



FOTOGRAFIE: ARCHIEF ROEL EIJBERS/ERIC



FOTOGRAFIE: ALEXANDER SNIJDEVIJND

## Focus on Mental Health

# Psychiaters in Tanzania: wederzijdse

Het jaarlijkse congres *Focus on Mental Health* in Tanzania richt zich op de kennisuitwisseling tussen Nederlandse psychiaters en zorgverleners in Tanzania. 'Eén van de hoogtepunten van de studiereis is de mogelijkheid om zelf patiënten te consulteren samen met een Tanzaniaanse hulpverlener. Ook als je diagnostisch niets aan diens oordeel hebt toe te voegen, geeft deze interactie mentale steun.'

JORN HÖVELS, WETENSCHAPSJOURNALIST

Het congres *Focus on Mental Health*, dat dit jaar voor de zesde keer wordt georganiseerd, was aanvankelijk bedoeld voor Nederlandse psychiaters die in hun praktijk patiënten behandelen die uit een ontwikkelingsland afkomstig zijn. Als die artsen nu eens aan den lijve ervaren hoe de gezondheidszorg in Afrika in elkaar steekt, zullen zij beter gaan begrijpen welke – irreële – verwachtingen die patiënten kunnen hebben van de gezondheidszorg en waarom, zo was de gedachte. Veel Afrikanen bezoeken in hun eigen land bijvoorbeeld nog altijd een traditionele medicijnman, iets waar artsen in het westen nogal sceptisch tegenaan kijken. Als psychiaters met eigen ogen zien waarom dat gebeurt en hoe dat in zijn werk gaat, zullen zij hun Afrikaanse patiënten voortaan gemakkelijker kunnen begrijpen. Psychiater Rolf Schwarz, psychiater bij GGZ inGeest in

Amstelveen, heeft lange tijd in Tanzania gewerkt. Hij wilde een dergelijk congres daar alleen organiseren wanneer er sprake zou zijn van kennisoverdracht en wederzijdse ontmoeting vanuit de gedachte dat Nederlandse collegae daar niet alleen maar een safari komen halen, maar vooral hun kennis en ervaring komen brengen. 'In de loop der jaren is het congres met name ook voor de Tanzaniaanen een *must visit* geworden', aldus Schwarz. En eigenlijk is dat ook niet zo vreemd, want in Tanzania worden maar weinig lokale congressen georganiseerd. De zorgverleners grijpen elke gelegenheid aan om vakkennis op te doen. 'Neem nu de boeken over transculturele psychiatrie die we in 2005 en 2010 hebben uitgegeven; die lezen ze letterlijk van kافت tot kافت. Ze hebben daar immers nauwelijks toegang tot vakliteratuur. Internet is er weliswaar in opkomst, maar databanken of bibliotheken; vergeet het maar.'

## Geiten hoeden

Matty Hakvoort, psychiater in het Zaans Medisch Centrum te Zaandam, heeft het congres in Tanzania nu drie keer bijgewoond. Hij hoopte daar te ontdekken of hij in de toekomst als psychiater wat voor de Afrikaanse bevolking zou kunnen betekenen. Hij had niet verwacht dat de studiereis ook zijn visie op de Nederlandse psychiatrie zou veranderen. 'Zoals bekend is de somatische gezondheidszorg in Tanzania van een schrikbarend laag niveau, qua middelen en mogelijkheden. Datzelfde geldt voor de geestelijke gezondheidszorg. Zo zijn er in het hele land ongeveer twaalf psychiaters werkzaam, op een bevolking van vijfenveertig miljoen mensen.' Hakvoort wil dat probleem daarom niet bagatelliseren, maar het kwaliteitsverschil met



FOTOGRAFIE: ALEXANDER SINDJENWIND

Een wederzijds cultureel interview maakt onderdeel uit van het programma.



FOTOGRAFIE: ARCHIEF ROELEISBERG

Eén van de hoogtepunten van de studiereis is de mogelijkheid om samen met een Tanzaniaanse hulpverlener patiënten te consulteren.

## ontmoeting brengt kennis en ervaring

de gezondheidszorg van westerse landen neemt volgens hem niet weg dat een minder complexe samenleving mensen meer mogelijkheden biedt zich te blijven voegen. 'In Tanzania werd me glashelder dat de westerse psychiatrie mensen classificeert en een behandelplan opstelt om ze – naast het verminderen van ziektesymptomen – ook sociaal aan te passen. Ze moeten voldoen aan de hoge eisen die de samenleving aan hen stelt; verwachtingen die bovendien alsmat worden opgeschroefd.'

De psychiatrie holt daar in zekere zin achteraan, stelt Hakvoort gedurfd. 'Neem autisme: in een samenleving met een gigantische sociale dynamiek vallen autistische patiënten natuurlijk al snel buiten de boot, terwijl een Afrikaan met dezelfde kwaliteiten en gebreken op een grasheuvel geiten staat te hoeden en daarvoor alom wordt gerespecteerd.'

In Afrika zijn de mogelijkheden om er zonder al te grote aanpassingen toch bij te kunnen horen veel groter dan in het westen, wil Hakvoort maar zeggen. 'Dat zal waarschijnlijk komen doordat daar sprake is van een enorme sociale cohesie in plaats van individualisering, en omdat mensen opleidings-technisch minder op de proef worden gesteld.'

### Prioriteiten stellen

Er bestaat een schril contrast, zo beseft Hakvoort in Tanzania, tussen de klinisch relevante diagnostiek in Afrika en de westerse tendens om allerlei subdiagnostische categorieën van

ziektebeelden steeds verder te verfijnen en aan te scherpen. 'Zoals het onderscheid tussen ADD en ADHD, en het onderscheid tussen al die aan autisme verwante stoornissen. Volgens mij voegen ze weinig toe.' En ook de farmaceutische ontwikkelingen mogen van Hakvoort best eens gerelativeerd worden. 'In Tanzania zijn er voor psychiatrische patiënten grofweg vier soorten medicijnen verkrijgbaar: benzodiazepines, antidepressiva, antipsychotica en anti-epileptica. Wij

hebben er veel meer, maar categoriaal bestaat er weinig verschil. De grote variëteit aan medicatie in het westen is vooral bedoeld om bijwerkingen te verhelpen.

En die bijwerkingen kunnen

zeker erg vervelend zijn, maar ook wij hebben beperkte tijd en middelen. Hoeveel tijd en geld moeten we nog steken in de uitbreiding van het enorme arsenaal aan medicijnen die vooral verschillen in hun bijwerkingen; wat heeft onze prioriteit?

In Tanzania viel het Hakvoort bijvoorbeeld op dat men daar meer belang hecht aan het meten van het effect van (beleids-) maatregelen. 'Als het ministerie een hiv-campagne inzet en aidsremmers verstrekt, meten ze gegarandeerd ook het effect van die ingreep. Ook de bereikbaarheid van de psychiatrische diensten wordt er gemeten. Men vraagt zich – noodgedwongen – vaker af of ze met de beperkte middelen die ze inzetten daadwerkelijk hun doelen bereiken: hoeveel mensen hebben we daarmee kunnen helpen?' Hakvoort maakt een

**'NEDERLANDSE COLLEGAE KOMEN NIET ALLEEN  
MAAR EEN SAFARI HALEN, MAAR VOORAL HUN  
KENNIS EN ERVARING BRENGEN'**



gedurfde vergelijking omdat hij weet dat die op alle andere punten mank gaat. ‘Vergelijk ik de *Kilimanjaro Region* met de Zaanstreek, waar ik werk, dan besef ik dat wij de psychiatrische zorg niet genoeg afstemmen. Ggz-instellingen ontwerpen allemaal hun eigen zorgfuncties. Er is een crisisdienst, maar een functioneel overleg over het aanbod in de regio bestaat bij ons niet.’ Het is een logisch gevolg van het marktdenken, meent Hakvoort. ‘Zorgaanbieders in onze regio functioneren zonder onderlinge afstemming naast elkaar. In Tanzania is dat ondenkbaar.’

### Mental Health Service

Tijdens de studiereis bezoeken deelnemers ook één of meerdere ziekenhuizen, *Health Centers* en *Dispensaries*: lokale gezondheidscentra waar de geestelijke gezondheidszorg is geïntegreerd met de algemene zorg. Die mogelijkheid is er mede dankzij het netwerk van Rolf Schwarz dat hij in Tanzania kon opbouwen toen hij er tussen 1996 en 2000 het regionale stelsel van *Mental Health Care* opzette. ‘Noodgedwongen; in de wetenschap dat er in heel Tanzania weinig psychiaters werkzaam zijn. Als er in Tanzania al psychiatrische zorg voorhanden is, wordt die verleend door verpleegkundigen.’

Maar hoe beperkt ook, Schwarz maakte het destijds tot zijn missie om die hulp zo dicht mogelijk bij de mensen thuis te brengen. Dat lukte onder andere door ervoor te zorgen dat mensen uit de *Kilimanjaro Region* maximaal vijf kilometer hoeven te lopen om een *Mental Health*-voorziening te bereiken. ‘We gaven de “blote-voeten-dokters” die in de perifere gezondheidszorg werkten een vijfdaagse cursus psychiatrie. Daarin leerden we hen het allerbelangrijkste: hoe je de symptomen van een psychiatrische stoornis herkent, welke eerstelijns medicatie ze dan kunnen toedienen en waarom *caseholding* belangrijk is: ze leerden dat je psychiatrische patiënten niet eenmalig behandelt, maar ook vinger aan de pols moet houden. Langs die weg transformeerden de lokale gezondheidsposten tot *Mental Health Centers*. Na vier jaar werd het succesvolle nieuwe zorgstelsel overgenomen door andere regio’s in Tanzania. Mede daardoor worden de Nederlanders daar nu met open armen ontvangen en trekken mensen uit het hele land naar het congres. ‘Sommige Tanzanianen reizen daarvoor in eigen land meer dan duizend kilometer.’

### Medicijnman

Organisator Schwarz zou het liefst zien dat het congres in de nabije toekomst kan worden overgedragen aan de Afrikanen zelf. ‘Er zijn genoeg Tanzanianen die veel te vertellen hebben, en zij zouden zelf sprekers uit Nederland kunnen uitnodigen voor meer kennisinbreng. Maar dat is nu nog een brug te ver, ook omdat ze dan niet de garantie hebben dat er genoeg deelnemers komen om de kosten te delen.’

Psychiater Hakvoort noemt als verbeterpunt dat het programma meer thematisch kan worden ingevuld. ‘Dat je bijvoorbeeld zegt: nu concentreren we ons op depressie en volgend jaar op schizofrenie. Maar dat is ook wel erg lastig, want dan moet je mensen op voorhand met elkaar laten afstemmen wat ze de



FOTOGRAFIE: ALEXANDER SNIEDERWIND

groep gaan vertellen. En met de veelheid aan thema’s houdt de organisatie nu bovendien voldoende ruimte om Tanzaniaanse hulpverleners in de volle breedte uit te nodigen.’

Eén van de hoogtepunten van de studiereis is de mogelijkheid om zelf patiënten te consulteren samen met een Tanzaniaanse hulpverlener, vindt Hakvoort. ‘Je kijkt daarbij of je als Nederlandse psychiater diagnostisch nog wat aan diens oordeel hebt toe te voegen. Zelfs als dat niet het geval is betekent deze interactie een mentale steun. En ook al zie je maar één patiënt, je ondervindt daarbij direct wat de mogelijkheden en beperkingen van de zorg in een ontwikkelingsland zijn. Om bijvoorbeeld te refereren aan de eerder genoemde medicijnman: tachtig procent van de Tanzaniaanse bevolking gaat daarnaar toe. Vanuit ons westerse perspectief is dat onverstandig, maar als je daar patiënten consulteert, begrijp je dat dat met de beperkte middelen die ze daar hebben best een logische stap is.’ ■

### Programma en financiering

De volgende studiereis vindt plaats van 11 tot en met 22 november 2011. Er komen ongeveer zestig deelnemers uit Tanzania en dertig uit Nederland, van wie de meesten psychiater zijn. Toch reizen er elk jaar ook aiost, huisartsen en psychiatrisch verpleegkundigen mee.

Het eigenlijke congres duurt vier dagen, waarvan de eerste twee gereserveerd zijn voor de kennisuitwisseling. De Tanzanianen spreken daarbij over de gezondheidszorg in hun eigen land, en verschillende deelnemers uit zowel Nederland als Tanzania houden lezingen en workshops over de ouderen- en kinderpsychiatrie. Een avond staat in het teken van hiv. Ter afsluiting is er een gezamenlijk diner. Op de laatste twee dagen bezoeken de Nederlanders lokale gezondheidsposten, ziekenhuizen en andere locaties die voor hen interessant kunnen zijn. Ook is het mogelijk patiënten te consulteren. Na het studiecongres staat er een meerdaagse safari op het programma.

Voor de Tanzanianen is de deelname aan het congres gratis en worden alle reis- en verblijfskosten vergoed. Die worden betaald uit de deelname van de Nederlanders. De inschrijvingskosten bedragen 3350 euro, inclusief het Engelstalige congresboek *Aspects of Mental Health in Low-income countries*. De studiereis wordt mede georganiseerd door de organisatie *Mension Medical Refresher*. Voor meer informatie en aanmeldingen: [www.mension.nl](http://www.mension.nl)