**Ook in Afrika verbetert de zorg**

**Ed Zijlstra**

Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:B634

**Weekboek 2**

De inbreng van ‘expatriate’ artsen en specialisten in de klinische zorg is in Malawi nog steeds noodzakelijk; er zijn immers nog te weinig lokale medici. De patiëntendruk is onveranderd hoog. Toch is het niveau van de zorg medisch inhoudelijk prima. Deze wordt steeds meer gebaseerd op lokaal verricht onderzoek. De resultaten hiervan worden gepubliceerd en zijn verwerkt in protocol(zak)boeken: zo redigeerde ik het interne *The Clinical Book* en mijn collega Evert van Hasselt het chirurgische equivalent hiervan (*The Surgical Handbook*). Desondanks wordt de zorg voor de patiënt uiteindelijk grotendeels bepaald door gebrekkige diagnostische en therapeutische mogelijkheden.

Belangrijke verbeteringen de afgelopen 10 jaar zijn de invoering van cotrimoxazolprofylaxe voor hiv-patiënten; het beschikbaar komen van ciprofloxacine en derdegeneratie-cefalosporines voor de behandeling van patiënten met sepsis en met meningitis. Alle vormen van tuberculose kunnen we nu met een krachtiger regime behandelen. De eerstelijnsbehandeling van malaria met sulfadoxine-pyrimethamine is in verband met resistentie vervangen door lumefantrine-artemether. De grootste winst is natuurlijk de beschikbaarheid van antiretrovirale therapie; het aantal patiënten dat de eigen hiv-status weet, is gestegen van 4 naar 60%. Hopelijk resulteert dit op termijn in lagere morbiditeit en mortaliteit. Niet alleen op het gebied van infectieziekten is er vooruitgang: in het Queen Elizabeth Central Hospital in Blantyre en de meeste grotere ziekenhuizen is palliatieve zorg nu geïntegreerd; het accent ligt op pijnbestrijding en andere symptomatische behandelingen, bijvoorbeeld voor benauwdheid. Er is meer aandacht voor oncologie.

En toch, ondanks al die verbeteringen wacht je een cultuurshock wanneer je voor het eerst een patiëntenzaal op de interne afdeling binnenloopt in mijn ziekenhuis in Blantyre: een zaal met 50 bedden, allemaal altijd bezet, en met nog eens 10 patiënten op de grond op een matras of een doek. Tijdens mijn tienjarig verblijf is er niet veel veranderd aan de overvolle zalen en slechte hygiënische omstandigheden. Er zijn nog steeds veel patiënten met hiv/aids of tuberculose en het menselijk lijden is nog steeds onbeschrijfelijk. De patiënt is afhankelijk van familie voor verzorging en voeding, want de keuken van het ziekenhuis verschaft niet genoeg eten en er is een tekort aan verpleegkundigen. Er is geen functionerend centraal statusarchief; wel worden centraal gegevens verwerkt van opnames, diagnoses, mortaliteit, enzovoort, maar de kwaliteit hiervan laat nog veel te wensen over.

De overheid heeft geen geld om de infrastructuur te verbeteren, zodat we afhankelijk zijn van partners, donoren en charitatieve instellingen. Zo bouwt de Engelse Wellcome Trust, een vaste partner van het College of Medicine met een lokaal gevestigd researchlaboratorium, een afdeling Accident & Emergency. Dat komt het onderzoek en de patiëntenzorg ten goede. Het Global Fund, de donor van antiretrovirale middelen in Malawi, financiert een nieuwe polikliniek voor antiretrovirale therapie. Met particuliere donaties worden de verpleegafdelingen opgeknapt. Investeringen in verpleegkundige zorg, het laboratorium, de radiologie en andere ondersteunende afdelingen blijven prioriteit houden.