

innoveren en inventief handelen: verpleegkundige in de wereld

Verpleegkunde
Derdejaar
1 studiepunt

Je kent je rol als actieve wereldburger en je onderzoekt mogelijkheden om mondiale doelstellingen vorm te geven in het eigen handelen.



Docent: Kristel Plettinx

VERPLEEGKUNDE IN DE WERELD

Inhoud

<u>1</u>	<u>Inleiding</u>	<u>3</u>
<u>2</u>	<u>De doelstellingen</u>	<u>5</u>
2.1	Inleiding	5
2.2	De 8 doelstellingen	5
2.3	Bespreking van de millenniumdoelstellingen (2000-2015)	7
2.4	Duurzame ontwikkelingsdoelen (2016-2030)	8
<u>3</u>	<u>Gezondheidszorg over de grenzen heen</u>	<u>12</u>
3.1	Ziektekiembestrijding	14
3.1.1	Malaria	14
3.1.2	Vaccins	15
3.1.3	Lepra en armoede	15
3.1.4	TBC	16
3.2	Ziekte en gezondheid	16
3.2.1	Primary Health Care	17
3.2.2	Moeder- en kindzorg	19
3.2.3	Seksuele voorlichting en genitale mutilatie	19
3.2.4	Geestelijke gezondheidszorg	20
3.2.5	Ondervoeding	21
3.3	Ziekte en maatschappij	22
3.3.1	HIV/ Aids	22
3.3.2	De geneesmiddelenmarkt is ziek	22
3.3.3	Vergeten en verwaarloosde ziekten	23
3.3.4	Noodhulp	24
3.3.5	Bedreigingen van klimaatsveranderingen	24
<u>4</u>	<u>De (para)medische hulpverlener in een LMIC</u>	<u>26</u>
4.1	Niet-Gouvernementele Organisaties	26
4.1.1	Definitie	26
4.1.2	Organisaties	27
4.1.3	Artsen zonder Grenzen of Médecins sans Frontières	27
	Oorsprong	27
4.2	De 4de pijler	31
4.2.1	Oorsprong	31
4.2.2	Middelen en erkenning	31
4.2.3	Initiatieven	31
4.2.4	Bijdrage en kwaliteitsvereisten	32
<u>5</u>	<u>Referenties</u>	<u>33</u>
<u>6</u>	<u>Nuttige websites</u>	<u>34</u>

1 INLEIDING

De cursus geeft enkele grondbeginselen van de internationale gezondheidszorg weer, waarbij je in hoofdstuk 3 en 4 een algemeen zicht op de gezondheidszorg over de grenzen heen krijgt.

Via de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen in hoofdstuk 2 wordt duidelijk waar vele landen de dag van vandaag mee bezig zijn. De uitwerking van deze doelstellingen is constant in beweging en vraagt een actuele uitdieping om de huidige situatie in beeld te krijgen.

Op het einde van 2015 werden de 8 millenniumdoelstellingen afgesloten en in januari 2016 is het startsein gegeven voor een verderzetting van de doelstellingen via de 17 nieuwe duurzame ontwikkelingsdoelen.

Bogdan vanden Berghe (2014): *Alleen al het bestaan van die doelstellingen is goed nieuws, want die indicatoren zijn meetbaar en concreet. Ze helpen om de druk op de ketel te houden, en om uit te leggen wat er precies gebeurt.*

Mondiaal Nieuws (mei 2015): *Ontwikkeling is een ingewikkeld en ongrijpbaar proces. Tussen 2000 en 2015 werd er internationaal sterk ingezet op de millenniumdoelen. Met succes, zeggen velen. Maar de wereld is intussen diepgaand veranderd en dus moeten ook ontwikkeling en samenwerking fundamenteel anders.*

Zorgen de aangekondigde Duurzame Ontwikkelingsdoelen daarvoor?

Biedt de keuze voor fragiele staten of voor meetbare resultaten kansen?

*In september 2019 heeft de secretaris-generaal van de VN alle sectoren van de samenleving opgeroepen om op drie niveaus te mobiliseren voor een decennium van actie: **wereldwijde actie** om meer leiderschap, meer middelen en slimmere oplossingen voor de doelstellingen voor duurzame ontwikkeling te waarborgen; **lokale actie** die de noodzakelijke overgangen verankert in het beleid, de begrotingen, instellingen en regelgevingskaders van overheden, steden en lokale autoriteiten; en **actie van mensen**, onder meer door jongeren, het maatschappelijk middenveld, de media, de particuliere sector, vakbonden, de academische wereld en andere belanghebbenden, om een niet te stoppen beweging te genereren die aandringt op de vereiste transformaties.*
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/decade-of-action/> geraadpleegd op 18/06/20.

Doelstellingen

- Je maakt kennis met de organisatie van de gezondheidszorg in het buitenland vanuit cliëntgericht perspectief
- Je hebt notie van de specifieke aspecten van de hulpverlening in een andere cultuur
- Je omschrijft de rol van de hulpverlener in een derde wereld land.
- Je maakt vanuit de examenopdracht kennis met de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen en verwerft van hieruit inzicht in de (gezondheids-) problemen over de hele wereld
- Je formuleert de problematiek van één van de 17 ontwikkelingsdoelstellingen via onderzoekwerk.

Inhoud

- Organisatie van gezondheidszorg over de grenzen heen
- De duurzame ontwikkelingsdoelstellingen 2030
- Aspecten van de hulpverlening in een andere cultuur (o.a. effecten van hulpverlening op de samenleving inschatten en hanteren, religieuze gebruiken,

- culturele gebruiken)
- De rol, taak en (meer)waarde van de (para)medische hulpverlener in een Derde Wereld land

Competenties

Algemene competenties A

A2 het verwerven en verwerken van informatie

A3 het vermogen tot kritische reflectie en projectmatig werken,

A4 creativiteit

A6 het vermogen tot communiceren van informatie, ideeën, problemen en oplossingen, zowel aan specialisten als aan leken

A7 een ingesteldheid van levenslang leren

Beroepsgerichte competenties BG

BG1 teamgericht kunnen werken

BG4 het besef van maatschappelijke verantwoordelijkheid samenhangend met de beroepspraktijk

Beroepsspecifieke competenties: kerncompetenties met deelcompetenties voor verpleegkunde BS

BS3 Toonaangevend functioneren binnen het intra- en interprofessionele team

BS3.3 Leveren van een waardevolle bijdrage tot het interprofessionele gebeuren

BS4 De kwaliteit van zorg en welzijn bewaken en bevorderen

BS4.1 Informatie, advies en educatie verlenen in het kader van preventie en het begeleiden van veranderingsprocessen

BS4.3 Kwaliteitsbevorderende initiatieven voorstellen of ondersteunen

BS5 Constructief bijdragen aan de actuele beroepsontwikkeling

BS5.1 Gericht en methodisch vak-en wetenschappelijke literatuur opzoeken

BS6 Autonoom professioneel innoveren en inventief denken en handelen

BS6.2 Acties ondernemen om zich verder te professionaliseren

Werkvorm

- Digitale cursus, PPT en examenopdracht op CANVAS; verduidelijkt en geïllustreerd via online hoorcollege en werkcolleges.
- Groepsopdracht waarin via opzoekwerk de cursus verder uitgediept en geactualiseerd wordt.

Examenvorm

- Groepsopdracht in examensjabloon op CANVAS
- Richtlijnen indienen opdracht staan op CANVAS en zijn strikt te volgen.

2 DE DOELSTELLINGEN

2.1 Inleiding

Om een beter beeld te krijgen van de internationale toestand van de gezondheidszorg over de hele wereld vertrekken we vanuit de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen. Deze doelstellingen en hun vooruitgang geven een duidelijk beeld van de actuele problemen in verschillende landen over de hele wereld.

De eerste millenniumverklaring voor de 8 millenniumdoelstellingen werd opgesteld door de Verenigde Naties in New York en ondertekend door alle (toenmalige, vandaag zijn het er 191) 189 lidstaten van de VN, in september 2000. De bedoeling was om via deze afspraken met deze lidstaten tegen 2015 de belangrijkste wereldproblemen aan te pakken. De doelen zouden een einde moeten maken aan armoede, ziektes, ongelijkheid en milieuproblemen.

Via onderstaande website kan je de verschillende doelstellingen met subdoelen en indicatoren vinden zoals deze zijn opgesteld door de Verenigde Naties. (zie bijlage 1)
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

In deze tabel zijn de 8 millenniumdoelen (goals) heel abstract geformuleerd. De subdoelstellingen (targets) daaronder geven meer verduidelijking. Per doelstelling zijn er één of meerdere subdoelstellingen. Aan de subdoelen zijn in totaal 58 indicatoren gekoppeld waarmee de voortgang van de millenniumdoelen kan worden gemeten.

Bijvoorbeeld:

Millenniumdoel 4: 'Verminder kindersterfte'.

Target: 'Verminder tussen 1990 en 2015 het kindersterftecijfer onder de vijf met 2/3'.

Indicatoren: 'Het sterftecijfer onder de 5 jaar en het percentage 1-jarigen dat is ingeënt tegen de mazelen.

2.2 De 8 doelstellingen

(Bron: <https://www.oneworld.nl/toekomstdenkers/millenniumdoelen>, geraadpleegd op 06/07/2020)



Millenniumdoel 1: De grootste armoede en honger uitbannen.

Het percentage mensen dat in extreme armoede leeft, is in 2015 ten minste voor de helft teruggebracht ten opzichte van 1990. Extreme armoede betekent dat iemand minder dan een dollar per dag te besteden heeft. In 1990 moesten 1,2 miljard mensen wereldwijd zien te overleven met minder dan een dollar per dag. Het eerste millenniumdoel is dat dit in 2015 moet zijn teruggebracht tot de helft: 600 miljoen.



Millenniumdoel 2: Basisonderwijs wereldwijd toegankelijk maken voor iedereen.

Onderwijs is een basisrecht. Toch gaan er wereldwijd 104 miljoen kinderen niet naar school, en is 1 op de 6 mensen analfabeet. In ontwikkelingslanden is het percentage kinderen dat niet naar school gaat 20%. Goed onderwijs is van groot belang voor de bestrijding van armoede. In millenniumdoel twee is vastgelegd dat in 2015 alle kinderen in alle landen basisonderwijs moeten volgen.



Millenniumdoel 3: Gelijke behandeling van mannen en vrouwen bevorderen.

Het derde millenniumdoel luidt dat in 2015 mannen en vrouwen gelijkwaardig moeten zijn. Mannen en vrouwen hebben formeel dezelfde rechten. Dit is vastgelegd in internationale mensenrechtenverdragen. In de praktijk blijkt dit echter niet voldoende om discriminatie en achterstelling van vrouwen tegen te gaan.



Millenniumdoel 4: Kindersterfte terugdringen.

Het aantal kinderen dat in ontwikkelingslanden voor de vijfde verjaardag overlijdt moet in 2015 met tweederde zijn teruggebracht ten opzichte van 1990. Dit is het vierde millenniumdoel. Wereldwijd sterven ruim 10 miljoen kinderen voor hun vijfde levensjaar. In Afrika zijn dat ongeveer 1 op de 5 kinderen, in Nederland 1 op de 200.



Millenniumdoel 5: De gezondheid van moeders verbeteren.

Jaarlijks overlijden meer dan een half miljoen vrouwen aan de gevolgen van hun zwangerschap. In de millenniumdoelen is vastgelegd dat moedersterfte in 2015 met driekwart moet zijn teruggebracht ten opzichte van 1990. Om dit te kunnen realiseren zijn reproductieve en seksuele rechten voor vrouwen essentieel.



Millenniumdoel 6: Strijd leveren tegen hiv/aids, malaria en andere ziekten.

Voor het jaar 2015 moet de verspreiding van aids, malaria en andere dodelijke ziektes zijn gestopt. Dit is het zesde millenniumdoel. Wereldwijd zijn er 39 miljoen mensen besmet met het hiv/aids-virus. Het grootste deel daarvan, 25 miljoen mensen, leeft in Sub Sahara Afrika. In deze regio is aids de belangrijkste doodsoorzaak. Een andere veel voorkomende doodsoorzaak in Afrika is malaria. Van de 1 miljoen slachtoffers per jaar woont 90% in Afrika.



Millenniumdoel 7: Actief werken aan een duurzaam milieu.

Meer mensen leven in een duurzaam milieu in 2015 door het integreren van duurzame ontwikkeling in nationaal beleid en halvering van het aantal mensen zonder toegang tot veilig drinkwater. Voor 2020 zijn de levensomstandigheden van ten minste 140 miljoen bewoners van krottenwijken aanzienlijk verbeterd.



Millenniumdoel 8: Werken aan een mondiaal partnerschap voor ontwikkeling.

De eerste zeven millenniumdoelen gaan over het verbeteren van de situatie in ontwikkelingslanden. Het achtste millenniumdoel gaat over wat de rijke landen moeten doen of veranderen om de andere millenniumdoelen te kunnen realiseren. Voorbeelden zijn het maken van afspraken over goed bestuur, de ontwikkeling van een eerlijk handelssysteem en het vinden van een oplossing voor het schuldenvraagstuk.

2.3 Bespreking van de millenniumdoelstellingen (2000-2015)

Op volgende website: <https://www.oneworld.nl/toekomstdenkers/millenniumdoelen> (geraadpleegd op 06/07/2020) vinden we onderstaande informatie:

Vooruitgang

De laatste jaren is flinke winst geboekt op millenniumdoel 1 (halvering van de armoede). Volgens de laatste prognoses zal het aantal mensen dat van minder dan 1,25 dollar per dag moet rondkomen in 2015 ongeveer 883 miljoen bedragen. Vergeleken met de 1,8 miljard mensen die in 1990 in armoede leefden betekent dit dat het doel ruimschoots zou worden gehaald. Ook is er aanzienlijke vooruitgang op de millenniumdoelen 2 (alle kinderen naar school), 3 (gelijke kansen in het onderwijs) en 7 (toegang tot veilig drinkwater).

Van de ontwikkelingslanden die nu nog niet op schema liggen om de doelen in 2015 te halen, zit de helft daarvan er wel heel dicht tegen aan. Forse achterstand is er vooral op

doelen 4 (kindersterfte), 5 (moedersterfte) en 7 (toegang tot sanitaire voorzieningen, biodiversiteit en CO2-uitstoot). Ook is de halvering van het percentage mensen met honger (1) nog lang niet in zicht. Om deze doelen te halen is er nog een enorme inspanning nodig van arme én rijke landen.

Vertekend beeld

De voortgang op de millenniumdoelen wordt op mondiaal niveau gemeten. Zo gaat het bijvoorbeeld bij millenniumdoel 1 om de *wereldwijde* halvering van de armoede en honger. In het jaarlijkse voortgangsrapport VN 2015 (pdf) wordt daarnaast in beeld gebracht hoe de verschillende *regio's* scoren op de millenniumdoelen. Toch geeft zo'n mondiaal of regionaal perspectief een vertekend beeld van de voortgang op de millenniumdoelen. Zo zal het eerste millenniumdoel (halvering van de armoede) op mondiaal niveau gehaald worden dankzij de enorme winst in China, terwijl een aantal andere – vooral Afrikaanse – landen nog mijlenver verwijderd zijn van het doel.

Een regionaal perspectief geeft eveneens een vertekend beeld van de voortgang omdat er binnen de regio's grote verschillen kunnen zijn. Zo zijn er in Sub-Sahara Afrika (de regio die steevast het slechtst scoort op de millenniumdoelen) verschillende landen die juist grote sprongen vooruit hebben gemaakt. Waar bijvoorbeeld Tsjaad op kindersterfte (millenniumdoel 4) slecht scoort, ligt Ethiopië juist op schema. En waar Burundi nog ver verwijderd is van het halen van millenniumdoel 1, heeft Oeganda op dit doel flinke winst geboekt.

Via volgende link kan je de bedenkingen rond de millenniumdoelstellingen vinden: [millenniumdoelen, discussies](#) (geraadpleegd 06/07/2020)

Door het gebruik van voortgangsgrafieken met cijfers van 1990 tot heden kun je precies zien hoe ver de verschillende landen zijn in het behalen van de millenniumdoelen. Om de voortgang en informatie van over de hele wereld in kaart te krijgen kan je info vinden op: <https://unstats.un.org/unsd/mdg/Data.aspx> (geraadpleegd 06/07/2020)

Duurzame ontwikkelingsdoelen (2016-2030)

In september 2015 werd er door de Verenigde Naties een grote bijeenkomst gehouden om het vervolg op de millenniumdoelstellingen te bespreken. De duurzame ontwikkelingsdoelstellingen werden hier goedgekeurd.

De nieuwe ontwikkelingsdoelen verschillen van de millenniumdoelen. In 2000 ging het nog over hoe het Noorden het Zuiden ging helpen om armoede en honger de wereld uit te werken, vandaag is het plaatje compleet anders: wat moeten alle landen in de wereld doen om te zorgen dat we wereldwijd een verbetering van een aantal standaarden krijgen? De globalisering, in andere woorden, heeft ook toegeslagen in de ontwikkelingsdoelen. Het is niet meer wij voor zij, maar iedereen voor iedereen. (Koepelorganisatie 11.11.11, 2015)

Meer informatie over deze nieuwe doelstellingen kan op volgende link:
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/> (geraadpleegd op 06/07/2020)

De doelstellingen voor 2030 zijn gebaseerd op zes kernwaarden:

Mensen - Toegang tot gezondheidszorg en onderwijs voor iedereen (ook vrouwen en meisjes)

Waardigheid - Einde aan armoede en tegengaan van ongelijkheid

Welvaart - Sterke economieën waar eenieder aan deelneemt

Gerechtigheid - Veilige en vredige samenlevingen met sterke instituten

Samenwerken - Versterken van mondiale solidariteit en duurzame ontwikkeling

Planeet - Beschermen van ecosystemen voor alle samenlevingen en toekomstige generaties

Dat is uitgewerkt in 17 doelen voor het jaar 2030.

Meer info hierover kan je vinden op volgende website:

<http://www.cmo.nl/vnarena-vob/duurzame-ontwikkelingsdoelen-2016-2030> (geraadpleegd op 30/12/2019)

Officiële tekst van deze doelstellingen: <http://ngo-federatie.be/ontwikkelingssamenwerking/multilaterale-organisaties> (geraadpleegd op 30/12/2019)

<http://www.dewereldmorgen.be/artikel/2015/09/25/wat-zijn-de-duurzame-ontwikkelingsdoelstellingen-sdg-van-de-vn> (geraadpleegd op 30/12/2019)

De Millenniumdoelen

De acht doelen gesteld door de VN in 2000. De deadline is in 2015.

- 1 Uitbannen extreme armoede en honger
- 2 Alle kinderen naar school
- 3 Gelijke rechten voor mannen en vrouwen
- 4 Sterke reductie kindersterfte
- 5 Minder sterfte door zwangerschap
- 6 Verspreiding stoppen van aids en malaria
- 7 Meer mensen in een duurzaam leefmilieu
- 8 Eerlijke handel, schuldverlichting en hulp



De nieuwe duurzame ontwikkelingsdoelen

De zeventien doelen voor het jaar 2030 die in 2015 door de VN worden vastgelegd.

- | | | |
|---|---|--|
| 1 Geen armoede | 7 Toegang tot betaalbare en duurzame energie | 13 Klimaatverandering tegengaan |
| 2 Geen honger, duurzame landbouw | 8 Economische groei, werkgelegenheid | 14 Duurzaam gebruik van zeeën |
| 3 Gezondheidszorg voor iedereen | 9 Infrastructuur voor duurzame industrialisatie | 15 Bescherming ecosystemen, bossen en biodiversiteit |
| 4 Onderwijs voor iedereen | 10 Verminderen ongelijkheid binnen en tussen landen | 16 Promotie veiligheid, publieke diensten en recht voor iedereen |
| 5 Gelijke rechten voor meisjes en vrouwen | 11 Steden veilig, weerbaar en duurzaam | 17 Versterking mondiaal partnerschap om doelen te bereiken |
| 6 Schoon water en sanitair voor iedereen | 12 Duurzame consumptie en productie | |

Bron: <https://twitter.com/antwmgtschool/status/549131650186350592> (geraadpleegd op 30/12/2019)

De opvolgers van de millenniumdoelen:

17 DUURZAME ONTWIKKELINGS-DOELSTELLINGEN

Bij elk doel zijn twee subdoelen uitgelicht

De opvolgers van de millenniumdoelen: 17 DUURZAME ONTWIKKELINGS-DOELSTELLINGEN Bij elk doel zijn twee subdoelen uitgelicht	1  Geen armoede Elimineer extreme armoede (minder dan 1,25 dollar per dag) voor alle mensen. Zorg dat iedereen gelijke toegang heeft tot natuurlijke hulpbronnen, land en andere vormen van bezit.	2  Geen honger Beëindig honger. Zorg dat iedereen het hele jaar door gezond, veilig en voldoende voedsel kan krijgen. Zorg voor duurzame voedselsystemen en veerkrachtige landbouwmethodes.	3  Goede gezondheid en welzijn Bestrijd baby- en kindersterfte. Beëindig de epidemieën van AIDS, tuberculose, malaria en andere tropische ziektes.	4  Kwaliteitsonderwijs Zorg dat alle jongens en meisjes toegang hebben tot goede begeleiding bij vroege ontwikkeling. Zorg dat er in 2030 een hoger aantal jongeren is met voor de arbeidsmarkt relevante vaardigheden.	5  Gendergelijkheid Elimineer schadelijke praktijken zoals kindhuwelijken, gedwongen huwelijken en meisjesbesnijdenis. Waardeer onbetaalde zorg en huishoudelijk werk, zorg voor sociale bescherming van vrouwen.	6  Schoon water en sanitair Bereik universele en gelijke toegang tot veilig en betaalbaar drinkwater voor iedereen. Zorg dat er substantieel zuiniger wordt omgegaan met water.	7  Betaalbare en duurzame energie Verzekert universele toegang tot betaalbare, betrouwbare en moderne energievoorziening. Verdubbel het tempo van verbetering van energie-efficiency.	8  Eerlijk werk en economische groei Bereik volledige werkgelegenheid voor iedereen en gelijke betaling voor gelijk werk. Bevorder duurzaam toerisme, om banen te scheppen.
9  Industrie, innovatie en infrastructuur Ontwikkel hoogwaardige en duurzame infrastructuur. Bevorder toegang tot het internet en informatie-technologie.	10  Ongelijkheid verminderen Zorg ervoor dat de inkomens van de onderste 40 procent sneller groeien dan het nationaal gemiddelde. Geef ontwikkelingslanden een grotere stem in mondiale economische en financiële instellingen.	11  Duurzame steden en gemeenschappen Zorg voor betaalbaar en veilig onderdak, en verbeter krottenwijken. Zorg voor toegang tot goed openbaar vervoer voor iedereen.	12  Verantwoorde consumptie en productie Bevorder efficiënt gebruik van natuurlijke hulpbronnen. Halveer de voedselverspilling per hoofd van de bevolking, verminder het voedselverlies in de productie.	13  Klimaatactie Versterk veerkracht en aanpassingsvermogen bij klimaatverandering en natuurrampen. Verbeter onderwijs, bewustwording en institutionele capaciteit om klimaatverandering op te vangen.	14  Leven in het water Voorkom en verminder zeevervuiling. Reguleer de visserij en stop overbevissing, illegale en schadelijke visserij.	15  Leven op het land Bevorder duurzaam bosbeheer. Stop ontbossing. Ga afbraak van de natuurlijke leefomgeving tegen, stop het verlies aan biodiversiteit.	16  Vrede, veiligheid, openbare dienstverlening Reduceer alle vormen van geweld en de daaraan gerelateerde sterftecijfers. Zorg voor goede overheidsdiensten. Laat de overheid op elk niveau verantwoording afleggen.	17  Partnerschap om doelstellingen te bereiken Versterk belastinginning in ontwikkelingslanden, ga belastingontwijking tegen. Maak wereldwijd transparante en eerlijke handelsafspraken.

Bron: <http://www.nrcreader.nl/artikel/9974/de-wereld-wordt-perfect>

3 GEZONDHEIDSZORG OVER DE GRENZEN HEEN

In vele LMIC's is er een structureel tekort aan financiële middelen en een gebrek aan toegankelijke voorzieningen zoals geneesmiddelen, gezondheidspersoneel en adequate zorg van redelijke kwaliteit.

De gezondheidssituatie is in de afgelopen decennia wereldwijd sterk verbeterd in sommige gebieden, zoals in Azië en Latijns-Amerika waar de kindersterfte sterk gedaald is en de levensverwachting toegenomen, terwijl de situatie in verschillende Afrikaanse landen eerder verslechterd is.

In Afrika zijn vooral vrouwen en kinderen het slachtoffer van de structurele tekorten:

- Elke dertig seconden sterft een kind aan de gevolgen van malaria.
- De sociale en economische ontwikkelingen worden ondermijnd door de HIV/aids-epidemie.
- De burgeroorlogen en gewapende conflicten zorgen voor epidemieën, honger en verwoesting van de medische infrastructuur.

Via de millenniumdoelstellingen en de duurzame ontwikkelingsdoelstellingen voor 2030 wil men de leefomstandigheden wereldwijd aanzienlijk verbeteren. Vooral de basisgezondheidszorg is de eerste stap.

Enkele omschrijvingen:

Low and Middle Income Country (LMIC) (Website: <http://www.btcctb.org/>)

(Dit is de meest recente benaming voor derde wereld landen. Verder in de cursus zullen beide benamingen door elkaar gebruikt worden.)

"Er bestaat geen internationaal bindende lijst van ontwikkelingslanden of LMIC. De Verenigde Naties (VN), de Wereldbank en het ontwikkelingscomité van de OESO hanteren vergelijkbare criteria om een ontwikkelingsland te definiëren – bijvoorbeeld het inkomen per hoofd van de bevolking – maar ze geven die criteria verschillende gewichten. Het ontwikkelingsprogramma van de VN (UNDP) publiceert ieder jaar de zogenaamde Menselijke-ontwikkelingsindex (Human Development Index), waarin uiteenlopende indicatoren (levensverwachting, levensstandaard, gezondheid, onderwijs...) van de meeste landen in de wereld met elkaar worden vergeleken.

De volgende punten zijn – min of meer – kenmerkend voor LMIC.

- een hoge staatsschuld
- een hoog percentage analfabeten
- een hoog sterftecijfer
- ondervoeding
- kinderarbeid
- ontbrekende vrouwenemancipatie
- veel kinderen per gezin
- slechte hygiëne
- laag energieverbruik
- een slechte infrastructuur,
- lage scholingsgraad. "

Wereldbank: (website: <http://www.worldbank.org/>)

De wereldbank is een vitale bron van financiële en technische bijstand aan ontwikkelingslanden over de hele wereld. Ze is samengesteld uit twee unieke ontwikkelingsinstellingen in handen van 186 landen:

- "The International Bank for Reconstruction and Development (IBRD)
- "The International Development Association" (IDA)

Iedere instelling heeft een andere rol maar werkt samen om de visie van een alomvattende en duurzame globalisering te bereiken. De IBRD richt zich op middel inkomen en kredietwaardige arme landen, terwijl de IDA zich op de armste landen in de wereld richt.

Samen bieden zij lage rente leningen, renteloze kredieten en subsidies aan ontwikkelingslanden voor doeleinden zoals investeringen in onderwijs, gezondheidszorg, openbaar bestuur, infrastructuur, ontwikkeling van de financiële en particuliere sector, landbouw, milieu en beheer van natuurlijke hulpbronnen.

Verenigde Naties (VN): (website: [Verenigde Naties](http://www.un.org/))

"Deze organisatie is ontstaan uit de behoefte om vrede en veiligheid, maar ook humanitaire hulp en mensenrechten , op een globale manier te kunnen organiseren. Het is een wereldomvattende organisatie met kantoren in landen overal ter wereld. De grondslag van de VN staat beschreven in het "Handvest van de Verenigde Naties" Als internationaal verdrag codificeert het Handvest op internationaal niveau de voornaamste beginselen inzake internationale betrekkingen, van de soevereine gelijkwaardigheid van staten tot het verbod op het gebruik van geweld in internationale relaties."

"De in het Handvest uiteengezette doelstellingen van de VN zijn

- Handhaving van de internationale vrede en veiligheid*
- Ontwikkeling van vriendschappelijke betrekkingen tussen landen op basis van eerbied voor het beginsel van gelijke rechten en zelfbeschikking van volken*
- Samenwerking bij het oplossen van internationale vraagstukken van economische, sociale, culturele en humanitaire aard, alsmede het bevorderen van de eerbiedigen van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden*
- Een centrum zijn voor de harmonisatie van het optreden van de naties ter verwezenlijking van deze gemeenschappelijke doelstellingen."*

WHO: (website: <http://www.who.int/en/>)

De autoriteit die de leiding heeft en coördinatie doet van de gezondheid binnen de Verenigde Naties.

De rol van WHO in de volksgezondheid is:

- Leiderschap over zaken die van cruciaal belang zijn voor de gezondheid en het aangaan van partnerschappen waar gezamenlijke actie nodig is.*
- Vormgeven aan de onderzoeksagenda en stimuleren van de productie, vertaling en verspreiding van waardevolle kennis.*
- Vaststellen van normen en standaarden en bevorderen van en toezicht op de uitvoering ervan.*
- Ethische en evidence-based beleidsopties opstellen*
- Verlenen van technische ondersteuning, veranderen en opbouwen van duurzame institutionele capaciteiten.*
- Toezicht op de gezondheidssituatie en beoordeling van de gezondheidstrends*

WTO: (Website: <https://www.wto.org/>)

- Een organisatie voor liberalisering van de handel*
- Een forum voor regeringen om handelsakkoorden te onderhandelen*
- Een plek om handelsgeschillen te beslechten*

De WTO-akkoorden worden onderhandeld en ondertekend door het merendeel van de naties die (wereld)handel voeren. Deze documenten vormen de juridische grondregels voor de internationale handel zodat alles transparant en voorspelbaar verloopt.

3.1 Ziektekiembestrijding

Tijdens de periode van de kolonisatie van Afrikaanse landen neemt binnen de tropische geneeskunde het bestrijden van infectieziekten al snel een belangrijke plaats in. In Europa zelf lijken de infectieziekten vanaf het begin van de 20^e eeuw op hun retour, wat onder andere kan toegeschreven worden aan:

- betere drinkwatervoorzieningen,
- de aanleg van rioleringen
- een betere gezondheidszorg.

Na de ontdekking van het eerste antibioticum (1943) en de succesvolle vaccinatiecampagnes tegen onder andere polio (1955), dacht men dat de infectieziekten spoedig onder controle zullen zijn. Maar hierbij werd geen rekening gehouden met de infrastructuur die nodig is voor succesvolle ziektebestrijding. Ook de veranderlijkheid van ziektekiemen en de mobiliteit van hun menselijke gastheren werden over het hoofd gezien.

3.1.1 Malaria (<http://www.who.int/topics/malaria/en/>, geraadpleegd op 30/12/2019)

Malaria is een infectieziekte veroorzaakt door eencellige parasieten van het geslacht *Plasmodium*. Deze parasiet wordt op mensen overgebracht door malariamuggen. Er sterven jaarlijks ongeveer 1 miljoen mensen aan malaria, waaronder vnl. kinderen onder de 5 jaar. Zwangere vrouwen hebben een verhoogd risico als gevolg van complicaties van malaria.

Er zijn vier belangrijke soorten van *Plasmodium* voor de mens:

- *Plasmodium falciparum* (50% van de ziektegevallen): dit is de vorm die de gevaarlijkste malaria "malaria tropica" veroorzaakt en waarbij de kans op een dodelijke afloop veel groter is dan bij de andere soorten.
- *Plasmodium vivax* (20-30% van de ziektegevallen),
- *Plasmodium ovale* (10% van de ziektegevallen)
- *Plasmodium malariae* (10% van de ziektegevallen)

De kans op een dodelijke afloop is bij de laatste 3 soorten verwaarloosbaar klein.

De Franse arts Al Laveran zag als eerste in 1880 de parasiet als veroorzaker van malaria en in 1897 beschreef de Britse arts R. Ross de levenscyclus van malariaparasieten. De laatste jaren komt, vnl in Zuid-Oost-Azië (oa Maleisië) een nieuwe 5^e plasmodium voor, nl de *Plasmodium knowlesi*. Hij is vooral bekend van malaria bij apen en in een dikke druppel preparaat is hij niet te onderscheiden van *P. malariae*. Het verschil is dat de cyclus van *P. knowlesi* 24u bedraagt en bij *P. malariae* is deze 72u, waardoor de nieuwe parasiet sneller een groter aantal geïnfecteerde cellen veroorzaakt en dus een groter risico op overlijden geeft. (WHO-int, 2019)

Malaria wordt steeds aanzien als een tropische ziekte, terwijl ze tot ver in de 20^e eeuw ook endemisch was in Nederland. Hier gaat het vnl over het type malaria veroorzaakt door de parasiet *Plasmodium vivax*, die goed gedijt in een gematigd klimaat. In 1950 verdwijnt malaria uit Nederland mede dankzij de insecticide DDT en ook door de steeds betere leef- en woonomstandigheden. Tegenwoordig komt deze parasiet alleen nog voor in onherbergzame streken van Rusland, Noord-Korea, Afghanistan en de zuidelijke landen rond de Kaspische Zee. Pas in 1970 kreeg Nederland als één van de laatste landen in Europa het predicaat "malariavrij" van de WGO.

Meestal wordt overdracht van malaria veroorzaakt door een muggenbeet, maar dit kan ook via vuile naalden, van moeder op kind of via bloedtransfusie gebeuren.

De algemene symptomen zijn koortsaanvallen met koude rillingen en hoofdpijn en spierpijn.

Een vroege diagnose en directe behandeling zijn zeer belangrijk om de malaria te beheersen en dodelijke gevolgen tegen te gaan.

Men is minder kwetsbaar voor een nieuwe infectie indien men malaria doorgemaakt heeft. Continue herinfectie kan tot een bepaalde graad van immuniteit leiden voor die soort. Maar deze immuniteit neemt weer af als er geen herinfecties voorkomen.

Bestrijding van malaria wordt bereikt door het bedwingen van de malariamug, o.a. via geïmpregneerde muskietennetten, door het droogleggen van ondiep stilstaand water, en door het profylactisch toedienen van medicijnen aan mensen die tijdelijk blootgesteld zijn aan malariamuggen.

Men heeft in 2015 een vaccin gevonden tegen deze ziekte: vaccin tegen malaria

3.1.2 Vaccins

Alle infectieziekten de wereld uit???

Door het vaccin herkent ons natuurlijk afweersysteem een vijandige aanval en gaat het direct aan de slag om de ziekteverwekkers onschadelijk te maken.

Zo was het pokkenvaccin in 1976 het eerste vaccin dat op grote schaal werd ontwikkeld. (De benaming "vaccin" is afgeleid van de Latijnse naam voor koepokken (vaccinia, vacca= koe) dat bescherming bleek te bieden tegen de dodelijke menselijke pokkenvariant.) Elf jaar na de start van een wereldwijd zeer goed gecoördineerde vaccinatiecampagne was pokken van de aardbodem verdwenen.

Men was zeer optimistisch tov vaccins, maar veel factoren spelen hierbij een rol:

- De slechte infrastructuur in ontwikkelingslanden is de oorzaak dat polio en mazelen nog steeds voorkomen.
- Het is onmogelijk om tegen alle infectieziekten een vaccin te ontwikkelen. Sommige vaccins hebben een effectiviteit van 50-80% (oa BCG-vaccin) waardoor er nog jaarlijks miljoenen mensen sterven.
- Tegen infectieziekten veroorzaakt door een parasiet (oa malaria), is nog nooit een vaccin ontwikkeld.
- Micro-organismen zitten niet stil en kunnen plots van de ene op de andere gastheer overstappen (oa aids en ebola)
- Steeds lastiger te behandelen ziektes waarbij de ziektekiem resistentie tegen een medicijn ontwikkelt (oa MRSA-bacterie)

Het besluit is dat we met micro-organismen zullen moeten leren leven, maar dat we via vaccins de ziektelast van infectieziekten kunnen beperken.

3.1.3 Lepra en armoede

Lepra is een armoedeziekte veroorzaakt door de leprabacterie en doorgegeven via speeksel. Ze houdt zich graag op in zenuwweefsel en kan voor de nodige zenuwbeschadiging zorgen als er niet tijdig behandeld wordt.

De ziekte komt vooral voor onder de armste bevolkingsgroepen in de ontwikkelingslanden. Deze mensen hebben dikwijls minder weerstand door slechte voeding, slechte watervoorzieningen en te weinig hygiëne.

Gezondheidswerkers hebben nog een grote taak om de juiste informatie ivm lepra over te brengen:

- Lepra is een verraderlijke ziekte waarbij mensen dikwijls pas jaren na infectie te weten komen dat ze ziek zijn en daardoor de behandeling laatstarten. Een tijdige behandeling zorgt voor genezing en voorkomen van verminking.
- Vele mensen durven niet meer omgaan met leprapatiënten uit angst voor besmetting, maar indien de patiënten onder behandeling zijn, is er geen gevaar

- meer voor besmetting.
- Lepralijders worden verbannen naar afgelegen lepra-kolonies en mogen vaak niet terugkeren (ook niet na genezing). Uit angst voor dit sociale isolement gaan vele zieke mensen laattijdig naar een gezondheidspost om zich te laten behandelen. Ze zitten vaak zonder werk en zijn gedwongen tot de bedelstaf.

Er is nog steeds geen vaccin tegen lepra.

Het is erg moeilijk om de keten van besmetting van lepra te doorbreken.

De diagnose is vaak moeilijk (verwarring met andere huidziekten en laattijdige symptomen), maar een vroege behandeling is heel efficiënt. Het kostenplaatje van diagnose en behandeling van een leprapatiënt is gemiddeld 50 euro, wat niet weinig is voor een ontwikkelingsland. Daar de lokale gezondheidsposten vaak moeilijk te bereiken zijn, gaan mensen eerder naar een traditionele genezer als ze ziek zijn.

3.1.4 TBC

Tuberculose wordt vooral via hoesten overgedragen door patiënten die lijden aan “open” longtuberculose. De bacillen vermenigvuldigen zich bij infectie zodat de ziekte zich kan ontwikkelen afhankelijk van de weerstand van de patiënt. Ondervoeding, algemene zwakte, diabetes en HIV-infectie bepalen dus sterk de ontwikkeling van de ziekte. TBC is goed te behandelen door 6 tot 8 maanden lang een specifiek antibiotica in te nemen. Zonder behandeling komt ongeveer 50% van de patiënten vroegtijdig te overlijden.

Er is nog geen afdoend vaccin tegen de ziekte. Het BCG-vaccin helpt ernstige vormen van TBC bij kleuters te voorkomen, maar het voorkomt de ziekte en haar verspreiding niet.

Een eerste echte doorbraak in de internationale TBC-bestrijding kwam er in de jaren '70 van de vorige eeuw met de invoering van de DOTS-strategie.

Die is gebaseerd op 5 peilers:

- Microscopisch sputumonderzoek bij patiënten met hoestklachten (basisgezondheidszorg)
- Een kuur van 12 maanden, waarvan de eerste 2 maanden onder supervisie van een gezondheidswerker om inname van medicatie te verzekeren en zo resistentie te voorkomen. (Maar wegens tegenvallende resultaten wordt de kortere (duurdere) behandeling van 8 maanden noodzakelijk.)
- Gegarandeerde invoer van medicijnen
- Evaluatie van de resultaten via een effectief registratie- en rapportagesysteem
- De volledige en daadwerkelijke steun van nationale en lokale overheden.

Deze strategie werd later via WHO een mondiale aanpak voor TBC-bestrijding.

De komende jaren wordt langs 3 lijnen getracht om winst te behalen in de strijd tegen TBC:

- (Onderzoek naar) nieuwe medicatie om de behandelingsduur verder te verkorten en een antwoord te vinden tegen het toenemende resistentieprobleem
- Eenvoudigere en goedkope diagnostiek beschikbaar stellen
- Een effectief vaccin om de volledige uitbanning van de ziekte te bewerkstelligen.

3.2 Ziekte en gezondheid

Gezondheidszorg is voornamelijk mensenwerk, dus een goed opgeleide, gemotiveerde ploeg van gezondheidswerkers op alle niveaus is een randvoorwaarde voor een goede zorg. Spijtig genoeg ligt daar nu net het probleem, voornamelijk in ontwikkelingslanden. De cijfers over gezondheid en gezondheidszorg daar geven aan dat er nog werk is!

3.2.1 Primary Health Care

Hieronder verstaan we gezondheidszorg voor en door de bevolking met aandacht voor voorlichting en preventie.

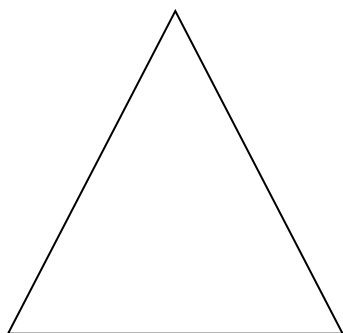
In de jaren '60 is er een opkomst van "public health-denken". Hierbij zijn verschillende landen bezig om hun gezondheidssystemen zodanig te reorganiseren dat ook de armen in de landelijke gebieden profiteren van eenvoudige, degelijke effectieve preventieve en curatieve zorg. Hierbij wordt niet alleen aan infrastructuur (ziekenhuis en gezondheidscentra) gedacht, maar ook aan opleiding van lokale (para-)medici die in staat zijn om basale medische handelingen te verrichten. Een voorbeeld hiervan zijn de "medical assistants" in vele Afrikaanse landen. Zij genieten meestal een verpleegkundige opleiding waarbij ze ook diagnoses leren stellen en de juiste behandeling geven. Tegelijkertijd vinden er belangrijke ontwikkelingen rond ziektebestrijding plaats. De technologische ziektebestrijding krijgt de bovenhand na het uitroeien van de pokken eind jaren '70. In de jaren '80 werd met de steun van UNICEF en WHO de vaccinatiecampagne "Expanded Programme of Immunisation" (EPI) georganiseerd. Deze campagne wordt ook vandaag nog in vele Afrikaanse landen toegepast bij kinderen onder de 5 jaar en zwangere vrouwen.

In 1978 wordt tijdens de Conferentie van Alma Ata het nieuwe begrip "Primary Health Care" gelanceerd. Hierbij wordt rekening gehouden met het feit dat een goede gezondheid afhankelijk is van sociaal-economische ontwikkelingen zoals onderwijs, drinkwater, sanitaire voorzieningen en voldoende ontplooiingsmogelijkheden voor vrouwen. Een goede basisgezondheidszorg (ook curatief) als recht voor iedereen maakt hiervan deel uit. De bevolking wordt geacht mee te werken: "community participation". In vele landen wordt gestart met het opleiden van vrijwilligers op het platteland als dorpsgezondheidswerkers ("community health workers, hygieniste-secouristes") en het trainen van traditionele vroedvrouwen (TBA).

Daar deze werking erg politiek getint is en niet makkelijk in concrete actie te vertalen, voert oa UNICEF een "selectieve PHC" in waarbij een meer medische benadering mogelijk is. Deze aanpak levert goede quick-fit resultaten op (regelmatig wegen van de kinderen, vochttoediening bij diarree en uitdroging, borstvoeding en vaccinatie).

De kost van deze programma's wordt voor een groot deel extern betaald door oa de rijkere landen. Men moet dus op zoek naar een duurzame en meer praktische benadering van de gezondheidszorg.

In 1987 wordt er een piramide van gezondheidszorg opgesteld, het netwerk van gezondheidsposten, gezondheidscentra en een districtsziekenhuis met aan de basis een netwerk van community gezondheidswerkers (vaccinatie, voorlichting en andere preventiemaatregelen).



- ➔ Districtsziekenhuis,
District Health management team
- ➔ Gezondheidscentrum + posten,
Teamleider centrum-staf
- ➔ Community Based Health Care (CBHC),
Dorpsgezondheidswerkers, traditionele vroedvrouwen

Het niveau van de piramide verschilt van land tot land en is dikwijls afhankelijk van beschikbare financiën en personeel.

Het districtsziekenhuis is:

- een referentieziekenhuis voor aanvullende zorgen en beschikt in meer of mindere mate over een mandaat voor het beheer van lokale budgetten,
- verantwoordelijk voor de supervisie van de verschillende gezondheidsdiensten, voor de planning en voor het managen van de beschikbare middelen.

Het gezondheidscentrum heeft polyvalente gezondheidswerkers die kunnen zorgen voor een totaalzorg. Het is dé spil om de meeste basiszorg binnen bereik te brengen van de omwonende bevolking met in dat gebied nog enkele vooruitgeschoven gezondheidsposten voor deelactiviteiten. Meestal omvat de basiszorg volgende activiteiten:

- Eenvoudige curatieve zorg (incl goedkope essentiële geneesmiddelen)
- Verloskundige controle en assistentie bij bevalling door getraind personeel
- Geboorteregeling en andere vormen van reproductieve gezondheid.
- Moeder- en kindzorg (incl vaccinaties en gezondheidsvoorlichting)

De community health workers zijn complementair en ondersteunend aan de activiteiten van het gezondheidscentrum. Dit door oa.

- het geven van gezondheidsvoorlichting,
- het ondersteunen van TBC-patiënten bij het nemen van medicatie
- het begeleiden van bevallingen voor die vrouwen die écht niet kunnen bevallen in het gezondheidscentrum.

In 1987 wordt ook het "Bamako Initiatief" gelanceerd, waarbij een eigen bijdrage van de bevolking noodzakelijk is om te kunnen investeren in moeder- en kindzorg en geneesmiddelen. Maar vele ontwikkelingslanden moeten hierdoor inboeten aan kwaliteit door gebrek aan personeel en geneesmiddelen.

Als reactie op deze periode volgen er in de jaren '90 terug hervormingen in de gezondheidszorg ("health reforms") onder aanvoering van de Wereldbank. Er moet weer meer worden geïnvesteerd door nationale overheden en externe partners. Dit niet alleen vanuit humanitair perspectief maar ook omdat een betere zorg tot een sterkere economie zou leiden. Hierbij maakt projecthulp plaats voor brede en langdurige ondersteuning van de gezondheidssector met als uitgangspunt nationale meerjarenplannen voor de gezondheidszorg.

Dit wordt ook de "SWAP-aanpak" (Sector Wide Approaches) genoemd waarbij de nationale plannen gebaseerd zijn op trends in ziekte en sterfte, gebruik van gezondheidsdiensten en een evenredige verdeling van de beschikbare middelen.

Het is een lange weg om de basisgezondheidszorg uit te bouwen. Hopelijk staan de verschillende kapitaalkrachtige extern gefinancierde programma's die specifiek gericht zijn op oa aids, malaria en tuberculose, de opbouw van de noodzakelijke basisgezondheidszorg niet in de weg.

Inrichten van gezondheidszorg roept ook veel vragen op. Niet alleen de welvaartsverschillen tussen arme en rijke landen spelen een rol, ook binnen arme landen is er sprake van onacceptabel grote verschillen tussen arm en rijk.

Vele jonge westerse artsen willen graag gaan werken op het platteland in een ontwikkelingsland. Maar de realiteit van de vandaag leert ons dat vele lokale artsen en verpleegkundigen bij gebrek aan prikkels op het platte land voornamelijk in de hoofdstad of bij een internationale NGO werken. Sommigen emigreren naar het Westen voor een betere toekomst in het buitenland. In Afrika en Azië ontstaat een exodus van artsen en verpleegkundigen binnen de regio en naar het westen.

De oplossing lijkt eenvoudig: wij vullen hun vacatures en zij doen dat voor ons.???

3.2.2 Moeder- en kindzorg

Simpele, goedkope en haalbare medische hulp kan de vooruitzichten van vrouwen en kinderen positief beïnvloeden. In ontwikkelde landen is de moeder- en kindersterfte geminimaliseerd door:

- de ontdekking van antibiotica,
- de ontwikkeling van de prenatale zorg
- hoog technologische intensieve zorg voor moeder en pasgeborene.

Dit is zeker niet het geval in Afrika en andere ontwikkelingsgebieden waar 96% van de totale kindersterfte in de wereld plaatsvindt.

De zorg voor het (ongeboren) kind is onderdeel van de reproductieve gezondheidszorg, door de WHO gedefinieerd als een staat van lichamelijk, geestelijke en sociaal welzijn met betrekking tot alle zaken gerelateerd aan het reproductieve systeem.

Hieronder verstaan we het recht op:

- een bevredigend en veilig seksleven.
- goede informatie en toegang tot veilige, betaalbare, zelfgekozen methoden voor geboorteregeling.
- een zo veilig mogelijke zwangerschap en bevalling

Het probleem in ontwikkelingslanden is dat slechts een klein deel van de zwangere vrouwen naar de klinieken gaan, dikwijls omwille van de grote afstand.

Op verschillende gebieden lijkt vooruitgang moeilijk waardoor de sterfte niet afneemt, oa:

- family planning
- prenatale zorg
- het verwijssysteem
- Emergency Obstetric Care (EmOC)
- Post partum zorg
- Preventie en behandeling van HIV/aids tijdens zwangerschap en bevalling

De rol van traditionele vroedvrouwen (TBA of Traditional Birth Assistant)) in de prenatale zorg lag in de jaren '80 vooral in het afleren van slechte gebruiken ("risk approach") en het veilig thuis laten bevallen van gezonde zwangere vrouwen.

Maar omdat er geen verandering in moeder- en kindersterfte was, kwam het motto "Every pregnancy faces risk", waarbij men het aantal bevallingen onder begeleiding van getrainde gezondheidswerkers stimuleert. Hierbij wordt de TBA niet langer aanzien als helper in de "normale" verloskunde. Maar door het grote tekort aan gezondheidswerkers in vele ontwikkelingslanden, vooral op het platteland, blijft de TBA een belangrijke rol spelen.

3.2.3 Seksuele voorlichting en genitale mutilatie

In 1994 werd de overeenkomst van Caïro, de VN-conventie over bevolking en ontwikkeling, door 179 landen ondertekend. Hiermee wil men de reproductieve gezondheid en rechten van meisjes en vrouwen verbeteren.

Voorop staat de voorlichting over seksualiteit en reproductieve gezondheid door de ABC-aanpak in de strijd tegen aids. Hierbij wordt de nadruk gelegd op:

- A : Abstinence (onthouding)
- B: Being faithful (niet vreemdgaan)
- C: Condoms

Ondertussen komen er in veel landen steeds meer programma's om de seksuele en reproductieve gezondheid van jongeren te verbeteren. Hieronder verstaat men:

- Consultatiebureaus en opvangcentra voor jongeren met vragen op gebied van geboorteregeling en seksualiteit;
- Voorlichting op scholen;

- Programma voor het bereiken van kwetsbare jongeren zoals prostituees, druggebruikers, migranten en straatkinderen.

Meestal gebruikt men "peer educators", dit zijn jongeren opgeleid om hun leeftijdsgenoten voor te lichten over seks, voorbehoedsmiddelen, zwangerschap, geslachtsziekten, veilig vrijen en rechten van meisjes.

Vrouwelijke genitale mutilatie is een praktijk die in vele Afrikaanse culturen nog steeds voorkomt. Het is een ingreep waarbij de vrouwelijke uitwendige geslachtsorganen geheel of gedeeltelijk worden weggesneden of verminkt, zonder enig therapeutisch nut, uitgevoerd op basis van culturele of andere gronden.

Volgend citaat geschreven door het meisje Ardo uit Somalië maakt duidelijk dat de oorsprong gebaseerd is op geloof, waarden en sociale druk:

"It is a deep rooted custom in our culture, and people think it is an important operation for women because it prevents them from being oversexed. Uncircumcised girls are not accepted among our society. As you know infibulations is an pre-requisite for marriage because no man wants to have an oversexed woman who becomes unfaithful after marriage. No family wants their daughter to have loose ways and bring shame to the family. Because of this, mothers make sure their daughters are properly circumcised and infibulated."

Meestal wordt deze ingreep op heel jonge leeftijd uitgevoerd door traditionele vroedvrouwen, of een andere vrouw uit de gemeenschap, op slecht hygiënische plaatsen met weinig materiaal. De gevolgen voor de gezondheid zijn zowel op psychisch als lichamelijk vlak duidelijk te zien:

- De ingreep laat meestal diepe sporen na in het geheugen van het meisje met als gevolg een negatieve invloed op haar latere psychisch en psycho-seksueel functioneren.
- Er is een hoge mortaliteit van meisjes na de ingreep door niet behandelde bloedingen en infecties.
- Vorming van littekenweefsel thv de vulva, mictieproblemen, afsluiten van de vagina, coïtusproblemen en problemen bij zwangerschap en bevalling.

Er werden al vele praatgroepen opgericht en ook het geven van voorlichting is in vele Afrikaanse landen een feit. Maar het zal nog veel inspanning vragen om deze praktijk uit de wereld te bannen.

Onder deze link kan je een promotiefilmpje bekijken waarmee men deze praktijken wil veroordelen: [NON à L'excision](#)

3.2.4 Geestelijke gezondheidszorg

De littekens van oorlog en conflict geven bij miljoenen slachtoffers en kinderen psychische problemen. Voorbeelden hiervan zijn Sierra-Leone met een gruwelijke burgeroorlog en andere vergeten conflictgebieden wereldwijd.

Ook vele gedragsproblemen, neurologische aandoeningen, geestesziektes en psychische klachten na het krijgen van zware diagnoses (aids, kanker,...) of tgv traumata vinden geen uitweg in vele culturen. Er heerst dikwijls schaamte in ontwikkelingslanden waarbij geesteszieken vaak buiten de gemeenschap gehouden worden. Ze worden door bijgeloof en allerlei populaire misvattingen in veel gevallen onjuist behandeld.

Geesteszieken vertegenwoordigen ongeveer 10% van de ziektelast in ontwikkelingslanden, wat dikwijls tot invaliditeit leidt. Het budget voor geestelijke gezondheidszorg is in ontwikkelingslanden slechts een fractie van dat in het Westen. In het officiële gezondheidszorgsysteem is er geen ruimte voor integratie van psychiatrie in de basisgezondheidszorg.

Hier zijn "community based psychosociale programma's" een uitkomst, waarbij de lokale gemeenschap actief betrokken wordt bij interventies, oa via zelfhulpgroepen, publieksvoorlichting en het opzetten van crisisinterventieteams. Hierbij worden *counsellors* uit de gemeenschap opgeleid voor individuele of groepsbegeleiding., bemiddeling en voorlichting.

Ook aan de psychosociale zorg voor kinderen wordt gewerkt. Hiervan is het voorleesboek "A little Elephant Finds His Courage" geschreven door familietherapeut Nancy Baron, dat inmiddels de wereld afreist, een goed voorbeeld. Kinderen vertellen dan over hun verlies en gebeurtenissen die hun leven hebben ingekleurd.

*Een meisje uit Sierra-Leone vertelt over de dag dat haar zusjes' arm werd afgehakt. Het was dezelfde dag dat de rebellen ook haar moeder vermoordden. Ze huilt niet als ze dit vertelt, dat doet ze verborgen voor de buitenwereld als ze zegt: "**I never stop crying**", uit Echoes of war.*

3.2.5 Ondervoeding

Voor miljoenen kinderen onder de 5 jaar in ontwikkelingslanden is gezond de eerste levensjaren doorkomen een heel moeilijke opdracht. 150 miljoen kinderen zijn ondervoed.

Het recht op voedsel (voedselzekerheid) is één van de belangrijkste rechten van de mens en is nodig om gezond te blijven. Als men niet voldoende voedsel van goede kwaliteit kan eten lijdt men honger.

Men spreekt van voedselonveilige landen in een situatie van chronische ondervoeding. In het Noorden zijn de mensen voor voedsel afhankelijk geworden van anderen (leven van import). In het Zuiden zijn veel meer mensen nog steeds afhankelijk van de opbrengsten van hun eigen akkers.

Dagelijks sterven er wereldwijd elke dag 24000 mensen als gevolg van chronische en voortdurende ondervoeding. Elke 3 à 4 seconden sterft er iemand in de wereld van de honger. (Worldwidebase, 2015)

Er is een verschil tussen honger en ondervoeding.

Honger is een alarmsignaal dat het lichaam uitstuurt als de maag leeg is en het suikergehalte in het bloed daalt. Als de maag gedurende langere tijd geen voeding krijgt, verdwijnt dit signaal en gaat het lichaam anders functioneren om minder energie te gebruiken waarbij de maag ook kleiner wordt. Deze personen zijn dan ook heel erg mager. Bij (chronische) ondervoeding past het lichaam zich aan aan de langdurige afwezigheid van voedsel (meer bepaald eiwitten, vitamines en mineralen). Ze voelen zich lusteloos en zijn verzwakt maar sterven hier meestal niet direct aan.

Bij ondervoeding is men veel te mager in verhouding tot de lichaamslengte (Body Mass Index)

Vooraf kinderen zijn de eerste slachtoffers van ondervoeding daar zij enorm veel energie gebruiken om te groeien. De afwezigheid van voedsel maakt hen zwakker en geven minder weerstand tegen ziekten.

Er zijn verschillende oorzaken van honger en ondervoeding:

- Het klimaat, waarbij in langere perioden van droogte de oogsten mislukken en het vee sterft. In gevallen van veel regen of een orkaan spreekt men over een natuurramp. Hierbij doet men beroep op de reserve wereldvoedselvoorraad, maar die distributie laat tgv slecht berijdbare wegen of omstandigheden zoals oorlog dikwijls te wensen over.
- Oorlog, een gebied waar het gevaarlijk is om het land te bewerken.
- Armoede, waarbij ondervoeding het gevolg is van verschillende vormen van sociaal onrecht.
- Overbevolking, tzt een plotselinge grote sociale verandering. Het gaat dan over een combinatie van veel mensen in een klein gebied en bittere armoede. Dit

- veroorzaakt ziekte en honger.
- Een gebrek aan zorgverlening waarbij er geen medische hulp is om zich te laten verzorgen. Het kind eet niet meer door ziekte en geraakt ondervoed, waardoor het nog meer verzwakt.
- Een te snelle aangroei van de bevolking, een vicieuze cirkel waarbij armen als enig "bezit" hun kinderen hebben en hopen dat van de vele kinderen er één of meer kan bijstaan in het dagelijkse gevecht om te "overleven". Dit veroorzaakt voedselonveiligheid daar de bevolking harder groeit dan het oogsten.

Dit probleem in zijn totaliteit valt niet op te lossen binnen de grenzen van de landen zelf, maar is een wereldprobleem waarbij er naast de menswaardige reorganisatie van het beleid binnen elk land, ook hulp nodig is vanuit onze Westerse wereld. Dit omvat niet alleen tijdelijke financiële hulp maar veel meer! (Worldwidebase, 2015)

3.3 Ziekte en maatschappij

Ziekte en maatschappij staan niet los van elkaar.

3.3.1 HIV/ Aids

De toename van HIV onder vrouwen en jongeren is zorgwekkend.

Elke 10 seconden overlijdt ergens ter wereld iemand aan aids, elke 7 seconden geraakt iemand geïnfecteerd met het HIV-virus. Meer dan de helft van de 40 miljoen HIV-geïnfecteerden, zo'n 25 miljoen, woont in het zuiden van de Sahara.

Het voeren van een beleid waarin veilig vrijen, schone spuiten en het testen van transfusiebloed voorop staat is noodzakelijk, maar niet steeds eenvoudig. Dikwijls staan ontkenning, stigmatisering en discriminatie in veel culturen in de weg. Voorbeelden hiervan zijn het propageren van een gezondheidsdrankje door traditionele genezers en de religie die het gebruik van condooms beteugelt.

De zoektocht naar een effectief en toegankelijk vaccin is niet eenvoudig, maar is volop aan de gang.

3.3.2 De geneesmiddelenmarkt is ziek

De toegang tot geneesmiddelen in ontwikkelingslanden is erg slecht. In 2007 beschikt 2 miljard mensen niet over essentiële geneesmiddelen, net als 30 jaar geleden. Nochtans werd in 1977, tot afschuw van de aanhangers van het vrijemarktdenken, door de WHO een modellijst voor essentiële geneesmiddelen ontworpen. Hiermee zou 95 procent van alle patiënten op districtsniveau kunnen behandeld worden. Dit blijkt niet echt het geval. De medicijnenprijzen blijven te hoog daar de farmaceutische bedrijven gedurende 20 jaar het alleenrecht op de verkoop hebben door de patenten. Zo blijft de prijs kunstmatig hoog. De wereldhandelsorganisatie (WTO) biedt arme landen de mogelijkheid om gepatenteerde medicijnen goedkoop na te maken of in te voeren, maar dit moet wel expliciet zijn vastgelegd in een nationale wet, die door de farmaceutische bedrijven strijdig wordt geacht met de internationale regelgeving.

Er worden ook veel compromissen gesloten waaronder vele ontwikkelingslanden zwichten. Dikwijls hebben handelsbelangen een groter belang dan gezondheid. Een voorbeeld hiervan is de deal van Amerika met Afrika om geen merkloze medicijnen te produceren of te importeren. In ruil daarvoor mag Afrika haar handelswaar op de Amerikaanse markt brengen.

De bedrijven investeren bij voorkeur in lucratieve geneesmiddelen tegen welvaartsziekten. Minder dan 10 procent van onderzoeksgelden gaat naar armoedeziekten.

Campagnecoördinator F. Kram pleit voor één kwaliteitsstandaard voor medicijnen: *"halverwege de jaren negentig is het nog gebruikelijk "tweedehands" medicijnen te*

accepteren. Artsenmonsters en naar apothekers teruggebrachte geneesmiddelen vinden hun weg naar ontwikkelingslanden vanuit de gedachte: iets is beter dan niets" De ontvangers krijgen echter geneesmiddelen waar ze niet om gevraagd hebben, die voorzien zijn van onbegrijpelijke etiketten en bijsluiters, en die soms zelfs zijn verlopen. Veel betrokkenen zijn er nu van overtuigd dat geneesmiddelen het beste gedoneerd kunnen worden volgens de richtlijnen voor geneesmiddelendonaties van de WHO."

3.3.3 Vergeten en verwaarloosde ziekten

Ongeveer 35000 mensen overlijden dagelijks in Afrika, Latijns-Amerika en Azië tgv "vergeten" ziekten die nochtans relatief eenvoudig te voorkomen en te genezen zijn, maar die door de farmaceutische industrie en regeringen worden verwaarloosd en vergeten.

Voorbeelden hiervan zijn

- HAT of slaapziekte
- Kala Azar of zwarte koorts
- Chagas of parasitaire ziekte
- Onchocerciasis of rivierblindheid
- Schistosomiasis
- Cholera

Ongeveer 300000 mensen zijn wereldwijd geïnfecteerd met HAT en jaarlijks overlijden er ook 60000 mensen aan deze ziekte. De verspreiding van de parasiet en de ziekte vindt plaats door de tseetsee vlieg. In een eerste stadium van de ziekte bevindt de parasiet zich in het bloed- en lymfesysteem en in het tweede stadium dringt de parasiet door in de hersenen wat leidt tot gedrags- en slaapveranderingen, immunologische- en orgaandysfunctie, vermagering, coma en uiteindelijk de dood.

Jaarlijks geraken 2 miljoen mensen geïnfecteerd met Kala Azar, waarvan slechts 30% wordt gerapporteerd. Deze ziekte komt voor in 88 landen en de verspreiding vindt plaats via het zandvliegje, dat drager is van de parasiet: *Leishmania donovani*. Na een incubatietijd van 2 tot 6 maanden vermeerderen de parasieten zich in het menselijk lichaam, wat tot een tekort aan alle soorten bloedcellen leidt. De ziekte is dodelijk zonder behandeling. De diagnose wordt gesteld via bloedtesten of het aantonen van parasieten in beenmerg of milt.

Chagas is een ziekte die alleen in Midden- en Zuid-Amerika voorkomt. Ze wordt veroorzaakt door een parasiet en maakt jaarlijks 50000 dodelijke slachtoffers. Hij verspreidt zich ondermeer via bloedzuigende insecten (oa wantsen) en bloedtransfusie. Na een periode zonder symptomen kan de infectie na tientallen jaren leiden tot een ernstige, chronische vorm, met aandoening van hart, slokdarm en dikke darm. Hartfalen leidt tot de dood.

Een verwaarloosde ziekte kenmerkt zich door het ontbreken van een simpele en veilige diagnostiek. Ook een eenvoudige, ongevaarlijke en betaalbare behandeling is meestal niet voorhanden. Er is ook weinig stimulans voor onderzoek naar nieuwe behandelmethoden daar er voor de farmaceutische industrie onvoldoende financieel voordeel is te behalen. Er komen langzaam (dure) alternatieve geneesmiddelen beschikbaar, die werden ontdekt als "bijvangst" bij de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen voor andere ziekten.

Ondersteuning door de internationale gemeenschap in de strijd tegen deze ziekten is onontbeerlijk waarbij kennisverspreiding onder gezondheidswerkers en goede voorlichting van de bevolking essentieel is. Preventie moet een integraal onderdeel worden van de basisgezondheidszorg en onderzoek naar efficiënte betaalbare geneesmiddelen moet actief gestimuleerd worden.

3.3.4 Noodhulp

Onder noodhulp verstaan we een reeks van verschillende situaties waarin hulp gegeven wordt omdat de maatschappij op zijn kop staat en de reguliere gezondheidszorg niet(meer) in staat is om voldoende preventie en verzorging te bieden aan de bevolking. Dit is een belangrijk deel van de medische hulpverlening in het buitenland.

Bij een natuurramp wordt de wereld via de snelle communicatie al snel op de hoogte gebracht van het probleem en start de internationale noodhulp al snel. Buiten medisch personeel worden ook logistiekers en organisatorische medewerkers voor lange of korte tijd naar de plaats van onheil gezonden om aan de dringende behoefte aan voedsel en water, onderdak en kleding en de nodige medische voorzieningen te voldoen.

Voor acute chirurgie, die binnen de 48u moet gebeuren, komen internationale ploegen meestal te laat.

Maar de ingevlogen medische hulpverlening kan in een tweede fase de lokale gezondheidszorg ondersteunen of hulp verlenen in afgelegen gebieden.

De derde fase is dan de wederopbouw, wat dan weer een ander type hulpverlening vraagt.

Belangrijk tijdens een urgentie is een goede coördinatie van het geheel zodat de hulpverlening niet de ramp na de ramp wordt. Dikwijls zijn er goede maar naïeve donaties zoals tonnen (verlopen) medicijnen en die het geheel dwarsbomen en landen opzadelen met "afval" of niet bruikbare middelen.

De medische hulpverlening in conflictgebieden, die soms jaren lang aansleept, is ook noodhulp. Enkele voorbeelden:

- In Darfur werden vrouwen stelselmatig verkracht. Medewerkers van de hulporganisaties verzamelden info bij 500 vrouwen en maakten een rapport in 2005. Hierdoor kwamen meer vrouwen binnen de 72u na een verkrachting zich melden waardoor HIV-preventie mogelijk is.
- Therapeutische voedingsprogramma's.

Onpartijdige hulporganisaties krijgen dikwijls geen toegang tot slachtoffers in conflictgebieden. Hier komt hun neutraliteit in gedrang. Media-aandacht en "témoignage" of getuigenissen van wantoestanden is dan ook een belangrijk deel van de taak van hulporganisaties ter plaatse.

3.3.5 Bedreigingen van klimaatsveranderingen

Volgens schattingen stijgt de gemiddelde temperatuur de komende eeuw zonder verder ingrijpen wereldwijd minimaal 2,4 graden. Deze veranderingen hebben direct en indirect effect op de internationale volksgezondheid.

Een voorbeeld zijn de infectieziekten, vnl diegenen die overgedragen worden door vectoren (insect, rat, ...) of verspreid via water. Er zijn sterke aanwijzingen dat de jaarlijkse uitbraken van malaria en dengue (knokkelkoorts) sterk verband houden met schommelingen in de temperatuur en neerslag. Voor malaria wordt komende eeuw een toename van de verspreiding van 20% verwacht, waarbij het ook zal uitbreiden naar gematigde klimaatzones zoals Noord-Amerika en Europa.

Ander voorbeelden van infectieziekten waarvan het aantal besmettingen wegens klimaatveranderingen zullen toenemen zijn cholera, Ziekte van Lyme en salmonellose (buiktyfus).

Extreme weeromstandigheden zullen ook toenemen. Zo zullen hittegolven, droogte en overstromingen ook veel dodelijke slachtoffers maken en de afnemende luchtkwaliteit zal het aantal luchtwegenaandoeningen doen stijgen.

De gebieden die het hardst onder de veranderingen zullen leiden zijn waarschijnlijk Azië en Afrika, terwijl net zij het minst aandeel hebben aan de wereldwijde klimaatsveranderingen.

De internationale gezondheidszorg zal zich tijdig moeten instellen op de veranderingen als gevolg van de klimaatontwikkelingen en actief druk uitoefenen op de beleidsmakers om maatregelen te treffen zodat onomkeerbare gevolgen ingeperkt blijven.

4 DE (PARA)MEDISCHE HULPVERLENER IN EEN LMIC

De ontwikkelingssamenwerking is in te delen in **4 pijlers**:

- De eerste pijler: ontwikkelingssamenwerking die uitgaat van de *overheid*, officiële of bilaterale ontwikkelingssamenwerking. Ook de gemeenschappen, provincies en gemeenten vallen hieronder.

Provincie Antwerpen <http://www.provant.be>



<https://www.vlaanderen.be/nl/vlaamse-overheid/werking-van-de-vlaamse-overheid/ontwikkelingssamenwerking-van-de-vlaamse-overheid> (geraadpleegd op 30/12/2019)

- De tweede pijler: multilaterale ontwikkelingssamenwerking die uitgaat van de *internationale instellingen* zoals de Europese Commissie of de Verenigde Naties.
- De derde pijler: de traditionele en door de overheid erkende *niet-gouvernementele organisaties* (NGO's) en de universiteiten.
- De 4^e pijler: alles wat niet tot de eerste 3 pijlers behoort

4.1 Niet-Gouvernementele Organisaties

4.1.1 Definitie

De term NGO dateert uit 1945 bij de oprichting van de Verenigde Naties (VN). De voorwaarden voor deze organisatie zijn:

- Niet onder een overheid vallen
- Niet commercieel zijn (non-profit)
- Een politiek of maatschappelijk doel nastreven

In België wordt deze term alleen gebruikt voor organisaties die aan ontwikkelingshulp doen.

Een NGO kan op verschillende niveaus actief zijn, van lokaal via nationaal tot internationaal. De meeste organisaties hebben een gelede structuur: lokale afdelingen gecombineerd met regionale, nationale en internationale kantoren.

Meestal worden er verschillende strategieën gebruikt om hun doel te bereiken.

Voorbeelden hiervan zijn:

- Lobby
- Voorlichting en educatie
- Praktisch werk
- Onderzoek

Vanuit het Westen wordt bij internationale (ontwikkelings-)samenwerking veel belang gehecht aan de opbouw van NGO's, waarbij de overheden internationale of nationale NGO's financieren om bepaalde doeleinden te verwezenlijken die zij zelf als overheid niet of minder goed menen te kunnen bereiken.

4.1.2 Organisaties



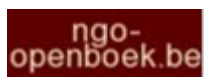
Vlaamse federatie van NGO's voor ontwikkelingssamenwerking <http://www.ngo-federatie.be/>



Koepel van de Vlaamse Noord-Zuidbeweging <http://www.11.be>



<http://www.volens.be>



<http://www.ngo-openboek.be/ngo-federatie>

Enkele voorbeelden van (medische) NGO's wereldwijd:

- Amnesty International
- Artsen zonder Grenzen (Médecins Sans Frontières)
- CARE
- Dokters van de Wereld
- Greenpeace
- Human Rights Watch
- International Rescue Committee
- IRC (International Water and Sanitation Centre)
- Leprosy Mission International
- Oxfam International
- Refugees International
- Rode Kruis
- Scholen zonder Grenzen
- Save the Children
- WaterAid
- World Vision
- WPF

(WHO, int, 2015)

4.1.3 Artsen zonder Grenzen of Médecins sans Frontières

Oorsprong

Begin jaren '70 wordt een deel van de bevolking in Biafra (Nigeria) doelbewust uitgesloten van voedselhulp. Franse artsen van het Rode Kruis zijn hiervan getuige, maar mogen zich niet uitspreken over de situatie vanwege de neutraliteit van de organisatie.

MSF wordt opgericht in 1971, een medische hulporganisatie die een grotere vrijheid van handelen wil hebben en zich publiek wil uitspreken over bepaalde situaties.

In 1980 wordt de Belgische tak van Artsen zonder Grenzen opgericht die zich snel ontwikkelt tot een grote beweging. Ze richten zich niet alleen op ontwikkelingslanden, ook projecten in Oost-Europa krijgen een plaats.

Er wordt ook een noodhulpafdeling opgericht om sneller en efficiënter te kunnen reageren op noodsituaties. In verschillende landen worden bijkantoren opgestart die zich bezighouden met voorlichting, fondsen- en personeelswerving.

Het medische werk omvat curatieve en preventieve verzorging, zowel bij urgenties als bij langetermijnprojecten. Verder wordt er rond voeding, sanitaire voorzieningen en psychosociale hulp gewerkt. Waar mogelijk werken de teams nauw samen met regeringen en lokale organisaties om de medische structuren op nationaal niveau te versterken.

AZG is getuige van etnische zuiveringen, genocide en uitroeiingspolitiek waarbij ze zich herhaaldelijk in het openbaar uitspreken en de internationale gemeenschap wijst op haar verantwoordelijkheden. De organisatie beschouwt het als een deel van haar taak om publiek te getuigen over medische wantoestanden en ernstige schendingen van het humanitair recht in gebieden waar de organisatie werkzaam is.

De schaalvergroting en de hogere eisen die aan de organisatie worden gesteld in de jaren '90 verplicht de organisatie tot professionalisering op gebied van rekrutering, voorbereiding en begeleiding van veldmedewerkers.

In 1999 krijgt AZG de Nobelprijs voor de Vrede als onderscheiding voor haar medische werk, maar ook voor haar optreden als pleitbezorger voor bevolkingsgroepen in nood. Het geldbedrag dat hieraan verbonden is, werd besteed aan een internationale campagne voor betaalbare geneesmiddelen voor de armste bevolkingsgroepen in de wereld.

Vandaag worden humanitaire organisaties geconfronteerd met zeer omvangrijke opgaven:

- Interventies in conflictgebieden
- Menselijke crisissen en drama's
- Medische uitsluiting
- "Verwoestingen" door aids
- Toename van epidemieën als TBC en malaria
- De instorting van de openbare gezondheidssystemen
- De afwezigheid van geneesmiddelen

Bij deze nieuwe uitdagingen is het belangrijk dat AZG haar karakter bewaart: een organisatie die midden in de samenleving staat, die via humanitaire en medische acties en het afleggen van getuigenis bijdraagt tot een neutrale en onafhankelijke hulpverlening aan mensen in nood. (AZG, 2018)

Handvest AZG

"Het centrale idee van het Handvest van Artsen Zonder Grenzen is dat mensen recht hebben op humanitaire hulp. Daaraan ontleent AZG haar opdracht om slachtoffers in oorlogen en crisissen bij te staan. Verder onderstreept het Handvest dat AZG een neutrale, onpartijdige en onafhankelijke organisatie is.

Alle Artsen Zonder Grenzen onderschrijven de volgende principes:

- *AZG verleent hulp aan volkeren in nood, aan slachtoffers van menselijke of natuurrampen, en van oorlogsgeweld, en doet dit zonder enig onderscheid van ras, religie, levensbeschouwing of politieke opvatting.*
- *Artsen Zonder Grenzen is steeds neutraal en onpartijdig in naam van de algemeen erkende medische ethiek en het recht op humanitaire hulp, en eist de algehele vrijheid om haar taken uit te voeren.*
- *De Artsen Zonder Grenzen verbinden zich ertoe de medische gedragscodes van hun beroep te respecteren, en een volledige onafhankelijkheid ten opzichte van alle politieke, economische of religieuze machten te handhaven.*
- *De Artsen Zonder Grenzen begrijpen de risico's en gevaren van hun werkzaamheden en eisen voor zichzelf of hun rechthebbenden geen enkele andere vergoeding dan deze welke de organisatie hen zou kunnen geven."*

Bron: Website: www.msf-azg.be, 30/12/2019.

Structuur van de organisatie

AZG is een netwerk van 19 internationale afdelingen die onderling verweven zijn en intensief samenwerken op alle gebied.

Er zijn 5 operationele centra (België, Nederland, Frankrijk, Spanje en Zwitserland) die hulpprojecten uitvoeren. De 14 andere landenkantoren of "partnersecties" richten zich voornamelijk op fondsenwerving, rekrutering, voorlichting, contacten met de media en het publiek in hun land.

Het Internationaal Bureau, dat de onderlinge samenwerking en vertegenwoordiging coördineert, zetelt in Genève.

Iedere afdeling is zelfstandig en heeft een eigen juridische status, financierings- en organisatiestructuur, afhankelijk van de nationale wetgeving. De 14 partnersecties hebben elk een speciale band met één van de 5 operationele centra, voor België is dit Denemarken, Hongkong, Italië, Luxemburg, Noorwegen en Zweden.

In het hoofdkantoor in Brussel zetelen verschillende diensten (bron: website AZG,2009):

- De **algemeen directeur** is verantwoordelijk voor externe contacten en het algemene projectbeleid van AZG. Als humanitaire organisatie neemt AZG geregeld stelling over humanitaire thema's. De studie- en lobbydienst van AZG volgt de operationele en humanitaire realiteit op de voet, stimuleert interne reflectie en maakt onze ervaringen en standpunten bekend bij andere organisaties en overheden.
- De **Dienst Operaties** bestaat uit verschillende teams die elk een specifieke regio in de wereld opvolgen. Deze dienst staat in voor het concept, de uitvoering en de evaluatie van alle landenprojecten. Behalve de urgentieprojecten coördineert de dienst ook de acties op langere termijn. Dit departement staat in voor institutionele fondsen.
- De **Medische Dienst** bestaat uit specialisten in o.a. geneeskunde, volksgezondheid, psychosociale zorg, voeding, hygiëne, water- en saneringsprojecten, specifieke ziekten als aids of tuberculose, vaccinatie en laboratoriumwerk. Ze bieden technische ondersteuning aan de verschillende landenprojecten, organiseren opleidingen en beslissen over de medische oriëntatie van AZG. Deze dienst verzorgt tevens de contacten met externe medische specialisten en instellingen.
- De **Logistieke afdeling** houdt zich bezig met transport, ICT en telecommunicatie, bouw, technische ondersteuning en rehabilitatie. Deze dienst verzorgt tevens de contacten met externe logistieke specialisten en instellingen en verzorgt opleidingen. "MSF Supply" is een coöperatieve vennootschap, opgericht in 1989, die zorgt voor de bevoorrading van AZG en tegemoet komt aan de noodzaak om grote hoeveelheden materiaal en geneesmiddelen aan te kopen tegen de beste prijs en op zeer korte termijn. Het bedrijf verzorgt de levering van materiaal en geneesmiddelen op het terrein. staat ook in voor het verpakken, het dedouaneren en het samenstellen van de noodhulpkits en de kwaliteitscontrole van de hulpgoederen en geneesmiddelen.
- De afdeling **Personeelszaken** houdt zich bezig met de rekrutering van de medewerkers die in de landenprojecten of op de hoofdzetel willen werken. Deze afdeling verzorgt ook technische vorming, managementtraining en staat tevens in voor de individuele begeleiding van het personeel.
- De afdeling **Financiën** is verantwoordelijk voor de financiële opvolging, de boekhouding en bijpassende informaticasystemen. Deze dienst verzorgt tevens de institutionele prospectie: relaties met instellingen en geldschieters voor de ontwikkeling van nieuwe projecten.
- De **Communicatiedienst** bepaalt het externe communicatiebeleid met als doel de acties van AZG bij het grote publiek bekend te maken en te getuigen over het lot van volkeren in nood. De communicatiedienst verzamelt ook privé-fondsen die garant moeten staan voor de onafhankelijkheid van AZG.

Ten slotte heeft AZG ook een interne **auditor**, die op een onafhankelijke manier de interne controlesystemen onderzoekt en evalueert, zowel op efficiëntie als op juistheid van de informatie.

Wat doet AZG ?

Buiten het afleggen van getuigenissen over wantoestanden, onderzoek en ontwikkeling is AZG actief op verschillende gebieden:

- Epidemieën en endemieën
- Voedselhulp
- Post-conflictgebieden
- Toegang tot gezondheidszorg
- Specifieke thema's
- Conflicten
- Natuurrampen
- Vluchtelingen en ontheemden (AZG, 2015)

De medewerkers

Ongeveer 60% van de uitgestuurde mensen zijn (para)medici (artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen, apothekers, psychologen, chirurgen, anesthesisten,...)

De andere 40% zijn logistiekers, financieel verantwoordelijken, administratief personeel of mensen met een specifieke opdracht zoals water, sanitaire voorzieningen, hygiëne). De posten voor laborant, maatschappelijk werker of gezondheidseconoom zijn eerder uitzonderlijk.

Ongeveer 2000 mensen vertrekken jaarlijks naar meer dan 70 landen om hulp te bieden voor lange of korte periodes. Meestal beschikt de organisatie over uitstekend lokaal personeel die in hun eigen land het best geplaatst zijn om een plaatselijk team of project te adviseren of te leiden. Zij zijn dikwijls het levende geheugen van AZG en brengen evenwicht in het team doordat ze de plaatselijke zeden en gebruiken kennen en goed weten hoe hun eigen mensen functioneren. (AZG, 2015)

Financiële middelen

Het ter plaatse krijgen van geneesmiddelen en andere hulpgoederen, inzetten van hulpverleners en inrichten van vluchtelingenkampen brengt veel kosten mee.

Hiervoor is een solide basis nodig via privégiften, regeringen, internationale organisaties, ondernemingen of stichtingen, die ervoor zorgen dat de financiële onafhankelijkheid gewaarborgd blijft.

Een speciaal noodhulpfonds laat AZG toe onmiddellijk te helpen waar dat nodig is.

De rekeningen van AZG worden het hele jaar door zowel in Brussel als op het terrein gecontroleerd en gecertificeerd door bedrijfsrevisoren. Ook de institutionele geldschieters (nationale regeringen en internationale organisaties) voeren controles uit. (AZG, 2015)



Foto AFP

4.2 De 4de pijler

4.2.1 Oorsprong

De initiatieven onder deze noemer bestaan al tientallen jaren (oa missiegroepen in de jaren '50, ea). Onderzoek toont aan dat er de laatste jaren een opleving is van dit soort initiatieven. Ze geven ieder op hun eigen manier deels een antwoord op de oproep van de traditionele NGO's om meer met het Zuiden bezig te zijn.

In deze geglobaliseerde wereld komen wij als reizende, studerende of werkende wereldburgers zelf meer in contact met het Zuiden en willen we niet alleen geld geven, maar ook zelf de handen uit de mouwen steken. om bij te dragen aan een betere wereld. Ook zijn steeds meer organisaties, scholen, ziekenhuizen,ea, bezig met het opzetten van een "eigen" concreet project in het Zuiden. Er is duidelijk een toenemende vermaatschappelijking van de ontwikkelingssamenwerking aan de gang.

4.2.2 Middelen en erkenning

Tot nu toe is er een beperkte ondersteuning en waardering van de Vlaamse overheid en de NGO's voor de 4de pijlerinitiatieven.

Het vertrekpunt in januari 2009 was een Vlaams 4^{de} pijlersteunpunt uitbouwen, een initiatief van de Vlaamse Agentschap voor Internationale Samenwerking (VAIS), in samenwerking met 11.11.11.

De bedoeling van dit steunpunt (via website en helpdesk):

- dat de verschillende spelers elkaar vinden en beter leren kennen
- informatie vergaren, ervaringen uitwisselen en kennis delen
- vragen stellen en tips geven

Zo kan er uitgekeken worden naar samenwerkingsverbanden waarbij iedereen volgens eigen inbreng bijdraagt tot een kwalitatieve en doeltreffende ontwikkelingssamenwerking.

Ook in Wallonië en Nederland bestaat er een steunpunt voor deze initiatieven

Lokale overheden zoals de gemeenten en de provincies, willen zich meer manifesteren in het ondersteunen van de 4^{de} pijler. We zien dat de subsidies, logistieke middelen of andere ondersteuning afhankelijk is van de gemeente of provincie waar het project zich bevindt. Een doeltreffende manier van ondersteuning is nog niet gevonden. (HIVA, 2009)

4.2.3 Initiatieven

De initiatieven zijn actief in heel veel landen, geconcentreerd op een beperkt aantal (zachte) domeinen zoals de gezondheidszorg, het onderwijs en basisinfrastructuur. De voorpublicatie "Eerste hulp bij ontwikkelingswerk" geschreven door M. Vossen (2015) maakt enkele kanttekeningen bij containerhulp, weeshuizen en microfinanciering. Dit om aan te duiden dat niet alle activiteiten die bijdrage zouden moeten leveren aan het verbeteren van de levensomstandigheden van de armen even zinvol of haalbaar zijn.

Een citaat van enkele tips bij initiatieven door M. Vossen:

"Goederen versturen

- Vraag je af of er lokaal behoefte is aan deze goederen.
- Transportkosten zijn vaak hoger dan de lokale aanschafprijs. Lokaal aanschaffen stimuleert bovendien de lokale economie en tussenhandel.
- Zorg dat de ontvangers in staat zijn om de goederen, zoals gereedschappen en apparatuur, te gebruiken en te onderhouden.
- Stel aanbieders van schoenen, schoolmeubels en kleren voor om hun spullen te verkopen en de opbrengst aan een goed doel te schenken.

Microfinanciering

- Het opzetten en uitvoeren van een microfinancieringsproject is complex. Vanuit Nederland of België is het onmogelijk rechtstreeks de rol van microfinancier te spelen.
- Je lokale counterpart of organisatie is doorgaans niet de meest aangewezen persoon om een microfinancieringsproject uit te voeren. 'Geld terugvorderen' verdraagt zich moeilijk met 'hulpverlenen'.
- Zoek aansluiting bij een deskundige lokale microfinancieringsorganisatie.

Weeskinderen

- Een weeshuis is een noodoplossing. Opvang in een pleeggezin of bij familie is beter voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen.
- Overweeg of je een (nieuw) project voor weeskinderen kunt toespitsen op de ondersteuning van pleegouders of families, in plaats van de bouw van een weeshuis.
- Wanneer je al een weeshuis ondersteunt, denk dan niet alleen aan de materiële, maar ook aan de emotionele ontwikkeling van de kinderen."

4.2.4 Bijdrage en kwaliteitsvereisten

We stellen ons de vraag wat de mogelijke effecten en impact is van de 4e pijlerinitiatieven in het Zuiden.

"De mogelijke meerwaarde van deze initiatieven omvatten onder meer (Onderzoek HIVA, 2015):

- *Het verbreden van het draagvlak tot ontwikkelingssamenwerking in Vlaanderen*
- *De ontwikkeling van innovatieve of alternatieve methoden om mensen te mobiliseren voor fondsenwerving en vrijwilligerswerk*
- *De introductie van nieuwe werkvormen en allianties tussen Noord en Zuid*
- *Het uitdagen van de drie klassieke pijlers tot doelgerichte communicatie, innovatieve fondsenwerking en efficiënt gebruik van middelen.*

De vragen die we ons stellen zijn:

- *In welke mate de 4^e pijler de ontwikkelingssamenwerking niet (verder) versnipperd*
- *Of de werkvormen van sommige 4^e pijlerorganisaties geen terugkeer inluiden naar paternalisme ten opzichte van het Zuiden*
- *Of de werking voldoende transparant is op het gebied van fondsenwerving en gebruik".*

5 REFERENTIES

NVTG. *Malariamuggen en kangoeroebaby's: 100jaar internationale gezondheidszorg*. Wageningen: NVTG.

Defeltre P. "Hulp helpt maar is niet de oplossing", uit het boek: Ruimte voor kennis, lessen voor de eenentwintigste eeuw, Leuven: Universitaire Pers.

De 4^{de} pijler: de opmars van de levensverbeteraar (2015), Onderzoek HIVA.

De 4^{de} pijler van de ontwikkelingssamenwerking in Vlaanderen: voorbij de eerste kennismaking (2015); Onderzoek HIVA

Vossen, M. (2015). *"Eerste hulp bij ontwikkelingswerk"*. Uitgeverij Wereldpodium.

Vossen M., Bodelier R., (2015). *"Hulp, waarom ontwikkelingshulp moet, groeit en verandert"*. Uitgeverij Wereldpodium.

Van Steenberghe, J. (2015), Landelijk Coördinator infectiebestrijding (LCI), via website: www.rivm.nl/infectieziekten.

WWB (2015), Honger en ondervoeding via website: geraadpleegd op 30/12/2019 http://www.worldwidebase.com/mensenrechten/honger_en_armoede.shtml

6 NUTTIGE WEBSITES

→ ivm werken als verpleegkundige in het buitenland.

<https://www.msf-azg.be/>
www.memisa.be
www.vso.nl

→ linken en artikels als hulp om de examenopdracht te maken (zie ook linken in cursus):

www.who.int/countries/bel/en/
<http://unstats.un.org/unsd/mdg/>
<http://www.un.org/millenniumgoals>
[http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/Ontwikkelingssamenwerking/Waar zijn we actief / \(partnerlanden van België\)](http://diplomatie.belgium.be/nl/Beleid/Ontwikkelingssamenwerking/Waar_zijn_we_actief_(partnerlanden_van_België))
<http://www.unicef.be/nl/over-unicef/onze-inspiratie/millenniumdoelen/>
<http://www.unicef.be/nl/over-unicef/onze-inspiratie/post-2015/>
<http://www.mo.be/analyse/het-sprookje-van-de-internationale-samenwerking>
<http://www.mo.be/nieuws/hoe-uitroeien-corruptie-levensbelang-ontwikkeling>
<http://www.mo.be/opinie/leugens-halve-waarheden-en-statistieken-over-millenniumdoelen>
<http://www.mo.be/artikel/bilijkheid-en-verbeeldingskracht-gewenst>
<http://www.mo.be/opinie/opvolgers-millenniumdoelen-onduidelijk-overladen-onmeetbaar>
<http://www.mo.be/nieuws/moedersterfte-bijna-gehalveerd-sinds-1990>
<http://www.mo.be/nieuws/ontwikkeling-kan-niet-zonder-aanpak-belastingontwijkers>
<http://www.mo.be/opinie/financiele-sector-nodig-voor-duurzame-transitie>

linken ivm bevolkingsgroei:

<http://www.cmo.nl/vnarena-vob/economie/basisopdrachten/opdracht-1/armoede-en-bevolkingsgroei>
[bevolkingsgroei, een tikkende tijdsbom](#)
[geotopics: bevolkingsgroei](#)
[7 billion, how did we grow to fast?](#)

VN 8 millenniumdoelstellingen(online) Geraadpleegd op 30/12/19 via
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>

VN 17 duurzame ontwikkelingsdoelstellingen(online) Geraadpleegd op 30/12/2019 via
<http://www.dewereldmorgen.be/artikel/2015/09/25/wat-zijn-de-duurzame-ontwikkelingsdoelstellingen-sdg-van-de-vn>
<http://www.un.org/sustainabledevelopment/>