

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/287984273>

# 1978: Health for all? 2015: Surgery for all!

Article · September 2015

---

CITATIONS

0

---

READS

7

5 authors, including:



**Matthijs Botman**

VU University Medical Center

6 PUBLICATIONS 9 CITATIONS

SEE PROFILE

**DAT GOEDE BASIS-GEZONDHEIDSZORG EN DUS OOK GOEDE CHIRURGISCHE ZORG OP VELE PLEKKEN IN DE WERELD NIET OF NAUWELIJKS BESCHIKBAAR ZIJN, ZAL DE MEESTE LEZERS NIET VERBAZEN. TOCH ZIJN ER TAL VAN INITIATIEVEN DIE DAAR VERANDERING IN PROBEREN TE BRENGEN. IN DIT NUMMER BESTEDEN WE AANDACHT AAN EEN AANTAL VAN DE VELE CHIRURGEN DIE HUN KENNIS EN VAARDIGHEDEN OP BEWONDERENS-WAARDIGE WIJZE INZETTEN.**

## 1978: Health for all? 2015: Surgery for all!

In 1978 werd door de WHO de 'Verklaring van Alma Ata' aangenomen. 'Gezondheid' werd hiermee tot een universeel grondrecht verheven. Het was de eerste internationale verklaring waarin het concept voor een basisgezondheidszorg werd vastgelegd.<sup>1</sup> De nadruk in de verklaring lag echter op de bestrijding van infectieziekten, waardoor andere aspecten van de gezondheidszorg onderbelicht zijn gebleven.<sup>2</sup> Ter illustratie: er overlijden tegenwoordig meer mensen aan chirurgische aandoeningen, dan aan malaria, TBC en HIV samen. Recent is er meer aandacht voor de wereldwijde beschikbaarheid van chirurgie. Een positieve ontwikkeling die we in dit artikel willen toelichten.

*Thom Hendrik, tropenarts i.o., Slingeland Ziekenhuis; Rinse Meester, tropenarts, orthopedisch chirurg i.o., VUmc; Matthijs Botman, tropenarts, plastisch chirurg i.o., VUmc; Peter Reemst, tropenarts, chirurg, Máxima Medisch Centrum; Roeland Voorhoeve, tropenarts, chirurg, Meander Medisch Centrum.*

De beschikbaarheid van chirurgische zorg heeft in het verleden niet de aandacht gekregen die het verdient. Het gaat hier overigens om chirurgie in de breedste zin van het woord: iedere medische handeling waarbij het lichaam geopend wordt, maar ook de gesloten reposities van fractures, versies van een stuitligging of tandextracties. Voor dit gebrek aan aandacht, zijn twee belangrijke oorzaken aan te wijzen. Ten eerste is chirurgie altijd als duur beschouwd en ten tweede is men er veelal vanuit gegaan dat om te kunnen opereren, een twaalfjarige opleiding nodig is. Beide aannames blijken niet te kloppen.

Zo behoren basale chirurgische operaties tot de meest kosteneffectieve interventies binnen de gezondheidszorg.<sup>4,5</sup> Het is wel zo dat je op individuele basis meer

middelen nodig hebt voor een operatie dan voor het toedienen van geneesmiddelen of een vaccin. Maar in breder perspectief kun je iemand met één enkele operatie een heel arbeidzaam leven teruggeven of levenslange invaliditeit en sociale isolatie voorkomen. Dit geldt bijvoorbeeld voor een kind met een schisis of klompvoeten, voor een man met een grote liesbeuk, een vrouw met een vesicovaginale fistel of iemand met een cataract. Al deze mensen kunnen in dezelfde operatiekamer behandeld worden. Dit maakt onder andere dat de chirurgie zowel effectief als betaalbaar kan zijn, ook in ontwikkelingslanden.<sup>5</sup> Daarnaast is inmiddels ruimschoots aangetoond dat een verpleegkundige met twee jaar vervolgoopleiding ook zeer goed een beperkt aantal operaties kan uitvoeren.<sup>6-9</sup> Het zogenaamde 'task shifting' principe.<sup>5,10-14</sup> ➔



De beperkte beschikbaarheid van chirurgische zorg is een groot probleem. Zo hebben volgens de Lancet Commission on Global Surgery op dit moment vijf miljard mensen geen toegang tot tijdige, veilige en betaalbare chirurgie.<sup>3</sup> Om in alle behoeften te voorzien, zouden er naar schatting 143 miljoen extra operaties per jaar moeten worden uitgevoerd.<sup>3</sup> Er zal dan ook een geweldige inhaalslag gemaakt moeten worden.<sup>13</sup>

## Ontwikkelingen tot nu toe

### *Lancet Commission on Global Health*

In het afgelopen jaar heeft de Lancet Commission on Global Surgery een brief gepubliceerd, waarin er namens 120 organisaties opgeroepen wordt om op de toonaangevende 'Global Reference List of 100 Core Health Indicators', er tenminste drie aan de chirurgie te wijden.<sup>14</sup> Het gaat hier om:

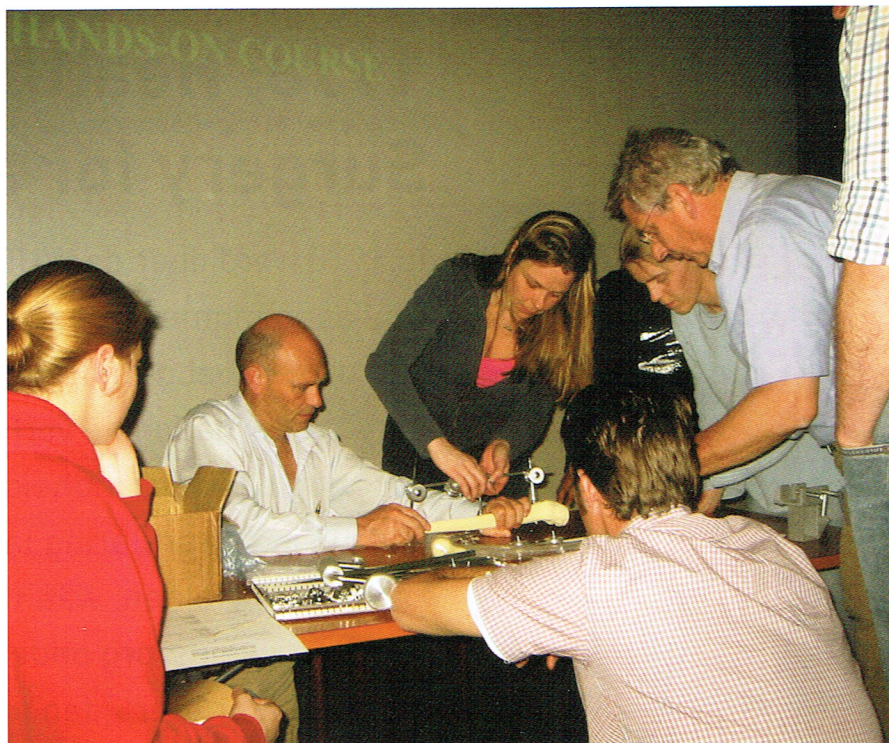
1. Het bijhouden van de peri-operatieve mortaliteit.
2. De dichtheid van chirurgen per 100.000 inwoners.
3. Het percentage van de bevolking dat verzekerd is tegen de catastrofale kosten van een noodzakelijke operatie.

Daarnaast heeft de Lancet Commission zeer belangrijk werk verricht met publicaties over de noodzaak voor wereldwijde chirurgie en met de ontwikkeling van beleidsvoorstellen om dit voor elkaar te krijgen.<sup>3</sup>

## VIJF MILJARD MENSEN HEBBEN GEEN TOEGANG TOT CHIRURGISCHE ZORG

### *Verklaring van Amsterdam*

In november 2014 is in Amsterdam door de NSIS en onze Duitse zusterorganisatie een goed bezocht symposium georganiseerd: Surgery in Low Resource Settings. Er werd hierover reeds verslag gedaan in het NTvG.<sup>15</sup> Dit symposium heeft ook geresulteerd in de 'The Amsterdam Declaration on Essential Surgical Care', die in het World Journal of Surgery is gepubliceerd.<sup>16</sup> Hierdoor zijn vele verschillende internationale organisaties voor het



*Demonstratie van "Fixateur Externe cursus" (tijdens congres in Amsterdam), jaarlijks onder auspiciën van NSIS voor de AIGT in opleiding. Geïnitieerd door Jos Rijcken (zittend) en Jan Rijcken (staand rechts met bril, en de Godfather van de (betaalbare) Rijcken Fixateur).*

eerst verbonden om samen het tekort aan wereldwijde chirurgie aan te pakken.

### *The G4 Alliance*

Een groep chirurgen, traumatologen, gynaecologen en anesthesisten heeft in mei van dit jaar de G4 Alliance opgericht. (zie ook: [www.theg4alliance.org](http://www.theg4alliance.org)) Deze alliantie, waar de Netherlands Society for International Surgery deel van uit maakt, heeft als doel als grote internationale pleitbezorger krachten te bundelen, om chirurgische zorg wereldwijd beschikbaar te maken. Dit ongeacht etnische afkomst, geloof, woonplaats of financiële middelen. Een van de speerpunten van de G4 is het ontwikkelen van opleidingen om zo het tekort aan lokale artsen en verpleegkundigen aan te pakken.

### *WHO: Surgery for all!*

In dezelfde week als die van de oprichting van de G4 Alliance is door de WHO een resolutie voor wereldwijde chirurgische zorg aangenomen: 'Strengthening Emergency and Essential Surgical Care and Anaesthesia as a Component of Universal Health Coverage'.<sup>17</sup> Hierin wordt bevestigd dat chirurgie een onmisbaar onderdeel van de wereldwijde publieke gezondheidszorg behoort te zijn.

## Maar hoe nu verder?

### *De rol voor de Nederlandse chirurgen*

In Nederland hebben wij als enige land ter wereld de sinds 2012 erkende opleiding tot Arts Internationale Gezondheidszorg en Tropeneeskunde (AIGT); de voormalige Tropenopleiding. Talloze Nederlandse chirurgen hebben aan deze opleiding bijgedragen. Zij hebben zo 'op afstand' gezorgd voor de behandeling van liesbreuken, wonden en abscessen, fracturen alsook thorax- en neurotraumata. Al deze aandoeningen staan in de top 15 van de chirurgische ingrepen, die wereldwijd voor patiënten beschikbaar moeten zijn.<sup>18</sup> Een heikel punt is dat de opleiding AIGT weliswaar is erkend, maar dat de overheid nog steeds de financiering niet op zich heeft willen nemen. Laten we hier een gezamenlijke missie van maken!

### *Het opleidingsziekenhuis in Afrika*

De opleiding tot AIGT is veranderd van tweemaal één jaar chirurgie en gyn/obstetrie naar tweemaal negen maanden in Nederland, waarbij als aanvulling een stage van zes maanden in een buitenlands opleidingsziekenhuis in 'low



resource setting' wordt toegevoegd. De grote meerwaarde is dat de toekomstige AIGT een deel van de opleiding volgt in de omstandigheden zoals die zich ook in het toekomstige werk voor zullen doen. Een probleem is echter het vinden van

## NIET MEER MET EEN VERBANDTROMMELTJE DE JUNGLE IN

geschikte opleidingsplaatsen voor de Nederlandse AIGT in buitenlandse ziekenhuizen. Het borgen van de kwaliteit van de opleiding is een andere uitdaging. Een vereiste is in elk geval dat er in het ziekenhuis minimaal één chirurg als supervisor aanwezig moet zijn. Wij zijn er van overtuigd dat er vele oud tropenartsen zijn die aan het einde van hun loopbaan als specialist in Nederland

nog wel eens een paar maanden de sfeer van weleer willen proeven. Zo zullen er ook vele collegae zijn die altijd naar een ontwikkelingsland hebben gewild, maar voor wie het er nooit van gekomen is. Hier is natuurlijk een uitgesproken win-win-situatie van te maken. De opleidingsziekenhuizen zullen de expertise en werkkraft goed kunnen gebruiken. Andersom hoeven de Nederlandse chirurgen niet 'met een verbandtrommeltje de jungle in', maar komen zij in een redelijk tot goed georganiseerde omgeving terecht. Zo kunnen ze opnieuw of voor het eerst deze uitdaging aan. Maar bovenal kunnen ze ons vak ook doorgeven aan een leergierige en gretige nieuwe generatie.

### *De vele individuele projecten*

Er zijn veel chirurgen die elk hun eigen project in Afrika of elders hebben en daar met enige regelmaat een paar weken

naar toe gaan. Wij juichen dit toe, maar constateren tegelijkertijd dat er nog een grote mate van versnippering is. Meer eenheid en continuïteit kan het opleidingsaspect van al deze projecten zeer ten goede komen. Onderlinge contacten en samenwerking kunnen de effectiviteit van deze projecten bevorderen. De NSIS wil een platform zijn om samen met organisaties als COSECSA en de G4-alliance deze interactie mogelijk te maken.

### *Conclusie*

Het jaar 2015 is al uitgeroepen tot het jaar van de wereldwijde chirurgie. Er zijn talloze veelbelovende ontwikkelingen gaande. Als Nederlandse chirurgen kunnen wij daar een zeer dankbare rol in vervullen. Om elkaar te inspireren en te stimuleren, organiseert NSIS tijdens de Chirurgendagen 2016 van de NVvH hier een sessie over. U bent van harte welkom! ■

### Literatuur

1. Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf) (accessed 19 Jun2015).
2. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet (London, England)* 2008; **372**: 865-6.
3. Meara JG, Greenberg SLM. The Lancet Commission on Global Surgery Global surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare and economic development. *Surgery* 2015; **157**: 834-5.
4. Chao TE, Sharma K, Mandigo M, et al. Cost-effectiveness of surgery and its policy implications for global health: a systematic review and analysis. *Lancet Glob Heal* 2014; **2**: e334-e345.
5. Prinja S, Nandi A, Horton S, Levin C, Olson Z, Laxminarayan R. Chapter 18. Costs, effectiveness, and cost-effectiveness of selected surgical procedures and platforms: a summary. In: Debas HT, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Mock CN, eds. *Dis Control Priorities* [http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0346-8\\_ch18](http://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/978-1-4648-0346-8_ch18) (accessed 6 Jun2015).
6. Mock CN, Donkor P, Gawande A, Jamison DT, Kruk ME, Debas HT. Essential surgery: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2015; **385**: 2209-19.
7. Van Amelsfoort JJC, van Leeuwen PAM, Jiskoot P, Ratsma YEC. Surgery in Malawi--the training of clinical officers. *Trop Doct* 2010; **40**: 74-6.
8. Chilopora G, Pereira C, Kamwendo F, Chimbi A, Malunga E, Bergström S. Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. *Hum Resour Health* 2007; **5**: 17.
9. Kruk ME, Wladis A, Mbembati N, et al. Human resource and funding constraints for essential surgery in district hospitals in Africa: a retrospective cross-sectional survey. *PLoS Med* 2010; **7**: e1000242.
10. Hounton SH, Newlands D, Meda N, De Brouwere V. A cost-effectiveness study of caesarean-section deliveries by clinical officers, general practitioners and obstetricians in Burkina Faso. *Hum Resour Health* 2009; **7**: 34.
11. WHO | Task shifting: global recommendations and guidelines. [http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting\\_guidelines/en/](http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/) (accessed 19 Nov2014).
12. Chu K, Rosseel P, Gielis P, Ford N. Surgical task shifting in Sub-Saharan Africa. *PLoS Med* 2009; **6**: e1000078.
13. Hoyler M, Finlayson SRG, McClain CD, Meara JG, Hagander L. Shortage of doctors, shortage of data: a review of the global surgery, obstetrics, and anesthesia workforce literature. *World J Surg* 2014; **38**: 269-80.
14. Makasa EM. Letter to global health agency leaders on the importance of surgical indicators. *Lancet* 2014; **384**: 1748.
15. Hendriks TCC, Botman M, Voorhoeve R. [Worldwide access to surgery: a necessity, not a luxury]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; **159**: A8697.
16. Botman M, Meester RJ, Voorhoeve R, et al. The amsterdam declaration on essential surgical care. *World J Surg* 2015; **39**: 1335-40.
17. WHA Strengthening emergency and essential surgical care and anaesthesia as a component of universal health coverage. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_31-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_31-en.pdf) (accessed 19 Jun2015).
18. Henry JA, Bem C, Grimes C, et al. Essential surgery: the way forward. *World J Surg* 2015; **39**: 822-32.