

MONI KUNO KU MALAWI- NEDERLANDSE OVERHEID STOPT MET STEUN AAN MALAWI

H. Hofland*

Beste collega's,

Een dag als alle andere in het grootste ziekenhuis van Malawi, Queen Elizabeth Central Hospital (QECH) te Blantyre. Zoals elke ochtend wordt het ziekenhuis overstroomd met heel zieke mensen. De afdeling interne met een mannen- en vrouwen zaal en een aparte Tuberculose afdeling ligt vol. Er kunnen op elke zaal 60 mensen liggen, maar er zijn er meer dan 100 per zaal. En allemaal erg ziek. Ook de andere afdelingen liggen vol, vol, vol. Er is bijna niet te werken, want personeel is schaars. Maar een patiënten stop instellen is niet haalbaar. Waar moeten deze mensen naar toe? Ze kunnen andere medische hulp in de missieziekenhuizen en particuliere ziekenhuizen niet betalen. Dus iedereen, artsen en verpleegkundigen, doet wat ze kan en dat is helaas nooit genoeg. Want ook in Malawi woedt de panepidemie van HIV/AIDS. Steeds meer HIV besmette mensen en steeds meer mensen met AIDS gerelateerde klachten worden opgenomen. En in deze toestand krijgen de Nederlandse medisch specialisten te horen dat de Nederlandse overheid stopt met verdere steun aan het College of Medicine. Dat heeft tot gevolg dat ook de klinische ondersteuning door deze specialisten aan het ziekenhuis verdwijnt.

DE STAND VAN ZAKEN

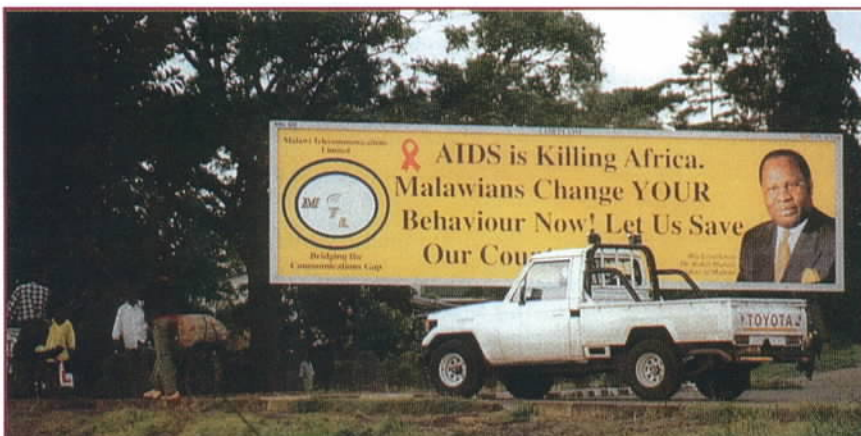
Al meer dan 30 jaar helpt de Nederlandse overheid middels het uitsturen van tropenartsen naar Malawi. Zij zorgden voor continuïteit van zorg en management voor de gezondheidszorg in de districten. Ook veel missieziekenhuizen werden met steun van Memisa en DOG (Dienst Over Grenzen) bemand door Nederlandse artsen. Maar in de loop der jaren is er wel verandering gekomen. Er kwamen, mede door de artsenopleiding van de College of Medicine, steeds meer Malawiaanse artsen. En meer dan 70% blijft werken in Malawi. Dus veel districtziekenhuizen en zelfs missieziekenhuizen worden bemand door Malawianen. Slechts een enkele Nederlandse tropenarts is nog werkzaam in de missieziekenhuizen. Maar de volgende stap is nu te zor-

gen dat er ook Malawiaanse specialisten komen. Daarom zijn de Nederlandse specialisten begin 2000 gestart met de specialistenopleiding voor internisten, chirurgen, anesthesisten en gynaecologen. Voor de kinderartsen liep er al zo'n opleiding. Maar ex- minister Herfkens vond dat het genoeg was. Malawi stond niet op haar zogenaamde 'lijst', de voorkeurslijst van 20 landen die door Nederland geholpen worden met financiële hulp. De andere landen waar Nederland actief was, waaronder Malawi krijgen geen steun meer, het moest maar afgelopen zijn. Er wordt nog tot juni 2004 steun gegeven om de specialistenopleiding voort te zetten. Op dit moment na een prima interim-rapport, met als aanbeveling dat het project zeker nog een aantal jaar door moet gaan, is bekend geworden dat het echt in

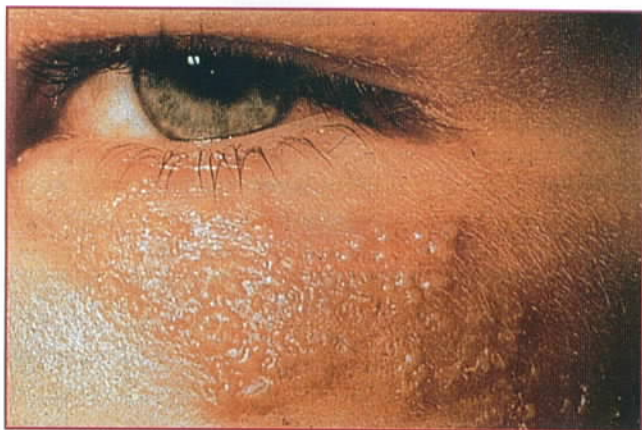
juni 2004 afgelopen is. Er is weinig duidelijkheid hoe het verder moet. Is er een instantie die dit project over wil nemen? Zo niet, want daar lijkt het steeds meer op, dan is al het geld en werk dat in dit project is gestopt eigenlijk voor niets geweest. De hulp al die jaren door Nederland gegeven is duidelijk zichtbaar doordat steeds meer Malawiaanse artsen het werk hebben overgenomen. Nu moeten er alleen nog specialisten komen die de training voor de artsen en specialisten in opleiding over kunnen nemen, maar .. dat kan opeens niet meer. Natuurlijk proberen de mensen die hier werken te redden wat er te redden valt, maar het valt en staat met het beleid van de regering in Den Haag.

HIV/AIDS EPIDEMIE

Wereldwijd zijn nu 40 miljoen (!) mensen besmet met het HIV virus. Het grootste gedeelte leeft in Afrika. In Malawi is 30% van de volwassenen in de grote steden besmet met dit virus. Landelijk, maar dan voor alle leeftijden, is dit percentage 8%. Een en ander betekent dat veel jonge mensen, mannen en vrouwen ziek, doodziek zijn. Er zijn honderdduizenden wezen. Wat dit voor effect heeft op de economie laat zich raden. Veel mensen worden opgeleid tot arts, verpleegkundige, schilder, metselaar, computerdeskundige, etc. maar vallen weg doordat zij AIDS



1. Bill board met oproep van de president



2. voorbeeld van herpes zoster



3. kind met uitgebreide waterpokken met als onderliggend lijden AIDS

hebben. In Nederland is HIV/AIDS nu een chronische ziekte. Maar hier in het hart van Afrika sterven dagelijks mannen en vrouwen en kinderen aan de gevolgen van AIDS.

WAT IS ER AAN TE DOEN?

Antiretrovirale therapie, dat is het antwoord, naast educatie, open praten over deze ziekte, gedragsverandering ten aanzien van seks en het gebruik van condooms (maar wie heeft geld om dat te betalen). Tot 1994 bestond in dit land AIDS niet. De dictator Banda regeerde het land met ijzeren hand en AIDS was er niet. Natuurlijk was dat een struisvogelpolitiek want AIDS was er wel en hoe. Tot 1994 en uiteraard daarna heeft het virus zich in alle lagen van de bevolking verspreid zonder dat er maar over gesproken werd. En de gevolgen zijn nu daar.

Antiretrovirale therapie is natuurlijk het antwoord. Maar.... gevaren zijn er ook. De behandeling kost 2500 kwacha per maand. Dat is ongeveer 25 euro. Als iemand maar 50 euro per maand verdiend, is de behandeling niet betaalbaar. Voor veel arme mensen is behandeling dus uitgesloten. Voor de wat rijkere middenklassers is dit nog wel te doen. Maar als iets financieels tegen zit dan komen ze gewoon een maand niet op het spreekuur en wordt er een maand lang geen pillen geslikt. Resistentie wordt in de hand gewerkt. Ook corruptie is gaande. Er worden medicijnen verstrekt zonder dat de patiënt gezien is, leeft die nog wel, en zo niet, waar komen die medicijnen dan terecht??? Ook komt het voor dat er vanuit het ministerie 'even' geen geld is om de medicijnen te

kopen, waardoor grote groepen mensen gedwongen geen medicijnen kan slikken met resistentie tot gevolg. Schaamte over deze ziekte, het niet vertellen aan vrouw of man, het stiekem slikken van de pillen, het komt allemaal voor. Kleinschalige projecten met een goede controle die uitgevoerd worden door MSF-Luxemburg en MSF-Frankrijk in 2 plaatsen rondom Blantyre lopen beter. Als mensen niet komen opdagen worden ze opgezocht. Er is meer controle en ook de guardians worden geïnstrueerd. Daarnaast worden de medicijnen gratis verstrekt. Maar per project kunnen maar 500 mensen geholpen worden terwijl het aantal HIV patiënten dat moet beginnen met de medicatie oploopt in de honderdduizenden.

Voorlopig lijkt preventie het belangrijkste middel om verdere besmettingen te voorkomen. Maar hoewel er in de grote steden grote borden staan met 'AIDS is killing Africa' (foto 1) met een oproep van de president dat de mensen hun gedrag, bedoeld wordt seksueel gedrag, moeten veranderen staat het in het Engels en niet in Chichewa, de Malawiaanse taal, dus de meeste Malawianen begrijpen hier niets van.

GEVOLGEN IN HET ZIEKENHUIS

Naast de economische problemen van de opvang van alle wezen, het wegvallen van een hele generatie wordt er natuurlijk in de gezondheidszorg de grootste tol betaald. Was tuberculose een ziekte die steeds minder vaak voorkwam en werden zelfs de zogenoemde TB afdelingen gesloten, nu heeft elk ziekenhuis wel

weer een TB afdeling waar mensen de eerste 3 weken van de behandeling krijgen. De rest van de behandeling wordt thuis gegeven. De ziekten gerelateerd aan AIDS zoals de verschillende soorten meningitis, tumoren, abcessen, chronische diarree, zijn allemaal indicaties om deze patiënten op te nemen.

In een onderzoek uitgevoerd in QECH werden 2 weken lang alle patiënten van de interne afdeling en de chirurgische afdeling gescreend voor HIV. Uit dit onderzoek kwam naar voren dat 70% van de patiënten op de interne afdeling daar lag met een HIV gerelateerde ziekte. Op de chirurgische afdeling was dit 40%. En dat zijn schokkende getallen. In principe wordt elke patiënt dus als potentieel besmet beschouwd.

AIDS EN DE HUID

Vaak zijn huidandoeningen een van de eerste tekenen dat iemand besmet is met de ziekte. Dit wordt onderver-



4. Kaposi's sarcoom

deeld in virale infectie zoals herpes zoster, vesikels gegroepeerd in dermatomen (foto 2), genitale wratten, gedissemineerde waterpokken (foto 3) of ulcera. Maar ook bacteriële infecties zoals; impetigo, Toxic Scalded Skin Syndrome, syphilis, abscessen of cellulitis en schimmel infecties zoals; candida, meestal als orale plaques, taenia pedis of versicolor. Meestal komen dit soort infecties in het beginstadium van de ziekte voor. In een later stadium van de ziekte worden vaak tumoren gezien. Een van de meest bekendste is het Kaposi's sarcoom (foto 4). De tumor komt niet alleen in de huid voor maar kan ook gelokaliseerd zijn in de longen en het tractus digestivus. In de huid verschijnen asymptomatische rode plekken die geleidelijk aan de typische paars-blauwe kleur aannemen en dan ook een meer verheven aspect hebben. Zeker in het begin kunnen ze worden aangezien voor een blauwe plek of een insectenbeet of zelfs een moedervlek. De sarcomen zijn over het algemeen niet pijnlijk en kunnen soms jeuk of een prikkend gevoel geven. De behandeling is excisie, radiotherapie of intralesionale toediening van middelen zoals cytostatica. Bij uitgebreide sarcomen is krachtige antivirale medicatie in combinatie met

cystostatica of interferon aangewezen. Middelen die we hier in Malawi nauwelijks of niet hebben. Het hebben van Kaposi's sarcoom is meestal een teken dat de patiënt ernstig ziek is en snel zal overlijden.

CASUS

Evans een 32 jarige man werd opgenomen op het brandwondencentrum met een uitgebreide tweede en derdegraads verbranding aan gelaat, behaarde hoofd en thorax, handen, benen en rug ten gevolge van een vlamverbranding (foto 5). Na een aantal operaties waarbij de verbrande huid werd verwijderd en werd belegd met een split skin graft (SSG) kreeg hij kleine bobbel op de plaats van de SSG. Deze bulten werden langzamerhand steeds groter. Ze voelden niet aan als cysten, waren hard, niet pijnlijk en konden niet heen en weer gerold worden. Iedereen stond voor een raadsel. De dermatoloog kon er ook niets op verzinnen. Ondertussen groeiden de bulten door. Uiteindelijk werd besloten een biopsie te nemen uit een van de bulten (foto 6). Het resultaat was Kaposi's sarcoom. Nadat de uitslag eenmaal bekend was verschenen er ook steeds meer kleine tumortjes op zijn armen en benen. Evans vertoonde verder geen andere

klachten en omdat de brandwonden waren genezen en we verder niets aan de tumorgroei konden doen werd hij toch ontslagen.

Evans is een van velen waar we hier helaas niet veel voor kunnen doen. Hoewel het mogelijk zou zijn om hem met antiretrovirale therapie te laten starten was er geen geld voor. In dit land is nog zoveel te doen en alleen al door het weghalen van een derde van alle specialisten werkzaam bij het College of Medicine maakt de situatie er niet rooskleuriger op. Malawi heeft onze hulp en de aanwezigheid van specialisten nog steeds hard nodig. Ik hoop dat het nieuwe kabinet ook tot dit inzicht komt.

SALINI BWINO TOT DE VOLGENDE NIEUWSBRIEF

* **Drs. Helma Hofland, Kinder-IC en brandwondverpleegkundige, lid van de adviescommissie brandwonden woont en werkt sinds 1999 in Blantyre, Malawi.**

LITERATUUR:

Zijlstra EE. Infectieziekten en de huid: 11. HIV infectie en AIDS. WCS 1998; 14 (3): 52 – 55.



5. Evans met genzen brandwonden



6. Detail van de kaposi's sarcoma tumorgroei