

Het werk van Simone

Na ruim 2 maanden werken wordt het wel eens tijd om wat meer over de inhoud daarvan te vertellen. In december ben ik vooral aan het inwerken geweest in het ziekenhuis. Dat was wel wennen, ook al wist ik van tevoren natuurlijk wel dat het heel anders zou zijn dan in Nederland.

De dag begint in het ziekenhuis altijd met de afdelingsvisites; ik had de maternity- (verloskunde) en gynaecologie-afdeling onder mijn hoede. Al heel anders dan in Nederland, want de enige mogelijkheid hier om naar de hart van het kind te luisteren is via de houten toeter, dus geen Doptone- of CTG-apparaat voorhanden. Verder is de sfeer bij een bevalling ook al heel anders dan in Nederland; de vrouw is hier altijd helemaal alleen als ze bevalt (in tegenstelling tot de verloskamers in Nederland waar soms wel zes familieleden aanwezig zijn) en verder hoor je opvallend weinig gezucht, gesteun en gegil (geen idee hoe ze dat voor elkaar krijgen). En dat zonder voorbereidende zwangerschaps-gym, -yoga of -haptonomie! Maar er zijn ook wel veel overeenkomsten, want een zwangere vrouw is nu eenmaal een zwangere vrouw, en net als in Nederland moet ik hier ook regelmatig teleurgestelde vrouwen weer naar huis sturen met de mededeling dat de bevalling toch echt nog niet begonnen is en dat ze nog maar een tijdje geduld moeten hebben!

Een heel belangrijk verschil is natuurlijk wel dat er hier veel meer afwijkingen zijn, maar ook veel minder mogelijkheden om die op te sporen en te behandelen. Berekenen we bijvoorbeeld in Nederland de zwangerschapsduur op de dag nauwkeurig (met natuurlijk altijd een beetje speling) hier weten vrouwen vaak helemaal niet wanneer hun laatste menstruatie was (of klopt het absoluut niet met de bevindingen) en gaan we maar op de grootte van de baarmoeder af, maar een groeiachterstand spoor je zo natuurlijk niet op. Zodra er echt grote afwijkingen zijn (bijvoorbeeld zwangerschapvergiftiging) sturen we patiënten door naar het ziekenhuis in Umtata, omdat we hier momenteel geen keizersneden kunnen doen (tekort aan personeel en mankementen aan de OK; hopelijk kunnen we daar wel verandering in gaan brengen, want het is geen pretje om een uur of vijf op een ambulance te moeten wachten als je weet dat moeder en kind het moeilijk hebben).

Er is gelukkig wel een vacuümpomp aanwezig (met een fietspompje; ziet er niet uit maar werkt gelukkig wel goed!) en die heb ik al meerdere malen gebruikt. Helaas de eerste keer dat ik 'm gebruikte gelijk op een levenloos kind; volgens de verpleegkundigen was de vrouw een "bad pusher" (ook al had ze al zonder problemen 6 andere kinderen op de wereld gezet) en hadden ze een half uur tevoren echt nog goede harttonen gehoord (dan mis je dus de objectieve registratie van een CTG-apparaat). Verder hadden ze geen idee wanneer de vliezen gebroken waren, dus ik vermoed dat dat al lange tijd eerder gebeurd was; ook omdat het kind behoorlijk stonk. Wennen dus, aan maar zeer matig gemotiveerde verpleegkundigen / vroedvrouwen die ook niet altijd deskundig blijken. Maar 's nachts kwam pas de echte grote frustratie toen ik bij een andere bevalling geroepen werd (alweer een "bad pusher", maar hier een goed kind dat er met alleen een knip makkelijk uit kwam) en de verpleegkundige me doodleuk vertelde dat oja, die vrouw van dat dode kind van gisteren die was 's avonds overleden! Ze hadden haar 's avonds een infuus gegeven omdat ze niet lekker was, maar later was ze overleden. En dat zonder dat ze me daarover gebeld hebben... dat zou in Nederland dus echt nooit gebeuren. Geen idee of ik er nog wat aan had kunnen doen natuurlijk, maar ik had het op z'n minst willen proberen. Zes kinderen hun moeder kwijt dus. Maar je merkt ook wel dat de dood hier veel meer bij het leven hoort en dat mensen het veel meer accepteren dan in Nederland, ook al hebben ze natuurlijk evengoed een hoop verdriet als er iemand overlijdt. Gelukkig worden er hier wel maandelijks (als het goed is) besprekingen gehouden waarin alle gevallen met moeder- en/of kindersterfte geëvalueerd worden (anoniem) zodat iedereen er wel wat van kan leren).

Genoeg over de verloskunde lijkt me, al heb ik er natuurlijk nog wel meer verhalen over. Na de koffie/thee (lekker thuis met Leon, Arjan en Vicky) begint altijd de OPD (Out Patient Department, ofwel polikliniek) waar het altijd erg druk is. In een hoog tempo volgen de patiënten elkaar op, ik zie er meestal zo'n 30 à 40 op een dag maar mijn meer ervaren collega's halen er een soms wel 50 of 60. Maar de kunst is natuurlijk wel om ondanks de drukte de patiënten wel goed te bekijken zodat ze er ook echt wat aan hebben. Een eerste indruk van de patiënt is al heel belangrijk (ziek of niet-zo-ziek) en daarna is het vooral de kunst om de juiste vragen te stellen en om te proberen de antwoorden van de patiënt kort te

laten houden, want de Xhosa's zijn een meester in het uitweiden over al hun pijntjes en probleempjes heb ik al gemerkt. Soms moet er na het lichamenlijk onderzoek nog wat laboratorium-onderzoek gedaan worden en/of een röntgenfoto gemaakt, en daarna moet natuurlijk de juiste diagnose gesteld worden en medicijnen worden voorgeschreven. Er zijn natuurlijk veel minder soorten medicijnen beschikbaar dan in Nederland, en helaas zijn de medicijnen die er zouden moeten zijn regelmatig "out-of-stock" wat de keuze nog verder beperkt. Maar goed, je wordt er wel creatief van.

In januari ben ik begonnen met mijn eigenlijke werk (ook al blij ik ook wel mijn diensten in het ziekenhuis doen): het bezoeken van de tien klinieken in het district Ngqeleni, een gebied met ruim 100.000 inwoners verspreid over een oppervlak van ongeveer 50 bij 25 kilometer (grove schatting; precieze gegevens moet ik nog zien te krijgen). In de klinieken werken verpleegkundigen (meestal drie of vier per kliniek) die zelf iedere dag een hoop patiënten zien en ofwel zelf medicijnen voorschrijven (uit een nog veel beperkter arsenaal dan in het ziekenhuis) ofwel patiënten doorsturen naar het ziekenhuis. Maar hier zit gelijk al het probleem: veel patiënten hebben geen geld om naar het ziekenhuis te gaan. Ten eerste moeten ze voor een ziekenhuisbezoek geld betalen (niet veel hoor, ik geloof dat het 12 rand is dat is ongeveer anderhalve euro) maar bovendien moeten ze geld betalen voor transport en alles bij elkaar is dat vaak te duur. Als het echt ernstig is weten ze altijd wel ergens geld te vinden, maar juist de patiënten die vroeg behandeld moeten worden om erger te voorkómen stellen het bezoek aan het ziekenhuis vaak uit of komen helemaal niet zodat ze uiteindelijk veel slechter af zijn. Nu ben ik dus aangesteld om in de klinieken spreekuren te houden zodat de mensen gratis door een dokter gezien kunnen worden. Ik kom in iedere kliniek ongeveer één keer in de drie weken dus niet echt vaak maar in ieder geval beter dan nooit.

's Ochtends tussen acht en half negen word ik opgehaald door de chauffeur van het district, Mr Kwaaiman (aardige man hoor ondanks z'n naam) en dan rijden we naar de kliniek van die dag toe. De afstanden variëren nogal; de kliniek het dichtste bij is 20 minuten rijden en de verste ongeveer een uur, al doen we er vaak nog wel langer over omdat er tussendoor nog allemaal mensen mee moeten of zaken onderweg geregeld worden. Ik ben namelijk lang niet de enige die van dit transport afhankelijk is, al wordt de richting van het transport wel door mijn bezoekerrooster bepaald. In de kliniek aangekomen zie ik dan meestal in een uur of vijf zo'n dertig à veertig patiënten. En dan weer terug met het transport, met of zonder allerlei omwegen of tussenstops. Meestal ben ik wel om vijf uur weer thuis, maar de variatie tot nu toe was tussen twee en zes. Als ik vroeg terug ben en het is druk in het ziekenhuis of ik heb dienst dan ga ik daar nog even werken. Tussen de bedrijven door probeer ik er achter te komen wat er allemaal speelt in het district, wat er voor programma's lopen (en hoe goed die lopen), wie er waar werken, wat de voornaamste problemen zijn etcetera, maar dat valt nog niet mee. Ik had toch wel verwacht dat iemand me op een gegeven moment zou vertellen wat precies de grenzen van het district zijn en misschien een soort jaarverslag zou laten zien en ook zou vertellen wat er van mij verwacht wordt behalve dan de spreekuren natuurlijk, maar tot nu toe niets van dat alles ook al vraag ik er regelmatig om. Maar goed, ik blijf het proberen en op een gegeven moment zal ik er allemaal wel achter komen.

De belangrijkste ziektes hier zijn natuurlijk tuberculose (TB) en HIV/AIDS, wat allebei heel erg veel voorkomt. Op een normale dag in het ziekenhuis zie ik meestal wel een stuk of vijf à tien patiënten met AIDS, vaak weten ze het zelf nog niet. En dan heb ik het nog niet over de mensen die alleen HIV-positief zijn maar nog geen AIDS hebben, want dat zijn er natuurlijk nog veel meer. Van de tuberculosepatiënten is het merendeel ook HIV-positief en die zijn over het algemeen ook minder goed te behandelen. In Nederland wordt iedere patiënt met open TB onmiddellijk geïsoleerd en worden alle contacten opgespoord, maar hier sturen we ze gewoon naar huis als ze niet al te zwak zijn en zeggen we ze dat familieleden ook maar langs moeten komen als ze klachten krijgen.

Voor de HIV/Aids-patiënten kunnen we maar weinig doen helaas; medicijnen om de infecties waar ze last van hebben te behandelen of te voorkomen zijn er maar beperkt, en de antiretrovirale therapie zoals die nu in Westerse landen gegeven wordt is ook nog niet voorhanden. Dit ondanks het steeds goedkoper worden van deze medicijnen en het feit dat de Zuid-Afrikaanse overheid vorig jaar belooft heeft de therapie snel over het land "uit te zullen rollen". Alleen in Umtata is een kliniek waar het momenteel gegeven kan worden, maar ten eerste is die kliniek overbelast omdat er mensen uit de hele omgeving naar toe komen, en

bovendien moeten de patiënten kunnen garanderen dat ze iedere week kunnen komen om hun medicijnen op te halen. Een rit met een taxibusje heen en weer naar Umtata kost zo'n 40 rand, dus ongeveer 5 euro en dat is voor bijna niemand hier iedere week op te brengen. Er gaat ook wel transport van het ziekenhuis maar dat zit al overvol met de "gewone" patiënten die naar de diverse specialisten moeten.

We hopen natuurlijk dat we de therapie hier over een tijdje ook kunnen gaan geven, maar dan moet er nog wel een heleboel gebeuren, vooral aan de logistiek, om een continue medicijnvoorziening te kunnen garanderen. En verder zouden er ook een heleboel extra verpleegkundigen nodig zijn voor de begeleiding, maar er is nu al zo'n tekort aan verpleegkundigen dat het moeilijk zal zijn om die te vinden zonder de bezetting van het ziekenhuis en de klinieken nog verder af te brokkelen. Nou ja, dat zal dus allemaal nog wel een tijdje duren, maar iedereen hoopt er toch op dat het uiteindelijk wel komt.

In de klinieken zie ik wat minder Aids-patiënten dan in het ziekenhuis, maar ook wel veel TB-patiënten (of verdenking op TB). Verder vooral de chronisch zieke patiënten, dus ouderen met hoge bloeddruk, suikerziekte en longproblemen en jongeren vooral met epilepsie (komt hier veel voor). En dan nog de psychiatrische patiënten van alle leeftijden, waar soms ook al jaren niet naar gekeken is. En verder nog de nodige verrassingen, zoals bijvoorbeeld een jochie van negen (jaar!) met een compleet gespleten lip, kaak en verhemelte, waar nog nooit wat aan gedaan is..... heb nu maar een afspraak in Umtata voor hem gemaakt, hopelijk gaat het allemaal lukken.

Afijn, genoeg werk dus en genoeg te beleven. Als iemand nog meer wil weten vraag het dan gerust!

Arjan, Simone en Leon