

# VICE VERSA

journalistiek over  
mondiale samenwerking

GLOBAL HEALTH  
VOORJAAR 2022

## Onze gezonde toekomst

*De pandemie met een brede blik bekeken  
voor een onderling steeds meer verbonden wereld*



## Colofon

**Uitgever** Stichting Vice Versa

**Hoofdredactie** Marc Broere  
en Eunice Mwaura

**Redactie** Pius Okore, Cynthia  
Omondi en Nicera Wanjiru

**Eindredactie** Edward Geelhoed

**Productie** Angelique Chin

**Medewerkers aan dit nummer**

Marusja Aangeenbrug, Marc van Dijk,  
Sarah Haaij, Judith van de Kamp,  
Najuma, Marlies Pilon, Marieke van  
Twillert en Mark Williams Wasswa

**Art director en vormgever**

Selma Sofie van Gorkum

**Omslag** Mark Williams Wasswa

**Drukker** Veldhuis Media

**Redactieadres**

Koninklijk Instituut voor de Tropen  
Mauritskade 63, 1092 AD Amsterdam

**Website** viceversaonline.nl

**E-mail** info@viceversaonline.nl

**Lidmaatschap** van Vice Versa kost

50 euro per jaar of 25 euro voor studenten

**Informatie over abonnementen en**

**aanvraag losse nummers**

**Website** abonnement.viceversaonline.nl

**E-mail** abonnementen@viceversaonline.nl

**Deze special is** tot stand gekomen

in opdracht van het Kenniscentrum

Global Health (KCGH)



## Hoofdredactioneel commentaar



**Een aantal jaar geleden wilden we** voor onze Global Health Cafés – die we toen met een paar partners organiseerden – een spreker van het ministerie van Buitenlandse Zaken hebben om over het belang van mondiale gezondheidssystemen te discussiëren. Daar wilde het ministerie helaas niet aan meewerken; alleen voor debatten over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) konden we op medewerking rekenen.

Dat was namelijk binnen de brede mondiale gezondheidszorg het onderwerp waarop Nederland zich met ons ontwikkelingsbeleid profileerde. Qua SRGR waren (en zijn) we een progressieve donor, die ook ongemakkelijke thema's durfde aan te stippen, waaronder veilige abortus in lage- en middeninkomenslanden. Aandacht voor mondiale gezondheidssystemen was bepaald niet meer in de mode, binnen het Nederlandse beleid.

Gelukkig lijkt er een kentering plaats te vinden – bijna noodgedwongen, zou ik wel durven stellen. Meer dan ooit kent de wereld grensoverschrijdende problemen en de coronacrisis heeft ons laten merken dat we allemaal met elkaar verbonden zijn. De tijd is voorbij dat je je achter de Nederlandse dijken kunt verschuilen en dat je zaken als mondiale gezondheid eendimensionaal kunt aanpakken. In het regeerakkoord is ons zelfs een *global health*-strategie beloofd.

**Ik was dan ook blij toen we door** het Kenniscentrum Global Health (KCGH) benaderd werden om een special over dit onderwerp te maken. Het KCGH is door de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG) en het Opleidingsinstituut Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde (OIGT) opgericht.

De aanleiding was een motie van toenmalig Tweede Kamerlid Carla Dik-Faber uit december 2019, waarin om een gestructureerde overdracht werd gevraagd van in het buitenland opgedane kennis die voor de Nederlandse gezondheidszorg relevant is, omdat dat nog onvoldoende plaatsvindt.

En dat is ook het interessante van deze special. Aan de ene kant gaat het over hoe Nederlandse kennis op het gebied van mondiale gezondheid overal toepasbaar is en hoe onze *global health*-strategie eruit moet komen te zien, maar het is net zo belangrijk dat de Nederlandse gezondheidszorg zelf de deuren opent voor kennis van buitenaf. Het is kennis die mede is opgebouwd door de vele honderden Nederlandse 'tropenartsen' (of: AIGT'ers, zoals ze tegenwoordig heten) die in het verleden zijn uitgezonden en die het weer naar hun werkpraktijk hier hebben meegenomen.

Eveneens gaat deze special over hoe actuele thema's binnen het terrein van internationale samenwerking ook in de *global health*-sector spelen, zoals *shift the power* en dekolonisering.

Lees bijvoorbeeld het prikkelende interview met Seye Abimbola, die zich – in monoloogvorm – afvraagt waarom er in het veld van *global health* de neiging bestaat om mensen in arme landen niet als gelijkwaardig te zien. 'Hoe kan de wereld van *global health* verder dekoloniseren?' zegt hij, daarin. Wat ons betreft een mooi vervolgdebat.

**Marc Broere**

4



### 4. Het belang van de brede blik

Een dubbelinterview met Irene de Vries en Piet-Hein Buiting  
door Sarah Haaij

### 8. Het samenspel van mens en aarde

In gesprek over planetaire gezondheid met arts-professor Renzo Guinto  
door Marlies Pilon

### 11. Portret: Rembrandt Aarts

"Altijd doen", zeg ik dan'  
door Marieke van Twillert

### 14. Welkom in de farmaceutische wereld

Fatima Suleman houdt de mechanismen kritisch tegen het licht  
door Marlies Pilon

### 17. Portret: Jeroen van Dillen

'Ik heb een bepaalde bril op, sinds ik in Afrika heb gewerkt'  
door Marieke van Twillert

### 18. 's Werelds beste zorgideeën beloond

Deze prijsvraag haalt ze binnenboord  
door Marc van Dijk

I4



### 21. Portret: Helma Hofland

'Je leert onwaarschijnlijk goed improviseren'  
door Marieke van Twillert

### 22. Drie 'tropenartsen' rond de tafel

'Ik realiseerde me: ik zal nooit meer op die manier zoveel voldoening ervaren'  
door Marusja Aangeenbrug

### 25. Verwerelden zonder op reis te gaan

de column van Judith van de Kamp

### 28. 'Ont-leer en dekoloniseer zo de geest'

Seye Abimbola met een mooie monoloog  
door Marlies Pilon

### 31. Portret: Albertine Baauw

'Doordat je het grote plaatje ziet, ontwikkel je een soort mildheid'  
door Marieke van Twillert

### 32. Een nieuwe *global health*-strategie

De noodzaak onomstotelijk uitgelegd  
door Marc van Dijk

I8







# 'We hebben mondiale dokters nodig!'

Tekst: Sarah Haaij Illustratie: Najuma

Voor Nederland is het moment aangebroken om de deuren open te zetten voor gezondheidskennis van buitenaf. Onze zorg kan een wereldwijde blik goed gebruiken, zeggen twee experts: 'Anders lopen we belangrijke kennis mis.' Een dubbelinterview om dit themanummer in te leiden – over de lessen van de pandemie, die breder worden getrokken.

Ergens ter wereld, we vermoeden in Wuhan, sprong er een virus over van dier op mens. Was het op een drukbezochte markt waar koopmannen vleermuizen en gordeldieren klaarmaken voor consumptie? Of toch in dat hightechlaboratorium, waar een te bestuderen virus wist weg te lekken?

Twee jaar na de uitbraak van de coronapandemie is het nog niet duidelijk hoe het ontwrichtende virus precies is ontstaan. Wat wel in één klap helder is geworden is dat de wereld verbonden is en dat onze nationale gezondheid niet los te zien is van de staat van gezondheid van de wereld als geheel.

De pandemie heeft ons collectief met de neus op de feiten gedrukt: gezond zijn we pas als we *allemaal* gezond zijn. Zolang niet iedereen is beschermd tegen een ziekte als covid-19, kan het virus zich blijven verspreiden en nieuwe mutaties blijven ontwikkelen.

Het feit dat een Nepalees ziekenhuis maar over één beademingsapparaat beschikt, dat Congo onvoldoende goede wegen heeft om vaccins over te verspreiden of dat dier en mens in Brazilië steeds dichterbij elkaar leven en ziekten kunnen doorgeven – stuk voor stuk heeft het gevolgen voor de gezondheid *daar* en hier.

## 'Mondiale gezondheid laat zien dat we als landen, maar ook als individuen met elkaar in verbinding staan'

De gedachte dat we onze gemeenschappelijke gezondheid alleen kunnen verbeteren als we naar het bereiken van gelijkheid qua gezondheid voor alle mensen wereldwijd kijken, is wat in de ontwikkelingswereld onder de noemer 'global health' of 'mondiale gezondheid' al jaren wordt uitgedragen.

Dit discours, gebaseerd op een idee van mondiale solidariteit, staat nu volop in het licht en wordt door experts en politici overal op aarde vooral aangehaald om te bepleiten dat gezondheid elders niet een louter altruïstisch streven is, maar ook een voorwaarde voor gezondheid in eigen land. Of, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) keer op keer benadrukt: 'Niemand van ons is veilig, totdat iedereen veilig is.'

Binnen deze ervaring voor mondiale gezondheidsvraagstukken, vormt covid lang niet de enige gezondheidsbedreiging. Ook andere ziekmakers – zoals CO<sub>2</sub>-uitstoot, de afbraak van ecosystemen of de verzuring van zeeën – kennen geen grenzen. Zo is de klimaatcrisis een van de grootste bedreigingen voor zowel de planeet als de gezondheid van mensen.

Een blik op de meest recente data van de WHO (uit 2019, dus nog van vóór de pandemie) laat zien dat uitstootgassen elk jaar zo'n zeven miljoen mensen doden en verantwoordelijk zijn voor meer dan een kwart van de sterfgevallen door hartaanvallen, beroertes en longkanker.

Hartziekten en beroertes zijn volgens de WHO de twee grootste 'killers'. Voor mensen in lagere-inkomenslanden is de kans om aan een overdraagbare aandoening te sterven nog altijd het grootst: hiv en aids, malaria en tuberculose blijven enorme ziekmakers.

Kijken we ook naar de gezondheidsimpact van covid, dan is daar een recent rapport van Oxfam Novib: *Pandemic of greed* (maart 2022). Daaruit blijkt dat rijke landen zoals de Verenigde Staten, Italië en Engeland heel wat coronaslachtoffers te betreuen hebben, maar dat het coronadodental in arme landen maar liefst vier keer hoger ligt. Dat we dat tot nog toe niet wisten, komt doordat er in lagelonenlanden niet goed is kunnen testen.

'Officiële bronnen schetsen het beeld dat de meeste sterfgevallen zich in rijke landen hebben voorgedaan', staat er te lezen, maar dat is dus niet zo: '54 procent van alle door covid-19 veroorzaakte sterfgevallen vond plaats in lage- en lagere-middeninkomenslanden.'

Niet alleen internationale organisaties zoals de WHO ondersteunen de noodzaak voor een meer mondiale blik op gezondheidszorg; het bewustzijn groeit ook in de Nederlandse politiek. Niet voor niets vroeg de Tweede Kamer in februari vorig jaar de Adviesraad Internationale Vraagstukken (AIV) een advies voor te bereiden voor een Nederlandse *global health*-strategie. Daarmee wil de Kamer samenhangend beleid ontwikkelen in mondiale gezondheidsvraagstukken.

Voor internationaal gezondheidsexpert Irene de Vries is dat een positieve ontwikkeling. Ze is plaatsvervangend hoofd bij het Opleidingsinstituut Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde en adviseur over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) bij het KIT, in Amsterdam.

Ze werkte de afgelopen jaren van Curaçao tot Zambia en raakte zo gesterkt in haar overtuiging dat goede zorg een wereldse of – zoals ze zelf zegt – 'holistische' blik nodig heeft: 'Mondiale gezondheid laat zien dat we als landen, maar ook als individuen met elkaar in verbinding staan en dat onze gezondheid wordt bepaald door wat er elders speelt. Als je het mij vraagt, zouden we ons hier in Nederland best wat bewuster mogen zijn van dat mondiale denken.'

Werken vanuit een mondiale-gezondheidsgedachte betekent voor De Vries dat we met een bredere blik naar onze zorg moeten kijken. 'Global health gaat voor mij over gezondheidssystemen; daarbij kijk je niet alleen naar wat er gebeurt in het ziekenhuis, waar de patiënt binnenkomt met een bepaalde ziekte. Je kijkt ook naar alle factoren

Irene de Vries (rechts)





die meespelen voor de patiënt die buiten het ziekenhuis liggen.

‘Welke culturele, sociale, economische en politieke aspecten zijn van invloed en hoe? Denk aan moeder- en kindzorg, het recht op abortus – dat kent veel politieke factoren. Heel het samenspel van gezondheidszorg, maar ook de politiek, aandacht voor wat er speelt in de samenleving, sociaaleconomische factoren en klimaat zijn allemaal van belang als je samen goede zorg wilt leveren. Dat geldt voor lage-inkomenslanden, maar net zo goed voor Nederland.’

Hoe wrang ook, De Vries ziet dat de covidpandemie het bewustzijn over het belang van die brede blik wel heeft versterkt: ‘Dat idee, dat we als Nederland niet op onszelf staan, is nu gevoed, ook in de politiek – en dat is maar goed ook.’

**Piet-Hein Buiting is voorzitter van de raad van bestuur van het Jeroen Bosch Ziekenhuis.** Ook dáár, in Den Bosch, kwam met de pandemie de aandacht voor mondiale gezondheid binnen.

‘In de eerste golf zagen we ons ziekenhuis volstromen met een ziekte die we niet kenden’, zegt hij. ‘We wisten toen nog helemaal niet hoe het virus zich zou ontwikkelen. We konden de patiënten wel zo goed mogelijk behandelen, maar hoe behandel je nu eigenlijk een pandemie?’

Om een beter antwoord op die vraag te formuleren, besloot Buiting volop gebruik te maken van de kennis van de artsen internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, bekend als de ‘tropenartsen’. Vier van hen maakten deel uit van het crisisteam en werden zo breed mogelijk ingezet.

‘Bij de tropenartsen zit belangrijke kennis, die we op dat moment heel hard nodig hadden. Zij hebben bijvoorbeeld meer ervaring met hoe een gezondheidssysteem door een epidemie wordt ontregeld. Hoe kun je nu het beste met je patiëntenstromen omgaan?’

‘Dat was zo’n vraag die we hebben besproken. Samen met de tropenartsen is toen gekeken hoe we patiënten niet in ons overvolle ziekenhuis, maar in de populatie (zorg buiten het ziekenhuis, zoals door huisartsen en thuiszorg, red.) konden opvangen. Dat heeft erg geholpen.’

Wat bovenstaande nu een typisch *global health*-voorbeeld maakt? ‘Nou, dat het gaat om kennis van mensen met een mondiale blik. Niet alleen kennis over de ziekte zelf, maar over het zorgsysteem daaromheen.’ Wat hem betreft zouden we daar in Nederland veel

Piet-Hein Buiting



vaker gebruik van moeten maken. ‘Maar om dat te kunnen doen, moeten we wel gezamenlijk willen zien dat die kennis van buiten nuttig is voor ons.’

Waar we in Nederland nu vooral goed in zijn – ‘en dat geldt voor de meeste landen’ – is onze zorg op nationaal niveau, binnen de eigen grenzen, goed te organiseren. Maar daarmee creëren we ook kennis-eilandjes, weet Buiting. ‘Je ziet dat er nu nog weinig kennis elders wordt opgedaan en dat is een gemis. Hoe organiseren we onze zorg? Voor de beantwoording van die vraag zouden we een veel sterkere mondiale blik kunnen gebruiken. Doe je dat niet, dan kan het gebeuren dat je zomaar belangrijke kennis misloopt.’

## ‘Hier kom ik geregeld specialisten tegen die me vragen wat *public health* is en waar dat goed voor is... dan sta ik met mijn oren te klapperen!’

**Dat Nederland de zorgblik tot nu toe** meer naar binnen heeft gericht, kan De Vries beamen. Als *Vice Versa* haar spreekt is ze net terug van een dienstreis naar Kenia, waar ze met de lokale gynaecologenvereniging werkt aan de pleitbezorging voor veilige abortus.

‘We denken in Nederland dat we alles goed voor elkaar hebben, als we onze eigen zorg maar goed hebben geregeld. Door covid is die overtuiging ietwat gaan schuiven en is er aandacht voor internationale pandemiebestrijding gekomen. Maar werken vanuit een *global health*-gedachte gaat over veel méér dan over corona.’

‘Het gaat over een bredere benadering van ziekte, gezondheid en zorg. In Kenia is er, mede door de lage staat van de volksgezondheid, veel meer aandacht voor het verband tussen de publieke, preventieve en curatieve gezondheidszorg.’

In Kenia, ziet De Vries, wordt er wel sterker vanuit gezondheids-systemen gedacht. Een onderwerp als universele gezondheidsdekking – oftewel: het idee dat iedereen, waar ook ter wereld, gelijke toegang moet hebben tot essentiële gezondheidsdiensten of -goederen – staat daar volgens haar nu hoog op de agenda.

‘Net als de vraag hoe culturele en sociale factoren (de zogenaamde “*determinants of health*”) de gezondheidszorg beïnvloeden. Dat zijn echt thema’s waar artsen met elkaar over praten.’

In Nederland is dat wel even anders: ‘Hier kom ik geregeld specialisten tegen die me vragen wat *public health* is en waar dat goed voor is... dan sta ik met mijn oren te klapperen! Naar mijn idee wordt er in Nederland nog sterk gewerkt vanuit het zieke individu, binnen de ivoren torens van het ziekenhuis.’

Ook in de pandemiebestrijding miste ze het ‘brede zorgplaatje’. ‘Er werden herhaaldelijk besluiten genomen puur gestuurd op het bestrijden van de infectie, zonder te kijken naar de bredere gezondheidsimpact. Het is goed dat er nu eindelijk aandacht is voor de psychische impact op jongeren, maar dat komt ook laat.’



Irene de Vries deed in een districtsziekenhuis in Zambia tropenervaring op

Dat het tijd is dat de Nederlandse gezondheidszorg de deuren opent voor kennis van buiten, daar zijn zowel Buiting als De Vries het over eens. Een wereldse blik kan helpen bij het bestrijden van een pandemie, maar dat is niet de enige manier waarop *global health* bruikbaar kan zijn.

Als jurylid voor een prijsvraag van het Kenniscentrum Global Health (KCGH), een organisatie die zich sterk maakt voor toepasbaarheid van *global health*-kennis in Nederland, werd Buiting enthousiast over een initiatief in Sierra Leone waarbij 3D-printtechnieken worden gebruikt om prothesen te maken voor mensen die een onderbeen missen.

‘Een oplossing die goedkoop, snel en goed reproduceerbaar is’, zegt hij. Hier, in Nederland, worden prothesen gemaakt door specialistische mensen, die daar veel kunde en tijd in stoppen.

‘Op zich loopt ons systeem goed. Het nadeel is dat er hier weinig innovatie plaatsvindt. De prothesen zijn er, dus waarom zou je innoveren of investeren? Terwijl de mogelijkheden van 3D-printen eindeloos zijn: als je die kennis nu opbouwt, kun je die straks ook elders toepassen. Op termijn vind je dan misschien wel betere en goedkopere oplossingen voor onze zorgvraagstukken.’

De Nederlandse gezondheidszorg zou ook kunnen leren van de manier waarop de rol van zorgverlener op andere plekken wordt ingevuld. Zo werkt De Vries in Kenia met een gynaecoloog die al meerdere malen in de gevangenis heeft gezeten omdat hij opkomt voor het recht op abortus.

‘Zijn werk gaat over méér dan zorgverlening’, zegt ze, ‘het gaat ook over pleitbezorging en activisme. Het idee van wat een arts is en doet wordt daarmee breder, de zorgverlener vervult meer rollen.’

De gynaecoloog in de anekdote van De Vries is voor haar een rolmodel: ‘Volgens mij is dat ook het soort activisme waar we in Nederland een voorbeeld aan kunnen nemen. Dat je veel meer artsen zich in het publieke debat zag mengen, was wel weer erg mooi tijdens de pandemie.’

‘En dat is ontzettend belangrijk, dat mensen vanuit ons klinische veld naar buiten treden, dat ze zich in het publieke en politieke veld begeven om te laten zien wat er allemaal in de zorg gebeurt – zó leg je de basis voor een bredere blik op zorg. Politiek en zorg zijn nauw verbonden, maar in Nederland soms ver van elkaar verwijderd.’

**Dat de Nederlandse politiek nu langzaam** richting die bredere kijk op gezondheidsvraagstukken beweegt, is een goede volgende stap. Maar toch: als we als land een *global health*-bewuste gezondheidszorg willen creëren, is er tegelijkertijd nog een hoop werk te doen.

‘Om te beginnen denk ik dat mondiale gezondheidszorg veel meer aanwezig moet zijn in onze onderwijssystemen’, zegt De Vries. ‘Zo creëer je een gezamenlijke voedingsbodem en begrip van wat *global health* nu eigenlijk betekent.’

‘Het is voor iedereen verrijkend een kijkje buiten de eigen keukens te krijgen, kennis van buiten toe te passen op je eigen denk-kader. Dat betekent dat onze studenten naar het buitenland gaan, maar ook andersom: dat wij ons meer openstellen voor stagiairs en experts van elders – het gaat om uitwisseling en reciprociteit.’

Buiting: ‘In onze dagelijkse praktijk hebben we nu nog de neiging om lokaal dingen te doen en te verbeteren, maar als we dat blijven doen, dan missen we misschien wel een totaal andere kijk op hetzelfde onderwerp. De vraag hoe zorgsystemen op andere plaatsen functioneren is daarom ook voor een ziekenhuis heel interessant.’

Wat kunnen we leren in het buitenland, in België of India, dat de zorg in Nederland beter maakt? En, vooral: hoe gaan we dat organiseren? Dat zijn de vragen waar we volgens de bestuurder nu voor staan.

‘De afgelopen twee jaar hebben we een glimp opgevangen van wat een mondiale blik aan voordelen meebrengt. Er is een begintje gemaakt, maar als je dat niet verder stimuleert, kan dat momentum ook zomaar weer verdwijnen.’ Het is dus zaak die mondiale blik te integreren, maar hoe?

Dat antwoord is niet pasklaar, zegt Buiting: ‘Het is nu eenmaal niet zo eenvoudig als “laten we een kijkje in Noordwest-India nemen, want daar doen ze het zo goed”. We staan nog aan het begin. Vanaf hier kunnen we samen kijken hoe we de deuren voor kennis van elders verder openen; dat betekent pionieren.’

‘En het betekent het opleiden van *global health*-georiënteerde dokters’, voegt De Vries daar nog aan toe. ‘Net zoals Nederland profijt heeft van mondiale burgers, zo hebben we ook mondiale dokters nodig!’ ●



# 'Planetaire gezondheid is het recept om de wereld te genezen'



Renzo Guinto

Turend door de holistische bril van de Filipijnse professor, arts en activist Renzo Guinto zie je hoe de gezondheid van de aarde met die van de mens samenvalt. Het Antropoceen heeft volgens 'Mr. Planetary Health' een nieuw kompas nodig – en artsen en zorgprofessionals moeten de weg wijzen. 'De grootste bedreiging voor de volksgezondheid is de door de mens gecreëerde klimaatcrisis. Het is tijd dat de medische wereld dat erkent en ernaar handelt.'

Tekst: Marlies Pilon

Medische professionals zijn opgeleid om ziekten te bestrijden en mensen beter te maken. Maar op dit moment is het nog belangrijker voor de publieke gezondheid – zo schreven meer dan tweehonderd medische tijdschriften afgelopen september in hun hoofdredactioneel – dat wereldleiders meer werk maken van het herstel van de natuur en het tegengaan van de klimaatcrisis.

Want dat is de allergrootste bedreiging voor de volksgezondheid. De vooraanstaande medische tijdschriften, waaronder *The Lancet*, de *East African Medical Journal* en het *Chinese Science Bulletin*, hekelen het falen van wereldleiders om het klimaat onder de anderhalve graad opwarming te houden.

Het is uniek dat zoveel medische tijdschriften samen een politieke oproep publiceren en volgens Renzo Guinto, de vrolijke Filipijnse professor in de planetaire gezondheid, is het 'een teken des tijds'.

'Er is véél meer van dit soort gezamenlijke actie nodig', zegt hij via een videoverbinding, die Manilla met Amsterdam verbindt. 'De medische wereld moet boven zichzelf uitstijgen en ijveren voor een duurzamere wereld. Dat is nu medische prioriteit nummer één.'

Guinto, die onder zijn studenten beter bekend is als 'Mr. Planetary Health', ijvert voor een holistische kijk waarbij de gezondheid van onze planeet onlosmakelijk met die van haar bewoners is verbonden (waaronder hij trouwens ook dieren, planten en microben schaaft). Om de problemen van vandaag te tackelen, moeten medische zorgprofessionals volgens hem boven en buiten het eigen vakgebied treden.

Om daarin geloofwaardig te zijn is het zaak het goede voorbeeld te geven, want paradoxaal genoeg draagt de zorg zelf ook bij aan de gezondheids crisis die ze beoogt te genezen. Zo is de Nederlandse zorgsector verantwoordelijk voor zeven procent van de totale CO<sub>2</sub>-uitstoot, hier.

Een gemiddeld ziekenhuis produceert zo'n 430.000 kilo afval per jaar, wat grotendeels wegstroomt via het riool of wordt verbrand.

Dat kan zomaar, want duurzaamheid is in de zorg – nog – geen kwaliteitsindicator. Daarnaast is er binnen de opleiding van medische wetenschappers en zorgprofessionals weinig aandacht voor de samenhang tussen klimaat en gezondheid.

Het voorbije decennium is er niettemin méér bewustwording over ontstaan en wint ook het nieuwe vakgebied planetaire gezondheid aan populariteit – de reden dat de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen (KNAW) bezig is met het inventariseren van welke wetenschappelijke kennis er op dat gebied nodig is.

Guinto werd zich van de urgentie bewust toen hij tijdens zijn studie geneeskunde op de Filipijnen met eigen ogen de wanhoop en ziekten zag die een direct gevolg van klimaatverandering waren, vertelt hij nu.

'Ik merkte hoe luchtvervuiling, toegenomen hitte en verstoorde seizoenen ons zieke patiënten opleverden. Ik realiseerde me steeds meer wat de klimaatcrisis, het falen van overheden en de wanhoop van arme mensen betekenden.

'Op dat moment kon ik niet langer "die typische arts" zijn, die vanachter een bureau patiënten ziet, af en toe zijn stethoscoop trekt en een verwijfsbriefje uitschrijft. Ik besepte dat ik uit het ziekenhuis moest stappen als ik de echte oorzaken van deze ziekteverschijnselen wilde aanpakken.

'De klimaatcrisis is er daar een van, maar die is veroorzaakt en verbonden met onze economie, de manier waarop we onze steden inrichten, hoe onze energie- en voedselsystemen werken – en ook met onze sociale en culturele waarden.'

Renzo Guinto belandde in een 'duizelingwekkende mentale spiraal' en zocht houvast voor zijn tollende hoofd. Hij had een sterke behoefte aan een soort leidraad om hem door dit allesomvattende web te leiden en vond dat in het concept van planetaire gezondheid.

'Het is als een constructief kompas dat me de weg wijst en me hoop geeft. Nu heb ik twee patiënten: mens en planeet – en met planeet bedoel ik natuurlijk ook dieren, planten en microben. Alles is met elkaar verbonden, zo simpel is het!' zegt hij grijnzend.

Sindsdien staat Guinto wereldwijd vooraan in de bewustwording over de samenhang tussen de gezondheid van mensen en de gezondheid van de aarde. Tijdens zijn lessen gebruikt hij liever niet de metafoor van een kompas – 'want: zo ouderwets' –, maar Google Maps.

'Planetaire gezondheid is als Google Maps, leg ik mijn studenten



uit: het geeft ons een heldere en wijze route om de in elkaar grijpende crises van onze tijd te zien en aan te pakken.'

Welke route moeten medische wetenschappers en zorgprofessionals volgens hem dan bewandelen, als ze de visie van planetaire gezondheid in woord en daad willen uitdragen? Hij noemt vier pilaren waarop het model leunt:

## Eén: transdisciplinaire kruisbestuiving

'Wetenschappers strooien graag met woorden als "multidisciplinair", maar laten we eerlijk zijn: in de werkelijkheid lopen we met flinke oogkleppen rond. Hoogleraren moeten veel meer op elkaars deuren kloppen – niet alleen in hetzelfde gebouw, maar ook over disciplines en landsgrenzen heen.

'Weg uit de comfortzone, nieuwe gezichten en ideeën omarmen, ook als die niet op westerse leest geschoeid zijn. Het is een taak van universiteiten om dat te faciliteren. Het Westen – en dus ook Nederland – heeft er de financiële middelen voor die in zuidelijke landen vaak ontbreken.'

## Twee: intergenerationale visie

'Dit gaat niet alleen om jouw gezondheid of om de mijne, maar ook om die van onze kinderen en van de kinderen die nog niet geboren zijn. Met elke euro subsidie op olie en gas, met elk regenwoud dat we kappen, verlagen we hun overlevingskans.

'Het model van planetaire gezondheid is een uitnodiging om goede voorouders te zijn. Ik wil dat kinderen in 2122 geschiedenisboeken lezen waarin staat dat onze corona- en klimaatgeneratie de juiste keuzes maakte, waardoor zij – de kinderen die nog geboren gaan worden – een mooie en gezonde wereld van ons erven.

'In de duurzame ontwikkelingsdoelen staat dat we moeten zorgen dat toekomstige generaties floreren, maar helaas zijn die doelen verworden tot een mechanisch, technocratisch gegoochel met cijfers. Bedrijven en lobbyisten hebben de ziel uit die doelen gekaapt.

'Nu zie je dat het *business as usual* is, overgoten met een groen sausje. Dat is niet gezond. Zolang ons economisch model de toekomst van onze kinderen schaadt, is het niet *future-proof*. Daarom ben ik een sterke voorstander van de donuteconomie (naar het boek van de Engelse econoom Kate Raworth, red.).

'Daarin wordt het diepgewortelde idee dat alleen economische groei tot vooruitgang leidt van tafel geveegd. In plaats daarvan is de

**'Nu heb ik twee patiënten: mens en planeet – en met planeet bedoel ik natuurlijk ook dieren, planten en microben'**



REMBRANT AARTS (47)

AGT en psychiater-manager bij ggz-instelling Arkin, in Amsterdam

“Altijd doen”, zeg ik dan’

In een wereld waar mensen en ziekten gemakkelijk de grens overschrijden, neemt de arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde (AGT) een belangrijke plek in. Sinds 2015 spreken we eigenlijk niet meer van een ‘tropenarts’, want al bekt dat woord beter: het dekt de lading niet langer. In deze special komen drie AGT’ers en één gespecialiseerd verpleegkundige aan het woord. Op welke manier passen ze hun tropenervaring toe in hun huidige werk?

“donut” gericht op het optimaliseren van ons welbevinden, binnen de grenzen van een ecologisch plafond en met een sociale ondergrens.

‘Zit een economie binnen die donut, dan leef je binnen de grenzen van wat onze planeet kan dragen. Het verfrissende van dit model is dat het heel duidelijk toont dat het mogelijk is.’

Drie: gevoel van urgentie

‘Beleidsmakers blijven doen alsof de wereld niet in brand staat, terwijl onze huidige manier van leven onze welvaart en gezondheid vernietigt. Mensen zijn kortetermijndenkers, onze overheden denken in verkiezingscycli.

‘Waar is dat groene en rechtvaardige nieuwe normaal, waar we tijdens de pandemie onze mond zo vol van hadden? We hebben nog negen jaar om het tij te keren. Het laatste IPCC-rapport is een krachtig wapen in de strijd. Het verhaal is helder: we moeten het klimaat stabiliseren of er komen exponentieel veel nieuwe ziekten bij.

‘Wereldwijd hebben artsen een voorbeeldfunctie, die door de pandemie alleen maar is gegroeid. We worden gerespecteerd, laten we die macht en dat privilege inzetten om een voortrekkersrol te nemen in de transformatie naar een gezondere wereld, en wel nu!’

Vier: het belang van nieuwe verhalenvertellers

‘Wetenschap, statistieken en grafieken zijn niet genoeg om ons wakker te schudden: we hebben verhalen nodig die ook hart en ziel beroeren. Eerst hadden we Al Gore, nu Greta Thunberg.

‘Maar er is behoefte aan verhalen die ons doen inzien dat we onderdeel van het grote levensweb zijn, in plaats van dat we *daarboven* staan – die ons nieuwe inzichten geven over onze rol op aarde. Nog maar twee procent van de mensheid bestaat uit inheemse volken, maar zij beschermen volgens de Verenigde Naties tachtig procent van onze biodiversiteit.

‘Ik wil van hen leren, maar waar zijn die stemmen? Planetaire gezondheid is inclusief en harmonieus en in die zin zou je het de gekoloniseerde versie van mondiale gezondheid kunnen noemen.’

Zijn er naast die vier pilaren van denken ook voorbeelden van een gezonde gezondheidszorg? Guinto: ‘Een klimaatneutrale en bestendige gezondheidszorg, dat is het streven – maar daar zijn we helaas nog niet.

‘Ik zie hier en daar wel lichtpuntjes, zoals het boeddhistische Tzu Chi-ziekenhuis in Taiwan, dat al tien jaar lang het concept van duurzame gezondheidszorg omarmt, met succes. Het uitgangspunt is dat je ziekte bestrijdt door gezonder te leven, niet alleen met medicatie.

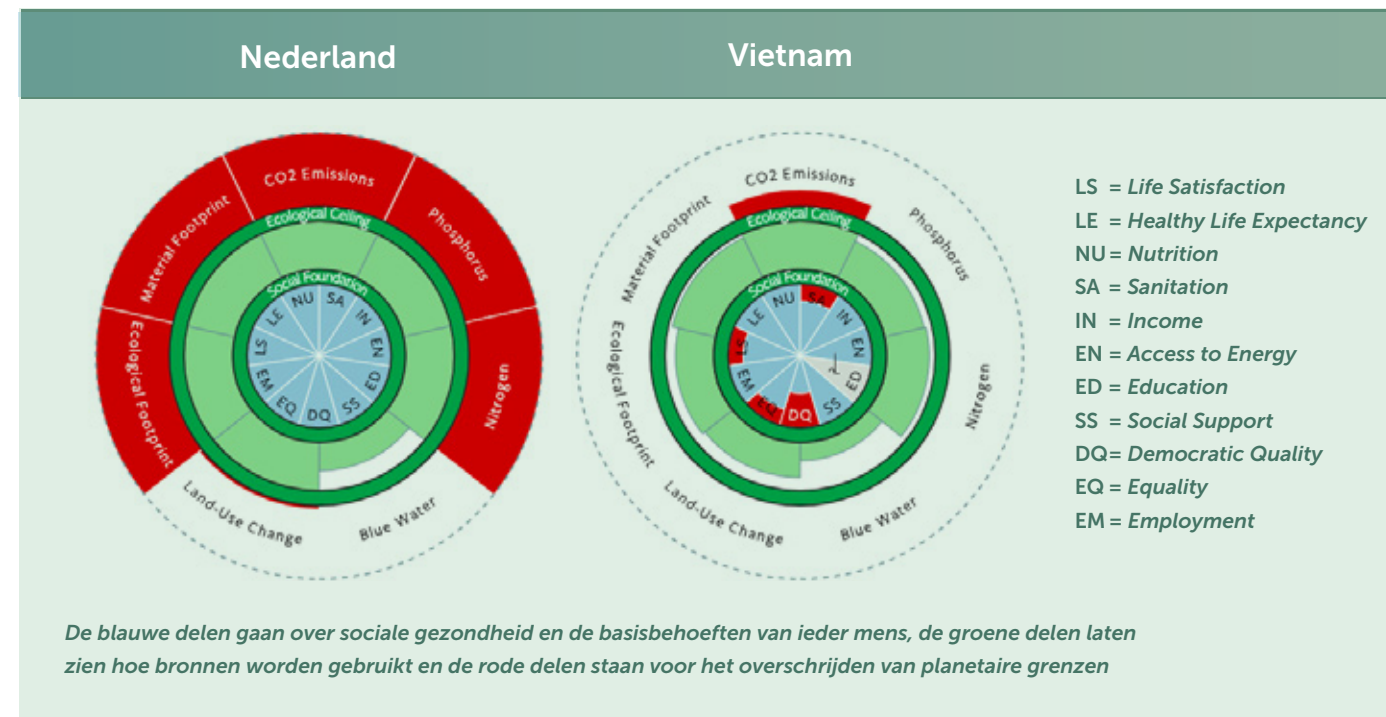
‘Dat ziekenhuis is aardbevingsbestendig en levert inspiratie: in de aankomsthal staat een piano en patiënten kunnen yogalessen volgen. Al het voedsel komt uit de eigen tuinen en is hoogwaardig, biologisch en plantaardig. Ze wekken schone energie op en streven ernaar de komende jaren volledig klimaatneutraal te zijn.’

Guinto noemt een interessante studie van de Universiteit van Leeds, naar welk land het dichtst bij de donuteconomie komt.

‘Het verrassende antwoord is: Vietnam, voor mij op slechts drie uur vliegen! Vietnam overtreedt slechts één van de zeven ecologische plafonds, namelijk de CO<sub>2</sub>-uitstoot, maar als het een aantal energiecentrales sluit is dat opgelost en voldoet het aan alle eisen van “Glasgow” en “Parijs”.

‘Natuurlijk denk je nu: *een land als Vietnam, zó onderontwikkeld, met communistische wortels en een oorlogsverleden, is dat onze bron van inspiratie?* Nou, als je kijkt naar wat een donuteconomie betekent, dan is het antwoord: ja. Het laat zien dat we gezondheid en ontwikkeling – op individueel en planetair niveau – op een nieuwe manier moeten onderzoeken.’

Hij noemt ook Amsterdam, de eerste stad ter wereld die ‘de donut’ heeft geadopteerd. ‘Ik hoop dat Nederlandse wetenschappers en de groeiende planetaire-gezondheidsgemeenschap een belangrijke rol gaan spelen in het onderzoeken en realiseren van een nieuw tijdperk, waarin het welzijn van de mens en dat van de planeet centraal staat. Dat is nu medische prioriteit nummer één!’ ●



Tekst: Marieke van Twillert

‘Met *traveller’s cheques* in een heuptasje en eens per maand een *collect call* – reizen in de jaren negentig zag er echt anders uit dan nu.

‘Het waren mijn avontuurlijke instelling en brede interesse in de wereld die me naar Afrika brachten, en nog altijd probeer ik het in mijn werk tot uitdrukking te brengen. Tropengeneeskunde heeft die generalistische blik op gezondheid, net als het vak van huisarts en psychiater, trouwens: mijn huidige vak.

‘Na de tropenopleiding kwam ik via Arsen zonder Grenzen in Burundi terecht. Daar werkte ik een klein jaar in een algemeen ziekenhuis, dicht bij de Tanzaniaanse grens. De oorlog was net achter de rug; er was schaarste aan goederen, aan medicijnen.

‘Daarna heb ik drie jaar in Mozambique gewerkt, bij een project van hulporganisatie ICCO, aan de universiteit van Beira. Ik ondersteunde de medische faculteit met het implementeren van zogeheten “probleem-gestuurd onderwijs”, een methode die ik van de Universiteit Maastricht kende, waar ik heb gestudeerd.

‘Het grote belang van interculturele communicatie is iets dat ik zeker uit mijn periode in Afrika heb meegenomen. Je leert je in te leven in andere culturen: andere ideeën, andere gewoonten, zoals met de man-vrouwverhoudingen, gearrangeerde huwelijken of spirituele opvattingen. Je inleven in de ander, je aansluiten bij de

cultuur van de ander is essentieel in heel de zorg – en juist binnen *global health* en de psychiatrie.

‘Zeker voor het werk in Burundi was ik afhankelijk van tolken: daarvoor werden verpleegsters of chauffeurs ingezet. Gaandeweg merkte ik dat zij eigenlijk het hele consult zelf deden: zij gaven invulling en stuurden, ook bij wat de patiënt zei.

‘Iets als geheimhouding of een neutrale positie innemen... daarvan was geen sprake. Tegelijkertijd: ze probeerden het “goed” te doen, een brug te slaan tussen de “witte dokter” en de bevolking. Dus dan zie je de twee kanten van de situatie, die overigens daarna is besproken en er is wel iets mee gedaan.’

‘Het aardige is dat ik met iets vergelijkbaars bezig ben, jaren later, in Nederland: een tolkenproject, in de vorm van een video, bedoeld voor zorgverleners – zodat ze beter leren tolken in te zetten.

‘Met mijn ervaring in het achterhoofd streef ik ernaar dat die video breed toepasbaar is, niet alleen voor de ggz. Alles moet makkelijk implementeerbaar zijn; dat is relevant in de tropen, dat is ook belangrijk hier.

‘In 2008 ben ik teruggegaan, omdat ik psychiater wilde worden. Mijn keuze voor de psychiatrie is versterkt door wat ik heb meegemaakt. Naar mijn idee leer je in de tropen contextueel te denken. Ik bedoel daarmee dat je – als arts – niet alleen de patiënt en zijn of haar aandoening, maar ook culturele en sociaaleconomische factoren meeneemt

in je consult.

‘Met enige regelmaat word ik benaderd door jonge zorgverleners die zich oriënteren op een tijd in een niet-westers land. “Altijd doen”, zeg ik dan. Je kunt bij twijfel beter gaan, dan op je vijfenvijftigste spijt hebben dat je het nooit hebt gewaagd. Ik raad iedereen aan zo lang mogelijk relatie- en hypotheekloos te blijven, want als mensen afhaken, dan is het *daarom*. Je moet lef hebben en gewoon in het diepe springen.

‘Een belangrijke les die ik heb geleerd is om “gewoon” te beginnen en iets aan te pakken. Op de plekken waar ik werkte was er weinig regulering, zoals hier. En dan kun je niet wachten. Zo’n situatie geeft je professionele en academische vrijheid om dingen vorm te geven, samen met lokale collega’s. Die ruimte is er in Nederland minder, maar het kan wel.

‘Mede dankzij mijn ervaringen heb ik het vermogen om tegenslagen op de werkvloer wat te relativeren. De Nederlandse geestelijke gezondheidszorg kampt met tekorten, er zijn wachtlijsten en een tekort aan psychiaters. Dat zijn dingen die mijn collega’s als problemen ervaren.

‘Ik wil ze niet ontkennen, zeker niet, het is soms lastig. Tegelijkertijd: weinig landen hebben méér psychiaters per aantal inwoners dan Nederland. Ik merk dat ik bij dat soort dossiers eerder relatieveer. Je kunt ze ook gewoon laten bestaan – misschien is het daarom dat ik minder last heb van stress. Ik kan mijn werkplezier vasthouden.’







# 'Het Zuiden is – noodgedwongen –

## de echte expert in infectieziekten'



**Wat kan het Westen over de bestrijding van infectieziekten leren van een continent waarop nog geen tien procent van de mensen tegen corona is gevaccineerd? Een heleboel, volgens de Indiase Fatima Suleman, WHO-expert en hoogleraar in de farmaceutische wetenschappen. 'Maar dan moet je wel voorbij zulke cijfers leren kijken.' Een vraaggesprek.**

Tekst: Marlies Pilon

Ondanks tal van beloften en mooie woorden tonen westerse landen en farmaceutische bedrijven tijdens de covidpandemie een schrijnend gebrek aan internationale solidariteit. De drie farmaceutische reuzen Moderna, BioNTech en Pfizer hebben met dank aan 92 miljard euro aan belastinggeld een mRNA-coronavaccin ontwikkeld (bron: ActionAid).

Dat is op zich goed nieuws, maar via een monopoliepositie en patenten hebben ze de vaccins vervolgens aan de hoogste bidders aangeboden, voor gemiddeld 24 keer de productieprij (bron: de People's Vaccine Alliance).

Rijke landen hebben het grootste deel van de wereldvoorraad gehamsterd, zonder een betekenisvolle strategie om in de behoefte van lage-inkomenslanden te voorzien. Dáár is slechts zes procent van de mensen volledig gevaccineerd, tegenover 63 procent in landen met een hoog inkomen (bron: het VN-ontwikkelingsprogramma).

Ondertussen hebben de farmaceutische bedrijven in de eerste helft van 2021 met zijn drieën zo'n 23 miljard euro aan de verkoop van vaccins verdiend (bron: ActionAid, wederom).

Ondanks Afrika's extreem lage vaccinatiegraad is het onterecht te denken dat we daarom niet van Afrika kunnen leren, zegt Fatima Suleman, WHO-expert op het gebied van toegang tot medicijnen en hoogleraar in de farmaceutische wetenschappen. 'Als je kijkt naar het indammen van de eerste coronagolf, dan hebben we het juist heel goed gedaan', vertelt de Zuid-Afrikaanse via een Zoom-verbinding met Durban.

Want toen covid-19 twee jaar geleden in een moordend tempo door Azië, Europa en Amerika raasde, waarschuwden gezondheidsexperts voor de potentieel catastrofale gevolgen voor het Afrikaanse continent. De Wereldgezondheidsorganisatie voorspelde in april 2020 dat er in Afrika datzelfde jaar nog 'zeker drie miljoen doden' zouden vallen.

Het uiteindelijke dodental stond volgens data van de Africa Centres for Disease Control and Prevention eind december 2020 op 'slechts' zestigduizend doden (op een bevolking van bijna 1,3 miljard mensen). Over dat hele eerste jaar raakte een op de ongeveer vijfhonderd Afrikanen met corona besmet, tegenover een op de twintig in de Verenigde Staten.

'Het Westen', zegt Suleman, 'keek met een bepaald ongelof naar wat het een "Afrikaanse paradox" noemde. Er werd gespeculeerd of het nu het zonnige klimaat of een gebrek aan data was, waardoor die eerste coronagolf zich op het continent relatief mild voltrok. Door op die manier naar de zaak te kijken, is het niet mogelijk te leren van een Afrika dat – noodgedwongen – een expert is in het bestrijden van infectieziekten.

'Dat de eerste golf succesvol is ingedamd, heeft alles te maken met de snelle en gecoördineerde manier waarop Afrikaanse landen maatregelen invoerden om het virus te stoppen. Ik vind dat we dat wonderlijk goed hebben gedaan.'

Dat het Afrikaanse continent op dit moment qua vaccinatiegraad zo achterloopt, heeft volgens Suleman vooral te maken met de westerse onwil om vaccins eerlijk te verdelen en patenten op te heffen, waardoor Afrika zijn eigen productiecentra zou kunnen opzetten.

**Het doet haar denken aan een andere** morele en gezondheids-crisis die ze van dichtbij meemaakte: de aids-epidemie. 'Midden jaren negentig stierven er naar schatting tien miljoen Afrikanen aan aids, omdat ze geen toegang tot antiretrovirale medicijnen hadden, die in rijke landen gewoon voorradig waren.'

Een mijlpaal in haar carrière waren de democratische verkiezingen van 1994, waarbij Mandela tot president werd verkozen. 'Hoe konden we een in stukken gezaagd land, met beleid dat al die fragmentatie naar verschillende bevolkingsgroepen moest verdedigen, weer laten samensmelten en ervoor zorgen dat het budget voor gezondheidszorg zo werd toegepast dat elke Zuid-Afrikaan er beter van zou worden?'

Suleman zat in een panel van experts dat de nieuwe overheid in het leven had geroepen om wetten en beleid voor meer toegang tot en registratie van medicijnen te maken.

'We wilden manieren vinden', zegt ze, 'om ondanks patenten van farmaceutische bedrijven toch beschikking over deze levensreddende medicijnen te krijgen. We waren daarmee bezig, maar de bedrijven – waaronder ook een aantal Europese – sleepten de Zuid-Afrikaanse overheid toen voor de rechter, om het tegen te gaan.'

Dat was volgens Suleman het moment dat de wereld wakker schrok en beseftte dat de hoge prijs van antiretrovirale medicijnen onbetaalbaar was voor mensen wier leven (letterlijk) ervan afhing.

Terwijl de zaak door de rechtbank werd behandeld, trokken maatschappelijke organisaties uit Zuid-Afrika op met die in Amerika en Europa, om samen een vuist te maken tegen het monopolie op medicijnen en tegen de hoge prijzen van de farmaceutische industrie.

Suleman liep voorop. 'We informeerden gezamenlijk het publiek en lieten politici weten dat een andere aanpak nodig was', zegt ze. 'Onze boodschap was simpel: de prijs van medicijnen voor lage- en middeninkomenslanden moest omlaag.'

Dat gebeurde uiteindelijk ook, onder meer doordat India toen rechten kreeg om veel goedkopere medicijnen te mogen maken. Ze is er trots op dat activisten en maatschappelijke organisaties uit Zuid-Afrika ervoor hebben gezorgd dat dit soort belangengroepen ook wortel schoten in het Westen.

**Het zijn diezelfde belangengroepen** die nu op internationaal niveau vechten voor het decentraliseren van de medicijnproductie en voor het opheffen van patenten op levensreddende medicijnen en coronavaccins.

'Hier ligt een les voor hoge-inkomenslanden', zegt Suleman. 'Zij leefden lang in een ongekende luxepositie, met genoeg organisatie en geld om de eigen medicijnindustrie te voeden. Als je bereid bent hoge prijzen te betalen, hoef je je natuurlijk niet zoveel zorgen te maken over zaken als budgettaire impact.'

Nu nieuwe medicijnen peperduur zijn, ziet Suleman bij de rijke landen een bewustzijnsverandering optreden die door de coronapandemie is aangewakkerd.

'Ze zeggen: "Wacht eens even, we moeten de prijzen beter onderhandelen, want het vreet ons budget op." De onderliggende les kennen lage- en middeninkomenslanden natuurlijk allang. Oorlog en maatschappelijke onrust kwaken fragiele systemen, waar zij van hebben moeten leren herstellen.

'Als je dan een stabiele economie en gezondheidssysteem begint op te bouwen, is de vraag altijd: hoe maximaliseer je de diensten naar de bevolking toe, binnen het krappe budget dat beschikbaar is voor zaken als gezondheid en medicijnen?'

'Zuidelijke landen vechten al heel lang voor een vorm van redistributie, het decentraliseren van de medicijnproductie. Een monopolie daarop is ongezond, niet-effectief en houdt de prijzen kunstmatig hoog. Daarmee los je een pandemie dus niet op, voor niemand niet. Dat begint het Westen nu langzaam in te zien.

'Toen ik de Prins Claus-leerstoel bekleedde, deed ik onderzoek naar betaalbare en toegankelijke geneesmiddelen en heb ik daarover veel met Nederlandse ministeries en partijen gepraat. Zij willen graag weten wat er goede modellen voor zijn en ik adviseer ze te kijken naar hoe Afrikaanse landen het doen.'



Fatima Suleman





'Ik heb een bepaalde bril op, sinds ik in Afrika heb gewerkt'

Al op jonge leeftijd raakte Fatima Suleman geïnteresseerd in de wereld achter het medicijn dat over de toonbank gaat. Als Indiaas meisje groeide ze op onder de apartheid in Durban, in het oosten van Zuid-Afrika, en waren haar opleidingskansen mager, maar haar ouders zetten alles op alles om hun kinderen door te laten studeren.

Suleman zag hoe haar twee oudere zussen zich met bloed, zweet en tranen tot dokter ontpopten. 'Tóen al', zegt ze, 'merkte ik hoe begrensd het medische vak is. Je ziet een patiënt, geeft een diagnose en start een behandeling – en dat is het dan. Maar diegene komt met zo'n medicijn thuis en heeft nog zoveel vragen... Het tweede deel van de behandeling ontbrak, in mijn optiek.'

En dus besloot Suleman farmacie te gaan studeren. Ze raakte betrokken bij de Islamic Medical Foundation in KwaZulu-Natal en reisde met een mobiele kliniek naar verafgelegen dorpen, waar geen medische voorzieningen waren. Dat maakte een diepe indruk op haar.

## 'Door die schimmige rookwolk kent niemand dus de werkelijke waarde van geneesmiddelen'

'Ik schrok van de behoefte aan de meest basale vormen van zorg, het gebrek aan toegang tot medicijnen, het gebrek aan kennis erover. Als mensen het al konden betalen, betekende het halen van medicatie – als het voorradig was – een wandeltocht van acht uur naar een kliniek. En daarmee ging er dus ook nog een dagloon verloren.'

Het zette Suleman aan het denken: draaide het niet veel meer om de ongelijke toegang tot medicijnen, over de betaalbaarheid van zorg, over wetten en beleid die gezondheidszorg voor iedereen moesten garanderen? Tijdens haar masteropleiding liep ze Hans Hogerzeil tegen het lijf, een Nederlander, die toen namens de WHO het programma over essentiële medicijnen leidde.

Van hem leerde ze opnieuw naar de rol van medicijnen te kijken: welke principes er achter de selectie schuilgaan, hoe geneesmiddelen onderdeel van de basisbehoefte van mensen zijn.

'Ze behoren tot een breder gezondheidssysteem. Ik ging kijken naar de prijs van medicijnen en naar het beleid van verschillende landen, over hoe farmaceutische bedrijven en landen afspraken maakten; de niet-transparante prijsafspraken.

'En de laatste paar jaar focus ik me in mijn werk vooral op hoeveel belastinggeld er naar de kennis en productie van medicijnen gaat, terwijl bedrijven de hoge winsten opstrijken.'

**Ze betreurt het dat er niet meer lering** is getrokken uit de ervaring met hiv en aids, in de jaren negentig. Ze noemt de situatie nú, met covid, waar mogelijk nog schrijnender.

'De Belgische staatssecretaris Eva De Bleeker twitterde eind 2020

de prijzen die de Europese Unie had afgesproken per vaccin te betalen (7,80 euro voor Janssen, elf euro voor Pfizer en 16,50 euro voor Moderna – al is het sindsdien door de toegenomen vraag omhooggeschoten, tot 19,50 euro voor Pfizer in 2021, red.).

'De farmaceutische bedrijven waren wóest over die openbaring, omdat op zulke prijsafspraken contractueel gezien een geheimhoudingsplicht rust. Snel trok ze haar tweet terug, maar ineens werd het duidelijk dat Afrikaanse landen veel meer voor dezelfde vaccins betalen dan een land als België! Dat vind ik stuitend.

'Het laat ook zien dat het hoog tijd is dat farmaceutische bedrijven transparanter worden. Burgers hebben het recht te weten hoe de contracten worden opgesteld, hoeveel belastinggeld er naar de onderzoeks- en productiefase gaat en wat de uiteindelijke prijs van zo'n vaccin is – en wat de winst is die erover wordt gemaakt.

'Is het niet wonderbaarlijk dat dat voor het publiek geheim blijft, vaak zelfs ook voor overheden? Door die schimmige rookwolk kent niemand dus de werkelijke waarde van geneesmiddelen, terwijl ik vind dat ook elke patiënt recht moet hebben om te kunnen kiezen voor een even effectief, maar goedkoper alternatief.'

Daarom is het volgens haar nu noodzaak dat de kennis om medicijnen te maken wordt gedeeld. Al in oktober 2020 dienden Zuid-Afrika en India een voorstel in voor het tijdelijk openbreken van het monopolie op het intellectuele eigendom op covidvaccins, -testen en -behandelingen. Het zou betekenen dat technologie en kennis gedeeld worden, zodat landen in het Zuiden ze voor een fractie van de kosten kunnen maken.

'Als wij zelf gaan produceren, belemmert dat verder niemand, maar dan hebben we wel ons eigen distributienetwerk. Er werd gezegd dat er in het Mondiale Zuiden niet genoeg expertise of capaciteit is om het zelf op te zetten, maar dat is echt onjuist. Het is lang tegengehouden door de EU, maar ik verwacht elk moment een doorbraak, dat is spannend.

'Het is ook interessant om te zien hoe snel de productie van vaccins kan gaan als de wilskracht er is, want het Westen heeft er heel lang over gedaan om een vaccin tegen hiv te produceren. Hetzelfde geldt voor tuberculose; die ziekte is al eeuwen onder ons, al is er maar weinig aandacht voor, omdat 't het Westen niet direct raakt.

'Een voordeel van corona kan zijn dat de technologie en het onderzoek ook gebruikt kunnen worden voor andere infectieziekten. Zo is het coronavaccin ontwikkeld op basis van onderzoek naar malaria, waar we nu ook allemaal doorbraken in zien.'

**Covid-19 heeft ondanks veel ellende** voor Suleman en haar collega's ook tot een nieuw soort geloof in continentale samenwerking geleid. 'Normaal gesproken komen onderzoekers naar Afrika toe voor "veldwerk" – en vertrekken dan weer. De resultaten verschijnen dan vaak in medische vakbladen in Amerika en Europa.

'Daar was tijdens de coronapandemie geen sprake van, door de lockdowns. Toen gingen experts uit Afrikaanse landen, die de Afrikaanse context kennen, veel meer samen onderzoeken welke lessen wij van elkaar kunnen leren.

'Daarover heb ik samen met negen Afrikaanse gezondheidsexperts een wetenschappelijk artikel geschreven in *The American Journal of Tropical Medicine*, dat *Contact Tracing and the Covid-19 Response in Africa* heet, met succesvolle lessen uit Nigeria, Rwanda, Zuid-Afrika en Oeganda.'

Lachend: 'Op die informatie rust geen intellectueel-eigendomsrecht, hoor, iedereen kan en mag er dus van leren!' ●

Tekst: Marieke van Twillert

'Samen met mijn partner reisde ik in 2001 naar het Onandjokwe-ziekenhuis af, in Namibië. Ik was niet uitgezonden door een Nederlandse organisatie; ik kon via via een lokaal contract krijgen, al onderhield ik contact met Nederlanders uit de tropenopleiding.

'Eerder was ik in Bangladesh en Kenia geweest, als onderdeel van mijn studie. Dat waren mijn eerste keren in een lagelonenland – en ik werd meteen gegrepen door het "Afrika-virus", zoals Steven van de Vijver in zijn boeken beschrijft.

'In het districtsziekenhuis in het noorden van Namibië was de staf een gemêleerd gezelschap: een derde was Cubaan, een derde kwam uit Rusland en Oekraïne en een derde uit Oost-Afrika, uit Kenia en Tanzania. Er was één Namibische arts en één Nederlandse tropenarts.

'Ik richtte me op de verloskunde en gynaecologie, met onderzoek en onderwijs erbij. Ik heb me sterk gemaakt voor het introduceren van *audits*, om kritisch naar ons eigen handelen als zorgverlener te kunnen kijken.

'Het was de tijd van aids, voordat de hiv-remmers massaal hun intrede deden. Vergis je niet: een op de vier moeders was hiv-positief, maar moedersterfte werd nauwelijks gerapporteerd. We hebben een programma geïntroduceerd om de overdracht van moeder op kind te voorkomen.

'Mijn ervaring in Namibië is voor mij van grote waarde geweest, op vele vlakken. Je leert hoe je met beperkte middelen toch

goede zorg kunt leveren. In Nederland heb je veel protocollen en alle middelen voorhanden over hoe je iets aanpakt – dáár dwingen de omstandigheden je als het ware om te innoveren.

'Je kunt het verschil maken, je leert kritisch na te denken, er is zelfreflectie. Bevestig jezelf, bevestig elkaar en doe dat niet oordelend; probeer de ander te begrijpen. Dat zal voor een deel in je karakter zitten, maar die attitude heb ik meegenomen.

'Of ik er een betere dokter door ben geworden? Dat is de vraag. Recent hebben studenten daar onderzoek naar gedaan, met interviews. Ze vonden dat er op verschillende vlakken – persoonlijk, professioneel en cultureel – competenties waren ontwikkeld door het werken in een lagelonenland en dat het mogelijk effect heeft op latere werkzaamheden.

'Voor mijzelf was het wel degelijk waardevol. Ik heb een bepaalde bril op, sinds ik in Afrika heb gewerkt; een bepaalde kijk op gezondheid. Het maakt je rijker, als mens, als je eens in een lagelonenland hebt gewerkt en gewoond. Je moet er tegen kunnen dat dingen niet gaan zoals "het hoort".'

'Het ouderwetse type tropenarts dat alleen naar een missieziekenhuisje ging bestaat nauwelijks meer. Het is eigenlijk ook gedaeterd hóe ik destijds als tropenarts werkte. Tegenwoordig is er een ander type zorgverlener nodig om bij te dragen aan mondiale gezondheidszorg.

'Kijk alleen al naar de toegenomen digita-

lisering. Vroeger had je in de operatiekamer misschien één instructieboek liggen, waar alle zorgverleners hun kennis uit moesten halen. Dat gaat niet langer op. Je kunt online alle behandelingsmogelijkheden *open source* vinden, de toegang tot informatie en kennis is enorm gegroeid.

'Dus: wie als arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde afreist, heeft een andere rol en dat is ook goed. Het samenwerken gebeurt op een andere basis. We zijn – hopelijk – afgestapt van "alles weten". De zorgverlener (AIGT of verpleegkundige) is een passant en komt om te begeleiden.

'Sinds mijn terugkomst ben ik nauw bij *global health*-onderwijs in het Radboudumc betrokken. Het is aanstekelijk met de jonge generatie te mogen werken. Elk collegejaar zitten er weer tachtig studenten in de banken die de keuzemodule volgen.

'Ook hier vindt innovatie van onderwijs plaats, en zo heb ik afgelopen jaar een enthousiaste verpleegkundig specialist neonatologie via Teams een presentatie laten houden vanuit Tanzania. Zij is werkzaam in het Radboudumc en is al zes jaar regelmatig actief in een plattelandsziekenhuis waar ze ondertussen een prachtige neonatale *unit* heeft helpen bouwen.

'Telkens gaat ze voor korte tijd – soms een paar maanden – terug om training te geven over zorg voor zieke zuigelingen. Haar verhaal was enorm inspirerend en laat zien dat je ook op die manier een steentje kunt bijdragen.'





# De beste zorgideeën uit de hele wereld

Merel van der Stelt

**Resultaten van internationaal *global health*-onderzoek kunnen ook voor Nederland verrijkend zijn. Een nieuwe prijsvraag belooft de beste vondsten van masterstudenten en promovendi. Twee winnaars en een genomineerde aan het woord. 'Keuzes in de zorg zijn per definitie beladen, dus ze moeten extra goed gelegitimeerd zijn, zowel in wetenschappelijke als in politieke zin.'**

**Tekst: Marc van Dijk**

Nederland staat in de top tien van de wereldranglijsten in de zorg – bijna nergens anders kun je het als patiënt beter treffen. Een comfortabele positie, maar ook een uitdaging, want de verschillen op aarde zijn zó groot dat een positie aan de top verplichtingen schept om te zorgen dat andere landen kunnen klimmen.

En, daarnaast: een hoge positie leidt al snel tot zelfgenoegzaamheid en blinde vlekken. Dat we het in Nederland goed voor elkaar hebben, betekent niet dat we *alles* beter weten – laat staan dat er van anderen niets te leren valt.

Vanuit die achtergrond is er een prijs in het leven geroepen die het afgelopen najaar voor het eerst is uitgereikt. De bedoeling ervan is om Nederlandse masterstudenten en promovendi te stimuleren de inzichten die ze vaak in en voor andere landen hebben ontwikkeld ook voor Nederland toepasbaar te maken (zie kader).

## Prothesen printen

De inzendingen vertonen een grote diversiteit en innovatiekracht. Zoals de winnende inzending van Merel van der Stelt, een master-scriptie over de productie van prothesen.

Van der Stelt heeft technische geneeskunde gestudeerd en deed haar afstudeerstage aan het 3D-Lab van het Radboudumc. Daar kwam ze in aanraking met het project waar ze nu nog steeds volop bij betrokken is – inmiddels als promotietraject, vertelt ze aan de telefoon, vanuit Sierra Leone.

'Het onderzoek', zegt ze, 'gaat hier elke dag hand in hand met de praktijk. Het doel is helder: we proberen betere prothesen te maken tegen de laagste kosten en dan ook nog eens op zo'n manier dat lokale ambachtslieden het complete productieproces kunnen verrichten.'

'We hebben een kleermaker bijgeschoold om prothesen in elkaar te zetten, uit te lijnen en – in samenwerking met lokale fysiotherapeuten – mensen opnieuw te leren lopen.'

Momenteel is Van der Stelt nog veel ter plekke aan het werk, maar haar hoofddoel is haar eigen overbodigheid: 'Ons project is geslaagd zodra deze *pilot* volledig zelfstandig draait. En het mooie is: dan is dit model direct toepasbaar in andere lage-inkomenslanden.'

Dankzij de inzet van speciale software en 3D-printers hopen de onderzoekers complexe prothesekokers te kunnen maken, tegen een fractie van de gebruikelijke kosten.

'Het ontwerpproces van de koker, die de aansluiting vormt tussen een beenprothese en het lichaam, zijn we hier volledig aan het automatiseren en standaardiseren, aan de hand van Nederlandse data. Mensen zoals de lokale kleermaker, met matige computervaardigheden en beperkte kennis van prothesen, kunnen ze vervolgens in elkaar zetten, na een korte workshop die wij verzorgen.'

Volgens Van der Stelt is het vaak vooral vechten tegen allerlei vooroordelen en oude ideeën die de werkelijke vernieuwing bij alle partijen in de weg staan.

'We denken nog vaak dat we waterputten moeten slaan en dat hoogtechnologische oplossingen *hier* niet werken, terwijl onze methode bewijst dat die 3D-printtechniek juist enorm democratiserend kan zijn. Een onderdeel waar je vroeger een halve fabriek voor nodig had, rolt nu gewoon uit de printer.'

'Nog zo'n oud en contraproductief idee: dat we in een land als Sierra Leone zouden moeten werken met lokale materialen. In Nederland werken we daar toch ook niet per se mee? De plastic grondstof waarmee geprint wordt en de overige protheseonderdelen importeren we hier dus gewoon, net als thuis. Het enige wat je daarvoor nodig hebt is planning.'

Wat Nederland van haar prijswinnende project kan leren? 'We denken in Europa vaak dat we heel veel tijd en energie in arme landen moeten stoppen om ze te kunnen helpen', zegt ze. 'Aan ons project zie je dat het ook andersom kan zijn. We maken in ons praktijkgerichte onderzoek de software steeds simpeler en sneller.'

'Dat wordt hier ingegeven door de omstandigheden, maar de mate van efficiëntie die wij daardoor bereiken is eigenlijk overal ter wereld interessant. Alle technische productie die je sneller en goedkoper kunt doen, is in de zorgsector pure winst, ook voor Nederland – dat levert extra tijd voor patiëntenzorg op.'

'Wij kunnen in Sierra Leone sneller innoveren dan in Nederland, waar de regeldruk enorm is. Ook hier doen we uiteraard niets zonder de goedkeuring van een ethische commissie, maar we kunnen wel veel sneller stappen nemen.'

## Burgerfora

Het winnende proefschrift van Maarten Jansen lijkt op het eerste gezicht misschien niet zoveel met de Nederlandse zorgsector te maken te hebben. In een klein, internationaal team aan de Radboud Universiteit onderzocht Jansen de manier waarop zorgverzekeringspakketten verantwoord kunnen worden samengesteld.

Wie bepaalt er welke behandelingen en welke medicijnen uit publieke middelen worden vergoed en welke niet? 'In veel landen', zegt Jansen, 'is de samenstelling van zorgpakketten eigenlijk een soort *black box*: onnavolgbare besluitvorming met uitkomsten die niet transparant zijn.'

De methode die Jansen in zijn promotieonderzoek ontwikkelt, gaat uit van wetenschappelijk bewijs en legitieme besluitvorming: EDP's (*evidence-informed deliberative processes*). Maar die is niet één op één in te voeren.

'We bieden een soort stapsgewijs proces dat de huidige besluit-

vormingscontext in een land als uitgangspunt neemt. Want hoewel de doelstellingen van *global health* grenzeloos zijn, is de samenstelling van de pakketten altijd een zaak van de landen zelf. De gids is dan ook niet bedoeld als blauwdruk of standaardjabloon, maar als inspirerend hulpmiddel. We bieden handvatten, zowel voor de praktische organisatie als voor het verbeteren van de legitimiteit van het besluitvormingsproces.'

## Momenteel is Van der Stelt nog veel ter plekke aan het werk, maar haar hoofddoel is haar eigen overbodigheid

In veel landen zijn er speciale instanties die de zorgpakketten samenstellen. Jansen en zijn collega-onderzoekers geven voor elke stap een overzicht van de benaderingen die worden gebruikt door dergelijke instellingen over heel de wereld: in Australië, Brazilië, Canada, Frankrijk, Duitsland, Thailand en Groot-Brittannië.

Ook geven ze een gedetailleerde beschrijving van de beste praktijken ('landen in de schijnwerpers'). 'Deze voorbeelden kunnen dienen als inspiratie. Er wordt inmiddels al gebruik van gemaakt door nationale gezondheidsautoriteiten in onder meer Ghana, Iran, Kazachstan, Moldavië, Pakistan en Oekraïne voor de herziening van hun basiszorgpakketten.'

En Nederland? Ook hier is Jansens onderzoek verrassend genoeg bijzonder toepasselijk, want hoewel er in Nederland veel stappen zijn gezet om het proces transparant en wetenschappelijk onderbouwd te maken, blijft er iets aan te merken op de maatschappelijke legitimering van de keuzes.

In september vorig jaar schreef de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) in een rapport over de houdbaarheid van de zorg dat er 'weloverwogen, heldere en soms scherpe keu-

Toenmalig KCGH-directeur Anke Tijtsma met Maarten Jansen





HELMA HOFLAND (63)

gespecialiseerd kinder-, IC- en brandwondverpleegkundige, verbonden aan het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam



‘Je leert onwaarschijnlijk goed improviseren’

Tekst: Marieke van Twillert

‘Zelf raak ik in mijn werk niet zo snel van slag, in Nederland, als er iets uitvalt. Er was eens geen stromend water in het Brandwondencentrum. De paniek die loskwam bij sommige collega’s! Heel bijzonder. Ik werd juist kalm en herinnerde mijn collega’s eraan dat we flessen water in de kast hadden. Je kunt ook met minder middelen goede zorg leveren – dat is wat ik in Afrika heb geleerd.

‘Het begon in 1988, in Soedan, waar ik vrijwilligerswerk deed in Khartoem. In het ziekenhuis kon ik hulp bieden bij de tropische ziekte kala azar. Ik werkte samen met mijn man, die namens Artsen zonder Grenzen in een ziekenhuisje dienstdeed. Later kwamen we in Zuid-Soedan terecht, maar dat vonden we minder prettig, vanwege de oorlog.

‘Na een periode in Nederland, waarin ik me heb gespecialiseerd in brandwondenzorg, zijn we opnieuw gegaan. Lang, deze keer: bijna tien jaar, met onze zoons – een tweeling – hebben we in Malawi gezeten, nabij Blantyre.

‘Ik had geen vaste baan, maar heb altijd in een brandwondencentrum gewerkt, trainingen gegeven voor kinder- en IC-verpleegkundigen. Het was heel concreet werk en fijn om te doen. Toen de tweeling de middelbare-schoollleeftijd bereikte, zijn we in 2008 over land terug naar Nederland gereden.

‘Al snel belde het Brandwondencentrum van het Maasstad Ziekenhuis me voor een baan en sindsdien werk ik daar als gespecialiseerd verpleegkundige en verpleegkundig onderzoeker. Voor een andere organisatie

heb ik over de grens een aantal kortdurende projecten gedaan.

‘Met tussenpozen ben ik steeds naar verschillende landen geweest: Ghana, Egypte, Ethiopië, Zambia en nu, tijdens dit interview, zit ik in Rwanda. Ik ben hier betrokken bij een Maasstad-project – Stichting African Hospitals, heet het – en ik train en ondersteun de verpleegkundigen, zodat zij zelf anderen kunnen trainen.

‘Het is veel *bedside teaching*. Dat gaat over praktische zaken zoals wondzorg, maar ook over de vraag of je met andere ogen kunt kijken wat er wel kan als je niet alle middelen hebt. Je kunt een wond ook met papaja en honing behandelen, bijvoorbeeld.

‘Die kennis is er bij Afrikaanse zorgverleners vaak wel, maar er is bijna een schaamte om het in te zetten. Mijn grote pluspunt is dat ik lang in Afrika heb gewoond, daardoor kan en mag ik dat zeggen.’

‘Langzamerhand zit ik tegen de pensioenleeftijd aan, ik heb door covid minder gereisd, maar sinds eind vorig jaar kan het weer. Het is heel leuk om langs te gaan bij projecten die ik mede heb opgezet, zoals in Malawi. Daar blijf ik na de pensionering mee doorgaan.

‘Mijn grootste opgedane inzicht: wat hebben we het ongelooflijk goed in Nederland en wat klagen we veel. Ik heb in veel Afrikaanse landen gewerkt en natuurlijk verschilt het van plaats tot plaats, maar over het algemeen ondergaan de mensen tegenslag met meer humor. Het uitgangspunt is: het komt wel goed. Je leert onwaarschijnlijk

goed improviseren, samen met het team. Ik ben daardoor zelf flexibeler geworden, en dankbaarder.

‘Aan mijn kinderen merk ik ook dat het hen heeft gevormd. Merkkleding interesseert ze niet, ze hebben in Malawi andere levenservaring opgedaan en snappen dat het soms kan gebeuren dat er geen stroom of water is.

‘In Rotterdam hebben we een bevolking die voor een groot deel een migrantenachtergrond heeft, ik kan daar goed contact mee maken. Ook dat komt door mijn Afrika-ervaring, vermoed ik. Ik spreek een beetje Arabisch, dat maakt al een verschil. In de zorg proberen we samen met de patiënt naar een oplossing te zoeken, dan helpt het om mee te bewegen. Je moet samenwerken.

‘Ik heb ook letterlijk handelingen uit de zorg geleerd. Denk aan “kangoeroeën” (huid-op-huidcontact) of veel meer de familie bij patiëntzorg betrekken – ja, in Afrika doe je niet anders. Daar is het uitsluitend de familie die de patiënt wast, niet de verpleegkundige.

‘Tegenwoordig zijn de meeste Afrikaanse opleidingen voor verpleegkundigen prima, hoewel er altijd een tekort aan lokale verpleegkundigen blijft, maar ook aan middelen. Daarom aarzel ik of ik verpleegkundigen met een algemene opleiding zou aanraden naar Afrika te gaan.

‘Alleen verpleegkundigen met een bepaalde specialisatie zouden kunnen overwegen voor een overzienbare periode te gaan. Wees je ervan bewust dat je wat achterlaat, als je vertrekt.’

zes’ moeten worden gemaakt om de zorg betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden. Om die scherpe keuzes te kunnen maken, wijst de WRR op het belang van ‘de versterking van maatschappelijk draagvlak’.

Er is in Nederland een degelijk instituut dat de minister adviseert over de zorgpakketten, maar burgers speelden tot voor kort haast geen rol bij die advies- en besluitvorming. Dat is nu, mede door Jansens onderzoek, aan het veranderen.

‘De WRR suggereert de vorming van een soortgelijk burgerforum,’ zegt hij, ‘waarin Nederlanders zich kunnen verdiepen en kunnen meepraten over de afwegingen. Dat is precies waar mijn onderzoek handvatten voor biedt. Zo laat ik zien hoe dat kan worden aangepakt naar het voorbeeld van de Britse pakketbeheerder Nice, die met burgerraden werkt.

‘Wat je daarbij ziet gebeuren is dat mensen meer begrip krijgen voor de keuzes die worden gemaakt, ook als bepaalde behandelingen of medicijnen niet meer vergoed worden. Keuzes in de zorg zijn per definitie beladen, dus het is extra belangrijk dat die goed gelegitimeerd zijn, zowel in wetenschappelijke als in politieke zin.’

Maarten Jansen werkt inmiddels voor de Wereldgezondheidsorganisatie, waar hij als consultant landen ondersteunt in hun keuzes voor de introductie van verschillende vaccins.

Moedersterfte

Naast de winnaars zijn ook genomineerden uitgenodigd om in gesprek te gaan over hun onderzoek, wat waardevolle uitwisselingen heeft opgeleverd. Yadir Roggeveen was een van hen, zij promoveerde op een onderzoek naar moedersterfte.

Wereldwijd is het nog steeds een enorm probleem: in 2017 stierven bijna driehonderdduizend vrouwen tijdens hun zwangerschap, bevalling of kraamperiode. De duurzame ontwikkelingsdoelen willen dat er in 2030 minder dan zeventig vrouwen overlijden per honderdduizend levend geborenen, maar vooralsnog daalt de moedersterfte onvoldoende om dat doel te behalen.

‘Internationaal gedefinieerde strategieën blijken niet effectief op lokaal niveau’, stelt Roggeveen. ‘Een van de belangrijkste redenen is dat vrouwen tijdens de bevalling niet – of niet tijdig – in gezelschap

zijn van een medisch bekwaam vroedvrouw.’

Dat was zeker ook het geval in een Masai-gemeenschap in Tanzania, waar ze onderzoek verrichtte. ‘De meeste vrouwen wilden niet naar het ziekenhuis, omdat ze er de voorkeur aan gaven te bevallen in het gezelschap van een traditionele vroedvrouw.

‘Maar op het moment dat er rond, tijdens of ná de bevalling complicaties ontstaan, is het in de afgelegen omgeving van die vrouwen te laat om nog een ziekenhuis te bereiken. In mijn onderzoek heb ik geprobeerd de barrières in beeld te krijgen die hen van ziekenhuisbevalling weerhielden – en die te doorbreken.

‘Een van de oplossingen bleek te zijn om de mogelijkheid te creëren de traditionele vroedvrouw mee naar het ziekenhuis te laten komen en aanwezig te zijn tijdens de bevalling. Dat vergt wel veel gesprekken over de precieze bezwaren en beweegredenen, vanuit alle betrokken partijen.

‘De oplossingen waren vaak verbluffend simpel. Een nieuwe aanbouw van het ziekenhuis waar ik werkte heeft nu een extra ruimte, waar naast de ouders ook de traditionele vroedvrouw kan verblijven. Met het zorgpersoneel zijn afspraken gemaakt over de rolverdeling tijdens de bevalling, waardoor de grote bezwaren over en weer zijn weggenomen.’

Ook in Nederland is deze methodiek toepasbaar, stelt Roggeveen. ‘Er zijn hier ook groepen vrouwen die slechtere verloskundige uitkomsten hebben ten opzichte van andere vrouwen in Nederland. Zoals vrouwen levend in armoede, vrouwen met een vluchtelingenstatus en een immigratieachtergrond.

‘Per jaar worden er vijfhonderd kinderen geboren van moeders die in een asielzoekerscentrum wonen – die kinderen hebben een zeven keer hoger risico op perinatale sterfte. Het aandeel van die groep binnen de totale perinatale sterfte in Nederland is de afgelopen jaren tot twaalf procent gestegen. De oorzaak ervan is nog onvoldoende bekend, maar wordt momenteel wel onderzocht.

‘Ik denk dat de methoden die ik in Tanzania heb gebruikt er zeker behulpzaam bij kunnen zijn. De belangrijkste les is dat je niet *top-down* moet proberen vrouwen van gedachten te laten veranderen, op basis van zuiver medische argumenten. Er zal goed geluisterd moeten worden.’ ●

De KCGH-prijsvraag: dit najaar de tweede ronde

De Kenniscentrum Global Health-prijs (KCGH) heeft tot doel masterstudenten en promovendi uit te dagen om inzichten uit hun onderzoek toepasbaar te maken voor de Nederlandse gezondheidssector.

Denk aan een onderzoek over de moeder- en foetale sterfte in lagelonenlanden. Welke aspecten uit dat onderzoek zijn (ook) relevant voor Nederland? En hoe valt die kennis in te zetten?

KCGH wil bijdragen aan kennisvermeerdering. ‘Wij zijn ervan overtuigd dat in uitwisseling en interactie nieuwe of andere kennis ontstaat, doordat nieuwe mogelijkheden onderzocht worden, het

denken wordt “aangezet” en er ruimte is voor nieuwe ontdekkingen en verrassende inzichten’, stellen de initiatiefnemers.

Om deze ‘kennismaking’ te stimuleren, reikt KCGH elk jaar een prijs uit aan masterstudenten en promovendi die een *global health*-scriptie of -proefschrift hebben geschreven en inzichten daaruit toepasbaar weten te maken voor de Nederlandse gezondheidssector.

De prijs is bedoeld voor degene met het beste idee en bestaat uit een geldbedrag van vijfhonderd euro (voor masterstudenten) en 750 euro (voor promovendi), te besteden aan het promoten

van het onderzoek of aan persoonlijke ontwikkeling.

Bij de prijs hoort ook een zogenoemde ‘Kennis Maaksessie’, waarin samen met experts de toepasbaarheid van de inzichten voor de Nederlandse sector verder wordt onderzocht.

De beoordeling geschiedt in november, de bekendmaking en prijsuitreiking in de tweede week van december. De eerste editie van de KCGH-prijsvraag vond plaats in het najaar van 2021. Dit najaar wordt de tweede editie gehouden.

Zie voor inzendingen en meer informatie: [kcgh.nl/prijs](http://kcgh.nl/prijs).



# 'Wij zijn de ogen van de aarde'

Een brede blik, aanpakken, creatieve oplossingen verzinnen – eigenlijk zijn tropenartsen pioniers. En dat komt ook in Nederland van pas, leggen drie teruggekeerde tropendokters uit: 'Mensen zijn overal hetzelfde.' Een rondetafelgesprek. 'Wij reiken naar buiten: bouwen een netwerk op, gaan gesprekken aan, proberen inzicht te krijgen in financieringsstromen en zorgen voor goede voorlichtingscampagnes.'

Tekst: Marusja Aangeenbrug

Ze kennen elkaar alle drie, want het wereldje van tropenartsen is klein, dankzij de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG). Voor *Vice Versa* gaan Jorieke van der Stelt, Joop Raams en Maartje Goudswaard met elkaar in gesprek over hoe ze hun ervaringen in Nederland inzetten.

Ze praten met liefde over hun tijd in het buitenland. Raams, huisarts in Amersfoort en voorzitter van de NVTG, schetst een 'ouderwets romantisch' plaatje van zijn tijd als tropendokter aan de rand van de Masai Mara, in Kenia. 'Als de *flying doctors* kwamen, moest ik de zebra's en giraffen van de landingsbaan verjagen.'

Goudswaard werkte 'in de hoogtijdagen van hiv en tuberculose' in een ziekenhuisje in Transkei, een voormalig thuisland tijdens het apartheidsregime – en daardoor nog steeds een arme regio – in Zuid-Afrika.

'Veel draaide om acute zorg', zegt ze. 'Zo kwamen er patiënten binnen met ondervoeding of met steekwonden, maar we hebben ook veel kunnen doen bij de opzet van het hiv-programma. Toen ik wegging, was er in elke kliniek voor eerstelijnsgezondheidszorg een pil per dag beschikbaar voor alle mensen die besmet waren. Dat geeft veel voldoening.'

Van der Stelt leerde in een afgelegen dorp in Papoea-Nieuw-Guinea hoe belangrijk het is om vragen te stellen: 'Waarom worden patiënten eigenlijk ziek? Je kijkt als tropenarts naar het grotere plaatje, naar de systemen. In Papoea-Nieuw-Guinea zag ik hoe ontregelend grote oliebedrijven zijn.'

### Hoe hebben dat soort systemen invloed op de gezondheid van mensen?

Van der Stelt: 'In het ziekenhuis kwamen veel patiënten met tuberculose, het was dweilen met de kraan open. Patiënten konden alleen honderden kilometers verderop terecht voor een röntgenfoto.'

'Als de overheid meer geld had gestoken in patrouilles om slijm op te halen in de dorpen en indexpatiënten te lokaliseren, hadden wij niet zoveel tbc-patiënten hoeven te behandelen.'

'In plaats daarvan sloot ze een akkoord met het oliebedrijf: dat betaalde de tbc-behandelingen, in ruil voor zijn aanwezigheid in de regio. Soms kwam het langs om een heroïsche daad te verrichten, maar met dat geld hadden we *zoveel* andere dingen kunnen doen.'

Raams: 'Uit onderzoek blijkt ook: dokters beïnvloeden maar 23 procent van de gezondheid van mensen. Gedrag en omstandigheden – zoals droogte, oorlog, te weinig bewegen – bepalen het grootste gedeelte.'

Van der Stelt: 'Het gaat er dus om hoe je gezondheid cultiveert. Dat is ook de essentie van planetaire gezondheid, waar ik me mee bezighoud: je kijkt niet alleen naar ziekten, maar ook naar de ecosystemen. De klimaatcrisis heeft invloed op al het leven op aarde, dus net zo goed op onze gezondheid.'

## 'Wij hebben ook meer kennis van importziekten – en die komen steeds meer onze kant op'

### Kun je als tropenarts meer betekenen dan alleen ziekten behandelen?

Raams: 'Als je het systeem begrijpt, kun je soms veel voorkomen. In Kenia kregen veel vrouwen zwangerschapscomplicaties doordat ze niet gecontroleerd werden. Toen zijn we vrouwen gaan screenen – en waren er minder spoedbevallingen.'

'De principes van preventie zijn overal ter wereld hetzelfde, alleen zijn de omstandigheden anders. In Amersfoort zijn we begonnen met leefstijlprogramma's in de wijk, om te voorkomen dat mensen diabetes en hart- en vaatziekten krijgen.'

Van der Stelt: 'Je moet groot dromen, je boerenverstand gebruiken en creatief zijn met weinig budget. Maar dat leer je niet in je opleiding geneeskunde.'

### Hoe was het om na deze ervaringen terug te komen?

Raams: 'Als je uit Nederland vertrekt, word je heel goed voorbereid. Als je terugkomt, zit niemand echt op je te wachten – dat vond ik lastig. Ik ben toen de huisartsenopleiding gaan doen en heb in een nieuwe Amersfoortse wijk een gezondheidscentrum opgezet.'

Goudswaard: 'Het heeft twee kanten. Ik regelde in Zuid-Afrika in korte tijd ontzettend veel, ik had projecten opgezet, ik was medisch manager van het ziekenhuis geworden. Ik realiseerde me: ik zal nooit meer op die manier zóveel voldoening ervaren. De andere kant is dat het heel intens is. In Nederland kom je terecht in een systeem dat functioneert, je kunt overleggen en je kunt stap voor stap werken. Er viel veel stress weg.'

Ze lacht: 'Ik wilde eigenlijk relaxter werk gaan doen dan in



Jorieke van der Stelt werkte in 2017 en '18 als tropenarts in het plattelandziekenhuis van Kikori, in Papoea-Nieuw-Guinea. Ze is nu huisarts en maakt zich hard voor planetaire gezondheid en duurzaamheid binnen en buiten de zorg (zie: [deduurzamedokter.nl](http://deduurzamedokter.nl)). Samen met andere zorgprofessionals was ze betrokken bij de start van Zorg voor Klimaat.



Joop Raams is sinds ruim dertig jaar huisarts in de Amersfoortse wijk Kattenbroek. Daarvoor werkte hij als tropenarts in het St. Joseph's Hospital in Kilgoris, in het zuidwesten van Kenia. Hij is voorzitter van de NVTG en medeoprichter van het Kenniscentrum Global Health ([kcgh.nl](http://kcgh.nl)). Dat platform maakt *global health*-kennis toegankelijk en bruikbaar voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Zuid-Afrika, maar voor ik het wist luisterde ik als forensisch arts naar martelverhalen van asielzoekers. Ik deed de arrestantenzorg en ging de politiecellen langs. Mijn vak is een niche en staat nog in de kinderschoenen, maar blijkbaar houd ik ervan te pionieren.'

### Waar liep je als tropenarts tegenaan in Nederland?

Van der Stelt: 'Als tropenarts reik je naar buiten: je bouwt een netwerk op, gaat gesprekken aan, probeert inzicht in financieringsstromen te krijgen, zorgt voor goede voorlichtingscampagnes. In Nederland speelt je werk zich vooral in de spreekkamer af. Als zorgverleners kunnen we onze stem ook daarbuiten meer laten horen.'

Raams: 'Ik liep vooral tegen de schotten in de zorg aan. Hier, in Nederland, hebben we preventieve zorg, zoals de GGD, en eerste-, tweede- en derde lijnszorg. Dertig jaar geleden was daar amper samenwerking tussen. Inmiddels gaat dat veel beter, maar ook tijdens de coronacrisis werkten de GGD'en en ziekenhuizen maar moeizaam samen.'

### Kun je als arts iets aan ontschotting doen?

Raams: 'Ik heb mezelf enorm ingezet voor zorggroepen in de regio. Daarin stemmen professionals alles op elkaar af rond een bepaalde chronische ziekte – vroeger werd dat rond diabetes bijvoorbeeld niet gedaan, tussen huisartsen en internisten. Ook de financiering was niet afgestemd op samenwerking. Inmiddels zijn er goede samenwerkingsafspraken.'

Van der Stelt: 'Het wordt alleen niet gezien als een deugd, als je vragen stelt bij een systeem.'

Raams: 'Je stuit op weerstand, ja.'



# Verwerelden zonder op reis te gaan



Judith van de Kamp

Een paar weken geleden kwam ik tot het besef dat mijn beeld van Afrika heel lang grotendeels gebaseerd was op verhalen van tropengangers – niet de inwoners van Afrikaanse landen zelf, maar veelal Nederlanders en andere Europeanen die als buitenstaander op het continent werkten en daar verslag van uitbrachten.

Ik leerde voor het eerst over het continent in de kerk, op zondagochtend, via de verhalen over zendelingen en missionarissen. De nadruk op de 'noodzaak' van hun aanwezigheid en op de 'hulpeloosheid' van de bevolking zorgden voor gulle giften vanuit de geloofsgemeenschappen, waardoor de missie- en zendingswerkers langdurig op het continent konden werken.

De verhalen gaven een inkijkje in een voor mij verborgen en verre wereld. Pas veel later ontdekte ik hoe eenzijdig die vertellingen waren, en hoe doorspekt met westerse superioriteit. De antropoloog Steven van Wolputte beschreef het in 1997 vrij treffend:

'De Afrikaan werd niet waargenomen als een individu, maar als een collectiviteit die verdween tegen de achtergrond van een ongezonde en pathogene omgeving. [...] Hij was een bron van besmetting, hij was "wild" en ongezond, en zou door de blanke worden genezen – en beschaafd.'

Tijdens mijn studie medische antropologie leerde ik Afrika kennen door de ogen van een ander soort tropengangers: de tropenartsen. Eind twintigste eeuw werkten zij veelal onder barre omstandigheden, met te weinig medische middelen en personeel, in lokale ziekenhuizen en klinieken.

Hun verhalen waren weliswaar anders dan die van de vroegere missie- en zendingswerkers, maar er was nog altijd sprake van ongelijke machtsverhoudingen. De tropenartsen maakten – als hoofd van een ziekenhuis of kliniek – vaak de dienst uit. En ondertussen was het beeld van 'hulpeloze Afrikanen' in Nederland nog springlevend.

Het waren tropenartsen die me in 2006 leerden dat er een nieuw soort tropenganger was opgestaan. Het ging om hun collega's, die niet jaren in de tropen bleven, maar weken of maanden. Het was de tijd dat de vluchten steeds goedkoper werden en klimaatverandering nog werd betwist.

Ze werden ook wel 'medisch toeristen' genoemd. Die term hing niet alleen samen met de korte duur van hun bezoek, maar ook met de vele foto's die ze maakten en met het thuisfront deelden. Facebook was hot en de 'white saviour'-selfies vonden onder familie en vrienden in Nederland gretig aftrek.

Het eenzijdige en simplistische beeld van Afrika hield stand: de tropenganger was nog altijd de hoofdpersoon in de verhalen – en Afrika slechts het decor.

Ook uit mijn eigen onderzoeken in Ghana (2007) en Kameroen (2012-'14) blijkt dat een kort medisch werkbezoek stereotype beeldvorming juist kan versterken en de kloof tussen 'wij' en 'zij' soms onbedoeld vergroot, vaak ten koste van de relatie met lokale gezondheidswerkers.

Wat is de rol van de huidige jonge generatie met interesse in medisch werk in de tropen? Door de opwarming van de aarde wordt er minder gevlogen en tijdens de pandemie gingen landen zelfs op slot. Daar komt bij dat de jongeren van nu zich van de ongelijke machtsverhoudingen tussen Noord en Zuid bewuster zijn dan ooit.

Als universitair docent *global health* aan het UMC Utrecht merk ik dat studenten zich hard maken voor *diversity, equity & inclusion* (DEI) en dat ze kritisch zijn over hun rol in de wereld: 'Hoe kan ik bijdragen, wat is mijn plaats?'

Ik kijk met steeds meer bewondering naar deze generatie en naar wat ze kan en wil betekenen in het bewerkstelligen van gelijkwaardige relaties tussen de rijkere en armere landen.

Mondialisering heeft ervoor gezorgd dat er steeds meer kennis online toegankelijk is. Mijn studenten hebben beschikking over data – over infectieziekten, mentale gezondheid en levensverwachting – van over heel de wereld. Ze bezoeken lokale nieuwssites en lezen internationale artikelen en blogs van artsen en verpleegkundigen.

Samen met collega-docenten in Bangladesh zijn we met *open education*-projecten begonnen, waarbij Nederlandse en Bengaalse studenten online samenwerken. Zo leren ze over elkaars levensomstandigheden en hoe die samenhangen met gezondheid.

De wederkerigheid in het leerproces staat centraal. Het gaat om interculturele competenties, maar ook om naar elkaar luisteren, om de verschillen te begrijpen en te zoeken naar overeenkomsten. Ik ben ervan overtuigd dat deze vorm van 'verwerelden' de toekomst heeft.

Gaan we dan nooit meer op reis? Is dit het einde van de tropengangers? Ik hoop van niet. We kunnen ontzettend veel leren van intercontinentale werkbezoeken en het zijn vaak onvergetelijke ervaringen. Ik denk dat er altijd nieuwsgierige tropengangers zullen zijn, of dat nu Afrikanen zijn die naar Nederland komen of andersom.

In het artikel *Decolonising global health: if not now, when?* schrijven Ali Murad Büyüm en collega's dat de oneerlijke verdeling van coronavaccins toont hoe ver de wereld nog van gezondheidsrechtvaardigheid afstaat.

Al zeggen ze óók dat deze tijd een kans biedt voor een andere visie op de wereld, voor een eerlijker wereldbeeld. Ik ben hoopvol: aan de huidige generatie zal het in elk geval niet liggen.

*Judith van de Kamp is medisch antropoloog en universitair docent global health aan het UMC Utrecht. Ze heeft De derde wereld op je cv geschreven, uitgegeven door Nieuw Amsterdam*

artsen zijn, maar ze zijn wel gewend om te organiseren en ze kunnen met epidemieën omgaan.'

Goudswaard, die destijds ook insprong in Den Bosch: 'Als tropenarts ben je flexibel, je bent het gewend snel contacten te leggen en oplossingsgericht te werken; daarmee kun je iets betekenen in Nederland. Onze toegevoegde waarde werd tijdens de coronacrisis gezien.'

**Jullie hebben het nu vooral over de organisatie van de zorg. Welke lessen op het gebied van de geneeskunde kunnen jullie toepassen?**

Goudswaard: 'Ik werkte in een ziekenhuis zonder laboratorium. Daardoor leerde ik om heel veel op waarneming te doen. Ik kan nu snel en met een klinische blik inschatten of iemand ziek is en meteen handelen als dat nodig is.'

Raams: 'In mijn praktijk doe ik zoveel mogelijk zelf, ook chirurgische ingreepjes. Er zijn natuurlijk grenzen: we zijn hier niet in de bush.'

Lachend: 'In het begin gipste ik zelf ook breuken, maar op een gegeven moment zei de assistent: "Je maakt er een kliederboel van." Wij hebben ook meer kennis van importziekten – en die komen steeds meer onze kant op. Door klimaatverandering, doordat bepaalde insecten kunnen overwinteren of door reizigers die uit de tropen terugkomen.'

Van der Stelt: 'Ik denk dat tropenartsen de ogen van de wereld zijn. Zo wil ik onder de aandacht brengen welke invloed klimaat- en milieuverandering op onze gezondheid hebben. Denk aan long-aandoeningen, hart- en vaatziekten, infectieziekten, allergieën.'

**Er is dus ook in Nederland genoeg te doen als tropenarts?**

Goudswaard: 'Ik geef onderwijs aan artsen over letsel. Ik stel het internationale aspect altijd aan de orde: als je een asielzoeker met stressklachten spreekt, houd er dan rekening mee dat die persoon in het verleden misschien gemarteld is en dat de klachten daarop terug te voeren kunnen zijn. Veel artsen zijn zich daar niet van bewust.'

Raams: 'Het mooie is: de principes van gezondheid zijn overal hetzelfde. In Afrika trok ik de dorpen in om een gezondheidsprogramma op te stellen, hier werk ik aan het project Gezonde Wijk Amersfoort, samen met andere partijen. Dat is vreselijk leuk, want je werkt aan positieve gezondheid.'

Van der Stelt: 'Word je daarvoor betaald?'

Raams: 'Ik ben wijkcoördinator, daar staat wel wat geld tegenover, maar er zit vooral veel vrije tijd en idealisme in.'

Van der Stelt: 'Het is jammer dat het stelsel van vergoedingen gebaseerd is op handelen in de spreekkamer en niet op maatschappelijk handelen. Ook tijdens de opleiding leer je dat niet.'

Goudswaard: 'Vaak heeft dat te maken met politieke keuzes. Aan veel ongezond gedrag ligt armoede ten grondslag, maar er is onvoldoende politieke wil om landelijk en structureel werk te maken van armoedebestrijding.'

Van der Stelt: 'Ik denk dat we meer invloed kunnen hebben dan we denken. Toen we met Zorg voor Klimaat een gesprek met het ministerie hadden, om over planetaire gezondheid in de medische en onderwijscurricula te praten, kregen we te horen dat we een paar maanden moesten wachten tot het kabinet was geformeerd...'

'Ja, hallo, het is crisis! We hebben opnieuw een brief geschreven en er een petitie van gemaakt. Veel organisaties sloten zich binnen de kortste keren aan. Zo kun je soms een sneeuwbal effect in gang zetten.' ●

**Maartje Goudswaard** was van 2010 tot 2015 arts in een ruraal ziekenhuis in een arme regio aan de oostkust van Zuid-Afrika. Terug in Nederland werkte ze als forensisch arts eerst voor asielzoekers en nu voor de GGD Amsterdam. Ze is gespecialiseerd in het herkennen van letsel naar aanleiding van mensenrechtenschendingen. Ze is bestuurslid van het IFHHRO | Medical Human Rights Network (ifhhro.org) en Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (stichtingsano.nl).

**Van wie komt die weerstand dan?**

Raams: 'Toen ik die zwangerschapscomplicaties wilde aanpakken, zeiden de nonnen: "Maar dan komen mensen niet meer naar het ziekenhuis." Dan konden ze er niet aan verdienen.'

'Ook in Nederland zitten er winstmodellen achter de zorg. Bij de oprichting van de eerste zorggroep zeiden veel collega's: dat gaat nooit lukken, de ziekenhuizen gaan onze patiënten vasthouden. Alle weerstanden zijn gelukkig opgelost. Overal ter wereld spelen er belangen van zijn mensen bang voor verandering. Die weerstand moet je overwinnen, of je nu in Afrika of in Nederland bent.'

Goudswaard: 'Vaak zijn mensen in hun cultuur gebonden aan gedragsregels. Als je de wil hebt om te leren, nieuwsgierig blijft naar waarom dingen zo gaan en ook wat langer blijft, luisteren ze op een gegeven moment ook naar jou. Soms kun je dan door een andere kijk juist dingen doorbreken.'

Raams: 'Ik heb geleerd: je moet mensen niet overtuigen, maar verleiden. Het gemeenschappelijke belang van artsen is de gezondheid van een bepaalde populatie. Als je elkaar daarin weet te vinden, kun je bergen verzetten.'

Goudswaard: 'Als tropenarts moet je het dus ook leuk vinden om weerstanden te overwinnen.'

Van der Stelt: 'Een systeem kritisch leren bevragen en daar invloed op uitoefenen zou onderdeel van de opleiding moeten worden.'

**Wat kun je in Nederland bereiken met zo'n pioniersmentaliteit?**

Van der Stelt: 'Het is opvallend dat Zorg voor Klimaat, het platform voor planetaire gezondheid en duurzaamheid binnen en buiten de zorg, in korte tijd door met name jonge tropendokters uit de grond is gestampt. Die zien het grotere plaatje en de noodzaak.'

Raams: 'Aan het begin van de pandemie heeft de NVTG tropenartsen geleverd aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Niet dat dat betere







# Een routekaart voor het dekoloniseren van *global health*



Tekst: Marlies Pilon

Voor Seye Abimbola is het persoonlijke politiek. Vanuit zijn huis in Sydney vertelt de hoogleraar gezondheidsonderzoek en houder van de Prins Claus-leerstoel gerechtigheid in *global health* zijn missie en levensverhaal. 'Is het normaal dat ik, een Nigeriaanse wetenschapper, als allerhoogste ideaal heb dat mijn onderzoek in een Engels vakblad wordt gepubliceerd? Is dat gezond? Nee, het is niet normaal! Daarom moeten we mensen wakker schudden.'



Seye Abimbola

'Ik behoor tot het Yoruba-volk en ben in een kleine stad opgegroeid, in het zuidwesten van Nigeria. Mijn moeder was een verloskundige, dus mijn eerste jaren zag ik van heel dichtbij hoe gezondheid en gezondheidszorg werkt. Als kind keek ik over mijn moeders schouder mee naar de gemeenschap en zag ik de verbinding tussen gezondheid en sociale omstandigheden: armoede, toegang tot informatie, gender, al die zaken.

'Daardoor realiseerde ik me tijdens mijn medische opleiding dat ik toch geen clinicus wilde worden, maar me wilde verdiepen in het veld van openbare gezondheid. Uiteindelijk ging ik onderzoeken hoe dat werkt – en hoe het nog beter kan werken.

'Een van de belangrijkste realisaties, die voor mij centraal staat, is dat de gezondheid van een systeem voor een groot deel afhangt van de mate waarin het is verbonden met zichzelf. Als de mensen niet weten welke diensten ze van hun overheid mogen verwachten, of als er een gebrek aan informatie is over hoe je gezond leeft, dan is dat een indicatie dat er iets is losgekoppeld, dat er iets gemaakt moet worden.

'In het veld van *global health* bestaat er de neiging om mensen in arme landen niet als gelijkwaardig te zien, alsof zij niet evenveel verdienen als de bevolking in rijke landen. Als een Nederlandse onderzoeker naar Ghana of Zambia gaat, vind ik het vreemd dat dat onderzoek wordt uitgevoerd voor een Nederlands publiek.

'Het idee dat Ghana of Zambia ook een kennissysteem verdient, zoals dat voor Nederlanders geldt, lijkt verder niet van belang. Als je onderzoek doet, en ik spreek hier als onderzoeker en hoofdredacteur van een academisch blad, dan doe je dat om een aantal mensen blij te maken. Je redacteur, je vakgenoten, mensen die beslissingen maken, je potentiële baas wellicht.

'Maar je doet het niet om de mensen in Ghana of Zambia blij te maken. Het probleem is dat veel mensen niet zien dat elk systeem ter wereld evenveel verdient, evenveel waard is. Is het niet vreemd dat dat in de praktijk een heel radicaal statement is?'

'Wat er nodig is voor de dekolonisatie van onze geest, is het ontleren van wat we hebben geleerd. Dat is ingewikkeld: hoe je de wereld ziet is er vanaf de geboorte ingebakken. Via school, misschien de universiteit, de media. Zo heb ik op school geleerd dat mijn geschiedenis minder waarde heeft dan de Europese geschiedenis.

'Mijn Nigeriaanse leraar vertelde mij dat Nigeria door de Schotten is ontdekt. Een kind in Schotland leert dat ook; dat een verre voorouder de wereld veroverde en Nigeria "ontdekte". Dat leert zo'n kind twintig jaar lang, in het onderwijs. Hoe kunnen we van hem of haar verwachten dat dat niet kleurt door welke lens ik word bekeken?

'Tel daarbij op dat *global health* voortkomt uit de tropische geneeskunde, die werd ontworpen om gekoloniseerde bevolkingen te controleren en de uitbuiting door Europese en Amerikaanse machten soepeler te laten verlopen. De manier waarop veel organisaties in mijn veld opereren, is dat zij die scheve machtsbalans in stand houden, hoewel ze die claimen te willen genezen. Veel macht, geld en kennis blijft zo uitsluitend hangen in hoge-inkomenslanden.

'Wat nodig is om *global health* te dekoloniseren, moet beginnen in het klaslokaal. Er is een reden dat witte mensen de wereld nauwe-

lijks bevragen: zij zijn immers zelf het centrum van de wereld en de wereld werkt prima voor hen. Meer en meer mensen beginnen dat narratief in twijfel te trekken.

'Is het normaal dat ik, een Nigeriaanse wetenschapper, als allerhoogste ideaal heb dat mijn onderzoek in een Engels vakblad wordt gepubliceerd? Is dat gezond? Voor een Brit, die altijd in het Verenigd Koninkrijk heeft gewoond en van jongs af aan gehoord heeft dat hij of zij in het centrum van de wereld woont, waarschijnlijk niet. Nee, het is niet normaal! Daarom moeten we mensen wakker schudden.

'Als we naar de literatuur kijken, dan valt op dat wetenschappelijke artikelen altijd over hoge- en lage- en middeninkomenslanden spreken. Dat lijken daardoor wel organische entiteiten, een soort natuurlijke verdeling.

'Maar het gaat hier over landen, landen zoals die van jou en mij, waar mensen een ijsje eten, trouwen, werken. Er is verder niets speciaals aan die landen, maar door het zo op te schrijven breng je een scheiding aan tussen jezelf en de ander. We moeten veranderen hoe we de wereld zien en definiëren.'

'Ik geef les aan studenten in *global health* aan de Universiteit van Sydney. Vorige week hadden we het over informatiesystemen en ik vertelde ze het verhaal over hoe gezondheid in het negentiende-eeuwse Engeland een politieke kwestie werd.

'Toen het dodental dramatisch steeg, begon het statistiekbureau de aantallen doden per stad en district door heel het koninkrijk te vergelijken. Daarmee werd gezondheid een politiek thema; het betekende namelijk dat mensen wisten van het dodental in een nabijgelegen stad, of het district goed of slecht presteerde in verhouding tot andere gebieden.

'Politici konden elkaar gaan beledigen en elkaar met die cijfers de oren wassen. Dat is hoe openbare gezondheid zoals Engeland het kent is geboren. Nu gaat het niet alleen meer om welke stad het beter doet, maar zijn de steden ook meer met elkaar verbonden, wat zorgt voor betere gezondheid voor iedereen.

## Van retoriek naar hervorming

In het artikel *Decolonising global health in 2021: a roadmap to move from rhetoric to reform*, in het *British Medical Journal*, zetten Abimbola en vijf andere auteurs drie stappen uiteen die beoefenaars van *global health* kunnen nemen om het proces van dekolonisatie te versnellen.

Eén: identificeer de pre-

cieze manieren waarop organisaties in *global health* een rol spelen in het in stand houden van ongelijkheid.

Twee: publiceer een heldere puntenlijst aan acties die nodig zijn, zodat organisaties beter kunnen reageren.

Drie: maak meetmethoden om de ontwikkeling van organisaties bij te houden en deel die publiekelijk.



ALBERTINE BAAUW (53)

AIGT, kinderarts en hoofd opleiding bij het Opleidingsinstituut Internationale Gezondheidszorg en Tropengeneeskunde



‘Doordat je het grote plaatje ziet, ontwikkel je een soort mildheid’

Albertine Baauw (uiterst links)

‘Soms vergeten we dit soort dynamieken als we het over gezondheid hebben, maar dit zijn de interne processen die voor echte verandering zorgen – niet iemand die “van buiten” met een of andere interventie komt. Dat is misschien ook nodig, maar niet essentieel. Waar het om draait zijn de mensen in het systeem zelf. Hoe zij leren, veranderen, zich tot elkaar verhouden, welke kennis zij bezitten en hoe ze hun macht gebruiken.’

‘Wat je nu ziet is dat het platform voor bruine en zwarte wetenschappers en activisten groter is geworden. Ze hebben dezelfde stem, maar in plaats van wat gefluister in de hoek krijgen ze een microfoon en horen mensen wat ze zeggen.’

‘Men is al zeker tachtig jaar bezig met het fysiek dekoloniseren, maar nu – met Black Lives Matter en *shift the power* – klinken de stemmen van die beweging luider en luider. Het is interessant ook naar de rol van nieuwe media te kijken, en hoe die het landschap van *global health* transformeren.’

‘Heb je je weleens afgevraagd waarom het Zuiden altijd van het Noorden moet leren, en niet andersom?’

‘Iedereen kan nu reageren op wetenschappelijke artikelen op een manier die hiervóór niet mogelijk was. Alles wat je nu nodig hebt is een Twitter-account! Reageren op een artikel kan de blik op dat specifieke stuk en zelfs heel het gesprek over het thema veranderen. En het goede is: de mensen die de artikelen schrijven, realiseren zich ook veel meer dat iedereen meeleeft.’

‘Sociale media zorgen er in deze context voor dat je iets aangevend kan worden, dat je niet zomaar meer alles op kunt schrijven, omdat je weet dat de mensen in Ghana of Zambia over wie je schrijft ook meeleezen en misschien wel reageren. Volgens mij is dat een gezonde ontwikkeling, die ons allemaal een stukje beter maakt.’

‘Het probleem met machtssystemen is alleen: het lijkt dan misschien alsof ze zich aanpassen en reageren op de tijdgeest, maar ze zijn gebouwd op machtsbehoud. Er moet dus méér gebeuren dan wat kabaal hier en daar om echt een systeemverandering teweeg te brengen. Daarvoor moeten eerst de oogkleppen af.’

‘Heb je je weleens afgevraagd waarom het Zuiden altijd van het Noorden moet leren, en niet andersom? Toen de pandemie begon, werd het heel duidelijk dat rijke landen geen idee hadden wat ze moesten doen, terwijl de iets-minder-rijke-landen precies wisten hoe ze het moesten aanpakken.’

‘Ik dacht toen: hoe typisch is het toch dat als rijke landen in iets succesvol zijn, die lering dan altijd uitgerold moet worden in het Zuiden, maar vice versa? Er is nauwelijks discussie geweest over wat Nederland kon leren van het contactonderzoek zoals dat in Zuid-Korea, Vietnam en Rwanda plaats had. Waarom eigenlijk niet?’

‘Er zijn meer redenen om ons oor te luisteren te leggen bij de mensen die wij definiëren als “levend met een marginaal inkomen”. Heel relevant voor *global health* is het concept van gemeenschapswerkers.’

‘Zo was ik vier jaar geleden bij een bespreking in Oxford over hoe we ons moeten voorbereiden op de gezondheidszorg van morgen. Ik zei toen dat rijke landen moeten leren een gemeenschap van gezondheidswerkers te bouwen, zoals zuidelijke landen dat al heel lang doen.’

‘Het zal wel moeten; de gezondheidszorg wordt in toenemende mate onbetaalbaar en de overmedicalisatie van onze gezondheid zal langzaam worden teruggeschoefd. Het gaat dan om thuiszorg, zorg op buurtniveau. Daarbij is er een wereld te winnen door te kijken hoe “arme landen” deze zeer sociale vorm van zorg hebben opgezet.’

‘Als ik voor Nederland een *global health*-strategie zou maken, zou ik die bouwen op de belofte dat andere landen niet minderwaardig zijn. Een strategie waarbinnen Nederland zich op een oprecht gelijkwaardige manier met de wereld verbindt, zodat leren, kennis en expertise vrijelijk mogen rondvliegen.’

‘De strategie heeft als uitgangspunt dat andere landen hun eigen kennisystemen verdienen en nodig hebben, en dat Nederland voor onderzoek in die landen geen interventies pleegt, maar leert van onderzoek dat wetenschappers uit die landen zelf hebben uitgevoerd.’

‘Het feit dat we nog niet echt van elkaar leren, vertelt me dat we nog steeds niet erg verbonden zijn. Wat nodig is voor meer verbinding is het zien van de ander als in ieder geval gelijk *genoeg* om van te kunnen leren – dat zal ons allemaal een stuk beter maken.’ ●

Tekst: Marieke van Twillert

‘Van jongs af aan was ik geïnteresseerd in het buitenland, in mensen in verre landen. Als meisje las ik graag boeken over ontdekkingsreizigers, zoals Livingstone: de wereld ontvouwde zich in mijn verbeelding.’

‘De vonk om tropenarts te worden (of: arts internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, zoals het nu heet) is in 1993 overgesprongen in Zimbabwe, ik was vierentwintig en deed mijn coschappen in een klein ziekenhuis in Bonda. Het was vlak bij de Beira-corridor, de verbindingroute tussen Zimbabwe en de Mozambikaanse havenstad Beira.’

‘Ik was meteen geïntrigeerd door het werk dat je als arts kunt doen, het is zó veelzijdig. Er was een tyfusepidemie, dus ik kreeg met uitbraakmanagement te maken, met de zorg voor patiënten, maar je gaat ook de dorpen in – je bent met van alles tegelijk bezig.’

‘Ook zag ik meteen de andere kant van de medaille: de ongelijkheid en de armoede in de samenleving, je krijgt als dokter in de praktijk te maken met ethische dilemma’s. Als je een beperkt aantal bedden in de kliniek hebt, wie behandel je en wie niet?’

‘Na “Bonda” wist ik dat ik hier mijn werk van wilde maken. Ik heb bij elkaar zeven jaar in Sri Lanka, Cambodja, Mozambique en Malawi gewerkt. Veel artsen in Nederland werken alleen binnen de muren van een ziekenhuis. Je kunt dat verzuild noemen.’

‘Het mooie van werken als AIGT in lage-inkomenslanden is dat je veel verder komt; je leert allerlei vaardigheden, zodat je kunt

meebewegen met wat er nodig is. Je moet dealen met de situatie zoals die is en snel kunnen schakelen. Zoals in Mozambique, toen de cholera-epidemie van drie kanten op ons af kwam.’

‘Het langst was de aanstelling in Malawi, in Mua, waarheen ik was uitgezonden door de hulporganisatie Cordaid. Ik ging de dorpen in, daar had ik nauw contact met mensen en zag ik in het veld welke zorg er nodig was.’

‘Tegelijkertijd was ik in het ziekenhuis bezig met het managen. Op die manier heb je connectie tussen theorie en praktijk. Later heb ik als consultant onder meer gewerkt voor de Wereldgezondheidsorganisatie en voor Artsen zonder Grenzen.’

‘In 2005 besloot ik dat ik kinderarts wilde worden en gingen we naar Europa terug. De keuze voor die specialisatie kwam echt door mijn tropenperiode.’

‘Ik zag met eigen ogen: de grootste gezondheidswinst zit bij de kinderen wanneer de verbinding publieke en curatieve zorg wordt gemaakt. Van kindervaccinaties tot toegang tot zorg: als je dat aanpakt, schieten de overlevingskansen omhoog – en daarbij heb ik altijd heel veel lol met kinderen.’

‘In de zeven jaar dat ik als kinderarts in het Arnhemse Rijnstate-ziekenhuis heb gewerkt, zette ik voortdurend mijn tropenervaring in. Soms bewust, soms onbewust. Vluchtelingenkinderen uit het azc en jonge patiëntjes

met sikkelcelziekte kwamen als vanzelf bij mij terecht.’

‘Mijn *drive* zit bij de kinderen die net buiten de boot vallen. Zo ben ik nu niet voor niets betrokken bij het opstellen van een kinderartsrichtlijn voor vluchtelingenkinderen, om het systeem voor de zorg voor alle kinderen beter te organiseren.’

‘Mijn brede blik op de gezondheid is, denk ik, het voornaamste dat ik uit het buitenland heb meegebracht: ik kijk naar de context, naar het grote plaatje. Daardoor ontwikkel je een soort mildheid, je ziet wat niet werkt en je bent terughoudender in het oordelen. Dat heb ik geleerd tijdens mijn werk als AIGT’er.’

‘Sinds een jaar ben ik verantwoordelijk voor de organisatie van de opleiding tot AIGT. Dat is een groot feest: de nieuwe generatie jonge artsen is enorm betrokken bij een andere invulling van tropengeneeskunde, met thema’s als het “dekoloniseren van gezondheid”.’

‘Vaak denken mensen dat wij alleen in het buitenland werken. We willen laten zien dat wij als AIGT’ers, met onze opleiding en ervaring, juist in Nederland een toegevoegde waarde hebben voor de Nederlandse gezondheid.’

‘AIGT’ers denken vanuit het grote geheel en vanuit de behoefte van de patiënt, of dat nu een gynaecoloog is die een poli opzet voor zwangeren in een asielzoekerscentrum of een huisarts die in de achterstandswijken aan de slag gaat. Het is mooi om te zien hoe bewust deze artsen bezig zijn.’





# De noodzaak van een nieuwe *global health*-strategie

Tekst: Marc van Dijk

Er is een mondiaal perspectief in de gezondheidszorg nodig, dat liet de pandemie onomstotelijk zien, maar de corona-aanpak toont ook hoeveel er nog aan schort. Kan een Nederlandse strategie dat helpen veranderen? **‘De politieke bescherming van commerciële rechten en patenten is vooralsnog beter geregeld dan de bescherming van de gezondheid van de armste mensen. Als de politiek ergens aan zet is, is het dáár.’**

Joyce Browne



Er was een tijd dat de term *global health* in de praktijk niet veel meer betekende dan een utopisch vergezicht voor wereldverbeteraars of een uitkomst voor zieke reizigers, memoreert Joyce Browne, die als universitair docent en onderzoeker in de *global health* en epidemiologie aan het UMC Utrecht is verbonden.

‘Tot pakweg drie jaar geleden moest ik nog regelmatig aan mensen uitleggen wat het inhield. Waarom zou een land medisch gezien verder kijken dan de eigen grenzen? In Nederlandse ziekenhuizen kwam de term nauwelijks voor.

‘Hoogstens slaakte iemand eens een verzuchting als: “Fijn dat we een tropenarts met internationale ervaring hebben” – zodat er tenminste *iemand* was die “hé, hebben jullie ook aan malaria gedacht?” kon zeggen, wanneer er een patiënt met hoge koorts uit een ver land terugkwam.’

Inmiddels hoeft Browne de relevantie van haar vakgebied zelden meer uit te leggen. Corona heeft het naar binnen gekeerde perspectief totaal veranderd. Sinds de pandemie begin 2020 losbarstte, twijfelt vrijwel niemand nog aan de noodzaak om gezondheid als een mondiale uitdaging te zien.

En volgens Browne komt dat niet eens alléén door de pandemie, maar ook door twee andere wereldomvattende problemen: de klimaatcrisis en de groeiende ongelijkheid, die zich in extreme verschillen in levensverwachting uit.

‘Aan de ongelijkheid zouden we binnen Nederland misschien nog wel iets kunnen doen,’ zegt ze, ‘maar internationaal gezien is het probleem nog veel schrijnender en is het een ontzettend complexe opgave. Alle drie deze crises hebben gevolgen voor onze gezondheid en voor al deze problemen geldt dat we ze niet in ons eentje en ook niet met enkel onze eigen kennis kunnen oplossen.

‘Wat risico’s en gevaren betreft bestaan er geen grenzen. En om de crises te bezweren, moeten we samenwerken, internationaal denken en doen, om hier als land en als professionals in de gezondheidszorg een antwoord op te bieden.’

**‘Onze levens en onze toekomst zijn zeer nauw verbonden met die van de rest van de wereld’**

Het belang van *global health* is dus door verontrustende omstandigheden evident geworden. En ook in Nederland is het doorgedrongen, het kabinet-Rutte IV heeft in het regeerakkoord vastgelegd dat er een *global health*-strategie moet komen. Maar waar moet die aan voldoen?

‘We moeten ons er constant van bewust zijn dat zorg geen op zichzelf staande problematiek is’, zegt Nicole Spieker, de topvrouw van PharmAccess, een Nederlandse ngo die aan een betere toegang tot betaalbare zorg in Sub-Sahara-Afrika werkt.

‘Zorg en klimaat zijn nauw met elkaar verbonden. Alles beïnvloedt elkaar; denk aan het feit dat we met te veel mensen boven op elkaar zitten, in bepaalde delen van deze wereld, of dat we vleermuizen uit hun leefomgeving verdrijven en grillen op een markt vol andere beesten.

‘De vreselijke oorlog in Oekraïne, met een enorme vluchtelingensroom tot gevolg – ook die mensen hebben zorg nodig. De tijd is vervlogen dat we medische problemen konden isoleren en konden zeggen: “We hebben een afdeling voor hiv en aids en verder bemoeien we ons niet met de wereld.” We moeten leren nadenken vanuit de complexe samenhang der dingen.’

‘Tot nu toe’, zegt Browne, ‘was het een belang dat door iedereen die met internationale samenwerking bezig is werd begrepen, maar het bleef een thema met een sterk altruïstisch karakter. We deden het voor anderen, omdat dat het juiste was om te doen, vanuit een morele verplichting.

‘Deze crises laten zien dat *global health* eveneens in ons eigen, directe nationale belang is. Onze levens en onze toekomst zijn zeer nauw verbonden met die van de rest van de wereld.’

Het is op veel verschillende manieren te definiëren, maar alle experts benadrukken dat het om een rechtvaardige benadering van gezondheid gaat, met een mondiale blik. Behalve de urgentie van een goede *global health*-strategie heeft de pandemie ook vooral laten



Nicole Spieker

zien hoe onverantwoord groot de verschillen in de gezondheidszorg nu nog zijn.

En dat ligt niet eens altijd aan technische beperkingen of aan financiële barrières, maar eerder aan bestaande manieren van denken, voorkeursbehandelingen en gevestigde belangen, analyseert Nicole Spieker.

‘Een pijler van een nieuwe strategie moet zijn om de zelfredzaamheid van midden- en lage-inkomenslanden te vergroten. Zorg dat landen *zelf* in staat zijn data te verzamelen en door te lichten, zodat ze op alle niveaus beter kunnen zien wat er aan de hand is.

‘Dat was een drama tijdens de pandemie; vrijwel alle informatie was gebaseerd op onderzoek en data uit westerse landen. Ook in eerdere crises, zoals de ebola-epidemie, was het gebrekkige informatieniveau een van de hoofdoorzaken van het hoge aantal doden.

‘Zet dus in op versnelde digitalisering en modernisering van wetenschappelijke instituties in de betreffende landen, stimuleer goede Afrikaanse denktanks en neem die vervolgens ook serieus, dat is essentieel.

‘Tijdens de pandemie zagen we dat Zuid-Afrika, een land dat dat goed op orde had, als eerste de nieuwe omikronvariant in beeld kreeg. Wat was de reactie van de wereld? Het luchtruim van Zuid-Afrika werd gesloten. Het werd dus eenzijdig gestraft voor het delen van waardevolle informatie.’

**Ook lobbyist Michel Luna Sanjuan** beschouwt dat moment als een dieptepunt in de aanpak van de coronacrisis. Hij werkt voor de Afrikaanse gezondheidsorganisatie Amref Flying Doctors, waarvan de directeur – Githinji Gitahi geheten – woedend op dat nieuws reageerde, in een interview met CNN:

‘Eerst heeft de wereld Afrika van vaccins afgesloten’, zei hij, ‘en nu blokkeert ze Afrikanen om de rest van de wereld te bereiken. Denken dat je een virus kunt stoppen door Afrikanen een reisverbod op te



leggen is compleet onacceptabel. Waarom zijn er geen reisverboden van en naar België, of Hongkong? Of vanuit Engeland, waar deze variant ook al is aangetroffen?

Luna Sanjuan: 'Amref heeft van meet af aan opgeroepen te stoppen met booster campagnes in westerse landen, totdat op het Afrikaanse continent op zijn minst het zorgpersoneel een eerste vaccin zou hebben gehad. Als je kijkt naar de prijzen die door de industrie aan lage- en hoge-inkomenslanden gerekend worden, dan zul je vreemd opkijken.

'Uit de gegevens over Moderna blijkt volgens *The New York Times* dat de Verenigde Staten vijf- à zestien dollar per injectie hebben betaald, boven op de 1,3 miljard die de regering Moderna gaf om het vaccin te ontwikkelen. De Europese Unie heeft tussen de 22 en 26 dollar voor Moderna-doses betaald.

'Botswana, Thailand en Colombia, die door de Wereldbank geclassificeerd worden als landen met een hoger middeninkomen, hebben gezegd dat er voor hen 27 tot dertig dollar werd gerekend.'

**Het gaat hier niet om noodzakelijke** of noodlottige verschillen, benadrukt Nicole Spieker – dit zijn verschillen die door goed beleid voorkomen kunnen worden. Uit onvrede over precies *dit* soort onrechtvaardigheid is PharmAccess in 2001 door Joep Lange opgericht, de Nederlandse aidsonderzoeker die in 2014 bij de MH17-crash is omgekomen.

Michel Luna Sanjuan



Omdat hij de publieke reactie op de aids crisis in Afrika te traag vond, koos hij er met PharmAccess bewust voor om in eerste instantie met de private sector te werken, in plaats van met overheden. Hij wist meerdere grote private partijen aan de missie te verbinden. Zo kon essentiële hiv-medicatie toch in Afrika worden gedistribueerd.

'We hebben onze methoden en blik sindsdien steeds verder verbreed', zegt Spieker. 'In 2006 hebben we in samenwerking met het Nederlandse ministerie van Buitenlandse Zaken en verschillende bedrijven een fonds opgericht met als doel zorgverzekeringen voor de hele bevolking toegankelijk te maken – en specifiek voor de laagste inkomensgroepen.

'Door publiek-private samenwerkingen worden nieuwe financieringsregelingen aangeboord. Niet als een kwestie van ideologie, maar gebaseerd op het pragmatische idee dat de helft van de gezondheidszorg in Afrika ten zuiden van de Sahara via de particuliere sector wordt geleverd.

'Die aanpak was innovatief in zijn focus op het vergroten van het vertrouwen in het gezondheidssysteem, en daarmee gericht op het verminderen van investeringsrisico's en -kosten en op het scheppen van de voorwaarden voor het mobiliseren van middelen uit andere bronnen, zoals lokale donoren en publieke en private investeerders.

'Zorg in Afrika is niet slecht omdat de medici daar niet weten wat ze moeten doen, nee: de zorg is slecht omdat er bij alle partijen een gebrek aan vertrouwen is dat het geld op de juiste plek terechtkomt. Daarom houden mensen liever hun geld in hun zak, totdat ze een keer een dokter nodig hebben.'

De volgende stap was het oprichten van investeringsfondsen voor de Afrikaanse gezondheidssector, en de laatste jaren werkt PharmAccess veel met innovatieve mobiele technologie. 'Straatarme mensen', zegt Spieker, 'hebben vaak geen officieel adres en dus ook geen bankrekening, maar wél een mobiele telefoon.

'Dankzij nieuwe technologie kunnen we telefoonnummers nu gebruiken om zonder bankrekening geld te versturen. Samen met het Nederlands-Keniaanse techbedrijf CarePay is PharmAccess M-Tiba gestart. Met die digitale zorgportemonnee kunnen we ervoor zorgen dat een vrouw uit een sloppenwijk naar een kliniek kan voor goede verloskundige zorg.

'De voorwaarden waarmee het geld toegankelijk wordt, kun je in die portemonnee zetten. Het zijn cruciale stappen op weg naar universele gezondheidsdekking, een hoofddoel van de *global health*-agenda. Dit is dus al een voorbeeld waar Nederland aan meewerkt – en wat mij betreft wordt dit zeker onderdeel van een nieuwe Nederlandse strategie.'

**De vernieuwing en versterking van** verzekeringsstelsels en vergoedingswijzen is essentieel, beaamt Michel Luna Sanjuan, van Amref Flying Doctors. Samen met collega's van de Dutch Global Health Alliance adviseert hij de Nederlandse overheid. Via beleidsbrieven benadrukken ze onder meer het belang van sterke en veerkrachtige gezondheidsstelsels.

'Een hoofddoel', zegt hij, 'moet zijn: het op duurzame wijze versterken van essentiële volksgezondheidsstelsels en -voorzieningen, structurele ondersteuning op de lange termijn. Dat is noodzakelijk om te kunnen reageren op gezondheids crises en om het responsvermogen voor epidemieën te vergroten.

'Een simpel voorbeeld: de centrale magazijnen en opslagplaatsen voor vaccins en medicijnen bevinden zich in veel landen in een erbarmelijke staat. Op provinciaal of districts niveau zijn ze meestal

zelfs compleet afwezig. Met deze logistieke tekortkomingen is er te weinig rekening gehouden bij de internationale levering van covid-vaccins, voor zover die al op gang kwam.

'De focus lag op het leveren van vaccins tot áán de aankomst op een internationale luchthaven, en niet op de route die ze daarna nog moesten afleggen. Dat ze vaak ook nog kort houdbaar waren, maakte het haast onmogelijk om de doses buiten de grote steden te kunnen gebruiken.'

## 'Global health moet altijd van grenzeloosheid uitgaan – er verandert of verbetert niets zolang we vanuit onze eigen nationale belangen kijken'

Het is volgens Luna Sanjuan hoogstnoodzakelijk dat nieuwe doelstellingen worden nagestreefd op een gelijkwaardige manier. 'In onze beleidsnota noemen we inclusiviteit als een sleutelprincipe voor zinvolle participatie van het maatschappelijk middenveld en lokale gemeenschappen.

'Bevordering van lokaal eigenaarschap, duurzaamheid en rechtvaardige relaties met lokale partners moeten centraal staan. Duitsland heeft onlangs een nieuwe *global health*-strategie ontwikkeld en is in dat opzicht voorbeeldig. Het moet gaan om een multilaterale aanpak, waarbij veel belanghebbende partijen kunnen aanschuiven.

'Dan kunnen we de kennis en expertise van een diversiteit aan Nederlandse spelers benutten, maar ook alvast anticiperen op een goed monitorings- en verantwoordingsproces. Het is erg belangrijk dat lage- en middeninkomenslanden ook daarbij vertegenwoordigd zijn.'

**Een Nederlandse strategie zou verder** gericht moeten zijn op enkele sterke punten van onze gezondheidszorg, zoals een goed georganiseerd kennisstelsel, ethische thema's (gendergelijkheid, geboortepanning), de private sector en brede toegang tot medicijnen, vindt Nicole Spieker.

'Om met dat laatste te beginnen: Nederland heeft altijd een sterke lobbypositie gehad om medicijnen beschikbaar te krijgen voor mensen in minder welvarende landen. Als Nederlandse organisatie kunnen wij laten zien dat het mogelijk is. Daarmee vermijd je vruchteloze politieke discussies.

'Tegelijk moet je sommige gesprekken juist bewust in je strategie agenderen, bijvoorbeeld door de vraag te stellen: hoeveel geld mo-

gen bedrijven verdienen, ten koste van wie en wat? De farmaceutische industrie trekt nu nog steeds vaak aan het langste eind, terwijl de politiek tandoeloes toekijkt.

'Dat is nergens voor nodig – de politieke bescherming van commerciële en industriële rechten en patenten, zoals op vaccins, is vooralsnog beter geregeld dan de bescherming van de gezondheid van de armste mensen. Als de politiek ergens aan zet is, is het dáár.'

Een ander sterk punt van Nederland is onze visie op geboortepanning, vervolgt Spieker. 'Hier spreekt het voor zich dat vrouwen toegang tot anticonceptie hebben, wanneer ze dat willen. Dat is een belangrijke verworvenheid, die nog lang niet voor elk vrouw een feit is.

'Het zou logisch zijn als Nederland zegt: "Wij vinden het goed dat vrouwen zelf kunnen bepalen wanneer er kinderen komen." Dat is niet in strijd met het luisteren naar de lokale bevolking, want ik ken ook op het Afrikaanse continent weinig vrouwen die erop zitten te wachten om tien tot vijftien kinderen te krijgen.

'Met andere woorden: maak van toegang tot anticonceptie een Nederlands speerpunt – dat heeft ook goede effecten voor hiv en aids. Nog altijd wordt er tegen jonge mensen gezegd dat ze nog maar even geen seks moeten hebben, terwijl je ze bewust moet maken van de risico's en moet zorgen dat ze de juiste keuzes kunnen maken.'

'Een goede *global health*-strategie', zegt Joyce Browne, op haar beurt, 'moet draaien om het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen rijke en arme landen, maar ook binnen landen. In mijn woonplaats Utrecht loopt de levensverwachting tussen de rijkste en de armste wijken jaren uiteen.

'*Global health* betekent ook: breder kijken dan enkel naar medische behandelingen of technieken, de zorg zien in samenhang met de politieke en sociale context en met omgevingsvraagstukken.

Iemand met een sterke *global health*-mindset ziet de verschillen en vraagt zich af: zijn ze eerlijk, of niet? Zijn ze aanvaardbaar, of niet?

'Een eerlijk gezondheidsverschil is dat een bejaarde een grotere kans heeft om minder mobiel te worden, een *oneerlijk* verschil is dat iemand die jong is zich niet meer kan verplaatsen wegens invaliditeit. Zeker omdat er oplossingen voor bestaan, zoals prothesen of rolstoelen.

'Een oogafwijking is hier geen issue, maar in sommige landen verandert iemands leven erdoor en kan diegene nauwelijks nog aan de samenleving deelnemen. De fundamentele vraag over de oorzaak van een verschil kan bij elke beleidsafweging een criterium zijn.'

Luna Sanjuan: '*Global health* moet altijd van grenzeloosheid uitgaan – er verandert of verbetert niets zolang we enkel vanuit onze eigen nationale belangen kijken. Niets gaat werken als er niet overal sterke gezondheidszorgstelsels zijn, gebaseerd op de gelijkwaardigheid van alle inwoners van een land.

'Een deel van elke strategie zou dus moeten zijn om met *elke* interactie bij te dragen aan de structurele versterking van lokale gezondheidsstelsels.'

Browne: 'In mijn onderwijs probeer ik de blik van studenten te verbreden en te "verwerelden", door ze kennis te laten maken met wat er buiten hun eigen bubbel gebeurt. Gelukkig willen de studenten van nu niets anders. Soms slaan ze zelfs dóór, de andere kant op.

'Ze willen graag een positieve bijdrage aan de wereld leveren, maar zijn zo ontzettend bang om "neokoloniaal gedrag" te vertonen dat ik ze er soms van moet overtuigen dat er niets mis mee is om als westerse medicus of wetenschapper je kennis en vaardigheden in te zetten om een situatie elders te verbeteren.' ●





WORD  
LID VAN  
VICE VERSA  
voor slechts  
4 euro  
per maand

# NEEM EEN ABONNEMENT

Ondersteun journalistiek  
over mondiale samenwerking  
en neem een abonnement op  
*Vice Versa*.



verdiepend **mondiaal** nieuws,

spraakmakende **events**,

inspirerende denkers en doeners,

geïnformeerde **opinies** en

actuele **achtergrondverhalen**



# VICE VERSA

journalistiek over  
mondiale samenwerking

## Ga snel naar

[www.viceversaonline.nl/abonneren](http://www.viceversaonline.nl/abonneren)