



Wereldgezondheid in tijden van nationalisme

*De Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde
en Internationale Gezondheidszorg 2007-2017*

Leo van Bergen

Voorwoord

Geschiedenis herhaalt zich, zo zegt men. Naast of dat wenselijk is, is het maar de vraag of het zo is. Wellicht kunnen we leren van de geschiedenis, door inzicht te krijgen in de context waarin gebeurtenissen plaatsvinden – het waar en hoe – maar bovenal in *het waarom*. In ‘Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg’ belicht de historicus Leo van Bergen in geheel eigen stijl de *ups* en *downs* van de Vereniging vanaf de oprichting in 1907 – een tijd waarin internationale gezondheidszorg voornamelijk bestond uit het bestrijden van bepaalde tropisch ziekten in een koloniale context – tot aan de Europese Conferentie Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg die in 2007 in Nederland plaatsvond, georganiseerd door de jubilerende NVTG. Opgedeeld in drie tijdsvakken – ‘Huize Indië’ (1907 – 1940), ‘Ontheemd’ (1940 – 1960), ‘Hotel de Wereld’ (1960 – 2007) – plaatst de auteur de transformatie van de NVTG in context en tracht antwoord te geven op de ‘waarom’ vragen. Het laatste deel beschrijft een periode van bezuinigingen op de formele programma’s en afbraak van de klassieke medische ontwikkelings samenwerking. Niet toevallig ook de periode waarin de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde kiest voor de toevoeging ‘Internationale Gezondheidszorg’ aan haar naam.

Tien jaar later. Veel veranderde er in de wereld. Veel veranderde er ook voor de NVTG. Zoals de erkenning van de opleiding, een belangrijke mijlpaal voor de Vereniging. Maar dat niet alleen. De toenemende globalisering bracht een nieuwe dynamiek. De wereld is kleiner geworden, zo betoogt Leo, maar niet rechtvaardiger. Global health, beknopt omschreven als een wereldwijd gedeelde verantwoordelijkheid voor ieders gezondheid, krijgt een belangrijke rol toebedeelt in het streven naar een ‘rechtvaardige gezondheid tussen landen en voor mensen’. In dit artikel houdt Van Bergen ons zijn spiegel voor. Een mooie gelegenheid om te reflecteren én te leren.

Ankie van den Broek, voorzitter NVTG
Rien Gotink, bestuurslid NVTG en voorzitter lustrumcommissie
Esther Jurgens, beleidsmedewerker NVTG

Het manuscript van dit boek wordt u aangeboden op bijgevoegde USB stick, is te downloaden via onze website (www.nvtg.org) of aan te vragen via het secretariaat van de NVTG

Inleiding

In 2007 zette ik een punt achter mijn boek over 100 jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG), maar dat wil natuurlijk niet zeggen dat ook de vereniging zelf tevreden achterover ging leunen. Sindsdien zijn tien hectische jaren vervlogen. De vreugde over het eeuwfeest werd in dat decennium ingeruild voor inspanningen met betrekking tot onderwijs, onderzoek, pleitbezorging, ziektebestrijding in lage- en middeninkomenslanden, en de *Millennium Development Goals* (MDGs). Door vluchtelingeninstroom, immigratie en welverdiende derde of vierde vakantie, werden tropisch genoemde ziekten het Nederlandse grondgebied binnengebracht. Ziekte en ziektebestrijding werden een mondiale zaak, iets waaraan ook de *global warming* zijn steentje ging bijdragen. Maar dit moest wel allemaal plaatshebben in een maatschappelijk klimaat waarin de vroegere, vreemde neiging om alles en iedereen van buiten als een verrijking te zien, was ingeruild voor het zeker zo vreemde tegendeel.

Die afgelopen tien jaren werden dan ook zowel gekenmerkt door internationale problematiek als nationale navelstaarderij. *Global warming* werd een steeds groter en overduidelijk grensoverschrijdend, door de mens gecreëerd probleem, terwijl zogenaamde klimaatsceptici iedere wat koudere dag in het eigen dorp dankbaar aangrepen als bewijs van het tegendeel en erop wezen dat het wel eens eerder wat warmer was geweest en, alle wetenschappelijke bewijsvoering negerend, de mens er dus niks mee te maken had.

Vluchtelingen en immigranten klopten op de deur van vesting-Europa, waardoor medisch gezien artsen met tropenervaring weer interessant werden voor de Nederlandse overheid en maatschappelijk gezien de inwoners voor de aantasting van de eigen cultuur gingen vrezen. Die werd bij voorkeur, en behoorlijk ahistorisch, joods-christelijk genoemd, waaraan soms, om het nog vreemder te maken, het woord 'humanistisch' werd vastgeplakt. Van allerlei uitermate hedendaagse deugden werd vervolgens gezegd dat zij van oudsher typerend voor die cultuur waren. De reden hierachter was dat veel van die immigranten - ofschoon lang niet allen - het moslimgeloof aanhingen; een geloof dat die verworvenheden juist zou verwerpen.

Het eeuwfeest

2007 Was een roerig jaar, zoals het jaar ervoor roerig was geweest en het jaar erna roerig zou zijn, zeker internationaal met de maar doorwoedende oorlogen in Afghanistan en Irak.¹

Maar het was ook een jaar van vrolijkheid. Behalve dat het het jaar was waarin, op initiatief van de uiteraard ook participerende NVTG, het *Netherlands Platform for Global Health Policy and Health Systems Research* (HP&HSR) werd opgericht,² was het ook het jaar waarin de vereniging haar eeuwfeest vierde. Zij had in 1907 het bevorderen van onderwijs en onderzoek in wat toen de tropische geneeskunde werd genoemd, als doelstelling. En, al wordt heden ten dage meer gesproken over internationale gezondheidszorg en *global health*, grofweg vormde in 2007 die doelstelling nog steeds het fundament onder de vereniging, aangevuld met zaken als 'pleitbezorging' en 'platformfunctie'.³

In de beginjaren van dit elfde decennium van de vereniging veranderde er nogal wat. Daarvan was het eeuwfeest weliswaar niet de oorzaak, maar het vormde er wel regelmatig de aanleiding voor. De eerste MT kwam uit, die het gevolg was van het samengaan van het blad *Memisa Medisch* met *Medicus Tropicus*, dat sinds 1963 het verenigingsblad was geweest. De verschijning vermindert van twee- naar driemaandelijks, het logo werd ververst en het blad werd gedrukt kleur in plaats van zwart en wit. Maar de grootste verandering voor de lezers van *Medicus Tropicus* was toch wel dat in MT de voertaal Engels was geworden.⁴

Er werd in dat eerste nummer, dat tevens eeuwfeestnummer was, gereflecteerd op het heden, vooruitgekeken naar de toekomst, maar uiteraard ook teruggeblikt op het verleden, bijvoorbeeld met een artikel over Allerd van der Scheer, een van de stichters van de NVTG.⁵ De sectie met korte besprekingen van internationale artikelen, *International Health Alerts* geheten, onthulde de ziektefocus van de vereniging: moeder- en kindzorg, (non-)communicable diseases, financiering van gezondheidszorg in ontwikkelingslanden, HIV/AIDS, malaria, tuberculose en *public health*.⁶ In een terugblik op dertig jaar 'Alma Ata-verklaring' (1978) werd duidelijk waarom.

*On the whole people are living longer yet the gaps in access to and efficiency of health care, within and between countries, are greater than ever. One of the greatest worries is about the cost of health care. This is a realistic concern since 100 million people fall into poverty each year paying for health care. Millions more are unable to access any health care.*⁷

Deze focus wilde uiteraard niet zeggen dat er voor andere zaken geen aandacht was. Zo werd in 2014 een hele MT gewijd aan het lang genegeerde probleem van geestelijke gezondheidsproblematiek in Afrika. Dit hiaat werd geheel uit het Europese, koloniale verleden verklaard. Toen was ervan uitgegaan dat Afrikanen niet aan psychiatrische problemen leden. Die ontkenning heeft lang standgehouden wat onderzoek ernaar tegenhield.⁸

De aftrap van de festiviteiten was in mei geweest toen in Amsterdam - negen jaar na het eerste dat in Hamburg was georganiseerd - het vijfde, zowel inhoudelijk als voor de organiserende vereniging zeer succesvolle Europese congres over tropische geneeskunde en internationale gezondheidszorg had plaatsgehad, 'Partnership and Innovations in Global Health' geheten. Het was georganiseerd door de NVTG en de FESTMIH (*Federation of European Societies for Tropical Medicine and International Health*). Focuspunten waren malaria, HIV/AIDS, tuberculose en 'other tropical and neglected diseases', ziekten waar aan wereldwijd velen lijden, maar waaraan relatief weinig middelen worden besteed.⁹ Dit maakt duidelijk dat ziekten die tot nog maar kort geleden allesbehalve tropisch waren - tbc, AIDS en zelfs malaria -, daar nu wel toe worden gerekend. Behalve dat er aandacht voor het eeuwfeest was, werd een aantal leden in het zonnetje gezet. Twee van hen werden tot erelid benoemd, twee anderen kregen de Eijkman-medaille omgehangen. Een van die laatste twee was HIV/AIDS-specialist Joep Lange, die zeven jaren later een van de slachtoffers van de MH17-misdad zou worden.¹⁰ Het was wat inhoud en herkomst van de sprekers betrof een zo enorm divers congres dat een commentator de opmerking noteerde: 'For the first time in my life I grasped the full meaning of International Health'.¹¹

Op het congres werd tevens het eerste NVTG-professoraat ten doop gehouden (National and International Aspects of Safe Motherhood). Een jaar later zou Jos van Roosmalen zijn oratie afsteken waarin hij het belang van internationaal onderzoek benadrukte en inging op de grote problemen die veel vrouwen in arme landen hadden tijdens zwangerschap en geboorte - problemen met vaak tragische gevolgen.¹²

Een mooie bijdrage aan de feestvreugde was verder dat Nederland 'opnieuw' op de eerste plek werd gezet van de lijst van landen die zich inzetten voor beleid dat ten goede kwam aan arme landen.¹³ Maar deze ogenschijnlijk mooie traditie kon niet afleiden van het feit dat het achterliggende beleid verschoof. De man die in 2017 minister van Buitenlandse Zaken was, Bert Koenders, was toen minister van Ontwikkelingssamenwerking, een beleidsonderdeel dat heden ten dage geen apart ministerie meer waardig wordt geacht. Hij presenteerde zijn *Een Zaak voor Iedereen: investeren in ontwikkeling in een veranderende wereld*,

waarin werd aangegeven dat Nederland meer ging investeren in juist die landen waar de zogenaamde *Millennium Development Goals* (MDG) het meeste in ontwikkeling waren achterbleven. Naast HIV/AIDS en andere zeer bedreigende epidemische ziekten, waren gender en *Sexual and Reproductive Health and Rights* (SRHR) hierbij speerpunten, wat mooi paste in de aandachtsvelden van de NVTG.¹⁴ Al snel zou blijken dat dit ook zo zijn nadelen had en niet louter het gevolg van altruïsme was.

Crux was een toenemende samenwerking tussen publieke en private organisaties, in deze dagen van afkorting en taalverloedering uiteraard PPP: *private-public partnership* geheten. In de zogenaamde Schokland-akkoorden was afgesproken hoe dit in zijn werk moest gaan en de NVTG was een van de ondertekenaars. Zij benadrukte daarbij het cruciale belang van de MDG's, zoals zij ook in 2005 al had gedaan met het congres *A Healthy 2015!* Die millennium-doelen vormden immers een constante herinnering aan de noodzaak van het sluiten van internationale afspraken en het opzetten van concrete activiteiten. Haar voornaamste taak in deze omschreef zij als:

Het adviseren van en lobbyen naar overheden en andere beleidsbepalers; het stimuleren van onderzoek en onderwijs in internationale gezondheidszorg; en het uitwisselen van kennis, en capaciteitsopbouw te behoeve van een verbeterde gezondheids(zorg) in lage en midden-inkomenslanden.

Zij zag het, uitgaande van de overtuiging dat gezondheid een voorwaarde voor ontwikkeling was, als haar missie om actief bij te dragen 'aan de verbetering van gezondheid en gezondheidszorg in lage- en midden-inkomenslanden'. Dit weer door middel van de drie-eenheid: onderwijs, onderzoek en pleitbezorgering.¹⁵

Het was de aandacht voor gezondheidszorg in ontwikkelingslanden die centraal stond in het in 2008 georganiseerde congres *Health Care in Conflict: boundaries of health interventions*. Dat was niet verrassend, maar toch was het congres een teken des tijds. Voor het eerst werd namelijk een congres georganiseerd samen met een niet-gouvernementele organisatie (NGO), niet geheel toevallig Artsen zonder Grenzen. Dat stond er inhoudelijk dicht bij en vierde dat jaar zijn 25-jarig bestaan.¹⁶ Het congres werd geopend met de zin: 'There are 1 billion people in our waiting room and many of them live in areas where conflicts aggravate the problems of poverty and poor health';¹⁷ woorden die heden ten dage allesbehalve aan waarheid hebben ingeboet.

Onderwijs

Onderwijs was dus een van de drie pijlers van de NVTG, naast onderzoek, pleitbezorging en platformfunctie. Die laatste twee geschiedden met name door de jaarlijkse congressen, lobbywerk in de richting van de overheid, voorlichting van het algemene publiek, de uitgave van MT en het lidmaatschap van FESTMIH. Onderzoek zou naast biomedisch, klinisch en toegepast ook fundamenteel kunnen zijn, maar moest, enigszins paradoxaal, wel altijd aansluiten 'bij de actuele problemen in lage- en midden-inkomenslanden en landen in transitie'. Naast het aandringen op het aanstellen van bijzondere hoogleraren internationale gezondheidszorg en een toename van onderzoeksgelden met name op het gebied van *health systems*-onderzoek, was het streven de Nederlandse onderzoeksagenda te beïnvloeden door advies te geven over internationaal gezondheidsbeleid aan de minister van Ontwikkelingssamenwerking.¹⁸

Dit vermocht niet te verhinderen dat het typische tropisch gezondheidsonderzoek stagneerde, een gegeven dat buiten de daadwerkelijke onderzoekers niet of nauwelijks werd opgemerkt. Een eerste reden daarvoor was dat de binnenlandse vluchtelingen- en immigratieproblematiek de nodige tijd en energie kostte. Een tweede reden was de mondialiseringstendens, de tendens ook van verschuiving van aandacht van tropische landen naar het algemenere *low income countries* (LIC). Hierdoor werden onderzoeksterreinen als aloude, echt tropische landen als Kenia of Tanzania vervangen door landen als China of India.¹⁹ En dan was er nog een derde reden: de aandacht die het onderwijs vergde. In 2007 en de jaren erna werd de vraag bediscussieerd of de reeds enkele decennia oude Nationale Tropen Cursus (NTC) geen aanpassing behoefde. 'Al lange tijd', zo staat in het in 2008 geschreven beleidsplan geschreven, werden vragen gesteld bij aard en positionering van de opleiding in het onderwijsbestel en vroegen leden van de vereniging zich af of zij niet, geheel dan wel gedeeltelijk, in LICs en *middle-income countries* (MICs) moest plaatshebben. De NTC werd georganiseerd door een aantal kennisinstituten: de Universiteit van Amsterdam, de Vrije Universiteit en het Koninklijk Instituut voor de Tropen. In september 2005 was zij onderdeel geworden van de in Europees verband aangeboden opleiding *Master International Health*. Probleem was dat in 2007 de marktwerking in de zorg werd ingevoerd. Een gevolg hiervan was dat opleidingsplaatsen alleen gefinancierd werden uit het zogenaamde Opleidingsfonds op voorwaarde dat de opleiding was erkend.²⁰

Er werd derhalve opnieuw een poging ondernomen de opleiding tot tropenarts erkend te krijgen, een poging die 15 jaren eerder al eens was gestrand.²¹ Hierbij zou tevens worden gepoogd het profiel 'moeder en kindzorg' te imple-

menteren en inderdaad een deel van de opleiding in laag- en midden-inkomenslanden onder te brengen.²² Deze keer was de poging succesvol, mede door de ervaring die bij de mislukte poging was opgedaan. Toentertijd was ingezet op een erkenning als apart specialisme. Dat zou, zo werd gedacht, tot eenvoudiger financiering door derden leiden en tot de mogelijkheid van korting bij een vervolgopleiding. Het toenmalige Centraal College Medische Specialismen vond het echter te gering van gehalte voor een specialisme, die doorgaans een opleidingsduur kent van vijf tot zes jaar in plaats van twee. Bovendien werden de twee argumenten als 'oneigenlijk' betiteld. Dus werd nu ingezet op één alles-beheersend argument: kwaliteit.²³

Op 12 september 2012 erkende de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) het wereldwijd unieke curriculum 'Arts Internationale gezondheidszorg en Tropengeneeskunde' (AIGT). Zij neemt 27 maanden in beslag waarvan er voor de NTC drie zijn gereserveerd. Zij behelst de onderdelen heilkunde en obstetrie/gynaecologie dan wel kindergeneeskunde en obstetrie/gynaecologie, alsmede het onderdeel 'buitenland'.²⁴ Het werd daarmee, vanaf de start op 1 januari 2014, een van de instrumenten waarmee de NVTG onderwijs en onderzoek op het terrein van *global health* en het mondiaal rechtvaardiger maken van bestaande gezondheidszorgsystemen, wilde en kon ondersteunen. Erkenning wilde echter niet zeggen dat ook de financiering meteen rond was. Die had daardoor vooralsnog ad hoc plaats vanuit de NVTG, AzG en de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (SANO). Pas in 2016 werd structurele, ofschoon nog altijd slechts gedeeltelijke overheidsfinanciering verkregen.²⁵

Farmaceutische industrie (en de vrije markt)

Een van de zaken die op het congres in 2007 werden besproken, was het feit dat Afrika een experimenteergebied voor de farmaceutische industrie was.²⁶ Het is een onderwerp dat nog steeds de gemoederen bezighoudt, en ook tien jaar geleden al niet nieuw was. Zeker in de koloniale dagen van weleer was dergelijk gedrag schering en inslag, waarbij ook niet-farmaceuten, lees: artsen, zich van hun innovatiefste kant lieten zien. Opvallend was derhalve dat dit onderwerp toen inderdaad werd besproken en niet louter geattaqueerd. Die nuancerende geluiden zullen tegen het zere been zijn geweest van de toenmalige, nogal uitgesproken hoofdredacteur van MT Hans Borgstein. Die liet zich in een MT-editorial uit 2011 over het patenteren van medicatie door de farmaceutische industrie ontvallen:

We have come a long way since the early days of penicillin, when Alexander Fleming did not patent his discovery because he felt it should benefit all mankind, and Jonas Salk, when asked if he had applied for a patent for his polio vaccine, replied: 'Would you patent the sun?'²⁷

Het idee dat onderzoek de mensheid moest helpen, was sindsdien blijkbaar totaal verlaten, zo ging Borgstein verder, wederom met woorden waarvan sindsdien het waarheidsgehalte alleen maar is tegenomen. Winst leek belangrijker te zijn geworden dan menselijke overwegingen. Managers en politici voelden zich niet gebonden aan wetenschappelijke richtlijnen. Veranderingen in beleid steunden op gedachtes die geen enkel wetenschappelijk tijdschrift voor zijn rekening zou willen nemen, al gaan wetenschappers er daarna wel met regelmaat al te makkelijk in mee, 'perhaps kept in line by the fascist structure of the corporate model that does not tolerate critique'. En alsof hij de *alternative facts*, dat gruwelijke eufemisme voor het woord 'leugen', had zien aankomen, sloot Borgstein af met: 'Compromise education and you compromise the future. But if you thought education was expensive, try calculating the costs of ignorance...'²⁸

Het was een thema dat in 2015 het thema van een symposium zou gaan vormen. Gezondheidszorg was simpelweg ondenkbaar zonder goedkope bereikbaarheid van noodzakelijke medicatie. Dat dit voor ongeveer een derde van de wereldbevolking niet opgaat, kan met andere woorden worden gedefinieerd als een - niet van het heersende vrije-marktdenken los te weken - schending van een basaal medisch mensenrecht.²⁹

Medisch toerisme

Het 'winst boven hulp'-denken van de farmaceutische industrie was zeker niet de enige steen des aanstoets binnen de NVTG. Ook artsen en verpleegkundigen konden een veeg uit de pan krijgen, als zij zich tenminste verlaagden tot 'medisch toerisme'. De discussie daarover was aangezwengeld door de antropologe Judith van de Kamp die er haar afstudeerscriptie Inpakken en Wegwezen aan had gewijd. Het werd in de hand gewerkt doordat recente regelgeving het mogelijk had gemaakt dat medische professionals zich in andere landen konden vestigen en dat patiënten buiten de eigen landsgrenzen hulp konden zoeken. Dit laatste leidde ertoe dat in geliberaliseerde gezondheidsmarkten zorgverleners die patiënten, de 'medische toeristen', voorrang gingen geven boven

‘gemarginaliseerde groepen in eigen land’.³⁰

Maar het medisch toerisme hield tevens in dat vaak ternauwernood afgestuurde jonge artsen, Driving Doctors, met een auto door Afrika crossten om overal hun niet altijd helpende linkerhanden toe te steken, in de overtuiging een heleboel goed te doen. Zij werden daarbij soms gevolgd, en gesponsord, door tv-ploegen die hen als sterren in een zogenaamde reality-tv-show op de buis brachten vanuit het hoe dan ook lucratieve denkbeeld dat zij door de kijkers, met chips en bier binnen handbereik, óf zouden worden bewonderd vanwege hun altruïsme en nobele inborst óf verguisd en uitgelachen vanwege hun verregaande arrogantie en stupiditeit. Iemand als Borgstein zat daarbij overduidelijk bij de tweede groep, al zal hij eerder geïrriteerd zijn geweest dan gelachen hebben. Dat bleek toen hij een van cynisme druipende bespreking publiceerde van een boek dat een van die artsen had geschreven en die, tussen werk en zeer veel potjes voetbal door - waarbij de arts was te herkennen aan het feit dat hij de enige met schoenen was -, slechts een maand of zeven nodig had gehad om de volledige medische problematiek van geheel Afrika te doorgronden en te weten wat daaraan moest worden gedaan. De gedachte dat de autochtone, ‘very experienced doctors, clinical officers and midwives are just being tolerantly polite’ kwam absoluut niet in hem en artsen als hem op ‘as they blatantly apply their very limited practical knowledge to the complex medical and social problems’.³¹

Dit wilde natuurlijk niet zeggen dat buitenlandse hulp te allen tijde werd afgekeurd. In de strijd tegen HIV/AIDS was de hulp van buitenlandse artsen, apothekers en andere gezondheidswerkers vooralsnog onontbeerlijk, zo schreef Lucie Blok in september 2007. Bovendien zou het in de huidige tijden van globalisering ook fout zijn medici, ‘willing to work where they are most needed’, deze kans te ontfangen. Maar, zo voegde zij daaraan toe, dat nam de wrevel niet weg, bijvoorbeeld over het enorme verschil in salaris tussen buitenlandse en binnenlandse gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden, zeker als het werd vergeleken met de - op zich terecht - ophef die telkens ontstond (en ontstaat) als in Nederland vrouwen voor hetzelfde werk een paar procent minder bleken te verdienen dan mannen. Dat het nog wel even zou duren voordat die landen geheel en al zonder medische hulp van Westerse naties zouden kunnen, was derhalve geen excuus ‘to not address the gross and shameful inequity in remuneration between national and international medical staff working shoulder to shoulder’. Als ook de medische wereld blijkbaar meer en meer de vrije-markt-ideologie moest omarmen, dan moest tevens aan iedereen een zogenaamd marktconform salaris worden betaald.³²

Het was in datzelfde jaar 2007 dat, als gevolg van de discussie over zin en

onzin, voor- en nadelen van medisch toerisme, de NVTG de Gedragscode Internationale Samenwerking en Gezondheidszorg formuleerde, die een kader wilde bieden 'voor alle gezondheidswerkers betrokken bij activiteiten op het terrein van gezondheid en gezondheidszorg, met name in landen die gekenmerkt worden door schaarste aan kennis'. Codewoorden waren integriteit (van de hulpverleners) en respect (voor degenen aan wie hulp werd verleend). Westerse artsen zouden alleen aan de slag mogen gaan als zij daarvoor toestemming hadden van de plaatselijke, bevoegde politieke of medische autoriteiten en mochten alleen die handelingen verrichten waarvoor ze terdege waren opgeleid. Lokale collega's moesten als gelijkwaardige partners worden behandeld.³³

Globalisering

Nieuw in het AIGT-curriculum was dat de focus weliswaar nog steeds was gericht op internationale gezondheid, maar dat tevens werd gekeken naar de rol van de 'tropendokter' in de Nederlandse context. Door de globalisering van medische problematiek als gevolg van toegenomen mobiliteit en immigratie, werd het steeds duidelijker dat internationale gezondheid mondiale gezondheid betekende en dus niet werd begrensd door de problemen van LICs en MICs. De AIGT, of hij nu werkte voor de overheid of een NGO, als algemeen arts of als specialist, bewees daardoor niet alleen zijn waarde tussen de warme keerkringen, maar ook in koude kikkerlandjes.³⁴

Globalisering hield immers niet alleen in dat mensen van Zuid naar Noord kwamen, maar ook dat de levensstijl van die Noordelijke landen (die de Westerse wereld wordt genoemd) aan een wereldwijde opmars bezig was, met alle voor-, maar ook alle nadelen van dien, zoals de toename van vaak chronische welvaartziekten, de 'non-communicable diseases', die meer en meer hun tol eisen met in 2010 65% van de totale - en vaak premature - sterfte waarvan 80% in de lage- en midden-inkomenslanden. Daarbij komt dat griepvirussen zich sneller verspreiden; dat, door de toegenomen intensieve veehouderij als gevolg van de verspreiding van de Westerse levensstijl, de antibioticaresistentie van bacteriën toeneemt - die ook weer makkelijker door reizigers over de wereld verspreid raken - en dat gevaarlijke zoönosen zich sneller dan voorheen kunnen ontwikkelen. En al deze risico's worden door de *global warming* verder vergroot.³⁵ Geen wonder dus dat *global health* de internationale gezondheidszorg als nastrevenswaardig ideaal ging verdringen. Kort gezegd hield dit een wereldwijd gedeelde verantwoordelijkheid voor ieders gezondheid in. Ietwat uitgebreider kan gesproken worden van een multidisciplinair vakgebied dat

zich richt op transnationale gezondheidsthema's; die ervan doordrongen is dat alleen mondiale samenwerking tot oplossingen leidt, en die aandacht heeft voor 'rechtvaardige gezondheid' tussen landen en voor alle mensen. Bij dat laatste gaat het dan niet alleen om goede toegang tot goede zorg, maar ook om de volksgezondheid bevorderende, structureel goede leefomstandigheden. Ofwel: niet alleen curare, maar ook politieke, sociaaleconomische preventie.³⁶

Tegelijkertijd was steeds vaker het politiek-maatschappelijke antwoord op al deze wereldwijde (gezondheids)problematiek, dat de beschermende blik inwaarts werd gericht. Probleem hierbij is dat de WHO, ofschoon overtuigd van het belang van grensoverschrijdende maatregelen tegen grensoverschrijdende problemen, niet de mogelijkheid heeft om staten maatregelen op te leggen. Zij moet juist in hoge mate met hun belangen rekening houden. En dus kon *public-health* onderzoeker Remco van de Pas in zijn boek *Mondiale Gezondheid. Vogelgriep, antibioticaresistentie en andere kwalen* niet anders dan gelaten schrijven: 'Ondanks de erkenning dat gezondheid zo sterk mondiaal is verbonden, schiet de (grensoverschrijdende) aanpak van nieuwe risico's te kort.'³⁷

Die interne blik maakt dat door de globalisering de wereld kleiner, maar niet rechtvaardiger is geworden. De crisis van 2008 betekende slechts een dip in de structurele trend van algehele welvaartstoename, maar de verdeling ervan bleef daar duidelijk bij achter, ook omdat globalisering samenging met accelererende urbanisatie waardoor wereldwijd één op de drie stedelingen in sloppenwijken woont.³⁸ Daarbij leeft eveneens één op de drie mensen in het algeheel onder de armoedegrens - en die is bepaald scherp gesteld. Van hen zijn de meesten vrouw. Gebrek aan inkomen betekent vaak 'onvoldoende toegang tot scholing, gezondheidszorg, veilig drinkwater en andere basisvoorzieningen' en daarvan worden vrouwen merendeels het slachtoffer.³⁹ Om hier een einde aan te maken was het niet meer voldoende om medische hulp te geven waar die nodig was, maar moesten de gezondheids(zorg)systemen zelf onderwerp van discussie en verandering worden.⁴⁰

De urgentie ervan werd alleen maar duidelijker door de epidemieën die de wereld steeds vaker lijken te treffen en die merendeels hun oorsprong in de lage- en middeninkomenslanden hebben (Ebola, SARS, dengue, vogelgriep); in de armoedige omstandigheden tot een ware plaag kunnen uitgroeien (HIV/AIDS, malaria), of door de migratiestromen en het toegenomen reisgedrag der welvarenden weer terugkeren naar plekken waar ze eens (nagenoeg) waren verdwenen, zoals tuberculose. En ook hierbij speelt de klimaatverandering weer een fiks negatieve en versterkende rol. Zeker de migratiestromen zullen er alleen maar sterker door worden met alle (on)gezondheidseffecten van dien.⁴¹

De economische crisis van 2008

De immigratie en de vluchtelingeninstroom, die de AIGT ook in eigen land zo waardevol maakt, werden aangewakkerd door de economische crisis van 2008 en de hevige conflicten die in de jaren daarna ontstonden met name in het Midden-Oosten en de hoorn van Afrika. Daarvoor was sprake geweest van - met de kennis van nu: papieren - welvaartstijging. Van die welvaart moesten ook de armen der aarde kunnen profiteren, al was het maar omdat zonder hun economische integratie op den duur de economische groei in gevaar zou komen. De mensenrechtenbenadering van ontwikkelingshulp stond hierbij voorop en daarbij werd, zo schreef in 2007 de regering aan de Tweede Kamer, 'uitgegaan van de ondeelbaarheid van politieke en sociaaleconomische mensenrechten'.⁴² *How the times would change*. Aanwakkerend, de zogenaamd 'eigen identiteit' benadrukkend, navelstaarderig en zelfgenoegzaam nationalisme, dat er bijvoorbeeld voor kon zorgen dat Afrikanen verdrinkend in de Middellandse Zee lacherig 'dobbernegers' konden worden genoemd, heeft ervoor gezorgd dat luttele tien jaren later mensen die een beter heenkomen zochten op grond van sociaaleconomische omstandigheden als 'onechte' vluchtelingen worden gedefinieerd en uitgesloten voor gelukszoekers, ook al staat het recht op de *pursuit of happiness* gewoon in de Amerikaanse grondwet en doen Nederlanders zelf al eeuwenlang niet anders.

Deze ontwikkeling – die enigszins conflicteert met een tegelijkertijd plaatshebbende internationale trend waarbij meer geld voor *global health* werd vrijgemaakt - werd door de crisis verder gestimuleerd, die dankbaar werd aangegrepen om meer als noodzakelijk voorgestelde bezuinigingen door te voeren. De Westerse, nationale overheden, die toch al de vraag kregen voorgelegd of de gezondheid(szorg) van andere landen wel hun zaak was, konden zich nog meer op het eigen land gaan oriënteren dan reeds het geval was. Er was, zo werd gezegd, geen andere keuze mogelijk.⁴³

De terugtrekkende beweging richting de eigen dijken, en het liefst ver daarachter, was dan ook niet pas in 2008 ingezet. De crisis van de jaren tachtig, het decennium na Alma Ata, had reeds een eender beeld te zien gegeven. Er werd hard bezuinigd op internationale zorg, wat, aldus het World Development Report *Investing in Health*, een typisch geval van *penny wise, pound foolish* was. Juist investeren zou een gunstig effect op de sociaaleconomische positie van een land hebben, daardoor ziekte doen verminderen en daardoor op den duur tot minder uitgaven leiden. Het was een oordeel dat dertig jaar later eenzelfde reflex niet zou tegenhouden.⁴⁴

Reeds in 2006 had het toen ingevoerde medefinancieringsstelsel voor het

maatschappelijk middenveld (MFS) ervoor gezorgd dat subsidies op gebieden als goed bestuur, milieu, onderwijs afnamen. Maar door de crisis kreeg deze ontwikkeling niet eens zozeer de wind, als wel de storm mee, wat werd neergelegd in beleidsnota's met fraai klinkende titels als *Minder Pretentie, Meer Ambitie* (2010) of *Wat de Wereld Verdient: een nieuwe agenda voor hulp, handel en investeringen* (2013). In de praktijk kwam dit neer op fikse subsidieverlagingen bij organisaties op het gebied van internationale samenwerking en ontwikkeling, en dus op even fikse inkrimpingen in staf en activiteiten. Met name door het na de verkiezingen van 2010 geformeerde gedoogkabinet van VVD, CDA en PVV, een kabinet waarbij 'rechts Nederland zich de vingers zou aflikken', sloeg bij ontwikkelingswerkers en allen die met hen sympathiseerden de schrik om het hart. Alles wat 'links', 'soft' en 'subsidieslurpend' werd genoemd, zou harde tijden tegemoet gaan. In de MT stond te lezen:

The contours of their policy plans give little room for optimism, since budget cuts seem to be the prime feature on the agenda. Financially hard times are also foreseen in the field of development cooperation - to some classified as a hobby for the 'lefties' (the left wing political parties).⁴⁵

Maar dit mag er niet van afleiden dat het meer de verwachte uitkomst van een langlopende ontwikkeling, dan een donderslag bij heldere hemel was. In het kielzog van of gevolgd door maatschappelijke organisaties en voortbouwend op een dus al eind vorige eeuw ingezette koers, toen wereldwijd overheidsprogramma's werden afgebouwd, kwamen meer en meer politici tot de overtuiging dat ontwikkelingshulp niet meer werkte op de wijze zoals zij tot nu was verleend. Zij moest zich gaan concentreren op strikt omschreven partnerlanden en dus plaats maken voor de genoemde internationale en privaat-publieke samenwerking. Economische ontwikkeling stond hierbij voorop. Die samenwerking tussen nationale overheden enerzijds en multinationals en NGO's anderzijds, met als mooi klinkend argument dat die laatste invloed op gezondheidsissues konden uitoefenen en een groot internationaal bereik hadden, bracht wel een probleem met zich mee waar al te gemakkelijk aan voorbij werd gegaan. Multinationals en NGO's hadden 'geen legale verplichtingen [...] om de volksgezondheid en mensenrechten te waarborgen'. Waren, zo vroeg bijvoorbeeld Van de Pas zich af, die samenwerkingsverbanden daarmee niet te vrijblijvend om de mondiale problematiek aan te pakken?⁴⁶ Hoe dan ook, de insteek van dit alles was dat door middel van het stimuleren van wereldwijde, duurzame groei

binnen één generatie extreme armoede zou zijn uitgebannen. Maar daar zouden de belangen van Nederlandse bedrijven in het buitenland wel altijd bij in het oog moeten worden gehouden.⁴⁷ De even archetypische als clichématige Nederlandse dominee en koopman hadden elkaar weer eens de hand geschud.

Al werd bezworen dat internationale solidariteit en het bereiken van de MDG's belangrijk bleven, werd in 2011 afgesproken dat het budget voor ontwikkelingssamenwerking zou teruggaan naar 0,7%, dat het aantal landen waarmee een relatie zou worden aangegaan zou worden teruggebracht van 33 naar 15 en dat er zou worden toegespijst op een viertal zaken die van belang werden geacht voor zowel wereldproblematiek als Nederlandse expertise: 'security and legal order, food security, water and Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR)'. Onderwijs en gezondheidszorg kregen alleen nog aandacht in zoverre zij een bijdrage leverden aan deze vier aandachtspunten.⁴⁸ Zij waren van doel tot middel verworden.

Het leidde er allemaal toe dat in september 2015 de Nederlandse minister-president Mark Rutte tijdens een bijeenkomst van de Verenigde Naties zijn publiek de lessen kon voorhouden die volgens hem uit het MDG-verhaal te trekken waren. 'We must have more private sector involvement in long-term financing, in public-private partnerships, and in projects on the ground', waarbij hij een lans brak voor Nederlandse bedrijven in het algemeen en een bekend Nederlands biermerk in het bijzonder.⁴⁹

Tegelijkertijd zond Lilliane Ploumen, de Nederlandse minister voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking - altijd het meest belangrijke voorop, nietwaar - een brief aan het Nederlandse parlement waarin zij de nationale inspanningen op het gebied van ontwikkelingssamenwerking uiteenzette. De SRHR kwamen terug in het gedeelte over het creëren van werkgelegenheid.⁵⁰

Van MDG naar SDG

Al vormden de genoemde vrouwenrechten een belangrijk onderdeel van de MDG's, het was ondertussen nog steeds niet al te best met hen gesteld. Geen wonder, zou men geneigd zijn te zeggen. Als gevolg van slechte gezondheidszorg, ziektes als malaria en HIV/AIDS, achterstelling van vrouwen, gebrek aan voorbehoedsmiddelen en beperkte mogelijkheden van veilige abortus, was juist op het gebied van het terugbrengen van moedersterfte en het verbeteren van zwangerschapsgezondheid het minste vooruitgang geboekt, en pessimisten zullen zelfs een achteruitgang hebben waargenomen. En dat terwijl is aangetoond

dat 'meer rechten en kansen voor vrouwen leiden tot meer economische groei'. In ieder geval is er sprake van een groeiende weerzin tegen een grotere, seksuele keuzevrijheid door vrouwen.⁵¹ Deze constatering gaat daarbij heus niet alleen op voor islamitische landen, wat mooi werd gevisualiseerd door een foto uit de VS van begin 2017 waarin louter goed gesoigneerde, kalende, reeds op leeftijd zijnde mannen in een uitgelaten sfeer debatteerden over welke vrouwenrechten ze nog meer konden inperken of afpakken.

Dit wil echter niet zeggen dat er geen enkele vooruitgang is geboekt. Het doel dat in 2015 het aantal mensen dat leeft in extreme armoede zou zijn gehalveerd, is gehaald,⁵² wat overigens zeker zoveel zegt over de definitie van armoede. Bovendien gaf de zowel nationale als internationale aandacht voor de MDG's organisaties zoals de NVTG de kans om de 'ongelijkheid in de toegang tot de zorg, achterstanden in ontwikkeling en de onderliggende vraagstukken op de agenda te zetten'. Ofwel: zonder hen zou de huidige situatie zeker nog zorgwekkender zijn geweest.⁵³ Het is afwachten of de 17 in 2015 gepresenteerde opvolgers van de MDG's, de 'sustainable development goals' (SDG's), waarbij veel wordt verwacht van de hierboven geschetste privaat-publieke samenwerking, eenzelfde effect zullen hebben.⁵⁴ Wellicht iets voor een artikel over de jaren 110-125 van het NVTG?

Leo van Bergen

Endnotes

1. Ik wil graag Martin Boeree, Rien Gotink, Esther Jurgens, Albert Mantingh en Louis Niessen bedanken voor hun commentaar bij de eerste versie van dit artikel
2. *Internationale gezondheidszorg: een wereld te winnen. Beleidsplan NVTG 2008-2012* (september 2008), 3
3. *Global Health Perspectives: de positie en de rol van de NVTG in de mondiale gezondheid. NVTG beleidsplan 2016-2020* (2016), 6
4. Johannes Borgstein, 'MT goes quarterly, MT, Dec. 2008, 1; *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 19
5. Jan Peter Verhave, 'Allerd van der Scheer. Malaria pioneer and founder of the Dutch Society for Tropical Medicine, MT, 5, May 2007, 4-7
6. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 13-14
7. Sylvia Mennink, 'Primary Health Care once again', MT, juni 2012, 1-2
8. Esther Jurgens, Joost Commandeur, 'Editorial', MT, juni 2014, 2
9. *Global Health Perspectives*, a.w., 2
10. Martin Boeree, Esther Jurgens, 'A platform for cross-fertilization: European congresses on tropical medicine and international health', MT, Nov. 2007, 1-2
11. Adriaan L. Groen, 'An enchanting thought', MT, Nov. 2007, 3
12. Frits Driessen, 'Interview with Professor Jos van Roosmalen', MT, sept. 2008, 5-7
13. *Een Zaak van Iedereen. Investeren in ontwikkeling in een veranderende wereld* (beleidsbrief regering aan Tweede Kamer, 16-10-2007), 2
14. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 6-7
15. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 7-8
16. Idem, 20; Esther Jurgens, Jan Auke Dijkstra, 'The devastating effects of conflict on health', MT, March 2017, 2
17. Klaas Koop, 'Symposium Health Care in Conflict', MT, dec. 2008, 10-11
18. *Internationale gezondheidszorg*, a.w, 3, 14-15
19. Info Louis Niessen
20. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 9-10; Info Martin Boeree
21. Esther Jurgens, 'Positioning Dutch Support to Education in TM and IH in a Historical Context and Within Europe', TM, dec. 2012, 3-4
22. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 3
23. Info Albert Mantingh
24. https://www.nvtg.or/userfiles/files/Be-sluit_Internationale_gezondheidszorg_en_tropengeneeskunde.pdf (ingezien 22-5-2017)
25. *Global Health Perspectives*, a.w., 2, 7, 11; Martin Boeree, 'The "Tropical" Doctor Reborn: AIGT', MT, dec. 2012, 6-7; B. Gerretsen, Prisca A.C. Zwanikken, 'Forever Young', MT, dec. 2012, 1-2; Leon Bijlmakers, 'Editorial. Medical education from an international perspective', MT, dec. 2016
26. Groen, a.w., 3
27. Johannes Borgstein, 'Is entrepreneurship in health care a moral issue?' MT, maart 2011, pp. 1-2
28. Idem
29. Esther Jurgens, Joost Commandeur, 'Editorial', MT, sept. 2015, 2.
30. Remco van de Pas, *Mondiale Gezondheid. Vogelgriep, antibioticaresistentie en andere kwalen* (2014), 32
31. Johannes Borgstein, 'Medical Tourism', MT, July 2007, 1-2; Johannes Borgstein, 'Africa is contagious!?', MT, July 2008, 1-2
32. Lucie Blok, 'Expatriate medical doctors. A blessing or a curse?', MT, Sept. 2007, 3-4.
33. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 16; <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/knmg-steunt-ge-dragscode-derde-wereld.htm> (ingezien 24-4-2017)

34. Boeree, 'The "Tropical" Doctor Reborn: AIGT', 6-7
35. Van de Pas, a.w., 54; Ed Zijlstra, 'Non Communicable Diseases: the new epidemic', MT, sept. 2015, 2
36. Van de Pas, a.w., 12, 18-23; G. Walraven, 'Health Financing part 2', MT, sept. 2009, 3; *Global Health Perspectives*, a.w., 8
37. Van de Pas, a.w., 54-55; Jeffrey P. Kaplan et al., 'Towards a common definition of global health', *Lancet*, 6-6-2009, 1993-1995: 1993
38. Esther Jurgens, 'One in two and "Flying Toilets"', MT, sept. 2013
39. *Een Zaak van Iedereen*, a.w., 2
40. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 2
41. Ed Zijlstra, 'Editorial. Emerging Infectious Diseases', MT, maart 2015, 2; Jan Auke Dijkstra, Ed Zijlstra, 'Editorial. Travel Medicine', MT, maart 2016, 2
42. *Een Zaak van Iedereen*, a.w., 3; *Global Health Perspectives*, a.w., 10
43. Van de Pas, a.w., 46
44. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 6
45. Esther Jurgens, 'Money, methods and morals...', MT, dec.2010, 4-5
46. Van de Pas, a.w., 46; ook: Johannes Borgstein, 'It's all about the money...', MT, dec. 2009, 1-2; S. Mulongo, 'Is it time to redefine 'success' among health care professionals in Africa?', MT, maart 2011, pp. 3-4
47. Borgstein, 'It's all about the money...', 1-2; *Global Health Perspectives*, a.w., 9-10; Esther Jurgens, '"Europe Day" in Africa', MT, mei 2008, 1-2
48. *Letter to the House of Representatives presenting the spearheads of development cooperation policy* (BuZA 2011), 2, 11; E. Jurgens, 'Don't give with one hand, whilst taking with the other. Business-led development aid in the making' MT, dec. 2011, 1-2
49. Leon Bijlmakers, 'Editorial. PPPs in health', MT, dec. 2015, 2
50. Idem
51. *Een Zaak van Iedereen*, a.w., 26; *A World to Gain. A new agenda for aid, trade and investment* (BuZa, 2013), 36-37; *Letter to the House of Representatives*, a.w., 9
52. *A World to Gain. A new agenda for aid, trade and investment* (BuZa, 2013)
53. *Internationale gezondheidszorg*, a.w., 16
54. *Global Health Perspectives*, a.w., 10; Leon Bijlmakers, 'Editorial. PPPs in health', MT, dec. 2015, 2

Colofon

Dit artikel is geschreven in opdracht van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG) ter gelegenheid van haar 110-jarig bestaan.

De uitgave is mede mogelijk gemaakt door Stichting TMIH.

Redactie	Rien Gotink, Esther Jurgens
Vormgeving	Mevrouw van Mulken
Foto omslag	Shutterstock.com Mogadishu, Somalia (2013)
Drukwerk	Xerox, Utrecht
Oplage	200

Tien jaar geleden schreef Leo van Bergen *'Van koloniale geneeskunde tot internationale gezondheidszorg'*, een boek over 100 jaar Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG). In dit artikel werpt hij zijn licht op de tien sindsdien verstreken jaren, met daarin onder meer aandacht voor het eeuwfeest en de erkenning van het onderwijscurriculum. Dit wordt ingebed in de context van zowel de grensoverschrijdende medische en politieke problematiek als de nationale neiging steeds verder achter de eigen dijken weg te kruipen. Tekenend daarvoor is bijvoorbeeld de politieke wens om bij medisch-humanitaire hulpverlening de belangen van het eigen bedrijfsleven niet uit het oog te verliezen.



110

1907-2017

From tropical medicine to global health



Nederlandse
Vereniging voor
Tropische
Geneeskunde en
Internationale
Gezondheidszorg