

## **Albert Schweitzer, destijds al een echte huisarts in Gabon!**

Lezing in de Lebuïnuskerk in Deventer op 15 oktober 2025

door Pieter van den Hombergh

Op uitnodiging van:

de Nederlandse Albert Schweitzer Fonds NASF en

De Nederlandse Vereniging Medisch Geschiedenis.

Beste Schweitzer bewonderaars,

Dank voor deze bijzondere en eervolle uitnodiging. Albert Schweitzer is actueel en blijft tot de verbeelding spreken. De iconische bush tropendokter in het barre oerwoud van Gabon tussen de muggen en de lepra. Voor welk groot idee staat deze nobelprijswinnaar eigenlijk? Namens de WHIG de Werkgroep Huisartsen en Internationale Gezondheidszorg nu Global health, ben ik hier en geef ik een antwoord hierop. De WHIG is een werkgroep van zo'n 800 huisartsen met interesse in global health. De WHIG ressorteert onder zowel de Dutch Society of Global Health als het NHG. Ik begin even bij het begin. Begin tachtig wilde ik naar de tropen, maar omdat mijn relatie net uitging en ik geen partner had, besloot ik eerst maar het jaar huisartsgeneeskunde te doen voorafgaand aan de tropenopleiding. Een beetje extra bagage voor mijn tijd later in Kilgoris bij de Maasai.

Die drive om tropenarts te worden was mogelijk een soort gesublimeerde roeping na een katholieke opvoeding. Mijn lieve broers Jan en Henri werden ook tropenarts, nog fanatieker dan ik. Pater Priems van Memisa heeft er destijds voor gezorgd dat wij alle drie ook netjes tevoren trouwden. Ongetrouwd pikte de bisschop niet. Mijn moeder zaliger is hem eeuwig dankbaar.

Tja, Toch is het bevreemdend om deze lezing te geven in een kerk. "De kerk is niet mijn ding" had Paulien Cornelissen kunnen zeggen.

Naast tropenarts was ik tevens specialist huisartsgeneeskunde. Dat is relevant, want daar zit de link naar Schweitzer. Schweitzer was een

uitgesproken voorbeeld van een huisarts/ generalist/ Family Physician in Gabon. Hij had ook last van dat vuur van tropenartsen. Tropenartsen waren algemene artsen met extra training, die noodgedwongen allerlei ingrepen moesten doen, die bij ons door een specialist worden gedaan. Van de huisartsen was nog niet zo lang geleden 10% tropenarts geweest. Die vorming was goed voor de huisartsgeneeskunde hier, bleek uit een retrospectief vergelijkend onderzoek tussen huisartsen met en zonder tropenervaring. Nu heten de tropenartsen AIGs. Ze zijn getraind in Global Health problemen. Een soort wereldhuisartsen. Zo werken de AIGs nu wereldwijd in vluchtelingenkampen of op Caribische eilanden. Ook in Nederland zijn AIGs nuttig en nodig voor de zorg voor immigranten alsook bij epidemieën als COVID. Overal ter wereld inzetbaar. Echter de competenties van FPs liggen toch net op een ander vlak.

### **Even een aansprekend voorbeeld.**

Een uitgemergelde man, die al maanden slecht at en braakte, werd opgenomen in ons ziekenhuis in Kenya. Na onderzoek vroeg ik meteen als briljante arts een bariumpap röntgenfoto aan en ja hoor: hij had slokdarmkanker. De foto kostte hem ook nog 100 shilling. Een in de huisartsgeneeskundige principes geschoolde arts had gevraagd: Waarom kom je nu hier voor je klacht? Wat heb je al geprobeerd? Wat denk je dat je hebt?

De patiënt had dan geantwoord: Ik ben al in 5 ziekenhuizen geweest en die zeiden allemaal dat aan mijn ziekte niets te doen was. Ik heb ook al vijf keer die vieze pap moeten slikken.

Wat die man nodig had, was palliatieve zorg. Te beginnen met een gesprek liefst met de familie erbij. En vervolgens goede begeleiding. Ik geneer me nog over mijn aanpak toen. Blijkbaar was ik toch weer geworden tot ziekenhuisarts en was de huisarts in mij weggezaakt. Familie van terminale patiënten wil altijd het beste, zeker in Afrika. Men betaalt zich arm voor vaak nul kwaliteit van leven. Catastrophic payments, heet dat. Het is nog steeds volop de praktijk, zoals ik

recent bij een bezoek zag aan een private hospital in Eldoret. Allemaal oude mensen met CVA's, Decompensatie van het hart etc. die doodgingen na dure zorg voor de katse viool. Het is een medische cultuur, die wij daar helaas gebracht hebben. Het is de vraag of Family Medicine dit ooit recht kan trekken.

Maar behalve palliatieve zorg zijn er nog meer competenties waar jonge klare artsen niet in zijn opgeleid.

Historisch is het begrijpelijk dat landen startten met opleidingen voor klinisch specialisten. Maar waarom dacht niemand eraan om algemene artsen verder op te leiden in rurale zorg, Family Physicians, die de Schweitzers moesten vervangen.

Het leidde tot gezondheidszorgsystemen met geld slurpende ziekenhuizen en rudimentaire zorg in dispensaries en health centres.

De NGO's zorgden voor de levensreddende verticale programma's: Malaria, slaapziekte, lepra, tb en HIV aids etc. maar gewone primary care bleef pover en Moeder- en kindersterfte bleven hoog.

Het falen van Primary Health Care met de belofte van Health for all in 2000 is volgens mij deels terug te voeren op het onvoldoende trainen van academisch geschoolde professionals in Primary Care. FPs.

Zonder FPs wordt goede zorg dichtbij de patiënt geen realiteit.

Een vicieuze cirkel. In de vijfjarenplannen van de Ministries of Health kwam het scholen in community care en van Family Physicians gewoon niet voor. Als je goede chirurgische zorg wilt, dan leidt je daarvoor toch ook voldoende chirurgen op.

Het gemis aan goed opgeleide rurale algemeen artsen werd nog duidelijker, toen de Nederlandse tropenartsen massaal moesten stoppen, nadat Herfkens de financiering van Technische Assistentie introk. In 2000 was het over en uit met 't uitzenden van tropenartsen

### **In Nederland ook een blinde vlek**

Die blindheid voor het nut van een huisartsenopleiding is van alle tijden ook in Nederland. Tot ongeveer 1975 zagen specialisten en beleidsmakers ook niet in dat generalisten competenties moesten

aanleren, die ze niet in ziekenhuizen opdoen. Daar geld insteken, vonden velen onzin. Met de kennis van nu is dat echt onbegrijpelijk. Zo is het ook onbegrijpelijk, dat het zo lang heeft geduurd voordat ministries of Health in de LMICs inzagen dat ze opgeleide Albert Schweitzers nodig hadden. In Family Medicine getrainde algemene tropenartsen, die bevallingen konden doen, sectio's, acute chirurgie, maar ook public Health taken, maar die ook een relatie hadden met de community.

Zelfs in onze bevlogen NVTG, was dit een hele strijd . De snijdende specialismen hechtten stevig aan een grondige opleiding in chirurgie en Gynaecologie/ obstetrie. Die eenzijdige blik duurde lang.

De WHIG als werkgroep van de NVTG besloot destijds te gaan proberen de NVTG meer “huisartsvriendelijk” te maken.

In 1998 publiceerden Wim Heres en ik in MC een artikel met de titel *“Huisartsgeneeskunde in de tropen. Een zinnige gedachte?”*

Er kwam een erg kritische reactie van Ivan Wolffers, die onze gedachte affikte. Het was weer het exporteren van het westerse model en wat moest een huisarts daar doen. Dekolonialiseren was niet te rijmen met weer iets nieuws dat hier was bedacht. We voelden ons wel afgeserveerd.

Wereldwijd begon echter het oude model toch te kantelen.

### **Dus toch geen onzin**

In 1998 mochten we in Hongkong meemaken, dat China het Engelse Huisartsenmodel als model voor heel China adopteerde. De blote voeten dokters voldeden niet meer. Zo gek vonden ze daar huisartsgeneeskunde niet. Ze staken maar liefst 3 miljard in de ontwikkeling ervan. Hun target: 1 huisarts per 2000 families in 2025. En in China maken ze dat waar.

Ook in Zuid-Afrika waren Professor Ian Cooper en Steve Reid bezig met een Family Medicine opleiding. In het kader van een National Health Service bood dat kansen, gezien het succes van FM in het VK. Albert Schweitzer wist intuïtief al, dat ” Comprehensive primary care”

de brede zorg, die hij bood, effectief is. Het was nog wachten op wat nu echt de evidence c.q. het bewijs was voor de meerwaarde van de FM principes zowel in het westen als elders in de wereld?

Voor de duidelijkheid nog even: Family Medicine gaat om persoonsgerichte, laagdrempelige, kosteneffectieve, integrale en continue zorg, geleverd door een 5 star dokter die zich al deze competenties eigen heeft gemaakt.

Het onderzoek van Barbara Starfield in 1990 in de VS bood bewijs voor die effectiviteit van primary care en huisartsgeneeskunde. Zij toonde aan dat de staten in de VS met de hoogste dichtheid aan huisartsen significant betere uitkomsten hadden op harde eindpunten zoals sterfte, neonatale sterfte, sterfte na cva etc. ook na correctie voor inkomensongelijkheid. Magnifiek onderzoek.

Haar onderzoek inspireerde Brazilië om te investeren in een dekkend netwerk van “Casas de sanitad” met een arts, een nurse en een village health worker. Een enorm succes.

De top tien aan ziektes – en dat geldt wereldwijd - kunnen in de eerste lijn worden opgelost. Nu belasten die top tien nog steeds de 2<sup>e</sup> lijn, de ziekenhuizen.

Om echt de portée van huisartsgeneeskunde te snappen doe ik weer even een beroep op uw voorstellingsvermogen:

*Stel: Je bent een Kenyaanse zakenman en je zoekt je moeder op in haar dorp. Je treft haar daar aan in haar huisje en ze is moe, wat depressief en kortademig. Haar man overleed een jaar geleden.*

Je wilt het beste voor haar. Maar wat is het beste in zo'n dorp? Je wil, dat ze naar een kliniekje in de buurt kan, waar mensen haar kennen, een dossier van haar hebben en haar vriendelijk en begripvol ontvangen, waar diagnostiek (eenvoudig lab-onderzoek, ECG, spirometrie,) is. Kortom een betrouwbare diagnose en eventueel ook behandeling. Liefst door iemand die de competenties heeft om dat integraal te benaderen. Dat wil iedereen voor zijn

moeder en dat zijn de Sustainable Development Goals voor 2030. Health for all. Daar is niks koloniaals aan.

### **Genoeg gepreekt.**

In 2000 hoorden Wim Heres en ik dat in Eldoret zo'n huisartsenopleiding ging starten, maar dat het weer afgeblazen was. We besloten ernaar toe te gaan. Professor Otsyula, een thoraxchirurg in Eldoret en getraind in het Verenigd koninkrijk was overtuigd van het nut van zo'n Family Medicine opleiding. Een man met visie. Echter de protestantse missie wilde geen islamieten opleiden in hun ziekenhuizen en daar ging het mis. Einde verhaal.

Als WHIG, een neutrale partij, samen met Mundo een onderwijsontwikkelings -organisatie uit Maastricht konden wij gelukkig geld en opleiders voor de Family Medicine Training leveren. Peter Manschot was de eerste opleider in 2005. Een breed comité van mensen van het eerste uur zoals Fons Mathot, Arnoud Chavannes, Harry Crebolder leverden ervaren tropenartsen en docenten huisartsgeneeskunde om de opleiding zoals geformuleerd door Eldoret University en het Ministry of Health uit te voeren. We werkten samen met de protestantse missie.

Om een lang verhaal kort te maken. Het ging moeizaam, maar het succes van de eerste artsen maakte, dat al snel 5 andere universiteiten in Kenya ook een Family Medicine opleiding startten en dat er inmiddels meer dan 200 Family Physicians zijn opgeleid in Kenya. En voor zover wij weten is nog niemand van die 200 Family Physicians naar het buitenland vertrokken. Bedenk dat in Ethiopië de helft van de artsen naar het buitenland vlucht.

Het verhaal van de noodzaak voor family physicians wordt steeds duidelijker. Mensen worden ouder en hebben chronische ziekten als Diabetes, hart- en vaatziekten en HIV. Palliatieve zorg wordt steeds belangrijker. En dan hoop je als burger op een goede opvang.

De meeste health centers en kleine ziekenhuizen missen nog steeds

de huisartsgeneeskundige cultuur om die zorg te kunnen bieden. Waar wel huisartsen actief zijn in die centra, is de zorg verbeterd. Bijvoorbeeld in Webuye bij Eldoret, waar Family Physicians in opleiding uit Eldoret getraind werden. Daar verbeterde de zorg zo, dat 2 privé missieziekenhuizen in de buurt moesten sluiten. In Zuid Afrika leverde onderzoek naar de effectiviteit naar de aanwezigheid van een Family Physician in een health facility nog onvoldoende bewijs. Moeilijk onderzoek, kleine getallen, prematuur. In 2019 bezocht ik met Jarl Chabot voor de WHO de West Bank maar ook Gaza. Daar zag ik wat één enkele in Egypte opgeleide huisarts voor elkaar bracht. Hij leidde artsen op tot huisartsen voor alle health centres in Gaza. Hij gebruikte Canadese onderwijsprogramma's en maakte zo Family Medicine toegankelijk voor al die artsen. Een indrukwekkend succes. Sinds die genocidale oorlog is er geen contact. Zo pijnlijk. Mogelijk zijn sommigen dood. Een drama.

### **Hoe krijg je nou voor elkaar dat FM in de lead is in de zorg?**

De eerste Family Physicians zullen vooral bezig zijn met stewardship. Op county en subcounty level. Daar hoort vooral het implementeren van COPC bij. Dat is nodig om chronische ziekten als HIV-AIDS, Diabetes en Hartvaatziekten etc. te tackelen samen met alle staf die er is. De taak is gigantisch, maar kansrijk. Denk bijvoorbeeld aan de potentie van lotgenotengroepen rond HIV/ Aids, Diabetes en hart/vaatziekten, maar ook domestic violence.

Een mooi voorbeeld van stewardship mocht ik zien bij de begeleiding van twee FPs in opleiding, die een rurale stage deden bij een drietal dispensaries in Kilifi County.

In hun kwaliteitsverbeteringsproject identificeerden ze massaal gebruik van AB als verbeterpunt. Iedereen met verkoudheid kreeg een breedspectrumantibioticum. Dat was de praktijk.

De FPs in opleiding deden interventies in de community en bij de Village Health workers. Ze trainden de Clinical Officers en de staf in prudent AB-beleid en samen deden we een voorbeeld-spreekuur met

huisartsgeneeskundige consultvoering. In dat spreekuur hadden maar 2 van de 100 kinderen Antibiotica nodig. De totale interventie gaf een enorme reductie van AB-voorschriften, een reductie die na maanden nog meetbaar was. Een staaltje huisartsgeneeskundig stewardship en een voorbeeld van wat Community oriented primary care kan opleveren. Stewardship is nodig om het potentieel aan gezondheidswerkers te motiveren en te coachen. Ik denk dat Schweitzer ook zo bezig was. En altijd inspireerde hij zijn staf. Inmiddels zijn er ook veel Role models in Afrika. Chege, die helaas overleden is aan COVID, Akiruga uit Eldoret, Nthusi uit Kabarak, Atai Omoruto in Makarere, noem maar op. De Kenyan Association of FP heeft zelfs al een WONCA Africa georganiseerd.

De financiering van de opleiding blijft een uitdaging. Het is gewoon duur. Daarop ingaan voert hier te ver.

Ik denk dat we gewoon meer in horizontale primary care en dus opleiding moeten investeren. Verticale programma's kunnen daarin integreren en dat zou winst zijn. Het deed mij altijd pijn om al die witte auto's en brommertjes te zien rijden van al die ziekte-georiënteerde programma's van Malaria, TB, HIV/ AIDS, wormenziektes. Iedere ziekte zijn eigen organisatie. Levens redden, dat wel, maar ze brengen geen sustainable gezondheidszorg systeem tot stand. Integreren van verticale programma's en minder geld naar ziekenhuizen. Daar moet het geld van komen.

Het piepkleine Peter Manschotfonds is er om de opleiding tot FP daar te stimuleren met seed money. Toen Peter totaal verlamd na zijn fietsongeval op de IC-lag, was hij nog steeds geïnteresseerd of er inmiddels weer geld was voor de opleiding, waar hij protagonist van was. Dat inspireerde tot dat fonds. Ik wilde de lezing wat luchtig houden met wat grappen. Maar dat gaat niet met dit onderwerp. Schweitzer leek me ook geen lolbroek als het hierover ging. Zo gedreven. Wat een eer om met dit verhaal te hebben mogen aansluiten bij zijn gedachtegoed. Dank voor uw aandacht.