

INDONEZIJA, MALANG – avgust 2016

Ime in priimek: *Maruša Borovšak*

1. OPIS ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Bolnišnice se delijo na državne in privatne in razlika med njimi je očitna. Državne, kamor prihajajo predvsem bolniki iz nižjih slojev so dokaj slabo opremljene in bolnikom ne morejo nuditi vsega, kar jim lahko mi ali kar jim lahko medtem nudijo v privatnih bolnišnicah, kjer lahko vidiš tudi najbolj sodobno opremo.

Indonezija ima urejeno zdravstveno zavarovanje, kjer se glede na mesečni vložek zavarovanci delijo v tri razrede. Najnižje razred ima najnižjo mesečno premijo, vendar tudi dobijo najmanj, zato morajo ogromno stvari doplačati, kar si pa pogosto ne morejo privoščiti. Tako so npr. bolniki na nevrološkem oddelku, ki bi nujno potrebovali magnetno resonančno slikanje, vendar bi ga morali sami plačati, kar si ne morejo privoščiti.

Zdravniki imajo tudi tam ogromno birokratskega dela, saj morajo vse poročati zavarovalnici in spremljati stroške svojih bolnikov, da ne presežejo letne kvote, ki jih njihovo zavarovanje krije.

Veliko bolnikov se najprej poslužuje tradicionalnega zdravilstva, pred prihodom k zdravniku, zato v bolnišnico pridejo bolniki z napredovalimi oblikami bolezni, ki zahtevajo resnejšo in posledično tudi dražjo oskrbo. Prav tako ne uporabljajo reševalnih vozil, tako da tudi najhuje poškodovani ali bolni potrebujejo kar nekaj časa, da pridejo do prve oskrbe.

Drugače pa se lahko bolniki sami odločajo h kateremu zdravniku bodo šli in tudi za specialiste ne potrebujejo napotnice svojega osebnega zdravnika, ampak se pač vsedejo v čakalnico v specialističnih poliklinikah z ambulantami in čakajo, da bodo prišli na vrsto.

2. PRIKAZ PRIMERA

Bolnišnica: *Saiful Anwar Hospital, Malang*

Oddelek: *nevrologija*

V Indoneziji je še vedno velik problem okužba s tuberkulozo. Čeprav imajo že v ranem otroštvu program obveznega cepljenja, se veliko ljudi vseeno ne cepi, ker samo zaradi tega ne gredo k zdravniku. Drug razlog za pogost klinični izbruh bolezni pa je okužba z virusom HIV. Tako je bacil tuberkuloze tudi najpogostejši razlog za infektivni meningitis. Zaradi dolgotrajnega zdravljenja in slabih rezultatov predstavlja velik izziv za zdravnike, tako v smislu preventive kot hitre diagnostike in terapije.

51-letna bolnica R.S. je prišla v bolnišnico zaradi napredujočega glavobola in motenj zavesti. Težave so postale opaznejše zadnjih 6 dni. Bolnica je prav tako imela povišano telesno temperaturo in je tožila za nekaj tedenskim zobobolom. Preko obdobja dveh mesecev je nenačrtovano izgubila tudi približno 5 kg. Bruhanje, epileptični napad, ohromelost polovice telesa in nočno potenje je zanikala.

Pacientka je živela s sestro, saj svoje družine ni imela. Bila je nezaposlena, vendar preskrbljena. V družinski in dosedanji anamnezi ni bilo posebnosti. Zanikala je kronični stik z bolnikom s tuberkulozo in uživanje alkohola ali nikotina.

Internistični klinični status je bil brez posebnosti, v nevrološkem statusu je bil pozitiven le znak rigidnosti vratu.

Postavljena je bila delovna diagnoza bakterijski meningitis (DD virusni meningitis, DD tuberkulozni meningitis). V laboratorijskih preiskavah je bila zazna levkocitoza. Tudi preiskava likvorja je pokazala levkocitozo, padec glukoze in dvig proteinov ter odsotnost polimorfnih neutrofilcev. CT slikanje glave je pokazalo obstruktivni hidrocefalus. Na RTG slikanju pljuč pa ni bilo nobenih znakov pulmonalne oblike tuberkuloze.

Zaradi pogostosti tuberkuloze kot vzroka za meningitis in preiskave likvorja, so se odločili za štiritirno zdravljenje tuberkuloze, čeprav zlati standard – preiskava sputuma ni bil pozitiven. Bolnici se je po prejemu terapije hitro stanje začelo izboljševati. Tako kot pri nas pa je komplanca pri dolgotrajni terapiji tuberkuloze zelo slaba.