



# MEDISCH CONTRAST

DOKTER IN TWEE WERELDEN



Femke Veldman

RECENSIE-EXEMPLAAR  
© 2017 AMBILICIOUS

FEMKE VELDMAN

MEDISCH CONTRAST

Ambilicious Breda | Kalmthout

Eerste druk 2017

Copyright © Femke Veldman

Co-auteur Dingeman Rijken

Omslag vormgeving Marijn van Zomeren | Ambilicious Studio

Binnenwerk vormgeving Ambilicious

Redactie Margreet de Roo

Eindredactie Inanna van den Berg | Ambilicious

Copyright © 2017 Ambilicious, Breda

ISBN 978-94-92551-14-6 | NUR 303

[www.ambilicious.nl](http://www.ambilicious.nl)

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm, of op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

# MEDISCH CONTRAST

*Wereld van verschil in korte verhalen*

# Voorwoord

Onbevangen, misschien zelfs naïef vertrok ik in 2003 naar Ghana. Twee jaar had ik mij al achter dikke boeken verscholen tijdens de opleiding Geneeskunde. Ik kon geen weetje meer zien en twijfelde of dit wel de juiste weg was. Eerst wilde ik gaan ervaren of het leven en het werken in de tropen werkelijk mijn roeping was.

Ik ging als vrijwilliger werken op een school, waar ik seksuele voorlichting gaf en assisteerde bij de computerlessen. Zo leerde ik het land en de mensen kennen.

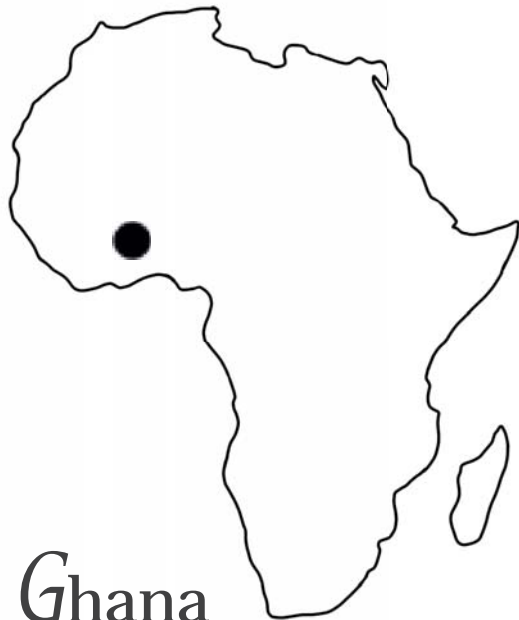
De Ghanese cultuur sprak mij meer en meer aan. Het zoeken naar oplossingen met gebrekkige middelen. Minder strakke plannings. Geen agenda. Ik genoot van de sfeer in het land, van de mensen, de manier van leven en van het leven bij de dag. Dit motiveerde en overtuigde mij om verder te studeren.

In 2008 rondde ik de opleiding Geneeskunde af en ging ik als jonge dokter terug naar Ghana. Dit is waar mijn verhaal begint.



Afrika

---



Ghana

---



## *De eerste indruk*

Na een rammelende rit in een gammel busje kwam ik aan in Nalerigu, een zanderig dorpje in het noorden van Ghana. Met mijn stethoscoop in de rugzak liep ik het ziekenhuisterrein op. Hier zou ik de komende vijf maanden als dokter aan de slag gaan. De zenuwen gierden door mijn lijf. Waar was ik aan begonnen?

De eerste dag liep ik mee met een van de twee tropenartsen. Het ziekenhuis was zo anders dan ik gewend was: de geuren, het schemerdonker en de kleurige patiënten. De mannen- en vrouwenzalen waren bomvol. Bedden stonden dichtbij elkaar, met net genoeg tussenruimte voor nog iemand op de grond.

Op de kinderafdeling lagen kindjes met infuus in de hoge ledikantjes, de kindjes zonder infuus lagen op de vloer. Alle patiënten in het ziekenhuis, jong en oud, hadden een mantelzorger. Deze zorgde voor eten en drinken, hielp bij de wasbeurt en het toilet. Soms sliepen ze naast de patiënt in het bed, maar meestal op de grond ernaast of eronder. Een wirwar aan bedden en matjes.

Tijdens het urenlange inloopspreekuur zat ik op een krukje naast de tropenarts. Tot mijn grote verbazing konden we maar weinig doen voor de patiënten. Een vrouw met gezwollen benen en benauwdheid had waarschijnlijk hartfalen. Maar waardoor? Geen idee. Met een voorraadge aspirientjes, wat plaspillen en het advies *'no salt and no maggi'* ging ze naar huis. Even later kwam een jongen langs om het vocht uit zijn volgelopen buik te laten tappen. Elke maand opnieuw. De oorzaak van zijn vermoedelijke leverprobleem bleef onduidelijk. Een paar uur later was de emmer tot aan de rand gevuld. Ondertussen overleed een veertigjarige vrouw met een darminfectie nog voordat haar eerste zakje infuusvloeistof was ingelopen. Reanimatie was ondenkbaar.

Tegen de avond hielp ik mee bij een keizersnede. Tot onze schrik ontdekten we naast een levend kindje ook twee dode kindjes. De lichaampjes belandden in de metalen emmer naast de operatietafel. Het levende kindje, klein en kwetsbaar, ging met de moeder mee naar de afdeling.

De volgende operatie diende zich meteen al aan: een darmafsluiting bij een peutertje. Een uurtje later liep ik afgemat en aangedaan naar huis.

Die eerste week vroeg ik me meerdere malen af of ik hieraan zou kunnen wennen. Dagelijks lag er een nieuwe stapel doodsverklaringen, veelal van kindjes met malaria of een longontsteking. Ook de verklaring van de geopereerde peuter lag erbij.

Het contrast was zo groot met wat ik gewend was.

## *Lost in translation*



In Nalerigu kwam de communicatie tussen arts en patiënt in een heel ander licht te staan. Slechts een klein percentage van de patiënten sprak Engels. Ik had dus voortdurend een vertaler nodig. Mijn arts-patiënt-communicatie was grotendeels afhankelijk van het meewerken van deze vertaler. De rijen patiënten waren lang en de vertalers konden pas naar huis als iedereen gezien was. Zij hadden zeker baat bij wat snelheid. Vertalingen bleven dus kort en bondig. Hoe bedoel je 'de klacht verhelderen' of 'de hulpvraag achterhalen'?

Als er geen vertaler aanwezig was, deed je het gesprek alleen, met een minimale woordenschat. 'Pijn?' En je wees wat delen van iemands lichaam aan. 'Diarree? Braken? Koorts?' Met de nodige expliciete gebaren en geluidsimitaties kwam je nog wat verder. Dan was het praatgedeelte wel zo'n beetje klaar en ging je over op het lichamelijke onderzoek.

De hoeveelheid verschillende talen was zo groot dat de vertaler regelmatig een patiënt niet begreep. Er moest dan ter plekke iemand gezocht worden die de minder bekende taal sprak en kon uitleggen aan de eerste vertaler.

Zo hielpen patiënten uit de wachtkamer mee met de vertaling van allerlei klachten. Van buikpijn tot erectieproblemen. Daar ging de vertrouwelijkheid.

Als er een tweede vertaler ging zitten tussen de eerste vertaler en een patiënt, gaf dat zowel ergernis als hilariteit. Vooral toen twee vertalers gingen redetwisten. Na een simpele vraag over misselijkheid hadden ze een lange woordenwisseling over het antwoord van de patiënt. Ik keek de patiënt schouderophalend aan. We zaten allebei in hetzelfde schuitje en deden er blijkbaar niet meer toe. Na enkele minuten onderbrak ik de discussie met: *'So, what is the conclusion?'*

Die luidde: *'No.'*

Dat was wel heel weinig tekst voor zo'n lang gesprek. Ik vroeg me toch af welke informatie hier verloren was gegaan. En er waren nog aardig wat vragen te gaan.

Een keer waren mijn vertaler en een patiënt lang met elkaar in gesprek. Als naïeve dokter dacht ik: wat een geïnteresseerde vertaler! Het ging vast om een uitdieping en verduidelijking van de klacht en ik wachtte geduldig op de vertaling. Niets was minder waar; de vertaling naar mij bleef uit: 'Waar hebben jullie het dan over gehad?'

'Over haar nieuwe sjaal en waar ze die vandaan heeft.'

Een privégesprek met de dokter over problemen die een patiënt graag binnenskamers wilde houden, was onmogelijk. Behalve de vertaler waren er zelfs nog veel meer mensen in de spreekkamer aanwezig. Aan de andere kant van de spreekkamertafel zat meestal nog een dokter met zijn patiënt, een vertaler en zo nodig nog een tweede vertaler of mantelzorgster. Daarnaast liepen verpleegkundigen of andere werknemers vaak zonder duidelijke reden de spreekkamer binnen. En omdat de privacy toch al nauwelijks meer bestond, werd in het kader van tijdswinst de spreekkamerdeur niet eens gesloten.

De mensen in de wachtkamer keken daarbij regelmatig om het hoekje om de vorderingen te controleren. Al met al waren de meeluisterende oren ontelbaar en de vertrouwelijkheid nihil. De privéproblemen werden toch maar gewoon besproken met soms een golf van gelach door spreekkamer en wachtkamer, tekenend voor de hoeveelheid toehoorders.

De meeluisterende mensen aarzelden niet om commentaar te geven. Tijdens het consult gaf menig vertaler of toeschouwer je extra informatie over de patiënt, omdat hij die toevallig uit zijn dorp kende. Ongevraagd kreeg je veel te horen over diens financiën, overspel of drankprobleem. De andere vertaler en patiënt, die in dezelfde kamer zaten, luisterden aandachtig mee en hadden soms nog de nodige aanvullingen. Soms werd zelfs het antwoord van de patiënt afgekeurd of gecorrigeerd. Het hoorde er allemaal bij. En hoewel ik alle hulp niet aanmoedigde, kreeg ik zo wel een hoop achtergrondinformatie.

De vertalers konden zich heel goed inleven in de patiënt. Soms zelfs zo goed, dat mijn vraag niet eens werd vertaald maar direct beantwoord

door de vertaler. Of kregen de patiënten ongevraagd adviezen, zoals de keer dat de patiënt tijdens een vaginaal onderzoek van de vertaler te horen kreeg dat ze zich maar eens van onderen moest scheren. Op andere momenten was de patiënt erg lang van stof. Dan werd een minutenlang antwoord van de patiënt vakkundig vertaald in een simpel 'Yes'. Ondertussen was ik al helemaal vergeten welke vraag ik überhaupt had gesteld.

### *Gesprekstechnieken*

Los van alle vertaalperikelen wilde het met de gesprekstechnieken ook niet zo vlotten. Tijdens mijn opleiding Geneeskunde werd veel aandacht besteed aan communicatie. De arts moest ruimte geven aan de patiënt, zodat deze zijn verhaal kon doen. Je werd geleerd om gevoelsreflecties te tonen. Als de patiënt bijvoorbeeld begint te huilen, dan zei je letterlijk: 'Ik zie dat u huilt.' Je leerde continu empathie te tonen en de klacht te exploreren, verder uit te diepen, zodat je erachter komt waarom deze patiënt nú komt en wat hij verwacht en wil. Nadat alle gevoelens en achterliggende gedachten duidelijk waren geworden en letterlijk waren benoemd, kon je pas verder vragen naar de daadwerkelijke klacht. Waar zat de pijn, straalde de pijn uit, hoe erg was de pijn et cetera. Deze communicatieve regels waren in mijn hoofd geprent, maar bleken totaal overbodig in Nalerigu.

De meeste Ghanezen waren niet gewend aan ziekenhuizen en hadden geen idee wat ze aan de dokter moesten vertellen of wat ze moesten doen. Als je in Nederland je stethoscoop op de rug van een kind legt, begint het vaak uit zichzelf diep in en uit te ademen. In Nalerigu keek de patiënt je vreemd aan, hield hij zijn adem in of ging hij sneller ademen. Terwijl in Nederland mensen met lange klachtenlijstjes bij de dokter komen ('Ik heb het maar even duidelijk opgeschreven'), werden de klachten hier in willekeurige volgorde en zonder verdere toelichting opgesomd. Pijn bij plassen, hoofdpijn, buikpijn. Om tijd te besparen werden de patiënten bij aankomst door een verpleegkundige gezien,

die de opsomming van klachten in een paar woorden opschreef in de status. Verdere klachtverheldering was niet aan de orde. De dokter kon snel overgaan tot het lichamelijke onderzoek en het voorschrijven van medicatie.

Zodra een patiënt op meer dan twee plaatsen pijn had, werd dit samengevat met de allesomvattende beschrijving *general body pain*. Dat was een magische term. Aanvullende vragen werden niet meer gesteld en het lichamelijke onderzoek werd overgeslagen. Labonderzoek was vergeefse moeite. Met een malariakuur op zak ging de patiënt in record-tijd weer naar huis. Volgende patiënt!

Aan de Ghanese methode voor het slechtnieuwsgesprek moest ik erg wennen. Men vond namelijk dat patiënten moesten worden beschermd tegen een verdrietige boodschap. Ze zouden het slechte nieuws emotioneel niet kunnen dragen. Daarom kregen ze niets te horen: geen diagnose, geen prognose, geen verklaring van hun klachten. Het slechte nieuws werd enkel verteld aan een familielid dat zorgdroeg voor de zieke. Zo was er een dame van middelbare leeftijd met baarmoederhalskanker. Dit uitte zich in nare geurtjes en afscheiding uit haar vagina. De kanker was zo vergevorderd dat een operatie geen nut meer had. Alleen haar man wist wat er speelde. De vrouw bleef ondertussen klagen over die nare geurtjes en begreep maar niet dat daar niks aan kon worden gedaan.

Een andere keer kwam een jongeman op de polikliniek met gewichtsverlies en buikpijn. Op de echo waren meerdere grote gezwellen in de lever en langs de buikslagader te zien. Er was te weinig geld om dit probleem ergens anders verder te laten onderzoeken, bovendien zou er toch geen behandeling mogelijk zijn. Enkel zijn vader werd verteld over de ziekte in de buik zonder uitzicht op genezing. De jongeman kreeg medicijnen om de pijnklachten te verminderen. Morfinetabletten waren nauwelijks verkrijgbaar, dus kreeg hij paracetamol en wat versuffende medicatie. Na een maand zagen we hun nog één keer terug. De jongen nog altijd in pijn en met vragende ogen. Waarom konden we hem niet helpen?

Ik heb hier heel wat nachten van wakker gelegen. Los van het feit dat iedereen recht heeft op een goede pijnbehandeling, worstelde ik ook met het informele Ghanese recht op het níét-weten. Moet een patiënt volledig worden ingelicht over zijn ziekte en de daarbij behorende sombere toekomst? Laat je hem zelf besluiten of verder onderzoek het geld waard is? Of respecteer je de cultuur en doe je mee aan het achterhouden van een trieste boodschap? Laat je hem in het ongewisse en besluit jij voor hem dat het niet nodig is om veel geld uit te geven in een groter ziekenhuis? *When in Rome, do as the Romans do*. Ik bleef het gigantisch lastig vinden.