

Een wereld van verschil

EEN ETHISCHE ANALYSE VAN MEDISCHE MISSIES NAAR ONTWIKKELINGSLANDEN

Gert Olthuis, Marjolein L. Rol en Ivo de Blaauw

Een medisch team van een perifeer Nederlands ziekenhuis vertrok 2 jaar geleden naar Gambia. Daar werd een project opgezet om kleine chirurgische interventies te doen in een streekziekenhuis. Een van de patiënten van dit medische team was een meisje van nog geen maand oud met een spina bifida; dit was elders geconstateerd. Haar moeder had de hoop op herstel niet opgegeven en kwam voor hulp naar het Nederlandse team.

De physician assistant chirurgie uit het medisch team vertelt hierover: 'Het meisje was septisch vanwege de grote open wond op de tumor die uit haar billen groeide. Wij konden haar in Gambia alleen met antibiotica behandelen, maar zonder chirurgische interventie zou dit meisje overlijden.' Daarom schakelde deze physician assistant eenmaal terug in Nederland hulp in.

Een neurochirurg constateerde uit de foto's van haar rug dat patiënte waarschijnlijk geen spina bifida had, maar een sacrococcygeaal teratoom. Een kinderchirurg uit een academisch centrum was bereid om patiënte te opereren en het teratoom te verwijderen. Er werd voor gekozen deze interventie in Nederland te doen. De physician assistant zocht met behulp van anderen naar sponsors om de reis- en verblijfkosten van patiënte en haar moeder, bij elkaar € 16.000, te financieren. Dankzij verschillende acties en aandacht hiervoor in de media lukte het om voldoende geld in te zamelen. Het teratoom werd enkele maanden later met succes verwijderd. Na herstel bij een gastgezin keerden patiënte en haar moeder terug naar Gambia.

Deze ziektegeschiedenis laat op indringende wijze zien hoe hedendaagse ontwikkelingshulp eruit kan zien. Een medische missie zoals deze is geen uitzondering. Jaarlijks gaan tientallen medische teams vanuit Nederland naar afgelegen oorden om hulp te verlenen die ter plaatse niet beschikbaar is. Het doel van dergelijke missies is tweeledig, namelijk enerzijds om de lokale bevolking toegang te bieden tot medische zorg en anderzijds om een bijdrage te leveren aan een lagere ziektelast.¹

Heel eigentijds is ook dat in deze ziektegeschiedenis crowdfunding werd ingezet om de benodigde € 16.000 in te zamelen. Dat het een schrijnend verhaal van een heel jong meisje betreft en dat het noodlot via haar een persoonlijk gezicht kreeg zijn aspecten die hierbij wellicht op een positieve manier hebben geholpen. Door rond de kerstdagen inzamelacties te organiseren en dankzij media-aandacht werd er in korte tijd voldoende geld opgehaald.

In dit artikel analyseren we deze casus vanuit een ethisch perspectief. We beschouwen de gebeurtenissen rond deze patiënte als exemplarisch voor de verhouding tussen de gezondheidszorg in het rijke Westen en die in ontwikkelingslanden. Deze ziektegeschiedenis fungeert als een venster op een onrechtvaardige wereld.

GEZONDHEIDSZORG IN GAMBIA

Gambia is een land in West-Afrika. Het land verloopt 400 kilometer landinwaarts als een strook langs de gelijknamige rivier. Gambia heeft een kustlijn van circa 80 kilometer en de breedte landinwaarts is rond de 30 kilometer. Het land wordt omringd door Senegal. Er wonen ongeveer 1,8 miljoen mensen. De gezondheidszorgvoorzieningen zijn slecht onderhouden en gebrekkig. Gambia heeft 6 grote en 38 kleine gezondheidscentra. Daarnaast zijn er 7 ziekenhuizen, waarvan 1 een opleidingsziekenhuis is in de hoofdstad Banjul. Er zijn geen kinderchirurgen. De homepage van het opleidingsziekenhuis meldt een groot tekort aan medicatie, toerusting en personeel (zie www.rvth.org).

Dat er feitelijk grote verschillen zijn in gezondheid tussen burgers in Gambia en Nederland behoeft nauwelijks verder toegelicht te worden, omdat dit precies de reden is waarom medische missies naar landen zoals Gambia vertrekken. Maar wat betekenen deze verschillen nu

Radboudumc, afd. Ethiek van de Gezondheidszorg, Nijmegen.

Dr. G. Olthuis, medisch ethicus.

Radboud Universiteit Nijmegen.

M.L. Rol BA BSc, student geneeskunde.

Radboudumc, afd. Kinderchirurgie, Nijmegen.

Dr. I. de Blaauw, (kinderchirurg) (tevens: Erasmus Medisch Centrum, afd. Kinderchirurgie, Rotterdam).

Contactpersoon: dr. G. Olthuis (gert.olthuis@radboudumc.nl).

precies wanneer we ze bezien door de bril van het begrip 'verantwoordelijkheid'? Onze analyse concentreert zich op het onderscheid tussen de begrippen 'resultaatverantwoordelijkheid' en 'herstellende verantwoordelijkheid'.² Het 1e begrip omvat de verantwoordelijkheid die de positieve of negatieve resultaten van ons handelen betreft. De 2e vorm van verantwoordelijkheid betreft die om anderen bij te staan om de gevolgen van een negatieve stand van zaken recht te zetten of te herstellen. In deze analyse maken we niet alleen onderscheid tussen deze 2 vormen van verantwoordelijkheid, maar beschouwen we ze voor een brede morele inbedding ook op 3 niveaus, te weten het persoonlijke, het nationale en het mondiale niveau.

PERSOONLIJK NIVEAU

De grote verschillen in gezondheid die er wereldwijd zijn raken ons omdat het in feite arbitrair is waar iemand ter wereld komt.³ In zekere zin heeft een baby zoals onze patiënte domme pech dat ze geboren werd in een straatarm land zoals Gambia. Deze onrechtvaardige situatie roept bij velen een gevoel van medemenselijkheid op. Men wil in actie komen en iets doen voor de ander, niet omdat dit strikt genomen moet, maar omwille van de ander.² Filosoof Singer ziet deze medemenselijkheid als drijfveer voor individuen om eraan bij te dragen dat het welzijn van alle mensen op deze wereld op een minimaal fatsoenlijk niveau wordt gebracht.² Alle mensen zijn gelijkwaardig en het is slecht dat mensen lijden en sterven door tekorten in bijvoorbeeld de medische zorg. Als het in ons vermogen ligt daar iets aan te doen dan is dat een zwaarwegende morele plicht, stelt Singer.

De inzet van het Nederlandse team op medische missie in Gambia – een vorm van herstellende verantwoordelijkheid – kan ongetwijfeld op de goedkeuring van Singer rekenen. Bovendien nam het team ook de verantwoordelijkheid voor de resultaten van hun handelen ten aanzien van patiënte; dit deden ze door een inzamelingsactie op touw te zetten om de operatie te bekostigen en de nodige nazorg te regelen.

NATIONAAL NIVEAU

Volgens econoom Deaton is het een illusie om te denken dat ontwikkelingshulp andere mensen helpt.⁴ Rijke landen voelen zich medeverantwoordelijk voor de enorme problemen op gebieden zoals onderwijs, landbouw en gezondheidszorg waar ontwikkelingslanden mee te kampen hebben. Daarom geven ze bij wijze van herstellende verantwoordelijkheid geld aan mensen in die probleemgebieden. Maar, stelt Deaton, 'landen en instituten willen goed doen zonder acht te slaan op de condities waaronder die hulp de landen bereikt'.⁴ We kunnen ons wel moreel verplicht voelen om iets te doen aan onrechtvaardige toestanden elders in de wereld, maar hulp, zoals de Nederlandse medische missie naar Gambia, maakt het voor regeringen ter plekke minder urgent om orde op zaken te stellen. Sociale en politieke factoren spelen een sleutelrol bij de bestrijding van ongelijkheid. Oplossingen hiervoor kunnen pas echt vorm krijgen als er lokaal een goed bestuur is.

In principe zijn individuele overheden ervoor verantwoordelijk om ongelijkheid in de gezondheid van en gezondheidszorg voor hun burgers aan te pakken.³ Een recent rapport waarin de regering van Gambia het nationale zorgbeleid van de nabije toekomst schetst leert hoe moeilijk het is om die resultaatverantwoordelijkheid vorm te geven.⁵ Het zorgsysteem staat onder grote druk vanwege onder meer groeiende morbiditeit en mortaliteit, onvoldoende financiën en een gebrek aan zowel informatie- en verwijssystemen als aan medische en verpleegkundige staf. Kinderen met ziektebeelden zoals bij onze patiënte kunnen in Gambia niet geholpen worden. Bovendien is er door snel opeenvolgende wisselingen aan de top van het ministerie van gezondheidszorg nauwelijks sprake van continuïteit van beleid en een 'institutioneel geheugen'.

MONDIAAL NIVEAU
Wij – de Westerse wereld – zijn medeverantwoordelijk voor de barre staat waarin de gezondheidszorg in landen als Gambia zich bevindt. Het lot van de rijken is op tenminste 3 manieren verbonden met dat van de armen, vindt filosoof Pogge.² De situaties in verschillende landen zijn allereerst de uitkomst van hetzelfde historische proces, waarvan slavernij en kolonialisme bepalende aspecten zijn geweest. Ten tweede zijn alle landen afhankelijk van dezelfde natuurlijke hulpbronnen, maar vooral ontwikkelde landen slagen erin om daarvan lucratief gebruik te maken. Tot slot maken alle landen deel uit van dezelfde economische en politiek-juridische orde, waarin de Wereldbank, de Wereldhandelsorganisatie en het Internationaal Monetair Fonds (IMF) bepalende partijen zijn. Volgens Pogge verergert deze orde de bestaande ongelijkheid in de wereld. Dat wordt bevestigd door een recente analyse van de migratie van artsen uit Afrikaanse landen naar het Westen.⁶ Kinderchirurgen zijn er niet in landen zoals Gambia, maar ook algemeen chirurgen zijn er schaars door de braindrain, die al decennia lang bestaat, van artsen vanuit ontwikkelingslanden naar welvarende. Een belangrijke oorzaak van deze braindrain is de implementatie van structurele macro-economische aanpassingsprogramma's die veel landen in de jaren 90 opgelegd kregen door het IMF en de Wereldbank. Deze maatregelen, waaronder het privatiseren en liberaliseren van de markt, moesten vrije handel bevorderen. Forse bezuinigingen op structuur, personeel, opleiding en salaris in de

publieke sector waren het gevolg. Inmiddels zijn er tegenmaatregelen genomen rond deze migratie.^{8,9}

Ondanks het terugdraaien van de maatregelen van het IMF en de Wereldbank zijn de gevolgen voor een land als Gambia nog steeds voelbaar. Hier zien we hoezeer de 2 vormen van verantwoordelijkheid in elkaar grijpen. Welvarende landen dragen resultaatverantwoordelijkheid voor de toestand van de gezondheidszorg in onderontwikkelde landen en dat bepaalt mede de al dan niet herstellende verantwoordelijkheid van deze landen om dergelijke onrechtvaardigheid tegen te gaan. Dat leidt tot medische missies, zoals die beschreven in onze casus, waarmee uiteindelijk het leven van de patiënte werd gered.

TOT SLOT

Medische missies uit rijke landen bestrijden de mondiale onrechtvaardigheid ten aanzien van gezondheid en zorg door ter plekke hulp te verlenen. De moraal achter een dergelijke inzet is niet louter een moraal van medemenselijkheid. De analyse vanuit de begrippen 'herstellende verantwoordelijkheid' en 'resultaatverantwoordelijkheid' laat zien dat de persoonlijke inzet van deelnemers aan medische missies op gespannen voet kan staan met wat zich op nationaal en mondiaal niveau afspeelt.⁷ De pre-

cieze implicaties voor het zorgbeleid en de ontwikkeling van gezondheidszorg zijn niet allemaal te overzien of te evalueren. Het geldt dat met de medische missie uit onze casus was gemoeid had ook ingezet kunnen worden om de toerusting van klinieken in Gambia te financieren, maar daarmee zou patiënte niet direct geholpen zijn.

Pas nadat men op nationaal en mondiaal niveau verantwoordelijkheid heeft genomen, kunnen meisjes zoals onze patiënte in hun eigen land de zorg krijgen die ze verdienen. Tot die tijd heeft eenieder zelf de keuze om op een persoonlijk niveau deel te nemen aan dit soort medische missies en hiermee uiting te geven aan de eigen opvatting van resultaatverantwoordelijkheid en herstellende verantwoordelijkheid tegenover patiënten in ontwikkelingslanden.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 14 november 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2014;158:A7947

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A7947**

LITERATUUR

- 1 Asgary R, Junck E. New trends of short-term humanitarian medical volunteerism: professional and ethical considerations. *J Med Ethics*. 2013;39:625-31.
- 2 Tinneveld R, Mertens T. *Mondiale rechtvaardigheid*. Amsterdam: Boom; 2013.
- 3 Ruger JP. Global health justice. *Public Health Eth*. 2009;2:261-75.
- 4 Maassen H. De illusie van de ontwikkelingshulp. *Med Contact*. 2013;47:2444-6.
- 5 National Health Policy 2012-2020. Banjul, Gambia: Ministry of Health and Social Welfare; 2012.
- 6 Tankwanchi ABS, Özden C, Vermund SH. Physician emigration from sub-Saharan Africa to the United States: analysis of the 2011 AMA physician masterfile. *PLoS Med*. 2013;10:e1001513.
- 7 Martiniuk ALC, Manouchehrian M, Negin JA, Zwi AB. Brain Gains: a literature review of medical missions to low and middle-income countries. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:134.
- 8 WHO Global code of practice on the international recruitment of health personnel. Genève: World Health Organization; 2009. www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/
- 9 Kerry VB, Auld S, Farmer P. An international service corps for health—an unconventional prescription for diplomacy. *N Engl J Med*. 2010;363:1199-201.