO kunnen zijn: geef zieke professionals een voorkeursbehandeling. De

vraag of dat ethisch verantwoord is, zou daarbij geen prioriteit moeten hebben.

Verder zouden landen niet al hun kaarten moeten zetten op het werven of opleiden van artsen of verpleegkundigen. 'Verbeter de *skills mix*; het zou goed zijn meer multifunctionele werkers voor *primary health care* op te leiden,'

zegt Jaap Koot, oud-tropenarts en tegenwoordig werkzaam bij Public Health Consultants in Amsterdam. In een twee weken geleden door The Lancet online gezette publicatie betogen twee Amerikaanse onderzoekers, Fitzhugh Mullan en Seble Frehywot, dat veel zorg in goede handen zou kunnen zijn van *non-physicians clinicians*, zoals health officers, clinical officers, physician assistants, nurse practitioners en nurse clinicians. Volgens Mullan en Frehywot werken ze sneller en goedkoper dan dokters en kunnen ze meer dan verpleegkundigen. Ze zijn bovendien eerder bereid hun diensten ook op het platteland aan te bieden, alwaar de nood het hoogst is.

Veel regeringen - de onderzoekers noemen die van Zambia, Ethiopië, Soedan en Lesotho - zijn momenteel bezig het aantal van deze beroepskrachten te verhogen, terwijl ze in Kenia en Malawi inmiddels al de ruggengraat van het gezondheidssysteem vormen. Overigens niet tot onverdeeld genoegen van de plaatselijke artsen en verpleegkundigen, stellen Mullan en Frehywot. De eerste beroepsgroep vreest professionele en financiële competitie, de tweede meent dat hun kennis en vaardigheden onderbelicht blijven.

HOGER SALARIS

Nog een idee: de uitstroom van personeel afremmen door betere betaling. Dat is helaas makkelijker gezegd dan gedaan. Leon Bijmakers: 'Zodra je het salaris van artsen of verpleegkundigen verhoogt, staan ook de werkers in andere sectoren klaar met hun eisen. Overheden in de derde wereld hebben beperkte budgetten. Het Internationaal Monetair Fonds (IMF) heeft veel landen budgetplafonds opgelegd om zo de economie weer op orde te krijgen. Dat betekent dat regeringen slechts tot een bepaald percen- >>

<< tage van het bruto nationaal product aan gezondheidszorg mogen besteden.'

Toch valt er wel wat te doen. Leon Bijlmakers: 'Met Nederlands geld loopt in Zambia het *health workers retention-scheme*: artsen die zich in een ruraal gebied vestigen, krijgen een beloning in de vorm van een toeslag op hun basis-salaris, verbeterde huisvesting, een onderwijstoelage voor de kinderen en het vooruitzicht op specialisatie na afloop van hun driejarig contract.'

Inmiddels werken pakweg zeventig juniorartsen via dit programma op het platteland. In sommige rurale gebieden werken voor het eerst Zambiaanse artsen, naast buitenlandse collega's, weet Jaap Koot die het programma in 2005 tussentijds evalueerde.

Bijlmakers noemt nog een ander initiatief, van onder andere Cordaid. In Rwanda, Burundi en Congo heeft men een systeem ingevoerd van financiering gebaseerd op prestaties. 'Haalt een district of een instelling een bepaalde doelstelling - verhoging van de vaccinatiegraad bijvoorbeeld - dan liggen er meer financiële middelen in het verschiet. Controle daarop is overigens belangrijk, maar problematisch: instellingen registreren in principe zelf hun prestaties en leggen verantwoording af aan vertegenwoordigers van de lokale gemeenschap.'

Toch is dit mogelijk een methode om de productiviteit van de zorgsector te verhogen. Want die is vaak te laag, zegt Jaap Koot. 'Veel staf is minder dan 50 procent van de tijd productief. Omdat ze er een baantje naast hebben of 'gewoon' eerder ophouden met werken. Vaak ook omdat de faciliteiten gebrekkig zijn: medicijnen ontbreken, het lab functioneert niet, er is geen anesthesioloog, dat soort problemen.'

CAPACITEIT

Koot pleit verder voor meer ondersteuning van trainingsinstituten. 'Ik ben zelf tropenarts geweest, ik heb veel patiënten gezien en geholpen, maar het was beter geweest als ik voortdurend artsen had opgeleid. Daar zouden we ons veel

geven. Dat is het soort ondersteuning die wezenlijk is voor de opbouw van meer capaciteit.'

Prof. dr. Jacques van der Meulen, emeritus hoogleraar chirurgie, vindt niettemin dat het uitzenden van medische hulptroepen naar plaatsen met grote tekorten zinnig kan zijn. 'Je kunt, bijvoorbeeld als algemeen chirurg of gynaecoloog, in een paar weken ongeloflijk veel goeds doen.' Van der Meulen ontdekte enige jaren geleden dat vrijwel elke chirurgische discipline over een organisatie beschikt die zo nu en dan artsen uitzendt naar Afrika. Hij vond het 'te gek voor woorden' dat ze dat allemaal op eigen houtje deden. Vandaar dat hij World Wide Surgery oprichtte: een databank die registreert wie er gaan en

'Het was beter geweest als ik voortdurend artsen had opgeleid'

meer op moeten richten. En dus hebben we ervaren mensen nodig op universiteitsposten. Goed voorbeeld: het College of Medicine in Blantyre, Malawi heeft haar capaciteit van 20 naar 100 studenten per jaar opgevoerd, mede dankzij Nederlandse hoogleraren die daar nu les-

wat ze doen en of ze bijvoorbeeld ook artsen opleiden (MC 43/2005: 1708-10). 'Dat laatste is van groot belang. Dus is mijn advies: ga als westerse arts vooral naar een ziekenhuis waar artsen worden opgeleid.'

Jaap Koot noemt de komst van westerse artsen 'een druppel op een gloeiende plaat'.

Leidend principe moet steeds zijn: hoe zijn systemen van gezondheidszorg het best te versterken. Momenteel constateert hij dat wat betreft de onderlinge afstemming van initiatieven nogal eens te wensen overlaat. Je hebt immers niets aan middelen als de bijbehorende infrastructuur ontbreekt. Gelukkig is er verandering op til. Koot: 'Internationale fondsen, als de GAVI Alliance die de vaccinatiegraad van kinderen in de derde wereld wil verhogen, stellen daarom niet langer alleen maar geld beschikbaar voor vaccins, maar ook voor het ter plaatse opleiden van verpleegkundigen en artsen.'

Ook volgens Leon Bijlmakers is het mobiliseren van westerse dokters, hoe nobel ook, meestal niet de beste manier om de personeelsnood te lenigen. Maar wie toch gaat, moet altijd contact zoeken met lokale autoriteiten. 'Maak afspraken. Het systeem van districtgezondheidszorg is in menig ontwikkelingsland beter ontwikkeld dan in Nederland. *District health management teams*, bestaande uit

Nederland telt drie artsen per 1000 inwoners. In Malawi is er één arts op 100.000 inwoners.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

Het WHO-rapport 'Working together for health' en andere achtergrondinformatie zoals het rapport van de NHS 'Global health partnerships' vindt u via onze site: www.medischcontact.nl/dezeweek.

een arts, verpleegkundige, vroedvrouw en apotheker, zijn vaak zeer capabel. Het is niet verstandig daar als buitenlandse deskundige aan voorbij te gaan. En pas op: de kans bestaat altijd dat je wordt uitgespeeld door lokale politici. Veel ontwikkelingslanden decentralise-

ren. Politici willen vaak in hun regio een ziekenhuis. Dan is het vervolgens aan de overheid om personeel en medicijnen te leveren. Dat kan zomaar ten koste gaan van de kwaliteit van zorg elders in het land. En dan is er netto nog niets bereikt.' ■

OVER DE GRENS

Tropenarts in Malawi

Koninginnedag



Het hotel, voor de gelegenheid versierd met oranje ballonnen, lijkt op een tulp in de savanne in de grauwe buitenwijk van Lilongwe, de hoofdstad van Malawi. Alle Nederlanders die in het land verblijven, zijn uitgenodigd om er de officiële viering van de verjaardag van Hare Majesteit de Konin-

gin bij te wonen. Bij de ingang worden we welkom geheten door de Nederlandse ambassadeur uit buurland Zambia, die bij gebrek aan een plaatselijke ambassade ook Malawi onder zijn hoede heeft.

Malawi is een straatarm land met 12 miljoen inwoners in zuidelijk Afrika. Door zwak bestuur, corruptie en ziekte komt de veelal laagopgeleide bevolking maar moeizaam aan haar bestaansmiddelen. De gemiddelde levensverwachting is er gedaald van 48 jaar in 1990 tot 37 jaar in 2005.¹ In de gezondheidszorg hebben hiv en migratie geleid tot een ongekend tekort aan arbeidskrachten. Per 50.000 mensen is er één dokter - tegenover één per 300 in Nederland.²

Als tropenarts werk ik in een districtsziekenhuis in het zuiden van het land, ver weg van dit oranje hotel. Het aantal patiënten per gezondheidswerker is er zo hoog, en de meesten van hen zijn zo ernstig ziek, dat je er als arts of verpleegkundige nooit hard genoeg kunt werken. Dit deprimerende overschot aan werk en de slechte arbeidsvoorwaarden leiden tot een ernstig gebrek aan motivatie onder het personeel. *Shortage of staff* is een veelgehoord excuus om je achter te verschuilen als je je werk niet hebt gedaan. Patiënt dood omdat er niemand naar hem omkeek? Personeelsgebrek is het antwoord.

Toen ik de uitnodiging voor de viering van Koninginnedag las, overviel me nog de twijfel of ik wel moest gaan. Weggaan uit het ziekenhuis betekent een schaarse dokter minder aan het werk. Maar nu de schalen bitterballen en vers ingevlogen rauwe haring aan me voorbij trekken, weet ik waarom ik hier ben.

De ambassadeur houdt een openingsrede. Hij betuigt zijn dank aan de aanwezige ondernemers, ontwikkelingsspecialisten en gezondheidswerkers. Zij houden Hollands eer hoog. Hij vergeet dat ze daarbij de steun van zijn regering door de jaren



DE FOTO'S ZIJN
HELAAS NIET
BESCHIKBAAR VOOR
INTERNET

heen hebben zien afbrokkelen. Malawi behoort sinds de herstructurering in de Nederlandse ontwikkelingshulp niet meer tot de 'partnerlanden'. Maar vandaag is het Koninginnedag! De wederzijdse betrekkingen dienen daarom te worden geroemd. De beide staatshoofden, Bingu en Beatrix, lijken in zijn toespraak welhaast elkaars beste vrienden.

Na het Wilhelmus is de Malawische staatssecretaris van Buitenlandse Zaken aan de beurt. Behalve felicitaties en de plichtmatige dankbetuigingen van een bedelaar, bevat zijn betoog ook een kritische noot. Hij herinnert de aanwezigen aan het vertrek van een groep Nederlandse specialisten uit het enige ziekenhuis in het land waar artsen worden opgeleid, het academisch ziekenhuis in Blantyre. De Nederlandse regering heeft besloten hun salaris niet meer uit te betalen. Dit verlies aan personele steun geldt als een forse adering voor het land. Het aantal Malawische medisch specialisten is op een hand of twee te tellen. De Nederlandse artsen hadden berekend >>



<< over een jaar of vijf zoveel lokale medici te hebben opgeleid, dat ze zelf overbodig zouden zijn. Maar die tijd wordt hen niet gegund.

Als de staatssecretaris is uitgesproken en de aanwezigen overgaan tot de orde van de bar, mengt de ambassadeur zich onder zijn gevolg. Mijn partner, ook tropenarts, raakt in discussie met hem. In antwoord op haar kritische vragen over de afzijdige houding van de internationale gemeenschap met betrekking tot de personele crisis stelt de ambassadeur een - in zijn ogen wellicht retorische - vraag. Wiens probleem is de gezondheidszorg van Malawi nu eigenlijk? Ik overweeg te zeggen: de gezondheidszorg van Malawi is een mondiaal probleem. Maar ik houd me in. Daarvan heb ik nu spijt, vandaar het volgende. (Ik hoop dat u dit leest, excellentie.)

Het zal u niet onbekend zijn dat de Malawische bevolking jarenlang is uitgebuit door een westers koloniaal regime. Volgens heeft zij geleden onder een veertig jaar durende, uitgesproken pro-westerse dictatuur, met een open economie waar ook Europa en Nederland van hebben geprofiteerd. Na het overlijden van dictator Banda kwam een corrupte regering aan de macht, die geen antwoord had op een verwoestende aidsepidemie. En alsof die epidemie niet vraagt om voldoende artsen en verpleegkundigen, heeft een onzer Europese partners, het Verenigd Koninkrijk, het nodig gevonden om zelfs recentelijk nog actief gezondheidswerkers uit Malawi te werven.

U begrijpt vast dat een gedetailleerde en genuanceerde geschiedenis te ingewikkeld is voor het bestek van dit geschrijf. Maar het wekken van de suggestie dat Malawi's gezondheidsprobleem alleen haar eigen verantwoordelijkheid is, getuigt noch van enig historisch inzicht noch van enig besef van de effecten van globalisering.

Zo mogelijk nog ingewikkelder dan het beschrijven van de geschiedenis van het probleem, is het nadenken over de toekomst van de gezondheidszorg in zuidelijk Afrika. Er is heel veel voor nodig om het hoofd te bieden aan de *human resources crisis*. Geld alleen is overigens niet genoeg. De inter-

nationale gemeenschap zal ook personeel moeten afstaan (of teruggeven) aan Afrika.

Misschien is de gedachte nu dat als westerse landen artsen naar elders blijven sturen, de druk op de ontvangende regering afneemt om zelf gezondheidswerkers op te leiden. Een onjuist argument, gezien artsen niet zijn op te leiden zonder andere artsen. Bovendien een tamelijk cynisch argument. Het idee erachter maakt de Malawische patiënt-van-vandaag opnieuw weerloos en hulpeloos tegenover de machten die hem besturen.

Maar wat heeft de politiek van die patiënt te duchten? Als 99 procent van de Nederlandse artsen morgen naar het buitenland verhuist, zal de regering 's nachts slecht slapen. Maar met een overwegend laagopgeleid en analfabetisch electoraat dat door jarenlange ontberingen fatalistisch en nihilistisch is geworden, kan de macht hier rustig doorpitten.

De onmenselijke personele crisis in de gezondheidszorg van Malawi en andere Afrikaanse landen vraagt om onmiddellijke, internationale actie. Nood bestaat niet alleen in een land waar oorlog of natuurgeweld heerst. De nieuwe Nederlandse minister van ontwikkelingssamenwerking, excellentie, heeft tot nu toe de politiek meer interessante (ex-)conflictlanden bezocht: Afghanistan, Uganda, Soedan, Burundi. Laat hem weten dat hij ook bij u op de koffie moet!

Mag ik een suggestie doen? Laat de minister de haring die op 30 april de wereld wordt overgevlogen volgend jaar thuishouden. Dan kan hij van die besparing een ticket betalen om u te bezoeken. Weliswaar sla ikzelf bij gebrek aan haring dat volgende feestje dan waarschijnlijk over. Dat scheelt gelijk ook weer in de drankuitgaven. En dan is er die dag in ieder geval één dokter meer aan het werk. ■

Thomas van den Akker,
tropenarts

Referenties

1. *Country Profiles for Population and Reproductive Health, Policy Developments and Indicators 2005*. UNFPA. 2. *The World Health Report 2006*. WHO.

