



EEN EEUW IN DEN VREEMDE

Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde bestaat honderd jaar

Ooit begonnen in Nederlands-Indië, opereren tropenartsen nu wereldwijd. Het werkveld strekt van noodhulp en primary health care tot de bestrijding van malaria, tb en aids.

NVTG-voorzitter Martin Boeree: 'Veel Afrikaanse landen kampen met een gigantisch gebrek aan artsen. We moeten dat tekort opvullen.'

HENK MAASSEN

De Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG) bestaat honderd jaar. In 1907 is ze begonnen als een vereniging van en voor klassieke tropenartsen die hun werk vooral deden in het toenmalige Nederlands-Indië. Tegenwoordig is de vereniging uitgegroeid tot een bonte verzameling artsen: klinici op het gebied van de klassieke tropenziekten, malaria-, tb-, en aidsspecialisten en professionals die zich bezighouden met internationale gezondheidsvraagstukken, zoals onderzoek naar gezondheidszorgsystemen en de bepaling van de sociale determinanten van gezondheid.

Volgens dr. Martin Boeree, voorzitter van de NVTG, is zijn vereniging daarmee een heel bijzondere club. 'De kruisbestuiving tussen al die vakgebieden werkt heel goed. Elders zie je dat veel minder.' Boeree kan het weten, want hij is ook voorzitter van de *Federation of European Societies for Tropical Medicine and International Health*. Verder is hij longarts en medisch directeur van het Universitair Longcentrum Dekkerswald in Nijmegen. Een paar keer per jaar reist hij af naar Tanzania voor tb-research. Momenteel heeft hij zijn handen vol aan het congres dat de honderdjarige vereniging dit pinksterweekend (24 tot en met 28 mei) organiseert in de RAI te Amsterdam. 'Met dat congres willen we bruggen slaan tussen beleidsmakers, basale

wetenschappers, klinici en public health-artsen', zegt Boeree. Zo is de NVTG erin geslaagd in de voorbereiding deskundigen met deze achtergrond uit het Rotterdamse Erasmus MC, het Amsterdamse AMC, Het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en het St Radboud (Nijmegen) als organisatoren samen te brengen.

GOLFBEWEGING

Bepalend voor het denken van al deze deskundigen was lange tijd het concept van primary health care (PHC, zie *kader* op blz 894): gezondheidszorg als een zaak van de lokale bevolking. De waardering voor PHC vertoont sinds 1978 een golfbeweging: lof en verketting wisselen elkaar af. 'Maar het is

en het bij massale toepassing het risico op resistentie verhoogt. Voorstanders betogen dat er voldoende geld moet komen en dat het een kwestie is van een goede en duurzame infrastructuur om de middelen bij de mensen te krijgen. Ik zeg: voer HAART in, maar doe dat *community based*, in functionerende gezondheidszorgstelsels. Daarvoor is de laatste jaren gelukkig ook meer internationale en meer Haagse aandacht.'

Boeree onderschrijft de gedachte dat gezondheidszorg pas kan worden verbeterd als de bevolking het heft in eigen handen neemt. 'Ik ben wat dat betreft niet zo pessimistisch. Neem de massale voorlichtingscampagnes over aids die overal in Afrika en elders zijn opgezet. Die zouden voor honderd pro-

Primary health care valt afwisselend lof en verketting ten deel

nu minder extreem', constateert Boeree. 'Primary health care ontkende te veel de het nut en de noodzaak van zogeheten verticale programma's, zoals tb- en aidsprogramma's. Het beste zou zijn beide benaderingen te integreren. Neem HAART (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*), de verzamelnaam voor combinatieschema's van antiretrovirale middelen bij de bestrijding van aids. HAART moet massaal de wereld in, vinden velen. Tegenstanders zeggen dat het te duur is

cent publiek bewustzijn moeten creëren en vervolgens tot gedragsverandering moeten leiden. Maar die gedragsverandering is niet alleen het gevolg van onze campagnes, maar ook 'gewoon' van de *facts of life*. Dat heb ik in Malawi gezien, waar hele generaties zijn weggeslagen. De mensen leren uiteindelijk een harde les.'

Volgens Boeree beschouwt vooral de jongste generatie Afrikaanse intellectuelen goed onderwijs volkomen terecht

als opstap naar betere gezondheidszorg en als de beste remedie tegen armoede en corruptie. Het is dan ook treurig dat er ook in de geneeskunde een enorme braindrain op gang is gekomen. Afrikaanse studenten gaan in Europa of de VS studeren en keren vervolgens niet meer terug naar het land van herkomst. Boeree: 'Dat is inderdaad een groot probleem. Ze kunnen elders beter verdienen. Armoedebestrijding blijft dus essentieel. Maar ik ken gelukkig nog heel wat academisch geschoolde Afrikanen die niet de rest van hun leven in de VS of Europa willen doorbrengen, die het liefst in Tanzania willen wonen.'

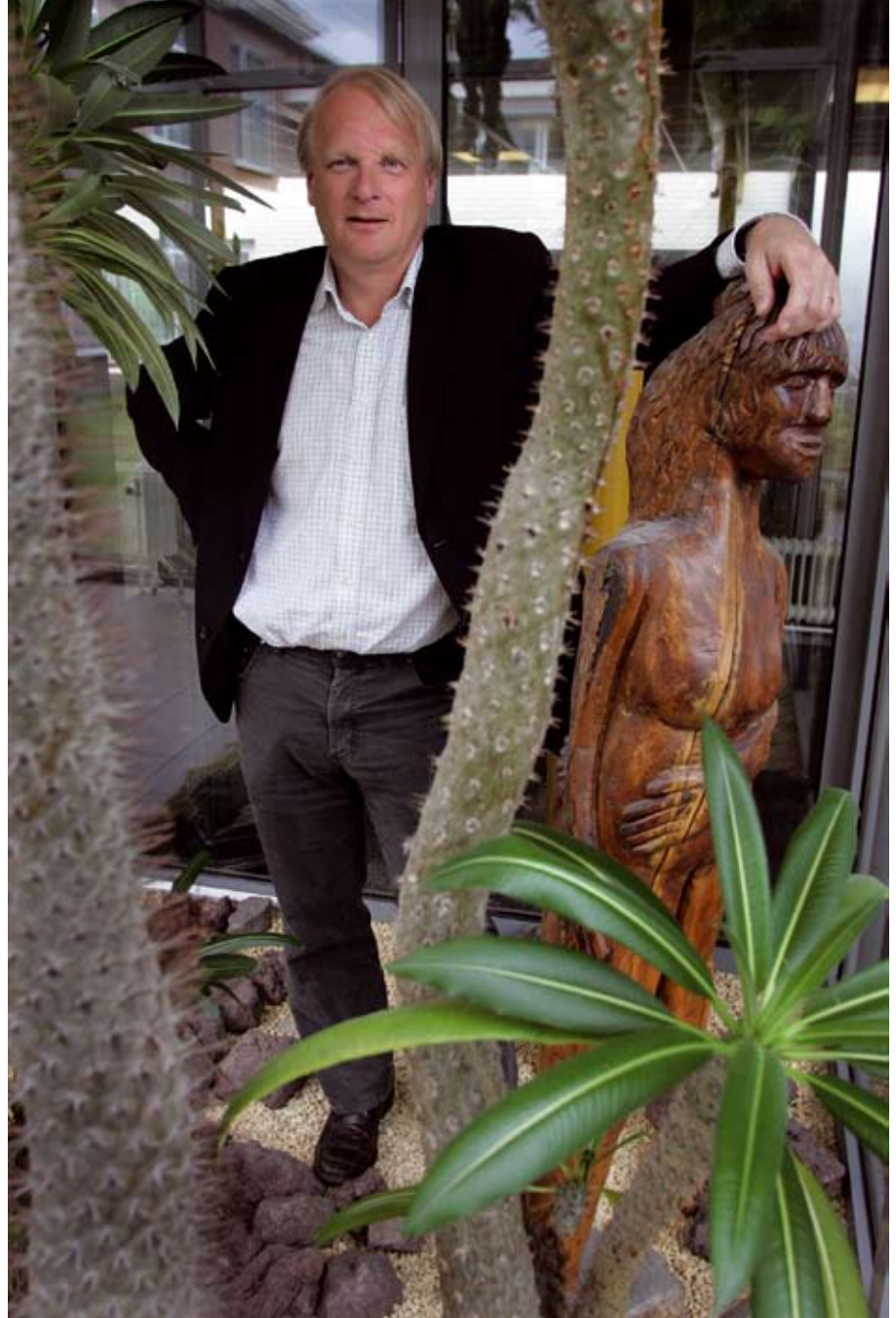
NEGENTIG PROCENT

Voor goed onderwijs over het opbouwen van de gezondheidszorg is degelijk onderzoek een conditio sine qua non. Maar wie de toonaangevende internationale medische vakpers een beetje volgt, krijgt de indruk dat obesitas en hart- en vaatziekten de voornaamste problemen zijn die onze 'moderne' wereld teisteren. Niet malaria, tb of andere tropische ziekten. Boeree weet het: 'Negentig procent van het onderzoek gaat over 10 procent van de problemen. Westerse problemen, inderdaad. Diabetes, hypertensie enzovoorts. Dat vertaalt zich in de stukken die je leest in de internationale vakpers. Niet alle internationale bladen doen het overigens zo slecht. The Lancet en The Lancet Infectious Diseases doen juist heel goed werk.'

Hij merkte het ook bij de organisatie van het congres: 'Het kostte erg veel moeite de zaak financieel rond te krijgen. De normale verdeling bij een wetenschappelijk congres is dat 80 procent van de financiering afkomstig is van commerciële sponsors, met name de farmaceutische industrie, en 20 procent van registratiegelden. Wij hebben ook wel wat commerciële ondersteuning, van Sanofi-aventis bijvoorbeeld, maar het houdt niet over. Ik klaag niet, ik klaag ook niemand aan. Ik constateer slechts een feit. Als gevolg van dat tekort aan middelen hebben verschillende mensen uit Afrika en India laten weten dat ze niet kunnen komen. Ze kunnen domweg de reis- en verblijfskosten niet betalen.'

Globale Gezondheidszorg

Gezondheidszorg lijkt vooral een binnenlandse aangelegenheid en dus geen zaak van buitenlandse politiek. Een foutieve aanname, meent Boeree. We



BEELD: DE BEELDREDAKTIE, ERIK VAN T' HULLENAR

Martin Boeree: 'We hebben onvoldoende geïnvesteerd in de bestrijding van tb, terwijl de ziekte ondertussen gevaarlijker wordt.'

moeten juist naar een globale gezondheidszorg. Kijk naar het indammen van de vogelgriep of naar tuberculosebestrijding. Boeree: 'Het onder de knie krijgen van tb is lange tijd behoorlijk succesvol geweest in ontwikkelingslanden. Maar met de komst van aids is de incidentie van tb weer fors opgelopen. Tot nu toe hebben we onvoldoende geïnvesteerd in de bestrijding, terwijl de ziekte ondertussen gevaarlijker wordt. Onder andere in Zuid-Afrika is XDR-TB, *extensively of extreme drug resistant tuberculosis*, opgedoken. Ik kan je verzekeren: die XDR-TB komt op den duur ook naar Nederland. En dat wordt een dure zaak. Behalve de hoge mortaliteit van, schat ik, zo'n 25 procent, moeten patiënten een behandeling ondergaan die twee tot drie jaar zal

duren. Ik raam de kosten op 200.000 tot 400.000 euro per patiënt. We kunnen dus maar beter nu al ingrijpen.'

GEEN CENT

Toch zit het onderzoek naar aids, malaria en tb in de lift. Dankzij fondsen als de *Global Alliance for TB Drug Development* (kortweg: *TB Alliance*), een publiek-privaat-partnerschap dat gelden beschikbaar stelt voor geneesmiddelenonderzoek. Boeree: 'Er is inderdaad nog nooit zoveel onderzoek gedaan naar tuberculose als de afgelopen tien jaar. Er is nu een aantal anti-tb-middelen in ontwikkeling. Voor malaria geldt hetzelfde.'

Fondsen als de *TB Alliance* zijn dan ook hard nodig, omdat farmaceuten >>

<< doorgaans geen brood zien in dergelijk onderzoek. Boeree schetst de werdegang van het antibioticum moxifloxacin (Avelox), dat een paar jaar geleden met veel tamtam op de markt werd gebracht. Het middel behoort tot de fluorochinolonen en is geregistreerd voor acute exacerbaties van chronische bronchitis, sinusitis en community-acquired pneumonia. 'Maar het bleek ook een heel goed medicijn tegen ernstiger vormen van tb te zijn. Alleen in verder onderzoek naar tb was de farmaceut (Bayer bv, red.) niet geïnteresseerd.'

Je zou zeggen dat uitbreiding van het indicatiegebied alleen maar in het voor-

Ik weet ook wel dat farmaceutische bedrijven geen charitatieve instellingen kunnen zijn. Ze moeten hun investeringen terugverdienen. Gelukkig heeft de farmaceut wel toestemming gegeven aan de TB Alliance om moxifloxacin onderzoek te laten zijn.'

ETHISCH

Er is nog een obstakel dat onderzoek in de derde wereld in de weg kan staan. Geneesmiddelen trials zouden ethisch gezien lang niet altijd door de beugel kunnen. Omwille van de zuiverheid van het onderzoek naar nieuwe medicijnen, zouden patiënten in controlegroepen

Boeree kent de discussie 'heel goed'. 'Ze is aanvankelijk gevoerd in NEJM en later voortgezet in The Lancet. Aanstichter was iemand die geen idee heeft hoe het in Afrika werkt. Ik vind namelijk dat je daar wel degelijk placebogecontroleerd onderzoek moet doen. De tegenstanders willen de beste zorg uit het westen naar Afrika exporteren. Dat is volstrekt niet realistisch. Door dat voornemen wordt veel onderzoek geremd dat voor Afrika essentieel is.'

Laat ik een voorbeeld geven. Het antibioticum co-trimoxazol (Bactrimel) wordt in het westen als een profylaxe gegeven bij hiv-positieve patiënten. Dat gebeurt om twee aidsgerelateerde ziekten met een hoge mortaliteit te voorkomen: pneumocystis pneumonie en toxoplasma encefalitis. De epidemiologie van aids is in Afrika echter heel anders dan in het westen. Beide ziekten komen daar nauwelijks voor, om de simpele reden dat aidspatiënten er eerder sterven. Toch, zo was de hypothese, zou het middel mogelijk zinvol kunnen zijn bij de bestrijding van chronische diarree en andere verschijnselen bij hiv-geïnfecteerden. Maar dat moet je onderzoeken en dus netjes vergelijken met een placebo. En dat mocht dus niet. In het westen was co-trimoxazol immers al standaardzorg. Laat ik nou eens provoceren: UNAIDS heeft trials moeten stoppen en pas na een jaar of vijf is het onderzoek weer op gang gekomen.

Nu weten we dat we bepaalde patiëntengroepen in Afrika het middel wel moeten geven. Die vijf jaar die we hebben verloren, hoeveel mensenlevens hebben die gekost? Wat is hier nog ethisch?'

TOEVALLIGHEDEN

Boeree kijkt naar de toekomst van zijn vereniging. Dit najaar komt de NVTG met een nieuwe visie op innovaties in de zorg. De vereniging zal zich concentreren op vier speerpunten: onderwijs, wetenschap, haar platformfunctie en pleitbezorging. 'Traditioneel', licht hij toe, 'hebben we een unieke tropenartsopleiding met twee jaar gynaecologie en chirurgie en drie maanden lang aandacht voor internationale gezondheidszorg. We ontwikkelen nu een viertal beroepsprofielen: de klassieke tropenarts, de tropenarts die vooral noodhulp verricht - denk aan Artsen zonder Grenzen -, de arts die zich toelegt op public health en de tropenarts die vooral betrokken

Onderzoekers ontzeggen patiënten willens en wetens de beste zorg

deel kan zijn van de farmaceut. Boeree lacht. 'Wil je het antwoord zelf geven? Om het moment dat moxifloxacin hét middel blijkt te zijn tegen ernstige vormen van tb, komt er een gigantische druk op de prijzen, want de ontwikkelingslanden kunnen dat dure medicijn niet betalen. En dan valt er dus weinig te verdienen.

placebo's krijgen. En dat terwijl in het westen, bijvoorbeeld als het gaat om aidspatiënten, placebo's in zulke trials uit den boze zouden zijn omdat hier inmiddels goede standaardzorg beschikbaar is. Met andere woorden: onderzoekers ontzeggen willens en wetens patiënten de beste zorg.

PRIMARY HEALTH CARE REVISITED

In 2008 is het dertig jaar geleden dat het begrip primary health care (PHC) werd gelanceerd tijdens een conferentie van wereldgezondheidsorganisatie WHO en Unicef in Alma Ata. Het was een mijlpaal in het denken over armoede en gezondheid. Er werd een streep gezet onder de klassieke tropische geneeskunde die zich richtte op het genezen of voorkómen van bepaalde ziekten. PHC was de bekroning van het groeiende besef dat ziekten (deels) samenhangen met sociaaleconomische omstandigheden. Basale gezondheidszorg, zoals schoon drinkwater, voeding, zorg en preventie, immunisatie, moeder- en kindzorg, zou binnen het bereik van lokale gemeenschappen moeten komen. Preventie, participatie en zelfredzaamheid waren de trefwoorden: artsen en andere hulpverleners moesten met dorpelingen aan de slag en hen leren zelf het overgrote deel van hun gezondheidsproblemen op te lossen.

Het geloof in *community based health* was zo groot, dat de aandacht voor reguliere gezondheidscentra zoals ziekenhuizen verslaptte. Eind jaren tachtig werd PHC wat minder ideologisch en meer praktisch: men ging gezondheidscentra en districtsziekenhuizen opzetten met aan de basis een netwerk van gezondheidswerkers in de lokale gemeenschappen.

Daarnaast vereiste de gigantische aidsepidemie een forse ommekeer. Centrale planning van zorg was absoluut nodig om de hoge nood te lenigen. Dat ging gepaard met de opkomst van kapitaalkrachtige, extern gefinancierde programma's. Mooi, maar niet zonder bijwerkingen. Het gevaar is dat er te weinig oog is voor de noodzaak van een goed functionerend basisgezondheidszorgsysteem. ■



Volgens de gedragscode van NVTG werkt een Nederlandse arts in Afrika met toestemming van de nationale medische autoriteiten.

is bij programma's als *safe motherhood*, bestrijding van aids, malaria en tb. We willen de opleiding duurzaam organiseren. Dat kan alleen als we daar erkenning en financiering voor krijgen. Binnen de nieuwe structuur van het CBOG (College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, red.) zijn we daar hard mee bezig. Hopelijk komen we in de wachtkamer en leidt dat over twee jaar naar een erkende opleiding. Let wel: dus niet naar een erkend specialisme. We willen opleidingsziekenhuizen kunnen aanwijzen en structureel aan kwaliteitsborging doen. Nu zijn we te afhankelijk van toevalligheden: van de oud-tropenarts die ergens chirurg is, twee plaatsen heeft voor tropenartsen-in-opleiding en daar vijf jaar later weer mee ophoudt'

Onderwijs strekt zich ook uit over de grens, in weerwil van de toenmalige minister van Ontwikkelingssamenwerking, Evelien Herfkens, die zes jaar geleden een nieuwe beleidslijn afkondigde. Aan het uitzenden van deskundigen naar ontwikkelingslanden moest een einde komen. Ze zag dat als een anachronisme en vond het te duur. De 'technische assistentie' die deze deskundigen (ook artsen) verleenden, zou perfect passen in de mythe van de Westerse superioriteit en haar zelfs versterken: wij geven, zij ontvangen; wij weten, zij leren. Herfkens wilde zo ook allerlei gevestigde belangen in de 'ontwikkelingsindustrie' ontmaskeren.

Boeree zou het jammer vinden als de nieuwe minister in deze lijn ver-

der denkt. 'Zeker, ontwikkelingslanden moeten en kunnen meer zelf doen. Maar momenteel zitten we met een enorme human resources-crisis. Onder meer door de braindrain en de sterfte door aids is er een gigantisch tekort aan dokters en verpleegkundigen. Daar moet duurzaam wat aan gebeuren. We moeten dat tekort aan artsen opvullen, ter plekke artsen en ander (para-)medisch personeel opleiden en onze kennis overdragen.'

GEDRAGSCODE

'Medisch toerisme', onlangs nog hevig bediscussieerd in Medisch Contact, kan en mag daarbij nimmer aan de orde zijn. 'Onvoorbereide artsen die uit naïeve welwillendheid zonder enige registratie in het land waar ze hun goede werk denken te gaan doen, aan de slag gaan, daar is de NVTG tegen. Er is daarom een gedragscode ontwikkeld. Daarin staat dat een arts werkt met toestemming en goedkeuring van de nationale medische autoriteiten, dat hij dat doet in overleg met lokale structuren en instituties, dat hij goed voorbereid is, hetgeen betekent een adequate opleiding heeft genoten, en dat hij steeds uitgaat van het adagium *do not harm*. Die gedragscode heeft de NVTG alweer een tijdje geleden ook bij de KNMG neergelegd.

Ik hoop dat ze binnenkort van zich laten horen.' ■

Zie ook de rubriek Scoop (blz. 902)

VELDWERK

Burn-out



Wij, arts-assistenten, zijn burned-out en daardoor maakt 54 procent schadelijke fouten, stond er in de krant. Niet hoe dit aantal fouten zich verhoudt tot vorig jaar en het jaar daarvoor, of tot het aantal fouten gemaakt door specialisten. Noch wat de definitie van 'schadelijk' is. Maar het klinkt veel en daarom staat het natuurlijk in de krant.

Ik heb het inderdaad druk, omdat twee collega's zich ziek hebben gemeld. Op de overdracht rapporteert de dienstdoende zijn belevingen van afgelopen, zware nacht. Moeizame reanimatie, na veel discussie toch overplaatsing naar de IC en een moeilijk familiegesprek. Maar met het ontbreken van mijn collega's blijft er een ochtendpoli onbezet. De supervisor vindt dat de dienstdoende maar moet blijven. Die stamelt dat hij zich daartoe niet in staat voelt. Er volgt een preek over betrokkenheid, en onze relaxte werktijden. En passant wordt nog gemeld dat als de bezettingsproblematiek onder de assistenten zich dusdanig voortzet, de parttime constructies moeten worden heroverwogen.

'Vroeger was alles anders', is mij al vele malen gezegd. Eigenlijk was het vooral beter. Geen gezeur over dienstroosters, zwaardere en langere diensten. En parttime werken bestond niet eens. De huidige generatie artsen zijn 'watjes'.

Maar, als we medische fouten kunnen reduceren door de werkdruk te verminderen en we daar bovendien gelukkiger van worden, wat is daar dan op tegen? Ik kies bewust voor een prachtige baan en een druk bestaan. Het zijn echter niet de werktijden, maar gebrek aan waardering, steun en onderschatting van mijn inzet dat het werk soms moeilijk maakt. Ik ben toegewijd en wil geen 'watje' worden genoemd.

En vroeger? Vroeger was misschien alles beter, maar vroeger is nou eenmaal voorbij. ■

Annemarie Bosch

de arts-assistent