

Het leven van een laatstejaars geneeskundestudent op de chirurgieafdeling van St Francis' Hospital in Katete, Zambia.

Bram van Bruggen

2023: 18 januari t/m 14 april



De uitgebreide versie

Drie maanden lang afgelegen wonen was een erg bijzondere ervaring. Vergeleken met een gemiddeld huis in Nederland was m'n huis pure armoe. Vergeleken met de huizen in de omgeving was m'n huis een godsgruwelijke luxe. Drinkbaar (!) stromend water uit de kraan met een WC, een (koude) douche die het 90% van de tijd deed en elektriciteit, die weliswaar eens uitviel als er een tak op de stroomkabels viel. Gelukkig waren er kaarsen in overvloed en had ik een degelijke hoofdlamp. Na vier weken ben ik verhuisd naar een groter huis en heb ik er een erg leuke kat als huisdier bij gekregen, gedoopt 'Cat'. In het begin irritant en verwend, uiteindelijk erg gezellig wakker worden met een kat op je klamboe net naast je kussen. Interessant was dat Cat precies wist wanneer m'n

ogen opengingen en ontbijt (voor háár) geserveerd diende te worden. Erna onder de koude douche (ikzelf) en de dag in het ziekenhuis kon beginnen.

Toen ik de eerste dag het ziekenhuis in liep had ik het gevoel uit een tijdmachine te zijn gestapt en 50 jaar terug in de tijd te zijn. Overal patiënten. Een patiënt dient een bedsider (familie of vriend) mee te nemen die het wassen, voeden, en de toiletgang van de patiënt ondersteunt – eigenlijk alle niet-medische basiszorg. De verpleging is slechts verantwoordelijk voor het opnemen en monitoren van vitale parameters, geven van medicatie en de wondzorg. Dit maakt dus wel dat een afdeling bomvol kan zijn met mensen, zeker als patiënten van ver komen en de bedsiders voor de hele opnameduur blijven.



Als voorbeeld van een 'middeleeuwse' behandelmethode: bij een bovenbeenfractuur wordt het been in tractie gelegd (skeleton of skin traction), waarbij – afhankelijk van de leeftijd – een patiënt tussen de 21 en de 50 dagen wordt opgenomen, om zo beide botdelen onder spanning op hun plaats te trekken. Er is geen antistolling, dus het enige wat de (oudere) patiënten kunnen doen ter preventie van stolsels zijn enkelpomp oefeningen en bidden tot god dat er geen DVT/longembolie ontstaat...



Overdracht om 07.00 voor de OK Complexen

Ma-wo-vrij waren OK-dagen, dinsdag was het outpatient clinic voor de vrouwen en grote visite voor de mannen, en donderdag was dit omgekeerd: kliniek voor de mannen en grote visite voor de vrouwen. Tijdens dienst, first on call, begint de dag ook om 07.00 en is men de volgende 24 uur verantwoordelijk voor alle (nieuwe) spoedpatiënten. Al het personeel woont rondom het ziekenhuis, dus op loopafstand, en dit bood gelukkig de mogelijkheid om als het kon wel gewoon thuis te slapen tot de telefoon weer ging. In het begin was het ziekenhuisleven taaier dan verwacht. Niet zozeer om het werk zelf en de (toch tamelijk heftige) ziekten waarmee patiënten zich presenteerden, maar voornamelijk was het eenzaam omdat m'n Zambiaanse collega's zich geen houding wisten te geven ten opzichte van mij, mzungu (witte) en student. In het bijzonder waren de junior doctors (ANIOS) afstandelijk en kil. Ze betrokken me nauwelijks in beslissingen, de beleidsvoering en gaven weinig verantwoordelijkheden uit handen. Het eerlijke verhaal is dat ik me in m'n eerste weken begon af te vragen: hoe ga ik in godsnaam de 12 weken overleven? Doe ik er goed aan om hier te blijven, ook voor m'n eigen leerproces? Het gevoel becroop me dat ik slechts de mzungu was die de ziekenhuiskas aan het

spekken was. Daarbij speelde mee dat de werkdruk die er was onder een relatief grote groep artsen werd verdeeld, waardoor ik meer moest pushen om mij een casus toe te eigenen dan ik in het Nederlandse systeem gewend ben. Op chirurgie hadden we een relatief grote groep ANIOS: er waren acht ANIOS waarbij 87.5% zeer gemotiveerd en gedreven was. Op de interne zaten er slechts vier, waarbij driekwart niet gemotiveerd was. Mijn Nederlandse collega-student Laura is er nu vier weken, maar vanaf begin af aan waren de ANIOS daar met haar aan het slijmen en heeft ze een behoorlijk andere eerste periode gehad.

Voor vertrek was ik vooral bang dat ik direct in het diepe zou worden gegooid. Dat m'n belangrijkste taak zou zijn om m'n eigen grenzen te bewaken, om me niet als een cowboy een slag in de rondte te werken. De realiteit was dat ik juist m'n grenzen moest opzoeken en m'n tanden erin moest zetten om m'n plek in het ziekenhuis te verdienen. Maar toen...

Na drie weken was er een ommezwaai, eentje die ik niet zag aankomen. Collega's openden zich, begonnen tegen me te praten en de casussen op OK werden eerlijk verdeeld. Nadat ik door had dat ik mezelf patiënten moest toe-eigenen 'kreeg' ik veel meer kansen en werd het per dag leuker! Daarbij heb door het intensieve werk binnen korte tijd ook dierbare vriendschappen opgedaan wat me met een erg onbestemd gevoel achterliet, omdat de kans vrij reëel is dat ik ze niet meer ga zien.

Hoe de ANIOS hun tijd besteden

in het weekend zijn er nauwelijks (gemeenschappelijke) sociale activiteiten. Het Saint Francis ziekenhuis voetbalteam speelt wel eens per twee weken thuis en dan is de hele gemeenschap rondom de velden te zien. Op een uur rijden ligt Chipata, waar men in het weekend nog wel naar toe gaat om 'luxe' op te zoeken en om inkopen te doen, maar heel veel groter dan Katete is Chipata nou ook weer niet. Als men verder dan Chipata wil reizen – bijvoorbeeld naar de hoofdstad Lusaka – moet men vooraf permissie vragen aan het ziekenhuisbestuur om de compound te mogen verlaten.

Als afgestudeerde ANIOS (JRMO: Junior Resident Medical Officer) in Zambia, moet je eerst 18 maanden opnieuw 'residency' doen: opnieuw rouleren langs de vier grootste specialismen: zes maanden heelkunde; idem voor obstetrie & gynaecologie; drie maanden voor zowel pediatrie als interne geneeskunde. Na 18 maanden hebben ze de verplicht brede basis om verder te kunnen met de opleiding tot SRMO: Senior Resident Medical Officer, waarmee ze meer verantwoordelijkheden in één specialisme krijgen en zo voorsorteren op de opleiding tot het gewenste specialisme.

Hoe de week van de JRMO er gemiddeld uitziet: werken-lezen-Netflix-slapen, dag in, dag uit, 18 maanden lang.

Waarom ik denk dat de ANIOS zo gedreven zijn, is omdat ze na hun internship van 18 maanden in een lokale kliniek geplaatst kunnen worden door de overheid en voor alle

diagnostiek en behandeling op zichzelf zijn aangewezen. Het enige alternatief voor de patiënt (en de dokter?) is doorverwijzen naar een groter ziekenhuis zoals in Katete, Chipata of Lusaka. Voordat zoiets denkbaar is moet eerst de patiënt voldoende gestabiliseerd zijn. Tot dan zijn lokale artsen op zichzelf aangewezen.

Rol van de Bijbel

Men is strenggelovig, de bijbel wordt herhaaldelijk aangehaald. De dagen begonnen altijd met een gebed. Toen ik gevraagd werd om een gebed te doen was men geschokt omdat ik moest bekennen geen flauw idee te hebben wat te zeggen omdat ik niet gelovig ben. (Net als >60% van de maatschappij in Nederland.)

Naast God was er ook het werk van de duivel via magie en heksen. Het is regelmatig voorgekomen dat patiënten binnenkwamen met klachten veroorzaakt door magie en voodoo. Een patiënt presenteerde zich met een extra urethra-opening. In het dossier stond z'n aandoening omschreven als hypospadie maar dit was overduidelijk traumatisch letsel, omdat het a. niet in de midline van de penis zat maar links lateraal, en b. er zat een perfect normale meatus urethra boven op z'n glanspenis. Het kon simpelweg niet congenitaal/aangeboren zijn, en, toen ik vroeg op welke leeftijd, en hoe het gebeurde was het antwoord: "It happened when I was eight..."

"How...?"

"Black magic."

Omdat de man - eind veertig - mij zeer serieus aankeek en ik op zoek was naar een verklaring voor het trauma en ik dit antwoord niet had verwacht, schoot ik bijna in de lach. Met een verbeten grijns lukte het me om dit normaal in het dossier op te schrijven om zowel de patiënt als m'n directe collega's niet af te vallen.

Want: ook mijn collega's geloven in magic en voodoo, en velen hadden voorbeelden van situaties die ze niet konden verklaren - dus móest het wel magie zijn.

Wat ook meespeelde was dat ze gelovig waren en wisten dat God en engelen bestaan, maar dat er dus ook een duivel moet zijn die zich via heksen, magie en voodoo uit.

Ik respecteer hun opvattingen, wetende dat het gros van de mensen in zeer afgelegen gebieden zijn opgegroeid en "we agreed to disagree on certain matters". En hoewel ik het absolute kul vind, is het stiekem ook wel een fenomeen waarvan je niet het tegendeel bewezen wilt zien worden.

Nachtdiensten

Vanaf week zes ben ik met collega Arnold Hibajene ook mee gaan draaien in de nachtdiensten. Achteraf gezien had ik dit eerder moeten doen, want vanaf toen heb ik over de gehele linie meer kansen gekregen. Ik denk dat het komt omdat ze me toen meer als junior doctor en echte collega zijn gaan beschouwen in plaats van simpelweg mzungu en rijke expatriate student.

Tijdens deze nachten heb ik veel interessante dingen meegemaakt. Er kwam een man binnen wiens gezicht aan flarden lag door een auto-ongeluk, en je kon net niet de zijkant van z'n oogbol bekijken. In Nederland een zaak voor de plastisch chirurg, maar hier werd onze baas, de second on call, er niet voor uit zijn bed gebeld - aldus m'n collega ANIOS. Toen hij vroeg of ik het wilde doen moest ik wel even slikken: durf ik, en wil ik dit doen?

Uiteindelijk heb ik besloten van wel. Als ik kijk hoe Zambiaanse collega's hechten en hoe weinig liefde ze in het sluiten van de wond steken, heb ik vergelijkenderwijs nog wel veel tijd nodig, maar ziet het er esthetisch gewoon goed uit.

Naast het bed van mijn directe patiënt lag nog een andere patiënt met een Hodgkin lymfoom in de hals. Door de grootte van de tumor – formaat voetbal – werd de luchtweg geobstrueerd. Ondanks het feit dat de man zuurstof kreeg hoorde je hem bij iedere ademteug moeilijker ademhalen en langzaam stikken. Helaas waren er de middelen niet om hem palliatief te sederen (ik heb helemaal niet gevraagd of dit iets is wat ze überhaupt doen, maar ik weet dat euthanasie – “putting someone down like a dog”, aldus een Zambiaanse collega – illegaal is en absoluut uit den boze).

Het enige wat ik dus kon doen was bidden dat z'n lijdensweg niet al te lang meer hoefde te duren, en me focussen op hetgeen waar ik wel invloed op heb, en dat is ervoor te zorgen dat het visitekaartje van de patiënt voor me, oftewel z'n gezicht, weer zo goed mogelijk in de anatomische oorsprong zou worden hersteld.

De eerste tien minuten tijdens het hechten ben je je bewust van elke rochelende ademhaling één meter verderop, maar, na een dag die om 07.00 in het ziekenhuis begon en met inmiddels 02.00 op de klok, heb je je te focussen op de patiënt waar wél wat voor betekend kan worden, en langzaam leer je de externe prikkels in het bed naast je te negeren... Na een kwartier heb je het niet meer door...

Mijn taak was zorgen dat de patiënt voor me zijn wang, wenkbrauw en ooglid zo goed te hechten, zonder uit te schieten en z'n oogbol te penetreren. Ik heb m'n stinkende best gedaan, na een uur was de klus klaar en, toen hij met ontslag ging was het resultaat cosmetisch alleraardigst(!). Misschien toch een carrière in de plastische overwegen...?

Er waren tal van dit soort Hodgkin-voorbeelden waar simpelweg de middelen of expertise niet beschikbaar was om iets te kunnen betekenen, en het is idioot hoe snel je leert dit van je af te laten glijden. Pas op momenten dat ik dit soort ervaringen met anderen deel, of door het nu op te schrijven, merk ik pas hoe bizar sommige dingen zijn.

Ik heb getracht m'n best te doen met de middelen die er waren, en als de middelen er niet waren dan kon ik me daar minder druk om maken. Zo kwam het ook regelmatig voor dat, terwijl een patiënt al klaarlag voor narcose op de operatietafel, ineens nog zijn bloedwaarde doorkwam en de patiënt te anemisch bleek om de operatie verantwoord

te starten. Dus: case canceled. Het is erg akelig om een patiënt eerst uit te kleden, gestresst op tafel leggen om vervolgens weer naar buiten te sturen op blote voeten. Maar, ieder nadeel 'heb ze voordeel', en stiekem was zo'n uitvaller – hoe vervelend ook voor de patiënt – soms best een planning-technische meevaller. De operatielijsten waren vaak van tevoren al ambitieus lang, konden door spoedgevallen nog wat verlengd worden. Het is meermaals voorgekomen dat m'n collega's en ik op vloeistoffen de dag moesten doorkomen omdat er onvoldoende lunch vanuit het ziekenhuis op OK geserveerd werd. Gelukkig waren er altijd nog de samosas van 'Aunty Judy', een soort hartige appelflappen van 25 cent per stuk, die dusdanig stevig waren dat je op twee stuks de rest van de dag kon teren.

Zwaar maar veel voldoening...

Het werk kon dus wel eens lang en veel zijn, maar gek genoeg vind ik het nu minder zwaar dan werken in het ziekenhuis in Nederland. In het begin was het noteren in papieren dossiers tamelijk onwennig en was het een kunst om handschriften van anderen te ontcijferen. In één dossier konden drie verschillende documenten zitten met elk een net-wat-anders geschreven naam van de patiënt omdat ik kennelijk niet de enige ben die wel eens moeite had met het ontcijferen van een handschrift. Oké, guilty: ook ik heb wel eens bewust een naam dusdanig onleesbaar overgeschreven zodat niet opviel dat ik zelf de naam op het andere papier óók niet kon lezen.

Maar na drie maanden moet ik zeggen: Wat zijn papieren dossiers een verademing! De eenvoud die een papieren dossier meebrengt is ongekend: ga naar een bed en je hebt alle informatie (lees: *de meeste*, tenzij de resultaten of dossier zijn kwijtgeraakt) die je nodig hebt.

Met 40 patiënten op zaal kun je behoorlijk snel doorwerken en het werkt prettiger dan 'digitaal' visite lopen waarbij je aan de pc vastgeplakt zit.

Thuis zitten de digitale dossiers vol copy-paste teksten, leidend tot heuse informatie-infarcten in de dossiers.

Het schrijven maakt dat je over ieder woord nadenkt en de patiënten later beter voor de geest kunt halen, helemaal wanneer je je eigen handschrift herkent in een notitie van een maand geleden. Noteren, case-closed, next. Niet nog weer teruglopen naar de computer, 10 digitale formulieren invullen terwijl je door 1000 telefoontjes gestoord wordt omdat de paracetamol en de infuusvloeistoffen niet goed genoteerd staan in het systeem. Ontslagbrieven die perfect getypt dienen te worden omdat de huisarts nog steeds niet in het ziekenhuissysteem anno 2023 kan maar wel (en terecht) op de hoogte gehouden moet worden. Oké, de 'discharge-slip' of ontslagbrief die wij nu schrijven highlight de opname in vier zinnen, en het is maar de vraag of de patiënt z'n dossier niet kwijtraakt, dus ideaal is het lang niet altijd. Maar wordt het anno 2023 niet eens tijd om de technologie vóór ons te laten werken waarbij we de nadruk leggen op eenvoudige communicatie in plaats van ons alleen maar laten tegenwerken?

Vooroordelen:

Dan zijn er nog zat Afrikaanse stereotypen die absoluut niet ongefundeerd zijn. De Zambiaanse tijd is toch echt een iets andere tijd dan onze Westerse tijd. Ik zou op m'n eerste dag om 06.50 aanwezig moeten zijn. Dus sta je er braaf om 06.45, en komen de eerste jandoedels om 07.10 aankakken en begint de meeting gemiddeld om 07.15. Oók de volgende dag zou om 06.50 starten, maar vanaf de eerste dag ben ik niet vroeger dan 07.00 van huis vertrokken en bleef ik steevast als één van de eersten aanwezig, ook al zeiden m'n collega's dat de meeting de volgende dag écht om 06.50 zou beginnen.

Lakse houding

Met het naderen van het einde begon ik me ook vaker en meer op te winden over de (re)laks(t)e houding. Er werd gestreefd, maar soms ook gepretendeerd, keihard aan het werk te zijn. De bazen waren iedere ochtend zeer kritisch over alles dat fout ging in het werk van de ANIOS. Maar dit maskeerde alleen hun eigen tekortkomingen: tekenend vond ik dat 10 dagen voor het maandelijkse bezoek van de orthopedisch chirurgen uit de hoofdstad er een (recidiverend) tekort aan steriele handschoenen en infuusvloeistoffen ontstond. De daaropvolgende OK-dagen zijn alle electieve operaties gewoon uitgevoerd, dus met het arriveren van de orthopeden waren zowel de handschoenen als infuusvloeistoffen nagenoeg op. 60% van de orthopedische operatielijst werd gecancelled. Daarbij heeft niemand ze op de hoogte gesteld, terwijl als ze het geweten hadden, ze hadden kunnen kiezen ofwel de trip uit te stellen (zeven uur heen, zeven uur terug), of zelf een duit in het zakje te doen door de ontbrekende middelen mee te nemen.

Er lag een patiënt met een 'acute buik' op zaal. Omdat de enige diagnostiek bestaat uit lab, röntgen en echo (apparaat uit de jaren '90, net zo grafisch als de eerste Nokia telefoons met Snake), is het soms tasten in het duister naar aanwijzingen.

Mijn bazen konden de klachten van de buik niet verklaren en omdat de patiënt dusdanig veel pijn had en de vrees voor complicaties bij niets doen erger zouden zijn dan een 'watchful-waiting' beleid, werd besloten om de buik te openen aan de hand van een exploratory laparotomy (voor de leken: een snede van ruim boven de navel, verticaal naar de onderbuik).

Toen de operatie bezig was, stond ik niet steriel en ik was wel benieuwd naar de geschiedenis van de patiënt. Ik kende deze patiënt nog niet. In het dossier stond dat een dag eerder m'n collega's van de interne in consult waren gevraagd. De Engelse collega van de interne had een prachtige notitie gemaakt waarin de patiënt verklaarde haar pijnklachten te herkennen van een eerdere pancreatitis in oktober 2022. De patiënt had daarbij een BMI dat zeer suggestief was voor een recidief. Deze collega had ook een

heel mooi plan met suggesties hoe we de diagnose zouden kunnen bevestigen dan wel uitsluiten: met bloedonderzoek de amylase en lipase bepalen.

Omdat dit consult gisteren was, en de (binnenkant van de) buik al openlag en m'n collega's vuistdiep dorstig op zoek waren naar iets van een verklaring voor de buikpijn, ging ik ervan uit dat de labonderzoeken negatief waren. Er moest dus wel iets anders aan de hand zijn - want waarom anders de hele buik openmaken?

Inmiddels hadden ze aan tafel extra handjes nodig. Dus ik inscrubben (inwassen).

Terwijl ik de darmen in mijn handen hield en mompelend wat smalltalk uitte vroeg ik me hardop af wat eigenlijk de pancreaswaarden waren omdat ik ze niet in het dossier zag staan (resultaten zijn wel vaker eens zoek). Of ze negatief waren?

Toen ik dit vroeg viel er een stilte, een stilte die zo luid was dat je de darmen kon horen bewegen en die voor ongeveer 20 pijnlijk lange seconden aanhield. De chirurg keek me aan. Vroeg me waar m'n vraag vandaan kwam, niet wetende waar ik op doelde.

Toen ik aangaf dat in het dossier eerst omschreven stond hoe onze ANIOS de patiënt had beoordeeld, vervolgens de interne (en de Engelse huisarts) had gevraagd de patiënt mede te beoordelen, waarna de Engelse collega z'n stinkende best had gedaan een voorbeeldige status te schrijven inclusief een voorlopige conclusie waarbij een recidief pancreatitis wel erg suggestief was, met aanknopingspunten om deze diagnose te bevestigen/uit te sluiten, werd ik initieel niet geloofd. De operatieassistent moest uit de procedure stappen om in het dossier te kijken. En, inderdaad, duidelijk werd dat de diagnose via het verhaal al te stellen was geweest, dat het met simpel bloedonderzoek bevestigd had kunnen worden en absoluut niet indicatief was voor een laparotomie waarbij de hele buik opengesneden wordt.

Weer die ijzige stilte... de volgende tien minuten zijn besteed aan ieder orgaan afzonderlijk afgaan of er niet écht een perforatie te vinden was tot besloten werd maar naar de pancreas te gaan kijken - de buik lag immers nog open - en we vonden een prachtig ontstoken pancreas. Daarna is de buik stilzwijgend gesloten en over het voorval is niet meer gesproken.

Toen ik de desbetreffende Engelse arts tegenkwam heb ik hem complimenten gegeven over z'n uitstekende gespreks- en statusvoering, en accurate diagnose. Samen hebben we gelachen als boeren met kiespijn en vloekend geklaagd waarom een uur lang aan een patiënt besteden als preoperatief niet één minuut moeite wordt gedaan om een dossier in te zien. Oh, en de patiënt, die mag ook rustig een paar weken revalideren en heeft een litteken van 30 cm op haar buik met alle risico's van infecties en adhesies op latere leeftijd, naast de tweede pancreatitis die de patiënt op jonge leeftijd potentieel insulineafhankelijk maakt.

Met beperkte middelen gaat heel veel goed

Helaas zijn er veel categorale missers als hierboven voorgekomen, maar ondanks dat zijn er nog veel meer dingen wél goed gegaan. En dat zonder geavanceerde diagnostiek

zoals een CT en zonder al te uitgebreide behandelmogelijkheden. Er presenteerden zich bijvoorbeeld een aantal kinderen, een van hen had een kwacha-munt ingeslikt. Dat was op de X-Ray prachtig halverwege de slokdarm te zien. Wegens gebrek aan een broncho- of gastroscoop werd een urinekatheter voorbij de munt ingebracht, ballon opgeblazen en zo de munt uit de slokdarm geheveld. Kind wakker laten worden uit de narcose, and off he goes.

Zonder beeldvorming op OK en mét een goede dosis ketamine (voor de patiënt) en een paar spierballen zijn er breuken schever dan de toren van Pisa rechtgezet die na een paar weken probleemloos zijn geheeld. Overigens heeft probleemloos soms wel nét een wat andere betekenis: gewrichten en ledematen moeten functioneel zijn. Als een bovenarm breekt en uiteindelijk vijf cm korter is geheeld dan de contralaterale, dan is dat absoluut acceptabel. Bij een mogelijk beenlengteverschil werd wel wat kritischer gekeken.

Geld voor katheter-urinezakken hadden patiënten niet, dus werd de achterkant/injectie-gedeelte van een 2cc injectiespuit erin gestopt, fungerend als een badstop, en ineens heeft men een low-budget geïmproviseerde 'flip-flow' katheter.

Een vrouw met mastitis en er moest gekolfd worden? Knip de hals van een 10cc spuit, zet het op de tepel en zuigen maar. Niet prettig voor de patiënt, wel beter dan een baby die z'n mond vol bacteriën rondom de tepel kleeft. Om m'n collega G-Banda te quoten: "because this is Africa"

Stomazakken? Ook dat moest de patiënt zelf aanschaffen en waren dus lang niet beschikbaar. Maar voor een spoedig herstel is het ook niet wenselijk dat poep vanuit de stoma rechtstreeks in de operatiewond lekt. Dus? Knip een hoek van een lege zak, met een klem om de stoma vast te zetten. En bidden dat het niet losschiet als de patiënt zich verroert.

Een drain plaatsen? Knip een handschoen doormidden en hecht deze vast in de wond. Bloedprikken maar geen stuwband? Knoop een handschoen om de pols van een patiënt.

Professor Dr Robert Bleichrodt

Al deze trucs werden voornamelijk uitgevoerd onder leiding van twee laatstejaars AIOS die in de tijd van Professor Robert Bleichrodt (een Nederlandse Chirurg die de scepter zwaaide in de OK van 2012 tot 2018) nog als ANIOS werkten. De impact van 'professor Robert' is vijf jaar na vertrek nog steeds zichtbaar. Op de OK werd ik er wekelijks aan herinnerd vanwege de 'nieuwe' complexen die hij heeft opgezet. Via de Nederlandse Medical Support Group (stfrancishospital-msg.nl) en professor Robert is er bijvoorbeeld een brandwondenunit opgericht. Brandwonden komen veel voor. Kinderen krijgen kokend water over zich heen of struikelen in open vuur, volwassenen drinken 80% alcohol en overkomt hetzelfde. In één geval was er zelfs een man in slaap (of coma) gevallen met een been in het vuur. Gevolg: brandwonden met lichaamsoppervlakten tot

50%, patiënten in het ziekenhuis (als ze de acute fase al overleven) waar uiteraard het infectierisico groot is. De Burns Unit is dan, met name voor de kleintjes, van essentieel belang om de bacteriën buiten de deur te houden. Helaas waren de deuren van de zes units vaker open dan dicht en was er weinig steriele kledij beschikbaar bij het binnentreden van de afdeling, maar de kinderen liggen in ieder geval niet tussen alles en iedereen op zaal. De units bieden in ieder geval iets van bescherming.

Het hoofd van de OK vertelde treurig dat er sinds het vertrek van professor Robert alleen maar verloedering heeft opgetreden.

Zijn echtgenote Wieke Biesheuvel heeft een mooi boek geschreven over haar eigen ervaringen gedurende hun verblijf.

Het overheidsbeleid

Het helpt ook niet dat er soms van overheidswege verkeerde en vreemde keuzes worden gemaakt qua besteding van de financiën. In Petauke, ongeveer een uur van St. Francis, is er een nieuw ziekenhuis gebouwd met zes tot acht compleet nieuwe OK-complexen... Ter vergelijking: St. Francis heeft er drie, waarvan de eerste niet beschikt over een anesthesiemachine en dus alleen gebruikt kan worden voor simpele procedures, en nummer twee is permanent in gebruik voor de gynaecologie. Alleen de derde is inzetbaar voor grote operaties waarbij langdurige anesthesie nodig is. Toch viel het me op dat er heel veel patiënten met relatief simpele klachten vanuit Petauke doorverwezen worden naar St. Francis. Daarom dacht ik dat het om een simpele, kleine kliniek ging, wat niet rijmde met het beeld dat men mij schetste van een ziekenhuis waarbij er drie keer zoveel OK-capaciteit is ten opzichte van 'ons' ziekenhuis. Het blijkt dat in Petauke simpelweg de kennis en kunde van dokters ontbreekt, waardoor patiënten ter plaatse niet geholpen kunnen worden. Dus: 'wij' doen tal van operaties in operatieruimten waar hagedissen en vliegen binnenkomen door matig sluitende deuren en ramen, en op een uur afstand is er een ziekenhuis waar gloednieuwe klinieken staan die niet gebruikt worden wegens het gebrek aan opgeleid personeel. Het beste wat men kan doen is het personeel simpelweg omruilen, en, omdat beide ziekenhuizen tegenwoordig overheidsklinieken zijn zou het best kunnen zijn dat dit in de nabije toekomst gebeurt...

Na ruim drie maanden blik ik terug...

Heb ik de wereld beter gemaakt? Dat denk ik niet. Heb ik individueel mensen geholpen en zelf een fantastische tijd gehad? Dat absoluut.

In het eerste weekend, nog voordat het werk begon, werd ik door 60-jarige Engelse huisarts Dr. Tim Wiggings gewaarschuwd: "You should be careful for a dangerous virus that goes around... Be careful, because before you know it, you are infected, infected for the love for Africa...!"

Dr. Tim zou twee jaar blijven en zit er inmiddels zeven jaar. Toen ik vroeg hoelang hij nog zou blijven zei hij net hij zo lang tot hem niet meer nodig hebben.

Na nog een korte vakantie in Zanzibar ben ik wél weer thuis, en sinds 27 april ben ik weer in Nederland.

Mijn avontuur in Zambia begon niet makkelijk, maar het eind was ook zeker niet makkelijk. Ik heb met pijn in m'n hart Katete verlaten, omdat het aannemelijk is dat ik de mensen die ik heb ontmoet niet meer terug zal zien. Het was lastig om collega's Muka en Arnold achter te laten, maar ook Dr. Tim, en anderen.

Ik ben over het algemeen vrij nuchter, en toen ik in de eerste weken een taaie tijd had waarin ik me moest bewijzen voor ik geaccepteerd werd, had ik niet gedacht dat het na 12 weken zo zou zijn. Toen ik wegging had ik het gevoel nog maanden aan m'n verblijf te kunnen vastplakken en vertrok met weemoed. Ik zag op tegen het teruggaan. Mijn enige motivatie was mijn opleiding te voltooien en volgende stappen te zetten. Oké, de warme douche in Nederland nu is lekker, maar het was in Zambia zulk lekker weer dat je helemaal geen warme douche nodig hebt!

Nu, een paar weken na thuiskomst, ervaar ik vooral een surreëel gevoel, alsof ik drie maanden in een droom heb geleefd, wakker ben geworden en nu weer doorga met mijn eigen leven. De eerste dagen terug vond ik lastig; vond dat we als Nederlanders alleen maar klagen over alles en nog wat. Het gevoel dat ik nu ervaar is met name enorme dankbaarheid over hoe goed we het hebben. Ook is het fijn om weer 'anoniem' te zijn en niet continu op basis van je huidskleur beoordeeld te worden, ook al was dat vaak op een 'positieve' manier.

Al met al ben ik dankbaar dat ik de kans heb gehad, en hoop ik ooit nog weer terug te kunnen - op welke manier dan ook!!

Mocht je interesse hebben volgen hieronder nog wat foto's van het leven in Katete...

Bram



M'n eerste huisje van binnen



Lieve kat 'Cat' die ik helaas heb moeten achterlaten...



Paasbrunch met daarachter mijn huis, klein maar zeer degelijk. Links dr. Tim. Zou 2 jaar blijven, nu: 7 years and counting!



Ter vergelijking: zo leven de mensen buiten het ziekenhuis...



De enige operatiekamer voor chirurgie met anesthesieapparaat



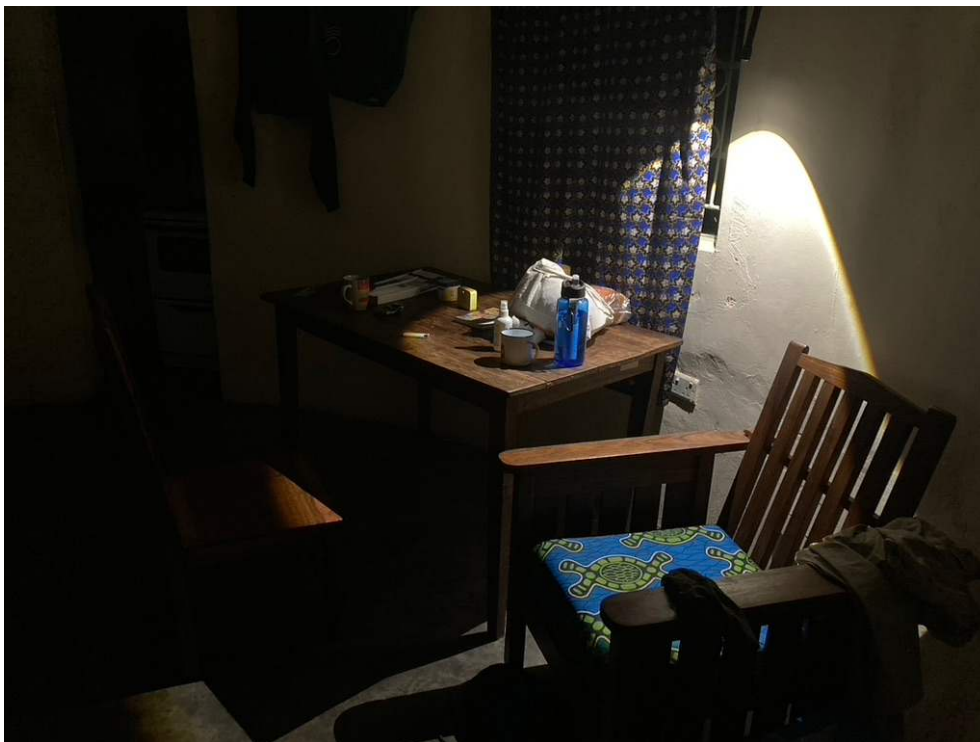
Armsteun? U neemt twee planken en schuift het onder de patiënt



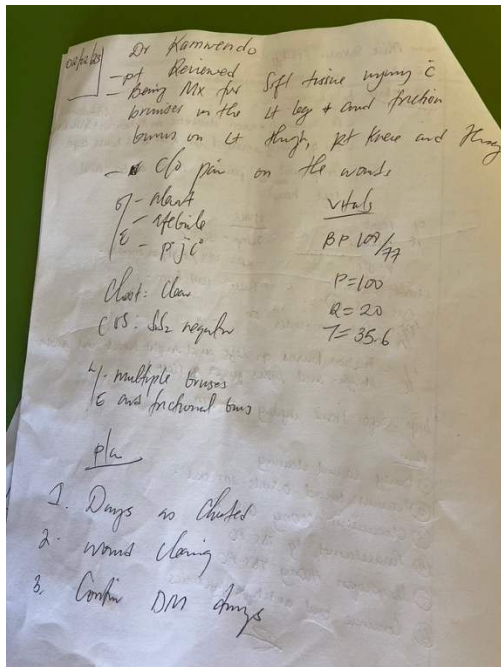
Na werk beloofd worden met mooie zonsondergangen... Oh Afrique...



Gevolgen tropische regenbui: Katete-city getransformeerd in een baan van de slipcursus



Regelmatig waren er powercuts als er een tak of blaadje op de elektriciteitskabels viel...



Papieren dossiers: in het begin een ramp, op het eind een verademing!



Na drie weken hard bikkelen en feutentaakjes te hebben gedaan: eerste keer dan eindelijk steriel staan!



Toen ik arriveerde waren we met z'n vieren... Tussendoor kwamen er 12 studenten kortdurend bij voor vier weken, en op het laatst waren we weer met z'n vijven over...



Uitkijk vanaf m'n huis! 30 seconden lopen naar het ziekenhuis, midden in de natuur!



M'n hardlooproutte, Katete you're beautiful!



Outpatient department - mix tussen poli en SEH: als er in Nederland nog eens een patiënt ongeduldig is dat het te lang duurt op de SEH zorg ik dat ik deze foto heb opgeslagen op m'n telefoon...



Na een lange dag outpatient department...
Zelden heb ik zoveel vitamine D opgevangen tijdens het wandelen van ziekenhuisgangen...



Met collega Arnold Hibajene en Nederlandse student Laura uit Utrecht Katete in!



Een hike naar een heuvel...