

gezondheid & zorg



Klaas Koop in Malawi. Rechts zijn zoonnetje, die net zijn eerste vaccinaties heeft gekregen.



Adriaan Groen in 1977, met een kind op de arm dat een huidtransplantatie heeft ondergaan.

‘Een bevalling in Afrika is totaal anders dan in Nederland’

Klaas Koop (33)

“Ik ben geen tropenarts geworden voor het leven. Nederland zendt geen artsen meer uit dus het is moeilijker om aan werk te komen. Ik ben tweeënhalve jaar naar Malawi en Ethiopië uitgezonden via VSO, een internationale organisatie die mensen met bepaalde vaardigheden uitzendt. Het is wel mogelijk om via organisaties als Artsen zonder Grenzen of een lokale overheid werk te vinden, maar dat is toch een stuk lastiger. Daarnaast wilde ik me graag in Nederland verder specialiseren.

Ik heb niet alleen uit idealisme voor de tropenopleiding gekozen, maar ook vanwege de diversiteit. Er zijn situaties in de tropen die in Nederland nauwelijks voorkomen. We hebben bijvoorbeeld een patiënte geopereerd met een voldragen buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Enerzijds moet je het zelfstandig op zien te lossen, wat lastig is, maar anderzijds kun je dan wel echt iets betekenen voor individuele patiënten.

Ik vond het een dilemma dat ik er maar voor een relatief korte periode zat en de taal niet vloeiend sprak, wat nodig is om echt iets te kunnen betekenen. Al heb je als arts op de grotere schaal weinig impact, want de problemen waar mensen mee kampen zoals hiv en ondervoeding zijn zo groot en veelomvattend. Een oplossing daarvoor vraagt meer veranderingen dan alleen een betere gezondheidszorg. Zo was er in heel Malawi door een politieke crisis geen diesel meer te

krijgen en kwam het ziekenhuis zelfs zonder paracetamol te zitten.

Anders dan vroeger heb je weinig invloed meer op bestuurlijk niveau; als westerse arts ben je in dienst van het lokale ziekenhuis. Toch blijven tropenartsen heel nuttig. Afrikaanse ziekenhuizen kampen nog steeds met grote tekorten. Wat ik heel goed vind aan de erkenning van de nieuwe tropenopleiding is niet alleen de waarborging van betere kwaliteit, maar vooral dat er een stage in de tropen aan vastzit. Voorheen werd je alleen op papier voorbereid op de toestand daar, maar een bevalling in Afrika is totaal anders dan in Nederland. Hier duurt een bevalling nooit langer dan een dag. In Ethiopië maakte ik mee dat vrouwen drie dagen lagen te bevallen. De baarmoeder kon bijvoorbeeld gaan scheuren, dat leer je in Nederland niet in de praktijk.

Ik ben nu kinderarts in opleiding en kan die ervaring uit de tropen soms inzetten hier. Je hebt beter geleerd na te denken over verschillende diagnoses, omdat je ze daar niet op een presenteerblaadje krijgt aangeleerd. Ook heb je ervaring met een andere cultuur. De meeste tropenartsen van nu gaan zich na een periode in de tropen net als ik verder specialiseren, meestal om in Nederland te blijven. Een kleinere groep gaat dat specialisme vervolgens weer inzetten in de tropen, maar het beeld van de tropenarts die zijn hele leven in de tropen slijt zal denk ik wel verdwijnen.”

‘Niet alleen het werk, ook het leven was geweldig in Tanzania’

Adriaan Groen (64)

“In de jaren zeventig kon je altijd weg als je bij ontwikkelingsorganisatie Memisa aanklopte. Ze hadden een planningslijst met ziekenhuizen, een groot bord met kaarten en namen. Tijdens je gesprek gaf je aan waar je voorkeur lag, Tanzania in mijn geval. Ik had het land al eens bezocht en was meteen verkocht. De mensen, de taal, de geuren en het werk; je was daar als arts zoveel nuttiger dan hier. Je kreeg iets van duizend gulden per maand op een rekening in Nederland gestort en dan nog eens duizend gulden daar. Als je drie jaar bleef had je recht op een retourtje naar huis.

Mijn eerste uitzending naar Tanzania was in 1974 voor vier jaar, in de jaren tachtig en negentig ging ik opnieuw. Het was niet alleen het werk dat ik geweldig vond, maar ook het leven daar, in je T-shirt naar je werk lopen en de omgang met lokale mensen. De tropenopleiding bestond uit anderhalf jaar praktijkervaring in de chirurgie en de gynaecologie. Daarnaast kreeg je nog een cursus bij het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT). Je kon met die opleiding de meest voorkomende dingen doen, zoals bevallingen en fracturen maar geen hartoperatie.

Op het KIT vertelden ze je meteen bij aankomst dat je je idealisme maar beter kon laten varen, dat je geen blijvende verandering kon realiseren. Die illusie had ik ook niet, maar je was wel gekomen om mensen te helpen. En als westerse arts had je de touw-

tjes stevig in handen. Ik runde het ziekenhuis, deed het inkoopbeleid van de medicijnen en stuurde de medische staf aan. Het idee van ontwikkelingssamenwerking was dat wij wisten hoe het moest. Je ging toen om te blijven.

Dat minister Herfkens in de jaren negentig een einde maakte aan de uitzendingen van Nederlandse artsen was enerzijds goed, want de Afrikanen werden wakker geschud: hee, we moeten het zelf gaan doen! Maar het gebeurde veel te snel, na 25 jaar moest het programma ineens in drie jaar tijd worden afgebouwd, terwijl het wel zeven jaar duurde voordat de eerste Tanzaniaanse arts was opgeleid. Ziekenhuizen werden als kippenhokken achtergelaten, er zijn zonder twijfel slachtoffers gevallen.

In 2001 heb ik het licht uitgedaan in een ziekenhuis in Tanzania, dat was mijn laatste uitzending voor Memisa. Ik ben toen met steun van Nederlandse stichtingen Tanzaniaanen op gaan leiden. Dat er eindelijk een officiële opleiding tot tropenarts komt vind ik prachtig, want als je terugkwam in Nederland werd er altijd gedaan alsof je een beetje op Afrikanen had zitten oefenen. Zo van, omdat jij 200 keizersneden hebt gedaan weet jij het zeker beter? Terwijl wij juist veel nuttige ervaring hadden opgedaan, zoals het belang van lichamelijk onderzoek. Tegenwoordig wordt je zo in een scan geschoven zonder dat de arts eerst ook maar even naar je longen heeft geluisterd.”

het consult Hoe kom je van een loopneus af?

Een beetje peper kan wonderen doen

Sytske van Aalsum

Een lezeres (54) loopt al maanden rond met een loopneus. Het is voor het eerst dat ze er zo lang last van heeft. Haar vraag: hoe kom je eraan en wat valt er aan te doen?

“Om te beginnen is het van belang om te weten of het gaat om een ‘waterige’ loopneus, zoals bijvoorbeeld bij een allergie, of een geel-groene, snotterige loopneus”, antwoordt KNO-arts Bas Rinia van Isala, ziekenhuis in Zwolle, desgevraagd. “Daarnaast is het interessant om te weten of er ook andere neusklachten zijn, zoals niesklachten, een verstopte neus of een verminderde reuk.”

Een constante loopneus kan veel oorzaken hebben, vertelt Rinia. “Allergie, beroepsgerelateerd – denk aan contact met dieren, meel, houtstof, chemicaliën enzovoort – medicijngebruik – te lang gebruik van Otrivin, bepaalde pijnstillers en

bloeddrukverhogende medicijnen – hormonen – zwangerschap, de overgang, een traag werkende schildklier – ouderdom, chronische bijholteontsteking, neuspoliepen. De lijst is lang en het valt aan te raden om eens een KNO-arts te bezoeken om de oorzaak te achterhalen.”

Maar wacht eens even, kun je ook neusklachten krijgen door het gebruik van Otrivin? Dat is toch een middel tegen een verstopte neus? “Klopt”, zegt Rinia. “Maar dit middel mag je maar een week gebruiken. Het leent zich goed voor een verkoudheid. Wanneer je het langer dan een week gebruikt, treedt het zogeheten rebound-effect op. Dat houdt in dat Otrivin steeds korter werkt en dat nadat het uitgewerkt is, het neusslijmvlies meer opzwelt dan het normaal zou doen.”

Ongeveer 20 procent van de Nederlandse bevolking heeft last van chronische neusklachten. “Wat je

eraan kunt doen? Dat is helemaal afhankelijk van de oorzaak. Het varieert van het behandelen van de allergie, het vermijden van beroepsgerelateerde prikkels, het stoppen met bepaalde medicijnen tot het verwijderen van neuspoliepen.”

“Wanneer we geen duidelijk onderliggende oorzaak vinden beginnen we een proefbehandeling met een ontstekingsremmende neusspray. Een ouderdomsloopneus bijvoorbeeld reageert meestal beter op een neusspray die het slijmvlies ‘droger’ maakt, zoals atronase. Wanneer we geen oorzaak voor de neusklachten vinden, spreken we van idiopathische rhinitis (IR).”

“Patiënten met IR hebben met name last van een verstopte neus en/of loopneus. De neusklachten nemen toe door prikkels, zoals lichamelijke inspanning, stof, (tabaks-)rook, vieze luchtjes en temperatuurwisselingen. Erg vervelend voor de patiënt.”

Maar ook die kan tegenwoordig geholpen worden. Want in Isala, maar ook in andere ziekenhuizen zoals het AMC in Amsterdam, behandelen ze IR-patiënten tegenwoordig met een peperextract: capsaïcine.

Rinia: “De behandeling vindt plaats gedurende vijf keer in vijf uur. Het neusslijmvlies wordt vooraf aan de eerste toediening verdoofd. De behandeling wordt goed verdragen en geeft naast wat traanogen en hoestklachten weinig last. Na een tot twee weken worden de neusklachten al minder. Het effect houdt gemiddeld negen maanden tot een jaar aan en wordt zonder problemen herhaald. De neusklachten verminderen of verdwijnen volledig.”

Heeft iedereen er baat bij? En waarom worden rokers uitgesloten van de behandeling? “Het helpt bij ongeveer 75 procent van de patiënten met IR. Tabaksrook is een zeer schadelijke prikkel voor het slijm-

vlies. De kans is groter dat iemand neusklachten heeft van het roken, dan dat er sprake is van IR. Om die reden blijkt een capsaïcine-behandeling niet effectief bij rokende patiënten. Als iemand gestopt is met roken en na enkele maanden klachten blijft houden valt een behandeling zeker te overwegen.”

Ook een gezondheidsvraag insturen? Mail naar gezondheid@trouw.nl

