

## Chirurg in Ghana

## Grote gatenkaas



De Ghanese cultuur lijkt veel goeds in zich te hebben: het zelf verzorgen van een ernstig zieke patiënt en goed omgaan met sterven en dood. Vaak is dit echter uit nood geboren; er is te weinig geld voor een andere oplossing. Ze gaan goed om met de dood, omdat sterven dagelijks terugkeert; het moet wel. Vaak neemt de familie een patiënt zonder veel kansen mee naar huis om hem daar rustig en waardig te laten sterven. Ze zien geen verbetering en wensen daar geen geld meer aan te spenderen. Ze schrijven een brief aan de dokter, danken hem voor zijn inspanning en verzoeken hem vriendelijk, doch dringend de patiënt te ontslaan.

Achter al dit goeds gaan immense beperkingen schuil: patiënten met te weinig geld en ziekenhuizen met beperkte faciliteiten. De behandeling van een vrouw met een borstcarcinoom, is in onze westerse ogen al snel merkwaardig. Het in teamverband behandelen van een oncologische patiënt bestaat in Ghana niet of nauwelijks. Angst voor deviatie van de geldstroom



BEELD: HARRY WEGDAM

van de patiënt naar een andere dokter kan daarbij een rol spelen.

De tweede stad van Ghana heeft weliswaar een borstcentrum, maar daar maakt een chirurg de dienst uit. Ik als chirurg, schiet daar niet zoveel mee op. Geplande multidisciplinaire besprekingen worden niet of slecht bezocht. En dat betekent dat je als perifeer chirurg met je patiënt zelf het pad uitstippelt. Eerst zekerheid krijgen over de diagnose. Cytologie van enig belang bestaat niet. Een

PA-uitslag neemt vaak zes weken in beslag. Daarna volgt vaak een operatie en is het weer zes weken wachten op een PA-verslag (van beperkte kwaliteit) van de oksel. Dan de patiënte naar elders sturen voor radiotherapie en vervolgens een besluit nemen over adjuvante hormonale therapie. Eventueel nodig geachte chemotherapie moet je weer ergens anders verwerven.

Soms lukt het een goed geïnformeerde patiënt door deze jungle van 'wel ergens aanwezige' therapeutische mogelijkheden te loodsen. Feedback over wat waar is gedaan, blijft echter schaars. De zorg blinkt niet uit in het vastleggen van gegevens, verslag doen aan de verwijzer of praten met elkaar over een patiënt.

Je stelt als chirurg de indicatie voor een operatie ruimer. Een T4-tumor van de borst verwijder je soms toch maar ouderwets wijd chirurgisch en een skin graft erop; je weet bijna zeker dat deze patiënte zich niet drie uur verderop zal laten bestralen. T4-patiënten die je voor bestraling naar elders stuurt zonder operatie, zie je zelden terug. Ze gaan niet, ze zijn wel gegaan, maar vonden bestraling te duur of hebben zich wél laten bestralen maar hebben geen bericht gekregen. Alles is mogelijk.

Soms zit je tegenover een patiënte met een doorgroeide borsttumor, huidmetastasen en pleuravocht. Je hebt haar twee jaar geleden gezien met een borsttumor, waarvoor je toen een biopsie deed. Ze heeft nooit de resultaten afgehaald, omdat ze daarvoor moest betalen. Nu is ze zo benauwd. Je bent verre van gelukkig met die situatie, maar neemt haar op en behandelt haar palliatief zonder de oorzaak ook maar even aan te pakken. Na een paar dagen gaat het iets beter, maar is er geen geld voor meer. We adviseren de familie om de patiënte mee te nemen en goed voor haar te zorgen. De familie begrijpt de ondertoon en we zien haar niet meer terug.

De televisie maakt vrouwen de laatste jaren alert op borsttumoren. Maar als een patiënte zich vervolgens met een tumortje meldt, dan is er in de meeste ziekenhuizen eigenlijk geen goed behandelplan. Geen multidisciplinaire aanpak, moeilijk bereikbare faciliteiten, beperkte kennis, beperkte verkrijgbaarheid medicamenten, trage PA, slechte communicatie en geldproblemen. Het is één grote gatenkaas.

Geen enkel goed onderdeel van de behandeling kan zich verheugen in enige populariteit, als het uiteindelijke resultaat voor de patient *poor* is. De weg naar een adequate behandeling van borstcarcinomen in Ghana is nog lang. ■

Harry H.J. Wegdam,  
chirurg in Techiman, Ghana