

University of Groningen

## Palliatieve geneeskunde in sub-Sahara Afrika: Onderbelicht, onderontwikkeld, onmisbaar

van der Plas, Willemijn; Benjamens, Stan; Janssen, Yester; van de Vijver, Steven; Kruijff, Schelto

*Published in:*  
Huisarts en Wetenschap

*DOI:*  
[10.1007/s12445-020-0753-z](https://doi.org/10.1007/s12445-020-0753-z)

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*  
Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*  
2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

### *Citation for published version (APA):*

van der Plas, W., Benjamens, S., Janssen, Y., van de Vijver, S., & Kruijff, S. (2020). Palliatieve geneeskunde in sub-Sahara Afrika: Onderbelicht, onderontwikkeld, onmisbaar. *Huisarts en Wetenschap*, 63(7), 49-51. <https://doi.org/10.1007/s12445-020-0753-z>

### **Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

### **Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*



# Palliatieve geneeskunde in sub-Sahara Afrika

## Onderbelicht, onderontwikkeld, onmisbaar

Willemijn van der Plas, Stan Benjamens, Yester Janssen, Steven van de Vijver, Schelto Kruijff

Palliatieve zorg behoort in Nederland tot de kerntaken van de huisarts, maar staat elders nog in de kinderschoenen. Ook in landen met een laag inkomen groeit de behoefte echter door de snelle stijging van niet-overdraagbare ziekten, zoals kanker. Knelpunten bij de implementatie van een palliatief zorgsysteem zijn instabiel overheidsbeleid, traditioneel geneeskundeonderwijs en slechte beschikbaarheid van pijnmedicatie.

In Nederland is de palliatieve geneeskunde goed georganiseerd en behoort terminaal-palliatieve zorg tot de kerntaken van de huisarts, in andere landen is het een snelgroeiende discipline.<sup>1,2</sup> In sub-Sahara Afrika staat de palliatieve geneeskunde echter nog in de kinderschoenen. In dit artikel schetsen we de uitdagingen voor palliatieve zorg in landen met een laag of middeninkomen en geven we suggesties voor verbetering. Als voorbeeld nemen we een missieziekenhuis in Malawi waar enkelen van ons een aantal maanden werkten.

### MALAWI

Malawi heeft 18 miljoen inwoners, evenveel als Nederland, en is driemaal zo groot. Het Oost-Afrikaanse land is een van de armste ter wereld, met een jaarinkomen van ongeveer 340 euro per inwoner. De uitgaven aan gezondheidszorg waren in 2014 gemiddeld 83 euro per inwoner per jaar [in Nederland 5.805 euro].<sup>23,24</sup> Het land telt ongeveer 50 districts- en privéziekenhuizen, en 4 derdelijns verwijzingscentra. De incidentie van kanker neemt snel toe.<sup>25-27</sup> De vraag naar palliatieve zorg is enorm, maar er is een groot gebrek aan kennis en kunde en het opleidingsniveau van de bevolking is laag.

### EEN VOORBEELD UIT DE PRAKTIJK

Vanuit het Nkhoma Missieziekenhuis in Malawi verleent een palliative-care-team, bestaand uit clinical officers, verpleegkundigen en geestelijk ondersteuners, sinds kort palliatieve zorg in een gebied met meer dan 300.000 inwoners. Het team wordt ondersteund vanuit de plaatselijke christelijke gemeenschap en ontvangt financiële steun uit het buitenland. Doel is het aantal ziekenhuisbezoeken te beperken en de laatste levensfase van zo veel mogelijk patiënten zo comfortabel mogelijk te maken. Wij waren zeer onder de indruk van de inzet van dit team, dat met minimale financiële middelen moet werken en wekelijks patiënten in de wijde omgeving bezoekt. Dat betekent

vaak vele uren rijden over slechte wegen, gewapend met een tas eerstehulpmiddelen en een zak geconserveerd voedsel. Met een patiënt met hartfalen bespreken ze ter plaatse zijn conditie, de patiënt met levercirrose krijgt een ascitespunctie, de patiënt met uitgezaaide prostaatkanker een flesje vloeibare morfine. Door het chronische tekort aan diesel is het echter elke week opnieuw de vraag of het zal lukken deze broodnodige zorg bij de patiënt te krijgen.

### PALLIATIEVE ZORG IN LANDEN MET EEN LAAG EN MIDDEN-INKOMEN

Vier op de vijf mensen die behoefte hebben aan palliatieve zorg wonen in landen met een laag of middeninkomen.<sup>3</sup> In deze landen is bijna geen palliatieve zorg en pijnmedicatie te krijgen: palliatieve zorg lijkt meestal pas aandacht te krijgen als de basiszorg op orde begint te komen.<sup>4</sup> Omdat de dure diagnostische en behandelopties voor niet-overdraagbare aandoeningen zoals kanker in deze landen slechts mondjesmaat beschikbaar zijn, hebben juist hier relatief veel patiënten palliatieve zorg nodig. Hun aantal zal de komende jaren waarschijnlijk verdubbelen.<sup>4,5</sup> In landen met een laag en middeninkomen is circa 80% van de nieuw ontdekte maligniteiten niet meer te genezen op het moment van diagnose.<sup>6,7</sup> Er is in deze landen niet alleen een groot gebrek aan zaken zoals palliatieve chirurgie, radio- en chemotherapie, maar ook aan mogelijkheden voor follow-up.

Een groot probleem is het gebrek aan adequate pijnbestrijding. Wereldwijd sterven jaarlijks naar schatting twintig miljoen mensen met ernstige pijn die met morfine had kunnen worden verlicht en lijden nog eens 28 miljoen patiënten ernstige pijn omdat ze geen toegang hebben tot morfine.<sup>8</sup> Van de wereldwijd beschikbare opioïden wordt 96,4% gedistribueerd in rijke landen en slechts 0,03% in landen met een laag inkomen. In een land als Malawi is de vraag naar morfine twintigmaal zo groot als het aanbod.<sup>9</sup>

Een ander probleem is dat patiënten pas in een laat stadium naar het ziekenhuis komen. Dit komt niet alleen door de grote afstand tot het ziekenhuis en de kosten van een ziekenhuisopname, maar ook door gebrek aan kennis en door de gewoonte om eerst hulp te zoeken bij traditionele genezers.<sup>4,10</sup> Traditionele denkbeelden en taboes hebben in Malawi nog grote

## DE KERN

- Er is een grote en stijgende behoefte aan palliatieve zorg in landen met een laag of middeninkomen: 80% van de palliatieve patiënten woont in deze landen.
- In sub-Sahara Afrika is een schrijnend tekort aan pijnmedicatie: in Malawi is de vraag naar morfine twintigmaal zo groot als het aanbod.
- Ook in sub-Sahara Afrika kan palliatieve zorg leiden tot minder ziekenhuisbezoek en daardoor tot goedkopere zorg, maar een instabiele overheid, traditionele denkbeelden en geldgebrek bemoeilijken de implementatie.

invloed, zowel bij terminaal zieken als bij zorgverleners.<sup>11</sup> Bij zorgverleners speelt ook een rol dat hun opleiding met name gericht is op infectieziekten, de hoeksteen van de hedendaagse internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde. Er is weinig kennis en vaardigheid met betrekking tot aandoeningen zoals kanker, leverfalen, hart- en vaatziekten, COPD en diabetes mellitus, en er is weinig bekend over symptoomverlichtende behandelingen en psychische of spirituele zorg.<sup>3</sup>

## VIJF PIJLERS TER VERBETERING VAN PALLIATIEVE ZORG

In 2014 beschreef de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) in het kader van de sustainable development goals vier pijlers van palliatieve zorg: beleid, onderwijs, beschikbaarheid van medicatie en implementatie.<sup>12,13</sup> Als vijfde pijler kun je daaraan toevoegen: wetenschappelijk onderzoek om de palliatieve zorg te evalueren en te verbeteren.<sup>12</sup> Mede naar aanleiding van de sustainable development goals heeft het ministerie van Volksgezondheid in Malawi palliatieve zorg onlangs erkend als behorend tot de minimale zorg die alle regionale ziekenhuizen zouden moeten leveren. Het is een stap voorwaarts, maar in Malawi – en in heel sub-Sahara Afrika – is palliatieve zorg minimaal ontwikkeld, zeker wanneer men het afzet tegen het Nederlandse kwaliteitskader dat alle relevante aspecten van palliatieve zorg omvat.<sup>14,15</sup>

### Beleidsvoering

In Malawi wordt, evengoed als in Nederland, pas financiële ruimte voor palliatieve zorg vrijgemaakt als dat aantoonbaar nut oplevert. In Zuid-Afrika hebben kosteneffectiviteitsanalyses laten zien dat ambulante palliatieve zorg het aantal ziekenhuisopnames vermindert en daardoor de helft van de zorgkosten kan besparen.<sup>16</sup> In Malawi is het meten van zo'n effect echter een uitdaging; patiëntgegevens worden bijgehouden in een papieren gezondheidspaspoort dat zowel binnen als buiten het ziekenhuis in handen is van de patiënt of diens voogd. Hoge onderhoudskosten, lage prioriteit, het slechte elektriciteitsnet en gebrekkige internetverbindingen staan de overstap naar een elektronisch patiëntendossier voorlopig in de weg.<sup>17</sup> Daarbij is Malawi een land met een instabiele overheid en veel corruptie, wat goede beleidsvoering enorm lastig maakt.

### Onderwijs

In Nederland is onderwijs in de palliatieve geneeskunde al langer gangbaar. Dat zie je terug in het trainingsmateriaal en de opleidingen die het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) geeft namens de Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland (PZNL).<sup>18</sup> In sub-Sahara Afrika worden medical en clinical officers en verpleegkundigen vooral opgeleid in het behandelen van infectieziekten. Er lijkt binnen de verschillende medische opleidingen een omslag nodig in het denken over de waarde van comfort en kwaliteit van leven. Voor sommige artsen is dat lastig; zij zijn niet gewend de keuze voor niet-behandelen openlijk met patiënten te bespreken want zij willen hen de hoop op leven niet ontnemen. In die optiek is mededelen dat de ziekte ongeneeslijk is een onnodige belasting voor de patiënt.<sup>11,19</sup> Ook bij patiënten en hun familieleden is een omslag nodig: velen overlijden liever niet thuis en gaan bij voorkeur naar het ziekenhuis om te sterven. Die voorkeur leidt tot hoge ziekenhuiskosten en ontwricht het gezin, want het ziekenhuis is meestal niet naast de deur. Zorgverleners moeten leren hoe zij het gesprek over de benodigde zorg aan huis en de daarbij behorende verwachtingen en angsten eerder kunnen aangaan.

### Beschikbaarheid van medicatie

De beschikbaarheid van medicatie is, zoals opgemerkt, een probleem in veel landen met een laag of middeninkomen. Schaarste en corruptie drijven de prijzen op: in sommige sub-Saharalanden wordt voor basale generieke medicijnen twintig- tot dertigmaal de internationale referentieprijis betaald. Pijnmedicatie van de laagste klasse, zoals paracetamol, is veelal wel beschikbaar en betaalbaar, maar sterkere analgetica, zoals tramadol en morfine, zijn dat vaak niet. Het maakt de palliatieve zorg in deze landen in nog grotere mate afhankelijk van buitenlandse donaties.<sup>20,21</sup> Grootschalige en centrale inkoop van medicatie is een mogelijke oplossing voor dit probleem; overheden zouden daarin moeten worden ondersteund door internationale organisaties.<sup>22</sup>

### Implementatie

Het implementeren van goede palliatieve zorg vergt een lange adem en substantiële steun om het opgezette systeem te evalueren en te blijven verbeteren. Trainingen aan betrokken zorgverleners en fondsen voor medicatie en transport kunnen op korte termijn grote veranderingen bewerkstelligen, maar solide implementatie vergt een ontwikkeling op alle drie de eerder beschreven domeinen:

- consistente vergoeding en ondersteuning vanuit de overheid;
- inbedding van palliatieve zorg in het standaardcurriculum van de medische opleiding, in combinatie met een mentorprogramma om de kwaliteit van palliatieve-zorgteams te waarborgen;
- grootschalige, centrale medicatie-inkoop onder regie van de overheid; momenteel is dit nog het terrein van internationale organisaties, zoals de WHO, maar op termijn zullen zij die verantwoordelijkheid willen overdragen.



Malawi is het armste land ter wereld met een jaarinkomen van ongeveer 340 euro per inwoner.

Foto: Willemijn van der Plas

Dan nog blijft het een punt van aandacht dat palliatieve zorg steeds maar één van de afwegingen is bij de verdeling van schaarse middelen, waarin ook malaria, hiv, tuberculose en andere basiszorg om aandacht vragen.

#### Onderzoek

Tot nog toe wordt palliatieve zorg in sub-Sahara Afrika geleverd door enkele gespecialiseerde centra en is er amper integratie met de eerstelijns gezondheidszorg.<sup>4</sup> Over de uitkomsten, de effectiviteit, de precieze uitwerking, de toegankelijkheid en de toepasbaarheid is weinig tot geen informatie. Onduidelijk is ook wat in deze setting de beste organisatorische vorm zou zijn en welke elementen uit de westerse palliatieve zorg bruikbaar kunnen zijn. Het concept van een hospice bijvoorbeeld werkt in Nederland goed, maar of er ook in Malawi behoefte aan zou zijn, moet worden onderzocht. En zo zijn er meer onderzoeken, audits en evaluaties nodig om inzichtelijk te maken hoe palliatieve zorg het best kan worden vormgegeven in een omgeving waar middelen schaars zijn.

#### CONCLUSIE

Het organiseren en verlenen van goede palliatieve zorg in laag- en middeninkomenslanden is een uitdaging voor de komende decennia. Beter onderwijs, goede beschikbaarheid

van pijnmedicatie en implementatie en evaluatie van kleine palliatieve zorginitiatieven kunnen hopelijk helpen hierbij een stap voorwaarts te zetten. ■

#### LITERATUUR

1. Kerntaken in de praktijk: hoe werken we met de herijkte kernwaarden en kerntaken? Toekomst Huisartsenzorg, 3 juli 2019. [www.toekomsthuisartsenzorg.nl](http://www.toekomsthuisartsenzorg.nl), geraadpleegd februari 2020.
2. WHO Definition of palliative care. Geneva: WHO, 2012.
3. Connor SR. The global atlas of palliative care at the end of life: An advocacy tool. *Eur J Palliat Care* 2014;21:180-3.
4. Harding R, Higginson IJ. Palliative care in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2005;365:1971-7.
5. Connor SR, Sepulveda Bermedo MC. Global atlas of palliative care at the end of life. London: WPCA/WHO, 2014.
6. Parkin DM, Sitas F, Chirenje M, Stein L, Abratt R, Wabinga H. Part I: Cancer in Indigenous Africans-burden, distribution, and trends. *Lancet Oncol* 2008;9:683-92.
7. Kanavos P. The rising burden of cancer in the developing world. *Ann Oncol* 2006;17:viii15-23.
8. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* 2018;391:1391-1454.
9. Knaul FM, Bhadelia A, Rodriguez NM, Arreola-Ornelas H, Zimmermann C. The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief: findings, recommendations, and future directions. *Lancet Glob Health* 2018;6:S5-6.

10. Janssen YF, Van der Plas WY, Benjamens S, Kruijff S. Cancer in low and middle income countries – The same disease with a different face. *Eur J Surg Oncol* 2020;46:1-2.
11. Gysels M, Pell C, Straus L, Pool R. End of life care in sub-Saharan Africa: A systematic review of the qualitative literature. *BMC Palliat Care* 2011;10:6.
12. Harding R, Selman L, Powell RA, Namisango E, Downing J, Merriman A, et al. Research into palliative care in sub-Saharan Africa. *Lancet Oncol* 2013;14:e183-8.
13. Sustainable Development Goals 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Geneva: WHO, 2017;
14. Rhee JY, Garralda E, Torrado C, Blanco S, Ayala I, Namisango E, et al. Palliative care in Africa: a scoping review from 2005-16. *Lancet Oncol* 2017;18:e522-31.
15. Over palliatieve zorg. Utrecht: IKNL, 2019. <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/over-palliatieve-zorg>, geraadpleegd februari 2020.
16. Hongoro C, Dinat N. A cost analysis of a hospital-based palliative care outreach program: Implications for expanding public sector palliative care in South Africa. *J Pain Symptom Manage* 2011;41:1015-24.
17. Odekunle FF, Odekunle RO, Shankar S. Why sub-Saharan Africa lags in electronic health record adoption and possible strategies to increase its adoption in this region. *Int J Health Sci (Qassim)* 2017;11:59-64.
18. Onderwijs Utrecht: IKNL, 2019. <https://www.iknl.nl/palliatieve-zorg/onderwijs>, geraadpleegd februari 2020.
19. Adamolekun K. Openness of health professionals about death and terminal illness in a Nigerian teaching hospital. *Omega (Westport)* 1997-1998;36:23-32.
20. Silverman R, Keller JM, Glassman A, Chalkidou K. Tackling the triple transition in global health procurement. *CGD brief*, July 2, 2019.
21. Berterame S, Erthal J, Thomas J, Fellner S, Vosse B, Clare P, et al. Use of and barriers to access to opioid analgesics: A worldwide, regional, and national study. *Lancet* 2016;387:1644-56.
22. Dubois P, Lefouili Y, Straub S. Pooled procurement of drugs in low and middle income countries: Working paper. Washington, DC: Center for Global Development, 2019.
23. De Best R. Total healthcare expenditure per capita in the Netherlands from 1998 to 2018. Amsterdam: Statista, 2019.
24. Malawi. Geneva: World Health Organization, 2019. <https://www.who.int/countries/mwi/en/>, geraadpleegd februari 2020.
25. Human Development Report 2019. New York: UNDP, 2019.
26. Cancer: Key statistics. Geneva: WHO, 2012. <https://www.who.int/cancer/resources/keyfacts/en/>, geraadpleegd februari 2020.
27. Morris K. Cancer? In Africa? *Lancet Oncol* 2003;4:5.

Van der Plas WY, Benjamens S, Janssen YF, Van de Vijver S, Kruijff S. Palliatieve geneeskunde in sub-Sahara Afrika: Onderbelicht, onderontwikkeld, maar onmisbaar. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0521-0. UMC Groningen, afdeling Chirurgie, Groningen/Nkhoma Missie Ziekenhuis, afdeling Chirurgie, Nkhoma, Malawi: W.Y. van der Plas, student geneeskunde; S. Benjamens, student geneeskunde; dr. S. Kruijff, chirurg: s.kruijff@umcg.nl. UMC Groningen, afdeling Chirurgie, Groningen: Y.F. Janssen, student geneeskunde. OLVG, afdeling huisartsengeneeskunde/Amsterdam Institute for Global Health and Development [AIGHD], Amsterdam: dr. S. van de Vijver, huisarts. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.