

Co-assistent in Botswana

Weerstand tegen behandelingen



Maun, Botswana. Van-
daag is de eerste dag van
een nieuw co-schap. De
internist die mij begeleidt,
is later dan ik aanwezig. Ik
stel mij voor aan de andere
artsen. Hun namen bestaan uit voor mij
zulke vreemde klankcombinaties dat ik
ze niet kan onthouden.

Na de weekendoverdracht volgt
een rondleiding. Het ziekenhuis is oud
en rommelig. Overal ligt modder na de
regen van gisteren. Bij de polikliniek
staan rijen mensen. De afdelingen
bestaan uit sober ingerichte betonnen
ruimten. Metalen bedden met spora-
disch nog wat gele verf staan zij aan zij
van muur tot muur. Waar mogelijk ligt
nog een matras op de grond. Lege bed-
den staan alvast op de gang, voor als het
echt druk wordt. Ik zie hoe een oudere

verwarde man tussen twee bedden
zijn obstipatie overwint. Al wankelend
struikt hij verder terwijl een broeder de
boel opruimt.

's Middags loop ik de ronde mee
met de internist. Als een stoomwals gaat
deze efficiënt met zijn tijd om. 'Ziek is
blijven, iets beter is naar huis'. We komen
aan bij een patiënt met een Hb van
4,3 g/dl (norm >13) ten gevolge van
zidovudine-medicatie. Terwijl we bezig
zijn, wordt een psychiatrische patiënt
naar het leenbed ernaast gesleept. Hij
schreeuwt onverstaanbare vloeken,
kwijlt, schopt, slaat en probeert de
broeder te bijten. Onze patiënt springt
ondanks zijn lage Hb met transfusielijn
en al van bed. De schreeuwende man
wordt vastgebonden op bed en krijgt de
laatste ampul promethazine toegediend.
Iets anders is er niet.

Als ik aan het eind van de middag de
afdeling verlaat, zie ik de oudere, ver-
warde man weer op zijn hurken op de
grond zitten.

De eerste week zit erop. 't Was
druk en zeer indrukwekkend
zodat de tijd erg snel ging. Mijn
afdeling telt elf bedden voor elf vrou-
wen, gemiddeld negen van hen hebben
een aidsgerelateerde aandoening waarbij
een CD4-telling van 25 per μ l bloed geen
uitzondering is. Met enige regelmaat
gebeurde het de afgelopen week dat ik
bij de ochtendronde een of twee lege
bedden aantrof. Gelukkig zijn er echter
ook mensen die met de juiste aanpak
het ziekenhuis wel levend kunnen verla-
ten. Deze aanpak bestaat niet alleen uit
de juiste diagnose en medicatie (mits
deze niet *out of stock* is). Ook de sociale





BEELD: MARCO VERSLUIS

en culturele problematiek vergt de nodige aandacht. Veel patiënten bezoeken eerst een *dingaka* (traditionele geneeskundige), wiens ideeën niet overeenkomen met die van de westerse geneeskunde. In de ogen van de patiënt staat het ziekenhuis gelijk aan een sterfhuis. En tegen veel medische handelingen bestaat grote weerstand.

Zo werd deze week een vrouw opgenomen met verwarring en zeven dagen koorts. Haar HIV-status is onbekend. Bij lichamelijk onderzoek zie ik een sterk vermagerde vrouw, niet verward, met forse orale candidiasis en een temperatuur van 38°C. Diffuus over het gehele lichaam zijn lenticulaire plekjes zichtbaar, sommige wat ontstoken, andere genezend. Op haar rechteronderbeen zit een wond en haar hele onderbeen is rood, warm en gezwollen. Verder is zij nekstijf en ook het teken van Kernig is positief. Volgens het protocol van dit ziekenhuis is dit een indicatie voor een lumbaalpunctie (LP).

Op een longfoto zien we verder miliaire tuberculose (TB). In overleg

met mijn supervisor starten we met ceftriaxon 2gr. IV eenmaal daags en anti-TB-behandeling (ATT) volgens het WHO-schema. Ik stel patiënte voor om bloed af te nemen voor een HIV-test en een LP te doen om haar beeld beter in kaart te brengen. Zij weigert beide. Ze wil geen HIV-test omdat zij bang is voor de uitkomst. Met enige moeite weet ik haar toch van het nut hiervan te over-

Volgens de dingaka is een ruggenprik onherroepelijk dodelijk

tuigen. De LP blijkt echter een lastiger probleem. Als ik haar vraag waarom zij weigert, zegt zij dat ik haar wil vermoorden. 'Iedereen die een LP krijgt, gaat dood, dat weet iedereen,' vertelt ze. Toegegeven de meesten hier met een meningitisbeeld hebben een slechte prognose, zeker met dit CD4-aantal. Maar het lukt mij niet om haar te overtuigen dat dit losstaat van

een LP. De volgende dag probeer ik het samen met mijn supervisor nog eens. Zijn aanpak is een stuk directer: 'If we don't do the LP, your disease will progress and you will die.' Haar standpunt verandert niet. Wel vraagt ze of ik met haar dochter wil praten, die uit een andere stad is overgevlogen. De dochter vertelt dat moeder nogal vasthoudt aan de *dingaka*. Deze heeft haar verteld dat een ruggenprik onherroepelijk dodelijk is. De dochter zelf ziet, na enige uitleg, het nut van een LP wel in. Ik vraag haar met haar moeder te praten.

Bij de volgende ochtendronde vraag ik haar wederom of we een LP mogen doen. Zij weigert nog steeds en vraagt of ze met haar dochter mee mag naar de andere stad. Ze belooft daar naar het ziekenhuis te gaan. Na overleg met mijn supervisor ontsla ik haar op eigen risico met orale antibiotica en ATT. Ze bedankt mij voor mijn hulp en ik vraag haar in het andere ziekenhuis nog eens een LP te overwegen. Ze glimlacht en loopt weg. ■

Marco Versluis,
co-assistent in Botswana