



Elizabeth Joekes

Radiologie in Ghana – aflevering 1

Het Komfo Anokye Teaching Hospital in Kumasi

Het is zes uur in de ochtend en nog koel in mijn ‘bungalow’ van het Komfo Anokye Teaching Hospital, beter bekend als KATH. Buiten het raam schijnt de opkomende zon door de bladeren van een bananenboom. Binnen ratelt de fan aan het plafond vervaarlijk. Het is een wonder dat hij er, na drie maanden intensief gebruik, nog hangt. Het is hoog tijd voor de eerste column voor MemoRad.



KATH entrance

De hoofdingang van KATH.

KATH is het grootste regionale opleidingsziekenhuis, 240 km ten noorden van Accra, in een stad met ongeveer 1 miljoen inwoners. Er zijn 800 bedden – de patiënten in de trappenhuisen en op de balkons niet meegerekend –, 120 medisch studenten per jaar en opleidingen voor vrijwel alle specialismen. De radiologieafdeling beschikt weliswaar niet over ‘alle hypermoderne, state-of-the-art apparatuur en PACS’, maar wel over vier buckykamers, een doorlichtkamer, mobiele doorlichting, een echografieapparaat, mammografietoestel, single-slice spiraal-CT en twee donkere kamers. Alles van Siemens, deels oud, zoals de doorlichtkamer, deels onverwacht modern, zoals het echografieapparaat en de CT.



HSG-team

De Siemens Sireskop uit 1992 met het HSG-team. V.l.n.r.: dr. Seneye, arts-assistent gynaecologie, verpleegkundige Monica, laboranten Mawusi en Augustine.

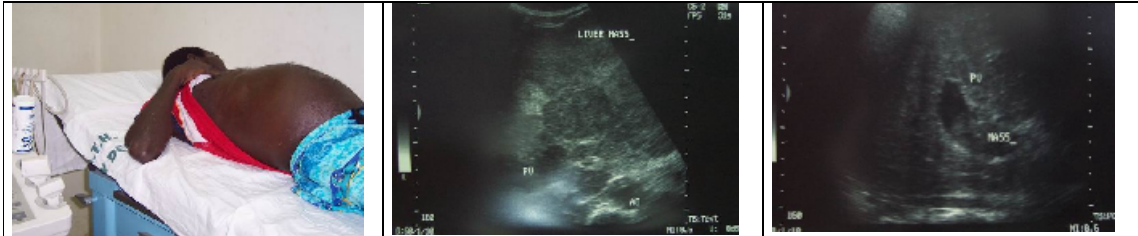
Stroom is er meestal wel, zij het met pieken en dalen, stromend water meestal niet. Per jaar worden er ongeveer 30.000 conventionele onderzoeken verricht (vooral thoraxfoto's, trauma's en pediatrie), 2000 HSG's, 120 bariumberoeken en een klein aantal urologische onderzoeken. Sinds mijn komst zijn daar ongeveer 50 echo's en 35 CT's per week bijgekomen. Twintig laboranten en 'technical assistants' bemannen de afdeling – de afgelopen twee jaar zonder het toezicht van een radioloog, met alle chaotische gevolgen van dien: halve, pikzwarte foto's, disfunctionerende toestellen, verdwenen cassettes, en de neurochirurg is eigenhandig met de CT van start gegaan.

Het nieuwe toezichtende oog is nu, vanuit de Nederlandse interventieradiologie, overgestapt naar de 'ontwikkelingsradiologie', en die schok ben ik, hoewel niet onverwacht, na drie maanden nog niet helemaal te boven. Niet alleen de patiëntenpopulatie en de pathologie zijn totaal anders, ook de hiërarchie, de attitude van het personeel, de financiering en de verwachtingen van de klinici, om maar een paar voorbeelden te noemen. Bovendien is het radiologenennetwerk heel beperkt: op een bevolking van 20 miljoen mensen zijn er nu zes radiologen: vijf in Accra, één in Kumasi. Dankzij een minisymposium van Schering (ja, ook hier) hebben wij en een aantal Nigeriaanse radiologen elkaar recent kunnen ontmoeten. Door de grote afstand en het moeizame internet- en telefoonverkeer is regelmatig overleg maar heel beperkt mogelijk. Veel kleinere ziekenhuizen, zowel van de overheid als particulier, beschikken over eenvoudige röntgenapparatuur, maar moeten het zonder radioloog stellen. Alle onderzoeken worden er door de medical officer of door specialisten beoordeeld. Enkel wagen zich ook aan de echografie met vaak niet meer dan een week training...

In het land der blinden is de enige radioloog dus al snel: hoofd van de afdeling, opleider, manager, universitair docent, clinicus (voor alle specialismen) en referentiecentrum voor ziekenhuizen uit de regio. Probeer al die taken te combineren, de indrukwekkende pathologie te herkennen, uit te vinden hoe het systeem werkt – naar het voorbeeld van de oude Britse bureaucratie –, alle culturele verschillen te overbruggen, en er gaat geen week voorbij zonder verrassingen, vergissingen, frustraties, wanhoop, maar ook kleine overwinningen.

In deze column wil ik iets laten zien van al deze verschillende aspecten van het werken als radioloog in een ontwikkelingsland. Relatief nieuw en onbekend, maar sinds een aantal jaren door de WHO en de radiologieverenigingen erkend als een belangrijk onderdeel van goede gezondheidszorg in deze landen.

Het vergevorderde stadium van veel aandoeningen was het eerste dat diepe indruk op mij maakte. Er is voor de meeste mensen geen enkele vorm van verzekering en alles moet direct, contant, afgerekend worden: het consult, de status, iedere naald of pleister, de medicatie, alle aanvullende diagnostische onderzoeken. Tijdens een opname wordt alles bijgehouden op een lijst, en de patiënt kan pas met ontslag als er is afgerekend. Kan dit niet, dan blijft hij opgenomen tot er door de familie is betaald, of tot hij kans heeft gezien er stiekem tussenuit te knijpen.



Hepatoma 3a t/m 3c

Echografie van een 43-jarige man met algehele malaise en een toenemende harde zwelling in de bovenbuik. In de lever een grote infiltrerende, echorijke massa met ingroei in de v. portae, passend bij een groot hepatocellulair carcinoom.

Dit systeem, in combinatie met de extreme armoede, leidt ertoe dat het bezoek aan de dokter wordt uitgesteld tot het echt niet langer gaat. Het gevolg is, dat het voor de diagnostiek vaak neerkomt op vaststellen dat iets niet meer te behandelen is. Tijdens het echografieprogramma van tien patiënten schrijf ik vaak voor meer dan de helft een 'doodvonnis': HCC's, gemetastaseerd maagcarcinoom, schrumpelniezen, baby's met ernstig verwaarloosde hydronefrose door urethrale kleppen, een zwelling van de thoraxwand die blijkt te berusten op doorgroei van een longtumor; de lijst is eindeloos. Ook veel congenitale afwijkingen, die bij ons in een veel vroeger stadium behandeld worden of niet eens ter wereld gebracht. Soms zijn de afwijkingen zo groot dat er geen zinnige uitspraak over te doen is. Hoewel dit hopeloos klinkt is het 'voordeel' van aanvullende diagnostiek voor deze mensen dat ze onnodige, dure, exploratieve laparotomieën of nutteloze proefbehandelingen niet meer hoeven te betalen. Ze kunnen naar huis en de familie hoeft zich niet langer diep in de schulden te steken.



Ultrasound room

De echokamer met dr. Quansah, assistent-in-opleiding.

Bij het stellen van indicaties zijn de afwegingen tussen kosten en meerwaarde zo heel tastbaar. Een echo-onderzoek kost 4 euro. Voor vrijwel iedereen komt dat neer op een netto weksalaris. Als een indicatie zwak is en ik de patiënt uitleg dat het mij niet nuttig lijkt, zijn ze allemaal opgelucht. Probeer dat in een Nederlands echografieprogramma...

Deze constante afweging tussen kosten en risico's is iets waar iedereen iedere dag van de week mee leeft. Zoals een Ghanese arts vorige week opmerkte in een discussie over het wel of niet maken van een aanvullende echo: "We are too poor to live without risk". Voor een Nederlander is dit moeilijk aanpassen, en het vergt een nieuwe manier van keuzes maken en beslissingen nemen. De voordelen zie ik daarentegen ook. Een minder angstig en verkrampd leven, dat zich noodgedwongen concentreert op de dag van vandaag en veel minder op de vaak onzekere toekomst. Het betekent ook dat er weinig geklaagd wordt, veel meer gedeeld wordt en op de goede dagen een hoop gelachen.

In deze eerste aflevering wil ik graag iedereen die mij en deze afdeling heeft geholpen, bedanken. De positieve reacties op mijn plan waren overweldigend en motiverend. De boeken staan deels hier in de kast en zijn deels nog onderweg. Alle e-mails en motiverende berichten uit Nederland houden mij gaande op de meest frustrerende momenten. De foto's bij deze column en alle andere foto's in mijn uitdijende collectie rariteiten zijn digitaal gemaakt, dankzij een donatie van Kodak. Enthousiaste contacten vanuit het bedrijfsleven bieden hoop op sponsoring van onderwijsprojecten en personeelsuitbreiding. Hoewel er aan apparatuur en middelen natuurlijk nog veel ontbreekt, is dat niet het grootste probleem. Wat het allerhardst nodig is, is kennisoverdracht en mankracht. Organisatie van de afdeling, opleiden van één – en binnenkort een tweede – assistent, uitbreiden van het echografie- en CT-programma, kwaliteitsbevordering, colleges voor de studenten, een bijscholingssymposium voor de laboranten uit de regio...het is veel meer werk dan één radioloog voor elkaar kan krijgen, en een helpende hand, zelfs voor enkele maanden, zou meer dan welkom zijn. KATH is geen romantisch districtsziekenhuis en Kumasi een grote vieze stinkstad, maar wie door de buitenkant heen kan kijken en tegen een stootje kan, zal heel vriendelijke mensen ontmoeten en een hoop bijzondere ervaringen opdoen.

Volgende keer: Werken met een Ashanti Chief als CT-laborant.

Mw. E.C. Joekes

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.