

# Balanceren tussen groei en geschiedenis: zorgverlening in een Chinese metropool

Mw. dr. V.C. Harris

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(6):219-20)

In de rubriek *Infecties zonder Grenzen* delen geneeskundigen, die in het buitenland werkzaam zijn op het gebied van infectieziekten, hun werkervaringen met de lezers van het TvI. In de column staan de klinische aspecten van het werken in het buitenland centraal, zodat collega's in Nederland kunnen leren van de ervaringen van de auteur. In deze editie: Vanessa Harris, assistent professor, werkzaam bij het Hong Kong University-Shenzhen Hospital.

In februari 2019 woon ik al 3 jaar in China. Daarvan heb ik 2,5 jaar gewerkt als arts infectieziekten aan het Hong Kong University-Shenzhen Hospital: een nieuw, bruisend ziekenhuis dat uitkijkt over de groene wateren waarmee Shenzhen, gelegen op het vasteland van China, wordt gescheiden van Hong Kong. De sfeer in het ziekenhuis, de kansen en de uitdagingen waar ik en de andere artsen mee te maken krijgen, zijn onmogelijk te begrijpen zonder een korte introductie van de stad Shenzhen en het ontstaan van het ziekenhuis.

Shenzhen staat symbool voor het nieuwe China. In 1980 werd het tijdens de 'reform and opening up'-beweging door Deng Xiaoping aangewezen als speciale economische zone, waarna het een van de snelst groeiende steden van de wereld werd: de grootte van de bevolking explodeerde van 30.000 inwoners in 1980 naar meer dan 13 miljoen in 2017 (17-20 miljoen volgens onofficiële bronnen). Tegelijkertijd steeg het bruto nationaal product (BNP) naar het op 2 na hoogste niveau van China; in 2017 werd Hongkong ingehaald en alleen Beijing en Shanghai hebben een hoger BNP. De lokale overheid in Shenzhen begreep dat de gezondheidszorg in de stad moest worden uitgebreid en wilde zich presenteren als koploper op het gebied van nationale hervormingen in de



gezondheidszorg. In 2012 vroeg zij Hong Kong University (HKU) om in Shenzhen een innovatief ziekenhuis op te zetten waar medici ook getraind konden worden.

In de afgelopen 5 jaar is het ziekenhuis gegroeid van 0 tot 2.000 bedden en wordt gewerkt aan een verdere uitbreiding naar 3.000 bedden. De financiële structuur van het ziekenhuis bevordert het gebruik van eerstelijnszorg en er worden vaste vergoedingen gevraagd voor poliklinische patiënten. Daarnaast is het loon voor artsen verhoogd, terwijl een 'zero-tolerance'-beleid is ingevoerd voor corruptie en zogenoemde 'hong bao' (rode enveloppen die patiënten geven aan artsen).

De fenomenale ontwikkeling van het ziekenhuis loopt parallel aan de groei en economische ontwikkeling van Shenzhen. Dit is haast onvoorstelbaar in Nederland, waar ziekenhuizen eerder worden gesloten dan geopend. De groeisnelheid heeft echter ook nadelige kanten. De uitbreiding van het ziekenhuis en de stad loopt niet in gelijke pas met de uitbreiding van het ziekenhuispersoneel: het aantrekken van capabele artsen, verplegers en technici blijft moeilijk. Terwijl alle ziekenhuisafdelingen onder leiding staan van HKU-professoren is de training, ervaring en expertise van het Chinese personeel van wisselende kwaliteit. Het niveau van de zorg is daarom variabel. Het aantal patiënten is enorm en artsen zijn bij complexe nieuwe gevallen soms beperkt tot een consult van 5-10 minuten.

assistent professor, Amsterdam Institute for Global Health and Development (AIGHD) en Department of Global Health, Amsterdam UMC, locatie AMC, Amsterdam, associate consultant Infectious Diseases, Hong Kong University-Shenzhen, Shenzhen, China, e-mailadres: v.harris@aighd.org

In het Hong Kong University-Shenzhen Hospital voer ik consulten uit bij patiënten die met infectieziekten in het ziekenhuis zijn opgenomen. Dit doe ik samen met uitstekende Chinese collega's van de afdeling Klinische Microbiologie, die voor mij taalkundig en cultureel als tolk fungeren vooraf, gedurende en na elk patiëntbezoek. Gezien het grote aantal patiënten zien we een ongelooflijke variatie aan gevallen, zowel op sociaal als op medisch vlak. Om maar een aantal voorbeelden te noemen: hiv-patiënten met een *Penicillium marneffei*-infectie, een lokale oestervisser met necrotiserende fasciitis ten gevolge van *Vibrio vulnificus*, metastatische *Klebsiella pneumoniae*-endofthalmitis (een ziektebeeld dat vooral in Oost-Azië voorkomt) en immuungecompromiteerde patiënten die, wonend in Shenzhen subtropische omstandigheden, diverse schimmelinfecties oplopen. Of patiënten die tijdens de Grote Sprong Voorwaarts werkten als boer en die zich nu, decennia later, presenteren met hyperinfectiesyndroom door strongyloïdiasis. Deze gevallen worden overschaduwed door antibioticaresistentie, dat ertoe heeft geleid dat meerdere intensievecarepatiënten onbehandelbaar zijn geworden.

De klinische ziektebeelden zijn echter niet de grootste uitdaging. Wat ik merk in de dagelijkse praktijk is dat een grotere uitdaging ligt in het overkomen van de angst en het wantrouwen tussen Chinese patiënten en hun artsen. Verder worden patiënten beperkt door hun financiële mogelijkheden, wat medische besluitvorming complexer maakt dan de 'simpele' ambitie om te voorzien in zorg van hoge kwaliteit. In de jaren 80 en 90 van de vorige eeuw waren patiënten onverzekerd en bevonden ziekenhuizen zich in de positie dat ze zichzelf moesten financieren. Onderbetaalde artsen

vulden hun inkomen aan met 'hong bao' en ziekenhuizen maakten winst op de behandelingen en de geneesmiddelen die ze voorschreven. Aan de hand van de hervormingen in 2009 werden zorgverzekeringsprogramma's en nieuwe wetgeving geïmplementeerd. Het maken van winst duurt echter voort en veel mensen blijven onvoldoende verzekerd.

Patiënten staan tegenover aanzienlijke kosten voor gecompliceerde ziekenhuisopnames. Deze kosten, gecombineerd met de onzekerheid dat een arts handelt in het belang van de patiënt, creëren een onderhuidse spanning tussen patiënt en zorgverlener. Dit heeft als gevolg dat ik bij de patiënt altijd navraag of de zorg te veroorloven is wanneer ik de patiënten voorzie van medisch advies. Bij zoiets rechtlijnigs als een dure pacemaker te verwijderen en vervangen, moet ik dan ook eerst niet alleen de betrokken artsen, maar vooral de familie van de patiënt ervan overtuigen dat het de kosten waard is. Financiële beperkingen en wantrouwen hebben ervoor gezorgd dat patiënten soms levensreddende behandelingen weigeren, kiezen voor ontoereikende compromissen en al te vaak therapie uitstellen door elders te vragen om een kostbare second opinion.

Mijn tijd in Shenzhen en in China wordt gekenmerkt door al deze factoren: het voorrecht om te zien hoe een land, stad en ziekenhuis onderhevig zijn aan enorme groei, samen met de mogelijkheid om ziektes te bestrijden die geworteld zijn in de geschiedenis en geografie van de regio. Maar ook het getuige zijn van de worstelingen van artsen en patiënten rond de kwaliteit van zorg in relatie tot de snelle groei. Het is net balanceren op het slappe koord.

### AUTEURSINSTRUCTIES

Potentiële auteurs voor *Infecties zonder Grenzen* kunnen het thema of de boodschap, dan wel de leerpunten van hun beoogde column toesturen naar het redactiesecretariaat (tvi@ariez.nl). Na akkoord van de Hoofredactieraad op het beoogde thema wordt de auteur uitgenodigd voor het schrijven van een bijdrage of wordt de auteur gebeld voor een telefonisch interview. Indien sprake is van een interview zal de uitgever een concepttekst maken die wordt voorgelegd aan de auteur en de Hoofredactieraad. Bij akkoord van beide partijen wordt de bijdrage gepubliceerd. Een bijdrage dient 750 woorden lang te zijn en wordt geplaatst met een kleurenfoto van de columnist (minimaal 300 dpi, ofwel een bestandsgrootte van 3-4 Mb); het liefst een (zakelijke) foto op de besproken locatie in het buitenland. De column mag enkele referenties bevatten, maar ook bijdragen zonder referenties zijn mogelijk, omdat het hier 'ervaring in het veld' betreft.