



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Achtergrond

Verhaar, M.; Vermeulen, R.

### Citation

Verhaar, M., & Vermeulen, R. (2003). Achtergrond. *Bestuurskundige Berichten*, 18(3), 6-8.  
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3211063>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3211063>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).





Dhr. Puls (rechts) bij een bijeenkomst van Medicus Mundi International over inzet van NGO's in gezondheidszorg in 1999.

**SARS maakt weer eens duidelijk hoe de dreiging van een virus de wereld kan opschudden. SARS is 'hot' en de media staan bol van verhalen uit Azië en Canada. De crisis in Afrika, waar jaarlijks nog altijd miljoenen sterven aan de gevolgen van AIDS en malaria, verdwijnt even naar de achtergrond. Is SARS dan echt zo bedreigend en is de crisis in Afrika bezworen? Wij ondervragen tropenarts en gezondheidsdeskundige Tom Puls over medische crises op dit continent en de hulp om die crises tegen te gaan. Daarnaast stellen wij de vraag in hoeverre wij ons hier zorgen moeten maken voor ziektes die epidemische vormen aannemen.**

**Hoe is de Westerse steun aan Afrika op het gebied van de volksgezondheid ontstaan?**

Medische ontwikkelingssamenwerking is eigenlijk voortgekomen uit zendingswerk. Artsen in havenplaatsen onderzochten de missionarissen voordat zij inscheepten. Toen bleek dat deze missiewerkers de binnenlanden van Afrika zelden overleefden, besloten de artsen zelf iets te doen aan hun toerusting. Naast een check-up, kregen de missionarissen ook voedingsadvies en een basiscursus zelfdiagnostiek en -medicatie. Gewapend met deze kennis heelden de missionarissen niet alleen zichzelf, maar ook de lokale bevolking. Of het nu gebeurde uit compassie of bekeringsdrift, dit ingrijpen was welkom want de enige moderne zorgvoorzieningen op het continent waren van én voor de koloniale bezetters. De visie was simpel; de wilde telt niet mee. Vanuit de missionaire rol en de eerste missieziekenhuizen begon pas langzaam het besef te groeien dat de autochtone bevolking in Afrika ook recht had op gezondheidszorg.

**In hoeverre is de zorg aldaar nu adequaat vormgegeven?**

Er komt meer en meer professionalisering in de zorg door de overheid en de civil society, waaronder de kerken. Toch is er bij de overheden en organisaties in Afrika nog vaak sprake van corruptie en, zacht gezegd, onlogisch beheer van middelen. Het heeft weinig zin om voor vele miljoenen een cardiocentrum in te richten, dat zich richt op de dure bestrijding van hartproblemen, terwijl malaria

duizendmaal vaker voorkomt en makkelijker en goedkoper te bestrijden is. Vergelijk het met het voorbeeld dat de Nederlandse regering zou besluiten dat iedereen een auto moet hebben. Dan is het toch verre van doelmatig om te beginnen met een Rolls Royce voor iedereen?

De overheid aldaar praat veel, maar doet in de praktijk weinig. Zij houdt het liefst alle touwtjes zelf in handen, maar is zeker niet altijd in staat goede zorg te leveren. In Nederland wordt de gezondheidszorg niet direct door de overheid vormgegeven, maar veeleer indirect: zij is de belangrijkste financier.

**Is gezondheidszorg niet juist een kerntaak voor de overheid?**

Het allerbelangrijkste is dat de overheid de voorwaarden schept waaronder zorg wordt aangeboden en dat zij ook controleert dat men zich aan die voorwaarden houdt. De uitvoering kan worden overgelaten aan de civil society. De overheden in Afrika zijn nog vaak top-down, erg koloniaal of militair ingesteld. Zij zien zorg als landstaak, maar dat impliceert niet automatisch dat zij ook zelf ziekenhuizen moeten besturen.

De overheid houdt de zorg in haar greep. In sommige landen staan ziekenhuisdirecteuren zelfs een deel van hun salaris af aan de minister. Medische hulp, van de Wereldbank of de World Health Organisation (WHO) bijvoorbeeld, wordt nog grotendeels (multilateraal) aan de overheid van het gastland gegeven en komt dan en niet altijd daar waar het nodig is terecht. Nepotisme, of beter gezegd,

cliëntalisme is wijdverbreid. Dit maakt het voor de bestaande initiatieven vanuit de civil society erg moeilijk. krijgen geen overheidssteun of aandeel in de WHO-gelden en worden veelal niet gezien als gesprekspartner. De Wereldbank stelt, met haar schuldreductieprogramma's, nu eisen

**"In sommige landen staan ziekenhuisdirecteuren zelfs een deel van hun salaris af aan de minister."**

aan betrokkenheid van particulier initiatief bij de besteding van de gelden. De politiek wil haar macht echter nog niet prijsgeven.

**Welke factoren kunnen zorg en bestrijding van ziektes bemoeilijken?**

Een belangrijke factor is de houding ten opzichte van de ziekte. Politieke figuren hebben hierop enorme invloed. Neem ex-president Mobutu van Zaire, die liet zich ook wel de 'Haan die alle Kippen dekt' noemen. Bedenk je de gevolgen van zo'n uitspraak voor de seksuele normen in een land. Gevaarlijker is het nog als men vóór komen of oorzaak van bepaalde ziektes ontkent. President Mbeki van Zuid Afrika ontkende de relatie tussen HIV en AIDS. Hij heeft gezegd dat het AIDS-virus niet aangepakt hoefde te worden. Hij liet

zich verleiden door publicaties waarin het verband tussen AIDS en armoede wordt gelegd. HIV is in die stukken niet belangrijk, de armoede moet worden uitgebannen. Dat is verwarring van oorzaak en gevolg. De praktijk is dat één werkende veelal tien mensen onderhoudt. Als AIDS zijn inkomen doet wegvallen, dan is er armoede voor elf. Ik hou het erop dat het virus de armoede brengt, en hiermee wil ik niet zeggen dat die armoede geen factor kan zijn, die mogelijkheden van blootstelling aan infectie in de hand kan werken.

Ook de houding van een bevolking als geheel is van belang. Stel ik ben een Afrikaan met AIDS. Ik hou hierover om minimaal twee redenen mijn mond. Allereerst weet ik nog dat een vrouw in een dorp verderop is gestenigd omdat zij AIDS bespreekbaar wilde maken. Daarnaast is de houding hier; "Wil je met condoom? Dan ben je vast besmet." Met de melaatsen ging dat net zo. Ze werden geïsoleerd en gewerd. Ken je die spiekgatjes in de muren van oude kerken? Daardoor mochten melaatsen de dienst volgen. Men keek toen wel uit. Een verdacht vlekje op de huid werd bedekt en verzwegen. Hierdoor kon de ziekte zich uitstekend verspreiden.

Een andere factor is het Afrikaanse fatalisme. De 'will of God' speelt een grote rol in de belevingswereld van veel Afrikanen. Daarin ligt

**"Rampetamp nu wat en zeven jaar later heb je iets. Leg dat oorzakelijk verband maar eens uit!"**

de sleutel tot bewustmaking. Ik was ooit in een Keniaans dorp en probeerde de dorpelingen de relatie tussen gevallen van acute diaree en het drinken uit de

lokale beek duidelijk te maken. Mijn voornaamste gesprekspartners waren de wijze mannen en die moesten om. Maar zij waren nog gezond en dronken al decennia uit diezelfde beek. De doden zwegen en de oudsten zagen mijn woorden als verwijt en reageerden defensief. Ik ben blijven hameren, maar als ik ter plekke een kind dat uit de beek had gedronken had kunnen genezen van de resulterende heftige diaree, dan pas had ik een gewilliger gehoor gevonden. Bij AIDS wordt dat geprobeerd door HIV-patiënten voor de klas te laten staan. "Kijk, ik had al dood moeten zijn, maar door remmende medicijnen heb ik nog een leven. Jongens, preventie is nog beter dan remmers." Het tastbaar maken van directe verbanden, dat is de sleutel. Juist bij AIDS is dat erg moeilijk. Rampetamp nu wat en zeven jaar later heb je iets. Leg dat oorzakelijk verband maar eens uit!

**Hoe kan iets worden gedaan aan het bewustwordingsproces?**

Er wordt door de nationale HIV-AIDS-comités en de NGO's veel gedaan aan voorlichting. Maar alleen bij kinderen kan praten echt doordringen. "Kennen jullie geen mensen die zo en zo zijn gestorven?" Als ze gelijksoortige boodschappen ook horen op de radio en zien aan de muur van de kantine waar ze later werken, dan dringt het misschien tot ze door. Als iemand als Mbeki één ander geluid geeft, dan frustreert hij dat proces. Het heeft jaren geduurd voor overheidszenders voorlichting op de radio toestonden. De overheden doen in het algemeen nog te weinig.

**Hoe nijpend is de situatie in Afrika voor ons? In hoeverre zijn epidemieën gevaarlijk voor het Westen?**

Cynisch gesteld kunnen we "van een ziekte afkomen" door onderzoek naar deze ziekte te staken. Met SARS worden mensen wakker geschud. Zo krijgt deze ziekte de status van een hype door de media-aandacht die deze recentelijk ontdekte ziekte krijgt. Dergelijke voorvallen moeten echter wel in perspectief worden gezien. Gedurende de culturele revolutie in China werden 10 miljoen mensen gedood. De waan van de dag regeert. Dit zie je juist bij

SARS. HIV en AIDS moorden terwijl dat onderzocht wordt rustig door. Dat noem ik irrationeel.

Met betrekking tot dreiging; AIDS werd voor het eerst bij een grote groep mensen ontdekt in Amerika en Frankrijk. In arme gebieden als in Afrika bestaat een enorm economisch probleem. Het verlies van de broodwinner kan een gezin daar ten gronde richten. Wat dat betreft zijn wij gezegend met een relatief laag aantal afhankelijkheden en een goed arbeidspotentieel. Bovendien beheersen wij de techniek, niet alleen om ziekten te bestrijden maar ook om onze burgers voor te lichten. In Afrika zouden de rijkere landen AIDS een enorme slag toe kunnen brengen. De Wereldbank schat dat een jaarlijkse investering van tien miljard aantoonbaar resultaat kan leveren. Het probleem is dat niemand het voortouw neemt; er is geen mondiale regering.

**Is de VN hiervoor niet de aangewezen instantie?**

Kijk naar Irak en relatieve zelf de macht van de VN. Mijn conclusie is dat Bush meent de opinie makkelijker te kunnen beangstigen met de dreiging van terrorisme en Irak om bij zijn volk zo 90 miljard los te krijgen, dan dat hij hen kan overtuigen tien miljard uit te trekken tegen AIDS. Saddam kun je binnen enkele weken uitschakelen, bij AIDS kun je misschien pas na 30 jaar van aantoonbaar resultaat spreken. Onze kinderen en de toekomst tellen voor ons niet echt. Dat zie je ook bij de discussies over pensioenfondsen en de staatsschuld.

**Bepaalde figuren zijn zeer pessimistisch over de toekomst en wereldbedreigende ziektes. In hoeverre is een doomschaarscenario realistisch?**

Als inderdaad niemand mondiaal het voortouw neemt ziekten te bestrijden, dan zullen de gevolgen zich laten merken. De politiek is nog niet klaar voor deze stap, gezien het feit dat zij zich meer met kortetermijnoplossingen bezig houden. Bij het pokkenvirus is wel een mondiale kosten-batenanalyse gemaakt. De kosten van quarantaine en preventieve vaccinatie bleken op basis van WHO-onderzoek groter dan de



kosten van een integrale aanpak. Men besloot de gok te nemen en nu is pokken uitgeroeid!

Het is belangrijk dat we solidair zijn met die gebieden waar ziekten het ergst om zich heen kunnen slaan. Solidariteit is ook economie. Er moet in Afrika een vicieuze cirkel doorbroken worden. Een hoog geboortecijfer duidt op hoge kindersterfte. Die kinderen zijn een grote groep afhankelijk die in economische termen nooit zullen renderen. Voeg daar besmetting van volwassen aan toe met bijvoorbeeld tuberculose en het aantal afhankelijken stijgt alleen maar. Al met al pomp je de armoede in de maatschappij rond. Pak de kindersterfte aan, regel ouderdagvoorzieningen en het aantal geboorten kan teruglopen. Dan kun je het arbeidspotentieel maximaliseren en de lokale economie opbouwen en dat is ook in mondiaal belang.

## Richt de huidige hulp zich ook op die vicieuze cirkel?

In de medische ontwikkelings-samenwerking is men zich meer en meer gaan toeleggen op een strategie van primary health care, ofwel essentiële geneeskunde. Die behelst niet alleen eerste hulp, maar ook toegang tot drinkwater, technieken voor geboorteregeling en ook die voor veilige bevalling, zelfs via keizersneden. Het is een verzameling van instrumenten met een bewezen effect op sterftevermindering die in te zetten zijn tegen aanvaardbare kosten. Het gaat ook om, veelal patentloze, medicijnen. Al met al kijkt deze strategie naar wat haalbaar is bij de diagnose en behandeling van de meest frequente ziektegevallen. De basis van het probleem wordt aangepakt.

Marc Verhaar, en Robert Vermeulen

Tom Puls is Tropenarts. Hij studeerde in Utrecht en volgde daarna de tropencursus in Amsterdam. Hij liep zijn co-schappen in den vreemde en werkte tien jaar in Suriname, twee jaar als arts in Den Bosch, ruim vier jaar in Kenia en daarna in Benin en kwam in 1982 werken bij Memisa. Hij is thans gezondheidsdeskundige bij het uit de fusie van Memisa, Mensen in Nood en Bilance ontstane Cordaid.

## Een continent in crisis - analyse van de crisis in de volksgezondheid in zuidelijk Afrika

De twintigste eeuw betoonde zich een van de grimmigste aller tijden. Naast het onbeschrijflijke oorlogsgeweld werd een aantal, tot dan toe onbekende ziektes (waaronder Lassa, Ebola, Marburg en AIDS) ontdekt waar de wereld nog steeds geen adequaat antwoord op weet te formuleren. Wetenschappers zoals Lauri Garrett maken zich grote zorgen over de toenemende dreiging van besmettelijke infectieziektes. Zij schrijft in haar boek *The coming plague*: "[...] megacities were arising in the developing world, creating niches from which 'virtually anything might arise'; rain forests were being destroyed, forcing disease-carrying animals and insects into areas of human habitation and raising the very real possibility that lethal, mysterious microbes would for the first time, infect humanity on a large scale and imperil the survival of the human race".<sup>1</sup>

Ondanks de toegenomen kennis over ziektes, micro-organismen en medicijnen blijft de wereld van de virussen, bacteriën en parasieten ons bestoken met steeds nieuwe ziektes. Een recent voorbeeld hiervan is het SARS-virus. In dit artikel zullen wij ons echter beperken tot enkele ziektes waarvan inmiddels duidelijk is welke gevolgen deze kunnen hebben. Hieruit kan lering worden getrokken voor de omgang

met toekomstige uitbraken van (nieuwe) ziektes. Wij zullen in dit artikel bekijken op welke wijze de ziektes Malaria, AIDS en Ebola centraal en zuidelijk Afrika beïnvloeden. De situatie aldaar is zo schrijnend dat met recht kan worden gesproken over een crisis in de volksgezondheid. Geen gebied wordt zo hard door ziektes getroffen. Aan de hand van een viertal aspecten: (medisch) beheersmatig, sociaal-maatschappelijk, economisch en internationaal solidair, zullen wij analyseren wat hiervan de oorzaak is en zal tevens de impact van de drie ziektes in getroffen gebieden worden beschreven.

Malaria is samen met AIDS en tuberculose de voornaamste "killer" in tropische gebieden wereldwijd, maar; "Ninety per cent of deaths due to

malaria occur in Africa, south of the Sahara, and most deaths occur in children under the age of five".<sup>2</sup> Per



Malaria-parasiet in bloedbaan

minuut sterven twee kinderen aan deze ziekte. Jaarlijks krijgen enkele honderden miljoenen acute malaria, waarvan ongeveer één miljoen overlijdt. Malaria is een parasitaire ziekte die wordt over-

gedragen op mensen door malariamug. De patiënt vertoont de volgende symptomen: hoge koorts, hoofdpijn en overgeven. De parasiet valt de bloedvaten aan en verstopt aderen die bloed naar de hersens en organen verspreiden. De incubatietijd van de ziekte is negen tot veertien dagen na de steek van een besmette mug. Malaria is met de juiste medicijnen goed te behandelen.

**Medisch beheersmatig:** In de jaren vijftig besloot men op Amerikaans initiatief om malaria wereldwijd uit te roeien. Vele miljoenen dollars werden besteed aan de eradicatie van de malariamuggenpopulatie. Men slaagde bijna, maar toen de ziekte goeddeels was bedwongen, besloot de Amerikaanse regering de geldkraan voor het project dicht te draaien. Binnen een mum van tijd exploreerde de

gedecimeerde muggenpopulatie weer tot de oude proporties en werd precies het tegenovergestelde van de inspanning bereikt; "In 1975 the worldwide incidence of malaria was about 2.5 times of what it had been in 1961[.] A new global iatrogenic form of malaria was emerging - "iatrogenic" meaning created as a result of medical treatment. In its well-meaning zeal to treat the world's malaria scourge, humanity had created a new epidemic".<sup>3</sup> Door de grote bestrijdings- en inentingsinspanning is de malariamug resistent geworden voor bestrijdingsmiddelen als DDT en is de parasiet resistent tegen de twee meest gebruikte en goedkoopste geneesmiddelen. Er is wel een alternatief middel, maar dit is vele malen duurder. Geïmpregneerde netten kunnen ook afdoende bescherming bieden tegen de mug maar deze zijn voor de veelal arme bevolking erg duur door afwezigheid van lokale productie en hoge importheffingen.<sup>4</sup> De beheersbaarheid van malaria is tegenwoordig zeer beperkt. Dit is vooral te wijten aan het gebrek aan middelen om een passend antwoord te bieden op de ziekte.

**Sociaal-maatschappelijk:** Malaria heeft geen duidelijke sociaal-maatschappelijke kenmerken, zoals bijvoorbeeld AIDS, omdat het geen infectieziekte is die van mens op mens wordt overgebracht, maar wordt overgedragen door de malariamug. De ziekte heeft dus geen invloed op de



Impregneren van netten i.h.k.v. Roll Back Malaria (WHO/PViro)

manier waarop mensen omgaan met degenen die malaria hebben.

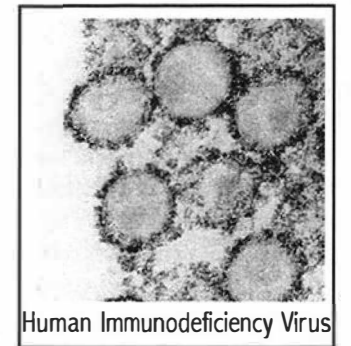
"Iemand die ziek is, kan niet werken en dus geen inkomen verdienen."

**Economisch:** Deze ziekte heeft een enorme economische invloed in endemische landen. De relatie tussen armoede en ziekte is tweeledig: armoede veroorzaakt ziektes en ziektes veroorzaken armoede. Arme mensen worden disproportioneel geraakt door malaria. "Poor people are at increased risk both of becoming infected with malaria and of becoming infected more frequently".<sup>5</sup> Daarnaast zijn zij voor hun inkomsten veelal afhankelijk van hun lichaam. De belangrijkste productiefactor in Afrika is menselijke arbeid. Iemand die ziek is, kan niet werken en dus geen inkomen verdienen. Wanneer de kostwinner van een gezin ziek wordt kan hij zijn gezin ten gronde richten door het gebrek aan inkomsten. Bloom en Canning spreken in dit verband van "poverty traps". Een kostwinner kan het zich niet permitteren om ziek te worden.

**Internationaal solidair:** De internationale gemeenschap laat het afweten met de bestrijding van malaria. Organisaties als Artsen zonder Grenzen trachten in te grijpen maar missen de middelen om aan de vraag naar hulp te voldoen. "We have the knowledge and the potential to achieve our target of reducing the global burden of malaria by half by 2010, but we need much greater investment and political commitment".<sup>6</sup> Internationale solidariteit ontbreekt op dit moment. Wel is een bestrijdingsprogramma opgezet door een samenwerkingsverband van verschillende internationale organisaties: Roll Back Malaria (RBM). Voor dit programma is echter maar 200 miljoen dollar

beschikbaar; een schijntje in vergelijking met het bedrag dat nodig is. Zonder enorme financiële steun lijkt de malariacrisis op korte termijn onbeheersbaar. De WHO spreekt over investeringen van 66 miljard dollar (echter niet uitsluitend om malaria mee te bedwingen) per jaar, bovenop het huidige bedrag van 6 miljard dollar per jaar om de problemen in de gezondheidszorg effectief te kunnen aanpakken.<sup>7</sup>

AIDS, of Acquired Immune Deficiency Syndrome, is een ziekte die wereldwijd, maar met name in centraal en zuidelijk Afrika, miljoenen slachtoffers heeft geëist. Het wordt veroorzaakt door het Human Immunodeficiency Virus (HIV) en staat



Human Immunodeficiency Virus

ook wel bekend als HIV/AIDS. Het virus verspreidt zich met name via bloed, moedermelk en sperma. In deze lichaamsvochten is de virusconcentratie, ten opzichte van bijvoorbeeld speeksel hoog. Het virus werkt traag en is zelf niet dodelijk, maar "HIV opens the floodgates"<sup>8</sup> voor allerlei infecties die zich manifesteren onder de verzamelnaam AIDS. De virusdrager zal op den duur bezwijken aan één of meer van deze infecties. Zij zijn met de huidige stand van de medische wetenschap zelf niet te genezen, maar er bestaan medicijnen die het optreden van AIDS bij HIV-dragers kunnen remmen. Groot nadeel is de prijs van deze remmers en het feit dat HIV-dragers ze elke dag van hun leven moeten gebruiken. Mede hierdoor zijn de gevolgen van HIV, hoewel ook in westerse landen niet te bagatelliseren, juist in zich ontwikkelende landen catastrofaal.

**Medische beheersbaarheid:** HIV/AIDS kreeg in 1981 voor het eerst aandacht als potentiële epidemie in een