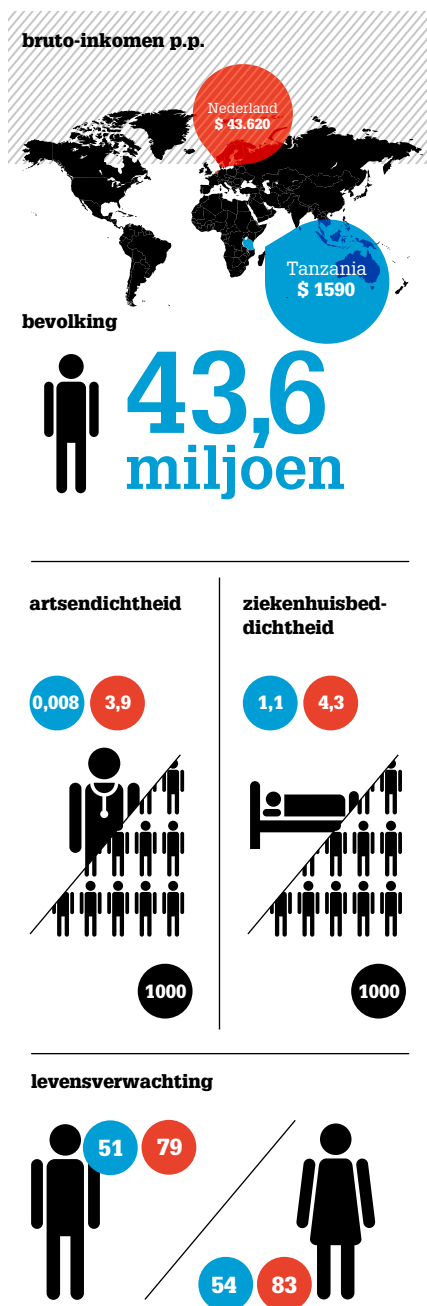


Alberta Thiadens

oogarts in het CCBRT ziekenhuis in
Dar es Salaam, Tanzania

TANZANIAAN BESEFT NIET HET VERBAND TUSSEN SLECHTE OGEN EN SLECHT ETEN

‘Eerst zien dan geloven’



In een land dat zo vruchtbaar is dat de cashewnootbomen langs de weg groeien en de bananen, mango's en ananassen voor het oprapen liggen, zou je verwachten dat de Tanzaniaaners er een gezond eetpatroon op na houden. Niets is minder waar. De meesten van hen zweren bij het traditioneel Afrikaanse gerecht *ugali*, waarbij maïsmeel wordt gekookt tot een soort pap: goedkoop, makkelijk te bereiden en enorm vullend. Wie een beetje meer geld te besteden heeft, gaat naar de plaatselijke *duka* om een vette *mishkaki*, oftewel vlees op een prikker, met friet weg te werken. Voor de oogarts blijft het echter een enorme uitdaging om patiënten de gevaren te laten inzien die deze culturele eetgewoonten met zich meebrengen. Het adagium: 'Eerst zien, dan geloven' is hierbij wel erg letterlijk van toepassing.

Het ziekenhuis waar ik werk, kent verschillende poliklinieken en vanochtend ben ik ingedeeld op de OPD: *outpatient department*, bedoeld voor patiënten die nauwelijks geld hebben voor een consult, en daarom een symbolisch bedrag van 2000 Tanzaniaanse shilling betalen (circa 1 euro). Hier geldt het principe 'wie het eerst komt, het eerst maalt'. Op de *private clinic* rekenen patiënten 50.000 shilling af voor een consult (circa 25 euro). Daar word je in een aparte consultkamer, met airco, gezien en kun je op afspraak komen. De bedoeling is dat de opbrengsten van deze poli de OPD bedruipen.

Zuster Happy komt aangesloft, met aan haar hand een Tanzaniaanse dame in een

prachtige kangajurk, die echter niet haar teveel aan kilo's lichaamsgewicht kan verhullen. Ze komt voor het aanmeten van een bril. Maar al gauw zie ik in haar status het schijnbaar onschuldige zinnetje 'diabetes mellitus: *well-controlled*' staan. Gelukkig weet ik inmiddels dat 'well-controlled' hier zoiets betekent als: 'Ik voel me prima, dus alleen als het mij uitkomt neem ik zo nu en dan een tabletje'. En ja hoor, als ik een vlugge blik werp op het netvlies, springen de dot- en blotbloedingen mij al tegemoet.

Boarding schools staan bekend om hun eenzijdige eten

Ik geef haar dilaterende oogdruppels en laat haar bloeddruk controleren. Intussen komt de volgende patiënt, op de tast, binnen: een tengere 22-jarige Tanzaniaanse jongeman die op *boarding school* in Mwanza zit, graag leraar wil worden en er twee dagen over heeft gedaan om met de *daladala* – de plaatselijke bus – naar Dar es Salaam af te reizen om een oogarts te bezoeken. Ik schuif de spleetlamp naar voren en zie een afwijkende oogzenuw. Gezichtsveldonderzoek toont afwijkingen die passen bij een opticoneuropathie, een beeld dat we hier met enige regelmaat op de OPD's zien. Er lijkt een toxische



boven: Verse groenten en fruit zijn overal te koop in kleine winkeltjes langs de kant van de weg in Tanzania, onder: Het traditioneel Afrikaanse gerecht 'ugali', goedkoop en enorm vullend.v

of (voedings)deficiënte oorzaak aan ten grondslag te liggen. Een paar jaar geleden viel een Britse oogarts de hoge prevalentie van deze aandoening ook al op. Het betrof vaak jonge patiënten die op een *boarding school* zaten, die bekendstaan om hun eenzijdige eten, vooral bestaande uit *ugali*...

Terwijl de jongeman met een receptje voor vitaminepreparaten wegloopt, roep ik de 'well-controlled DM'-patiënte weer binnen. Als een dreigende onweerswolk hangt er een grote preretinale bloeding vlak boven haar centrale gezichtsveld, die duidelijk van plan is om binnen

afzienbare tijd het volledige zicht van het rechteroog weg te nemen. Het andere oog laat tot overmaat van ramp ook nog een neovascularisatie vlak bij de oogzenuw zien en een vaatbed waar ik allerminst gelukkig van word. Een vergevorderd stadium van diabetische retinopathie dus, en nog nooit eerder oogheelkundig gecontroleerd. Ik bespreek de resultaten met de patiënte, maar zij is niet geheel overtuigd: zij ziet alles toch prima? Ik besluit die middag nog een (laser)-behandeling uit te voeren, want de kans dat patiënten terugkomen voor (vervolg)-behandeling is altijd zeer gering vanwege immer terugkerende obstakels: geen geld, geen vervoer, of geen familieleden om iemand te vergezellen naar de kliniek.

Het is theepauze en zuster Happy neemt mij mee naar het zusterhok. Zoals haar naam al doet vermoeden, is zij vaak vrolijk en opgewekt en verder valt aan haar op dat ze de cruciale BMI-grens allang achter zich heeft gelaten. Tijdens de thee vraagt ze mij plompverloren of ik niet wat rond zou willen zijn? 'Zo dun is toch niet gezond?', zegt ze lachend, terwijl ze haar met vet doordrenkte krant begint te ontrollen en er enkele oliebolachtige deegballen uit tevoorschijn komen.

's Middag zie ik nog een aantal patiënten op de 'private clinic'. De eerste komt rustig een halfuur te laat met veel bombarie mijn kamer binnenstormen. Ik herken deze rijke Zanzibari-moslim nog van de vorige keer. Hij begroet me joviaal en heeft goed nieuws: 'Ik kan weer zien dokter, dus dan moet u wel goed zijn.' Met de YAG-laser heb ik hem van zijn nastaar afgeholpen en ik zie inderdaad een mooie heldere lens, én een glimlach van oor tot oor. Vervolgens gaat de meegebrachte tas open en komen er twee dozen met exclusieve dadels uit Dubai tevoorschijn. De middag wordt afgesloten met de komst van een expatvrouw die erg veel last heeft van droge ogen, terwijl ze vanavond een etentje moet geven voor een groot aantal belangrijke gasten en het mag niet lijken of ze de hele dag heeft geuild. Wat ze overigens wel zou



links: Wachtende patiënten in de oogheelkundekliniek van het CCBRT ziekenhuis, rechts: De visustest wordt uitgevoerd door een verpleegkundige tijdens het oogheelkundig vooronderzoek.

kunnen, voegt ze er ongevraagd aan toe, want het leven in Dar es Salaam is zo zwaar: de ondraaglijke vochtige hitte, de malariamuggen en niet te vergeten de kok die nooit eens doet wat zij hem opdraagt. Nog voordat ze kan beginnen aan een klaagzang over de verkeerde wijn die hij had gekocht, wapper ik haar gauw de deur uit met een receptje voor, hoe toepasselijk, 'kunsttranen'.

De dag zit erop en het contrast tussen de magere Tanzaniaan met een opticopathie op basis van te eenzijdig eten, de corpulente diabeet met ongecontroleerde diabetische retinopathie, de rijke Zanzibari met zijn geïmporteerde dadels en de klagende expat-vrouw met haar droge ogen en inadequate kok, staan mij aan het einde van de dag nog vers op het netvlies. Dit is Tanzania: een land van uitersten.

web

Bekijk onze online wereldkaart met locaties waar Nederlandse artsen werkzaam zijn en lees hun verhalen op medischcontact.nl/overdegrens.

PRAKTIJKPERIKEL

WAT GAAT HIER MIS?

Als huisarts kun je er moeilijk tegen zijn: tweedelijnszorg naar de eerste lijn waar dat kan. Neem nou het plaatsen van een IUD. Dat kan de huisarts goed leren. Krijgt er een extra honorarium voor, patiënt dicht bij huis geholpen door de eigen vertrouwde arts én natuurlijk veel goedkoper dan in de tweede lijn: 160 euro voor een Mirena, pakweg 50 euro voor de huisarts en voor vijf jaar een goede anticonceptie. Of loopt het soms wat anders?

Mijn dochter liet in juli 2012 een Mirena plaatsen. De rekening van de verzekering kwam bijna twintig maanden later, in februari 2014. De huisarts had destijds voorafgaand aan het inbrengen een cervixkweek laten inzetten. Dat was nou eenmaal routine. Kosten: 112 euro. De huisarts bracht het spiraaltje lege artis in, zonder complicaties. Advies was wel om een echo te laten maken in het ziekenhuis, ter controle of het IUD wel op zijn plaats zat. Dat betekende een consult van ongeveer vijf minuten, waarbij een echo werd gedaan en mijn dochter te horen kreeg dat alles goed was. De rekening, ook na twintig maanden: 271 euro en 3 cent. Totaalkosten inclusief Mirena en honorarium van de huisarts: ongeveer 600 euro.

De kijkersvraag van deze week: wat gaat hier mis? Onder de goede inzenders verloten we een gratis rondleiding bij een ziektekostenverzekeraar naar keuze.