

TIYANJANE MALAWI – TOT ZIENS MALAWI!

H. Hofland*

Negen jaar lang woonde en werkte Helma Hofland in Malawi, een klein landje in Zuidelijk Afrika. Zij schreef over haar ervaringen in het WCS Nieuws diverse artikelen onder de kop: "Moni, kuna ku Malawi" of "Hallo, hier is Malawi". Nu na negen jaar is het de tijd voor afscheid en dus ook voor reflectie. Is er wat veranderd de afgelopen jaren? Gaat het Malawi, een van de armste landen van de wereld, ietsje beter? En vooral, zijn er veranderingen opgetreden in het Queen Elizabeth Central Hospital, het grootste ziekenhuis van het land en het opleidingsziekenhuis voor de Malawiaanse artsen en verpleegkundigen. Hier volgt het eerste verslag.

DE INTENSIVE CARE

Afscheid nemen is altijd lastig, vooral als je ergens met veel plezier en soms ook met frustratie hebt gewerkt. Vandaag ga ik eerst langs op de Intensive Care afdeling. Dit is een kleine afdeling met maar 4 bedden waar eigenlijk alleen chirurgische patiënten liggen. Ooit heb ik daar een Basic Intensive Care Course gegeven met een herhaling van deze cursus na 3 jaar. Het was een "eye opener". De dankbaarheid van de verpleegkundigen was hartverwarmend. De bereidheid van de verpleegkundigen om kennis op te doen en daar iets mee te doen gaf de instructeurs veel voldoening. Maar anderzijds waren wij geschrokken van het lage niveau van de verpleeg-

kundigen, eigenlijk ziekenverzorger, en dat gaf weer eens aan waar de patiënten van Malawi mee te maken krijgen. Ook hier, maar wat ook in Nederland zo schijnt te zijn volgens de vakbladen, is rekenen een probleem. Er werden veel grote (en dus gevaarlijke) rekenfouten gemaakt. Maar het grootste probleem is wel dat de kennis wegsijpelt door de enorme wisseling van personeel. De verpleegkundigen worden elk jaar op een andere afdeling geplaatst. In mijn begintijd werd dat voorkomen door de ziekenhuisleiding ervan te overtuigen dat goed getrainde verpleegkundigen juist nuttig zijn op een afdeling en zeker in een opleidingsziekenhuis. Maar ook in het management wordt er veelvuldig gewisseld en 9 jaar later zijn we wat dat betreft weer terug bij af. Een enkele bekende verpleegkundige kwam ik tegen op de IC, maar wat vooral opviel was de stilte... Voor ik begon met de bijscholing stond werkelijk alle apparatuur te loeien tot en met. Het was een kakofonie van geluid. Geen rust voor de patiënt en de verpleegkundigen waren doof voor welk alarm dan ook, het werd toch niet gehoord. Het kwam dus wel eens voor dat patiënten, meestal rond 3 uur in de ochtend, dood werden gevonden aan de beademing. Gestikt door een verstopte beademingsbuis, gewoon omdat door het lawaai de verpleegkundige, die meestal moeite had de ogen open te houden, het alarm niet had gehoord. Maar nu was er een weldadige rust, een enkel piepje als er iets aan de hand was, en daar

werd dan adequaat op gereageerd. Ook zie ik een moeder naast het bed staan. Dat werd voorheen ook niet goed gevonden. Zou er dan toch iets veranderd zijn?

DE KANGOEROE AFDELING

Dan naar de neonatologieafdeling, een grote naam voor de afdeling hier. Negen jaar geleden lagen alle groeiertjes in soort kistjes, in hun blootje in een warme kamer. Maar die zalen zijn er nu niet meer. Er is wel een aparte kangoeroe afdeling gekomen. Hoewel veel kinderartsen probeerden om de premature kinderen bij moeder op de borst te binden, zodat moeder als couveuse fungeert, lukte dit maar steeds niet. In Malawi worden alle kinderen in een 'chintenge', een doek, op de rug gedragen, dus dit was wel heel revolutionair. Terwijl het kangoeroeën in andere landen al veel in zwang was en is kwam het in Malawi maar niet van de grond. Maar nu dan toch wel. Het is een prachtige afdeling geworden, waar de moeders een paar dagen moeder kunnen zijn, zonder meteen weer de dagelijkse taken van hout sprokkelen, eten koken en voor de andere kinderen te zorgen op zich te nemen. En als moeder te ziek is? Heel vaak wordt er dan een oma ingeschakeld die met veel plezier de kleine hummel bloot op de borst draagt. Als ik langs kom zie ik dat er net een nieuwe opname is. Moeders hebben al van andere moeders gehoord hoe "het" allemaal in zijn werk gaat. De moeder hoeft dan ook niet van alles te worden uitgelegd. Het kind wordt





foto 1 Moeder houdt de wacht bij kind op de IC



foto 2 instructie bij Kangoeroe methode



foto 3 lekker bij moeder



foto 4 de kangoeroe afdeling

bloot tussen de blote borsten van moeder gelegd. Dan gaat daar een doek omheen en een soort warme deken. Het kind wordt elke dag gewogen. Het mag 2 keer per dag aan de borst drinken. Maar de andere keren moet moeder melk kolven. Nou ja, kolven... Een kolfapparaat is hier natuurlijk niet. Moeder moet het uit de tepel knippen en opvangen in een grote beker en dit het kind te drinken geven. Veder mag moeder lekker uitrusten. Als het kind 3 dagen achter elkaar groeit, mag het als een kangoeroe baby mee naar huis. Dan komt het één keer per week terug op de polikliniek. En als dat allemaal goed gaat mag het kind eindelijk weer op de rug gedragen worden.

NEONATOLOGIE

Ook de neonatologieafdeling is verbouwd. De couveuses zijn zelf gemaakt en overal hangen de richtlijnen. Ook zijn er 'oude' nieuwe monitoren gekomen als donatie. Het zoveel mogelijk werken volgens protocollen geeft althans hier overzicht en duidelijkheid. Men weet wat men moet doen en hoe het moet worden gedaan. Dan kunnen artsen en verpleegkundigen, als er iets niet is gedaan, daarop worden aangesproken. De geplastificeerde protocollen hangen overal. Hier liggen de baby's na een moeizame of langdurige bevalling ter observatie. Ook liggen hier baby's die zuurstof nodig hebben of met andere problemen. Ik heb hier ooit een Siamese tweeling gezien. De tweeling op de foto is een gewone tweeling. De zelfgemaakte couveuse is groot genoeg voor twee stuks (foto 4).

Ook worden er wel problemen met de huid gezien. Deze baby (foto 7) die na een zwangerschapsduur van 40 weken werd geboren had volgens de rapportage "congenital burns", of te wel aangeboren brandwonden??? Daar hadden we nog nooit van gehoord. Bij inspectie leek het meer op een SSSS. Een Staphylococccen Skin Scalded Syndrome. Vaak is de gehele huid aangedaan door een stafylokokkeninfectie, maar in dit geval was alleen de buik aangedaan. De huid lag los, helaas is daar geen foto van gemaakt. Vaak wordt de infectie



foto 5 tweeling in de couveuse



foto 6 artsen visite. De protocollen hangen aan de muren



foto 7 baby met SSSS na 2,5 maand. Het is aan de verkleuring van de huid goed te zien hoe uitgebreid het defect is geweest.



Foto 8 baby met SSSS bij ontslag na 4 maanden

na toediening van antibiotica tot staan gebracht. Misschien dat moeder de bacterie bij zich droeg tijdens de partus? We zullen het nooit weten. Na het geven van antibiotica werd de wond in ieder geval niet groter, maar begon langzaam dicht te groeien. De wond werd behandeld met honing en vaselinegazen waardoor de wondbehandeling 2 x in de week kon plaats vinden. Het kind werd nog vervolgd op de brandwondenpolikliniek en kon uiteindelijk na 4 maanden ontslagen worden (zie foto 8).

Ja, er is duidelijk wat veranderd. Het ziekenhuis is in beweging en er kunnen zaken worden aangepakt. Toegegeven, de kennis en kunde van de expatdokters is nog nodig, maar ook daarin komt verandering. Er komen steeds meer Malawiaanse kinderartsen en die blijven ook in Malawi werken. Verder is er ook samenwerking tussen de diverse afdelingen. Misschien niet altijd, maar is dat in Nederland dan wel zo?

*** Helma Hofland is kinder IC- en brandwondenverpleegkundige en verplegingswetenschapper. Ze woonde en werkte 9 jaar in Malawi**