

## Dokters met een vakantiebaan

### Over de (on)zin van de kortstondige inzet van Nederlandse gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden

De Nederlandse Tropen Cursus, opgezet in 1963 door de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en Internationale Gezondheidszorg (NVTG), is bedoeld voor basisartsen die in lage- en middeninkomenslanden willen werken. Vanaf het moment dat de opleiding er was, was het vanzelfsprekend dat iedereen die naar de tropen wilde – met uitzondering van noodhulpartsen – eerst het traject van de tropenopleiding doorliep.

Daarna ging men minimaal twee jaar in een ontwikkelingsland wonen en werken. De laatste jaren reizen steeds meer Nederlandse gezondheidswerkers op eigen initiatief naar ontwikkelingslanden om daar voor een aantal weken of maanden vrijwillig te werken (Nieuwsreflex MC, 2005, 2101). Vaak doen ze dat na een vakantie in verre oorden en het ter plekke geconfronteerd worden met de lokale noden. Deze goedbedoelde dadendrang van Nederlandse chirurgische teams kan echter verkeerd uitpakken bij onvoldoende kennis van de lokale omstandigheden.

Eén van de ziekenhuizen (in Ghana) krijgt elke twee maanden tweewekelijks bezoek van een (steeds ander) Nederlands operatieteam. Eén team heeft de voorraad operatiematerialen grondig ‘geherstructureerd’, vanuit de gedachte dat dit alles makkelijker vindbaar maakt. Er zijn dozen aangeschaft met daarop stickers met wat de doos bevat. Een grote en noodzakelijke klus voor efficiënt werk, aldus de Nederlanders. De (enige) lokale chirurg zegt er het volgende over: “This is not a way of helping. It is disrupting my system. My instruments.. I don’t know where they are! [...] They organised it their own way without asking me anything. It may have looked chaotic, I am chaotic, but every single instrument had its own place. They have thrown away very old, but good things! Why throw it away, because it is not nice, not aesthetic? For me it had a purpose, a mission”.

Opvallend was dat de lokale gezondheidswerkers na acht uur werk aanzienlijk minder interesse toonden in het werk dan daarvoor. De Nederlanders daarentegen, waren dan nog urenlang energiek en gemotiveerd; zij wilden hun korte aanwezigheid immers zo nuttig mogelijk invullen door zo veel mogelijk patiënten te opereren. De lokale gezondheidswerkers waren hierdoor echter gedwongen net zo lang te werken als de Nederlanders; ze werkten per slot samen. Omdat de directie geen gehoor gaf aan het verzoek tot uitbetaling van extra uren, deed



**Paul Rompa**

Tropenarts, huisarts en orthopeed  
Prins Hendriklaan 20  
1404 AT Bussum  
E-mail: p.rompa@hetnet.nl



**Judith van de Kamp**

Medisch antropoloog  
Van der Vijverstraat 18-1  
1093 KC Amsterdam  
E-mail: Judith.vandekamp@gmail.com

men dit overwerk onbetaald. En het gebeurde niet incidenteel maar zeer regelmatig, vanwege de hoge frequentie van buitenlands medisch bezoek.

#### Kritiek op de ‘vakantiedokters’

Deze twee voorbeelden laten zien dat goede bedoelingen niet altijd naadloos aansluiten op lokale praktijken (Van de Kamp, 2008). Niet iedereen stelt de kortstondige inzet van de medische doe-het-zelvers op prijs. Ik – de eerste auteur van dit artikel – was één van de artsen die zich er publiekelijk kritisch over uitliet (De Visser, 2006). Dit bracht een discussie op gang, zowel binnen de beroepsgroep als daarbuiten, over de (on)zin van ‘medisch vakantiewerk’ (Peerenboom, 2006, 1008, ; Redactie AD, 2006). Drie maanden vanaf de tsunami van 26 december 2004 werkte ik in Atjeh, Indonesië (Marianne Boissevain, 2005). Overal vandaan waren daar chirurgen neergestreken die – ondermatige condities – platen op fracturen zetten die er later weer uitpusten. Dadendrang, persoonlijke satisfactie en avontuurlijke uitdaging leken in veel gevallen aan de basis van de aangeboden hulp te staan, zonder dat men zich maar enigszins had voorbereid en verdiept in de noodzaak, wenselijkheid en uitvoering ervan, laat staan de nazorg.

Lokale ziekenhuisdirecteuren en collega-artsen in Ghana, met wie ik een vertrouwensband heb opgebouwd, zijn niet altijd positief over de tijdelijke hulp die ze krijgen aangeboden. Zij geven aan dat bezoekende gezondheidswerkers

vaak van weinig waarde zijn en een flinke kostenpost vormen. Zo vragen ze veel aandacht van de zittende dokters, omdat ze niets weten van tropenziekten en andere typisch Afrikaanse en lokale zaken en gewoonten. Ze vragen vaak ongegeneerd vervoer in de weekenden voor reisjes naar toeristische plekken. Bij ziekte zijn ze veelal niet tevreden met de behandeling door de lokale dokter maar wensen naar een grotere kliniek of universiteit te worden gebracht. Als ziekenhuisdirecties daarover opmerkingen maken krijgen ze als antwoord dat ze toch gratis werken en het ziekenhuis daar wel wat tegenover mag zetten. Een van die directeuren heeft eens drie maanden precies laten bijhouden wat een aanwezige bezoekende internist en een fysiotherapeut genereerden aan inkomsten voor het ziekenhuis. Dat bleek praktisch verwaarloosbaar, zelfs negatief uit te vallen als alles werd meegeteld (kost en inwoning, hulp in de huishouding annex kok, materiaal, vervoer, chauffeur).

### **Cultuur-insensitiviteit**

Gefascineerd door deze discussie, besloot tweede auteur Van de Kamp onderzoek te doen naar de kortstondige inzet van Nederlandse gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden (van augustus 2006 tot februari 2008). Haar bevindingen staan in het onderzoeksrapport 'Aanpakken en Wegwezen', waaruit ook de twee bovengenoemde voorbeelden komen. Ze laten zien dat de goedbedoelde dadendrang van de Nederlandse gezondheidswerkers verkeerd kan uitpakken bij onvoldoende kennis over de lokale omstandigheden. Deze cultuur-insensitiviteit is wellicht de belangrijkste oorzaak van het wederzijds onbegrip. Daar komt bij dat de meeste lokale gezondheidswerkers uit beleefdheid hun ergernis voor zich houden, de Nederlandse gezondheidswerkers vervolgens nietsvermoedend huiswaarts keren, en de geschiedenis zich kan herhalen als er 'nieuwe' westerse gezondheidswerkers arriveren.

Wij bespeurden enige plaatsvervangende schaamte toen we sommige Nederlanders vanuit een blinde verbeterdrang en een superioriteitsgevoel aan het werk zagen. Om twee redenen hebben we – en zo heeft iedereen lijkt ons – er baat bij dat landgenoten zinvol (medisch) werk verrichten in andere landen; zodat er wereldburgers echt geholpen worden én zodat men in andere landen oprecht blij is met de inzet van mensen met een hogere levensstandaard. Zowel de artsen zelf als de betrokkenen in de ontwikkelingslanden hebben daarin een verantwoordelijkheid.

Om te beginnen de verantwoordelijkheid van de instellingen in de ontwikkelingslanden. Zij zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. Het is echter niet makkelijk voor de (plaatselijke) overheid om grip te krijgen en te houden op het komen en gaan van westerse gezondheidswerkers. Eventueel wangedrag van westerse gezondheidswerkers – zoals het niet registreren, roken op de afdelingen (het gebeurt) – valt onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. En het ziekenhuis is meestal té afhankelijk van hulp en té gastvrij om voor zichzelf op te komen. In Ghana

lijkt het tij stukje bij beetje te keren. Daar werd in 2010 de kortdurende buitenlandse inzet van ongeregisteerde chirurgen aan de kaak gesteld. Maar in de eerste plaats ligt de verantwoordelijkheid voor het moreel verantwoord handelen bij de Nederlandse gezondheidswerkers. Het ligt voor de hand dat zij zelf de meeste invloed kunnen uitoefenen op hun werk elders in de wereld. Zij maken een eigen afweging en kiezen ervoor wel of niet voor een bepaalde periode medisch werk te doen in een bepaald land. De vraag of dit zinvol is, is niet makkelijk te beantwoorden. Een simpel 'ja' of 'nee' is te kort door de bocht. Het maakt immers uit wat voor soort medische hulp het betreft en of er vooraf met het ziekenhuis overlegd wordt over registratie, planning, voorbereiding en nazorg.

Naar aanleiding van de oproep van tropenartsen in 2006 nam de eerder genoemde NVTG de verantwoordelijkheid op zich voor het opstellen van een 'Gedragscode Internationale Samenwerking Gezondheidszorg (ISG) (2008). Kern van de code: gezondheidswerkers dienen te werken volgens de Nederlandse standaarden, met oog voor de schaarste ter plaatse en met respect voor de normen en waarden van de lokale bevolking. De code dringt er ondermeer op aan van tevoren een en ander over de cultuur en omstandigheden te weten, maar ook om bescheiden te zijn, respect te tonen en tijdens het bezoek goed te kijken, te luisteren en te overleggen. Bovendien heeft de NVTG onlangs samen met het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) een cursusdag ontwikkeld voor medici met interesse in (vrijwilligers)werk in ontwikkelingslanden, volledig in lijn met de gedragscode. Wij pleiten er voor dat bij een relatief korte uitzending gezondheidswerkers deze cursusdag volgen. Want ook in geval van al deze goedbedoelde medische hulp en de inherente culturele valkuilen geldt: voorkomen is beter dan genezen.

### **Literatuur**

- Kamp J van de, Aanpakken en Wegwezen. Een antropologisch onderzoek naar de kortstondige inzet van Nederlandse gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden. <http://judithvankamp.nl/blog/2009/01/aanpakkenenwegwezen/>
- Algemeen Dagblad 05-08-2006, Wonderdokter, redactie.
- Cursus 'Voorbereiding medisch (vrijwilligers)werk in ontwikkelingslanden', KIT en NVTG.
- De Volkskrant, 11-4-2005, In Atjeh lopen te veel artsen rond., Marianne Boissevain.
- De Volkskrant, 04-08-2006, Arts-toerist biedt vaak matige hulp, Ellen de Visser.
- Gedragscode NVTG 2008, -[http://www.nvtg.org/userfiles/files/Gedragscode\\_NVTG.pdf](http://www.nvtg.org/userfiles/files/Gedragscode_NVTG.pdf).
- Ghanaian Times 2010.
- Medisch Contact nr 50, 13-12-2005, pag. 2101, Chirurgen willen werken in arme landen.
- Medisch Contact nr 24, 13-6-06, pag.1008-1009, Arts of Toerist, dr P. Peerenboom.