

Markante mensen

Iedereen heeft een verhaal, het een al boeiender dan het ander. De meeste daarvan worden zelden of nooit verteld, daarom deze zomer een reeks met verhalen van gewone mensen die om de een of andere reden toch weer bijzonder zijn.

2

NKO-ARTS
DR. JOS CLAES
OPEREERT IN AFRIKA
ALS VRIJWILLIGER
VOOR MERCY SHIPS

‘De dankbaarheid van die patiënten geeft immense voldoening’

Hoop en genezing brengen aan mensen die geen toegang hebben tot gezondheidszorg, is het doel van de hulporganisatie Mercy Ships. Dr. Jos Claes (64), neus-, keel- en oorchirurg in het Universitair Ziekenhuis Antwerpen, opereerde twee weken lang als vrijwilliger op het schip van Mercy Ships dat lag aangemeerd in het Afrikaanse Conakry. ‘Omdat het veel voldoening geeft om je kennis en kunde aan te wenden om mensen te helpen, die het echt nodig hebben en het zich niet kunnen veroorloven. En die bovendien dikwijls erkentelijker zijn dan patiënten hier.’



Iedereen heeft een verhaal, het een al boeiender dan het ander. De meeste daarvan worden zelden of nooit verteld, daarom deze zomer een reeks met verhalen van gewone mensen die om de een of andere reden toch weer bijzonder zijn. Wereldwijd missen zo'n vijf miljard mensen toegang tot veilige, tijdige en betaalbare chirurgie. Er sterven jaarlijks meer mensen omdat ze zo'n chirurgie niet kunnen krijgen dan er aan malaria, aids en tuberculose samen overlijden. Het is iets waar we in landen als het onze, waar geneeskundige verzorging vanzelfsprekend is, amper bij nadenken. De organisatie Mercy Ships echter wil ook de allerarmsten de kans geven op heelkundige ingrepen. Daarnaast wil de organisatie ook de gezondheidszorg dat in

Hier vinden vele patiënten het de normaalste zaak van de wereld dat de arts hen helpt. In Afrika niet, en dat is een verademing

het betreffende land wordt aangeboden, blijvend verbeteren. Door opleidingen, maar ook door de introductie van de kennis en ervaring van veelal westerse chirurgen die vrijwillig en dus gratis prestaties leveren. Een van de chirurgen is dr. Jos Claes, de neus-, keel- en oorchirurg (NKO-chirurg) van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Dr. Claes was vorig jaar trouwens de eerste Vlaamse chirurg die operaties uitvoerde aan boord van het Mercy Ships-vaartuig Africa Mercy, een vroegere Deense treinferry die werd uitgerust met vijf operatiekamers en 82 ziekenhuisbedden. Het is ingesteld op een permanent verblijf van zo'n 400 vrijwilligers. Sinds 2007 hebben op dit schip al 10.000 vrijwilligers gewerkt uit 90 verschillende landen. ‘De organisatie is een goed geoliede machine’, zegt dr. Jos Claes. ‘En dat moet wel, gezien de schaal waarop er wordt gewerkt.’ **Was mensen helpen de eerste motivatie om arts te worden? Of waren er familiale precedenten?**

DR. JOS CLAES: Het familiale element speelde niet mee, want in de generaties boven mij zitten er geen artsen. Wat er mij dan wel toe aanzette, is moeilijk te omschrijven. Wat zeker meespeelde, was de interesse om te achterhalen hoe het lichaam functioneert, wat ermee kan mislopen en wat we kunnen in het werk stellen om daar aan iets te doen. Ik geef toe, dat klinkt niet echt idealistisch, al is de notie van mensen helpen metertijd wel ontloken. Wellicht was de invloed van mijn vader, een bouwkundig ingenieur, een factor. Als tiener wilde ik uiteraard doen wat papa deed - vandaar wellicht mijn technische nieuwsgierigheid. Ik weet graag hoe iets in elkaar steekt en werkt, het mechanisme achter de dingen. En wat je met dat soort gedreven nieuwsgierigheid als bouwkundige kunt doen, is ongeveer hetzelfde als een chirurg. Het principe kan je ook toepassen op het menselijke lichaam. Hoe marcheert iets? Waarvoor dienen de organen en andere lichaamsonderdelen? Hoe werken die onderling? Hoe kunnen we ingrijpen om eventuele mankementen te verhelpen? Vooral de laatste studie jaren vond ik boeiend, want toen kon ik als stagiair meedraaien in ziekenhuizen. Tijdens die stages ontdek je de verschillende facetten van de medische wetenschap in de praktijk en ook toen fascineerde vooral het technische aspect me. Ik werd tijdens elke stage verliefd op de specialisatie waar ik op dat moment aan verbonden was, en zelfs de

laatste maanden van mijn stage had ik nog niet beslist welke kant ik uitwilde. Ik had onder meer NKO (neus-keel-oor, nvdr) gekozen. Als examen moesten we een klacht of aandoening uitdiepen. In mijn zoektocht naar een geschikt onderwerp, las ik een publicatie van een chirurg uit Mortsel over oclusiestoornissen, stoornissen in de manier waarop je boven- en ondertanden zich onderling tot elkaar verhouden en het effect ervan op de werking van de kaakgewrichten. Als er op die oclusie fouten zitten, kunnen de kaakgewrichten asymmetrisch belast worden. Zo ontstaan oorklachten, terwijl er aan de oren niets mankeert. Die oorklachten komen er omdat kaakgewricht en oren dezelfde gevoelszenuwen delen. Dat problemen van kaakgewrichten zich dikwijls uiten via oorklachten, fascineerde me mateloos. De professor bij wie ik de NKO-test moest afleggen, was over het onderwerp ook zodanig enthousiast, dat mijn keuze toen snel was gemaakt. Wellicht ook omdat professor Jean Marquet niet enkel een joviaal en sympathiek man was, maar op dat moment ook dé referentie voor neus-, keel- en ooraandoeningen. Marquet was bovendien een van de eersten die microchirurgie combineerde met video-apparatuur. Dat had hij zelf op operatiemicroscopen laten monteren. Nu zit dat standaard op de operatie-apparatuur, maar in die tijd was dat revolutionair. Bovendien kon ik met NKO-heelkunde mensen helpen met mijn technische kunnen en met actie, met mijn handen. Medicatie voorschrijven kan even helend en zinvol zijn, daar niet van, maar naar mijn gevoel kan elke arts wel medicatie voorschrijven. Heelkundige ingrepen zijn daarentegen niet voor iedereen weggelegd. Het klinkt een beetje egocentrisch, maar zo zag ik het toen. **Hoe groeide het besef dat je mensen helpt?** Dat komt vanzelf, tijdens de stages al, wanneer je in direct contact komt met de patiënten, met hun medische problemen, hun menselijke verzuchtingen. Je beseft al gauw dat je in bepaalde gevallen wel degelijk een wezenlijk verschil kunt maken. Het is een zalig gevoel om te weten dat je met je kennis en je actie iemand kunt helpen en dat je dit bovendien kunt herhalen. Dat bracht me ook bij die ontwikkelingshulp, al was dat pas veel later. Ik begon daarmee rond mijn vijftigste. Het duurde zo lang omdat ik pas toen vond dat ik ingrepen kon uitvoeren op eigen verantwoordelijkheid en zonder de back-up van een team dat klaarstaat om bij te springen wanneer een ingreep niet verloopt zoals voorzien. Die zelfzekerheid is essentieel als je op het punt staat naar een vreemd land te trekken. Je staat er immers als enige in de wind en werkt er in minder goede en zelfs primitieve omstandigheden. **Je kon ook de andere kant hebben opgekeken en je kennis hier hebben laten opbrengen.** Maar je wilt toch nog iets meer betekenen met alle ervaring die je hier hebt opgebouwd. Wat wellicht ook meespeelde, is het feit dat je hier als arts dikwijls wordt geconfronteerd met patiën-

ten die het de normaalste zaak van de wereld vinden dat je hen kunt helpen en kunt genezen. Sommige patiënten nemen het je bijna kwalijk wanneer dat om welke reden dan ook niet lukt. Bovendien zag ik al te geregeld mensen met klachten waarmee ik zelf nooit naar een arts, laat staan naar een specialist zou stappen. De laagdrempelige toegang tot geneeskundige zorg in België, die in schril contrast staat met de situatie in de meeste Afrikaanse landen, heeft ook een aantal keerzijden. Als arts word je daar in België dagelijks mee geconfronteerd. Ik vind het daarom een verademing dat ik me in Afrika kan inzetten voor mensen voor wie die factor hoege-naamd niet meespeelt. **Anderzijds heeft men het publiek gaandeweg een beeld voorgehouden van een onfeilbare medische wetenschap.** (lacht) Klopt, maar ik ben niet verantwoordelijk voor die ‘men’. En wanneer ik werk in zo'n derde wereldland, voel ik dikwijls wel het wezenlijke verschil van appreciatie. Ik heb eerst als vrijwilliger gewerkt voor Artsen Zonder Vakantie (AZV) in Arusha, Tanzania, en Kinshasa, in de Democratische Republiek Congo. In Arusha werkte ik in het Sint-Elisabethziekenhuis. De boel werd er draaiende gehouden door zo'n drie artsen en enkele tientallen verpleegkundigen. Ze waren er verantwoordelijk voor een enorme patiëntenpopulatie. De omstandigheden daar zijn niet te vergelijken met hier in België. De ziekenhuisartsen hadden geen specifieke specialisatie. De een hield zich wat meer bezig met heelkunde, maar dan wel zowat het hele spectrum, van verloskundige tot abdominale, traumatologische en orthopedische heelkunde. Een ander werkte eerder als internist, een derde richtte zich wat meer op kinderen. Maar dat was zowat de rudimentaire indeling die je kon verwachten. Van sommigen vroeg ik me af of ze wel echt arts waren, of eerder een verpleegkundige die door opleidingen was opgeklimmen. Tijdens de eerste missie deed ik een vijftigtal operaties, ingrepen die voor de individuele patiënten ongetwijfeld een wereld van verschil maakten, maar mijn bijbedoeling, de overdracht van kennis, schoot erbij in. Ik wilde kennis en technieken overbrengen, zodat dergelijke ingrepen ook nog konden worden gedaan na mijn vertrek, maar dat was een ontgoocheling. Ten eerste omdat ik er uiteindelijk maar twee weken was, ten tweede omdat de artsen in dat ziekenhuis sowieso overbevraagd waren en strikte prioriteiten moesten stellen. Als je moet kiezen tussen het behandelen van pakweg een open beenbreuk of dat van hardhorigheid, is de keuze snel gemaakt. Let wel: AZV levert fantastisch werk, maar voor mij als NKO-arts bleek die werkwijze op den duur toch wel wat frustrerend. **Hoe kwam je met Mercy Ships in contact?** Door een familielid die al jaren als juriste voor Mercy Ships werkt. De visie van die organisatie leek me meteen bijzonder zinvol, al moet ik er meteen aan toevoegen dat Mercy Ships budget-

ten beheert waarvan pakweg Artsen Zonder Vakantie enkel maar kan dromen. De maakt uiteraard veel meer mogelijk. Maar het idee sprak me aan: een compleet uitgerust mobiel ziekenhuis aan boord van een schip, dat tien maanden in een haven van een derde wereldland blijft aangemeerd en een gans hulpverleningsprogramma afwerkt.

Een Mercy Ship-missie wordt al twee jaar van tevoren grondig voorbereid, in overleg met de overheid van het land in kwestie. Het beperkt zich niet enkel tot de ziekenhuisactiviteiten op het schip, al is dat het meest spectaculaire facet van de Mercy Ships-werking. Tegelijk worden er aan wal lokalen geïnstalleerd waar op grote schaal aan bijvoorbeeld tandverzorging en oogheelkunde wordt gedaan. Cataractoperaties, onder meer, omdat dit in veel van die landen een vaak voorkomende aandoening is die grondig kan worden verholpen. Er wordt ook werk gemaakt van de degelijke vorming of bijscholing van lokaal medisch personeel en er wordt geld geïnvesteerd in de aanpassing of modernisering van ziekenhuizen.

Daarnaast lopen nog andere projecten, onder meer in de landbouw. Aan wal gebeurt ook de selectie van patiënten die aan boord van het schip geholpen zullen worden. Die selectie gebeurt grondig, op basis van diepgaand onderzoek, met labotests en medische beeldvorming. Aan boord is daar alles voor aanwezig en de operatiekamers zijn technisch al even goed uitgerust als de operatiekamers waarin wij hier werken. Het is de bedoeling dat de meeste hulpverlening die er tijdens de tien maanden van de aanwezigheid van het schip wordt verleend, ook na het vertrek van Mercy Ships verder kan lopen. Na vijf, zes jaar komt de organisatie opnieuw ter plaatse en wordt alles nog eens overgedaan.

Hoelang ga je daarheen?

Chirurgen als ik gaan meestal maar voor een beperkte periode. Ik ging voor twee weken. Sommige vrijwillige verpleegkundigen gaan voor drie, vier maanden, anderen zelfs voor langere periodes. Niet alle vrijwilligers zijn trouwens medisch personeel. Ook de bemanning van het schip - kapitein inclusief -, de keukenploeg en het technisch en onderhoudsteam bestaan uit vrijwilligers. Er zijn ook leraren, want sommigen brengen hun gezin mee en als dat voor een langere periode is, moeten die kinderen uiteraard onderwijs krijgen. Het vrijwilligersstatuut gaat verder dan gratis werken. Zo word je verondersteld zelf te betalen voor je reis en verblijf. In de praktijk komt het erop neer dat je wordt verondersteld zelf de nodige sponsors te vinden om die kosten te dekken.

Ik had ook niet de periode te kiezen wanneer ik zou gaan. Vooraf diende ik een pak informatie door te sturen, zowel professioneel als privé. Dan beland je in wat een 'talent pool' wordt genoemd. Nadat ik aan die pool was toegevoegd,



In derde wereldlanden kent de omgeving van een patiënt de achtergrond van de aandoening niet. Ze vrezen besmetting en sluiten een zieke uit

hoorde ik maandenlang niets. Tot ik een mail kreeg met de vraag of ik beschikbaar was om tussen 30 september en 15 oktober op de Africa Mercy in Conakry in Guinea te gaan werken. Niet een week vroeger, niet een week later. De reden is simpel. Als je arriveert, stap je in een machine die al op volle toeren draait en kan je meteen beginnen werken op basis van de zorgvuldig samengestelde medische dossiers van op voorhand geselecteerde patiënten. Van de dertig dossiers die aan ons werden voorgelegd, selecteerden we er dan een twintigtal die we heelkundig konden behandelen. Anderen vielen af om allerlei redenen, omdat er bijkomend onderzoek nodig was of omdat ze niet meer te opereren vielen. Zo kan je een operatieplanning opstellen voor twee weken. Terwijl je als chirurg je werk doet, zijn de paramedici al bezig met het selecteren van de volgende patiënten die behandeld zullen worden door de chirurg die je plaats zal innemen. Dat is een bijzonder efficiënte manier van werken.

Verschillen de ingrepen van de operaties die je in België uitvoert?

Niet heel anders. Wel zijn het dikwijls maxiversies van wat we hier zien, vooral wat betreft hoofd- en halstumoren, schildklieren en speekselklieren, tumoren aan de boven- of onderkaak. Meestal gaat het om goedaardige gezwellen, soms om kwaadaardige. Dan moet je vooraf goed kunnen inschatten in welke mate een heelkundig ingrijpen voldoende zal zijn, en of er achteraf ook nog radio- of chemotherapie nodig zal zijn - wat daar dikwijls niet kan worden ver-

zekerd. Dat beperkt de kwaadaardige tumoren die we er kunnen behandelen, zeker omdat de patiënten dikwijls al in een veel verder gevorderd stadium zitten dan de patiënten die zich hier aanbieden. Gelijkaardige pathologie dus, maar daardoor dus dikwijls maxiversies. Voor de mensen die we wel kunnen helpen, is het echter een wereld van verschil. Je hebt ook het stellige gevoel dat wat je daar doet, zich niet beperkt tot die veertien dagen, maar dat het slechts één actie is in een werk dat het jaar rond verder loopt, ook als je er zelf niet bent. Als je ter plaatse met de patiënten over hun aandoeningen praat, kan je ook pas correct begrijpen hoeveel groter de impact is van de aandoeningen waaraan zij lijden, dan dat bij ons het geval is. Hun gemeenschap en zelfs hun eigen familie beseft dikwijls niet wat de achtergrond is van de gezwellen waarmee die mensen rondlopen, vrezen besmetting of andere schadelijke effecten, en sluiten hen uit. Door een heelkundige ingreep worden die mensen dikwijls niet enkel medisch geholpen, maar krijgen ze dikwijls ook hun sociaal leven terug. Vandaar misschien dat de erkentelijkheid van die mensen een stuk groter is dan wat je hier bij veel patiënten ervaart.

Wat denken je collega's in het UZA ervan?

Ik denk dat velen dit ook wel willen doen. Maar je moet je uiteraard kunnen vrijmaken. Voor artsen met nog opgroeiende kinderen bijvoorbeeld is dat niet evident. Ook het aantal jaren ervaring speelt zeker mee, al sta je er bij Mercy Ships nooit alleen voor en kan je terugvallen op een back up-team, intensieve verzorging en 24 op 24 uur verpleegkundige bijstand. Wat mij betreft is het alleszins een engagement op langere termijn. Ik ben van plan het nog zo dikwijls mogelijk te herhalen.

Tekst: Dominique Trachet

Meer informatie: www.mercyships.be

VOLGENDE WEEK:
Vrouwen, wijn & lekker eten