

Gezondheid in het midden van Afrika

Onze nutritionist Sam belt me in de avond voor een casus: in een van de dorpen is een kind met zwelling van de ledematen. Sam en de gezondheidswerker ter plaatse verdachten hem al langer van ondervoeding, maar de moeder had geweigerd haar kind naar de kliniek te brengen. Nu heeft hij ook nog bloed in de ontlasting. Voor veel verpleegkundigen een reden om maar meteen medicijnen voor behandeling van amoeben voor te schrijven. Maar het is waarschijnlijker dat dit een gevolg is van de traditionele kruiden die hem door de lokale medicijnman zijn gegeven. Moeder was ten einde raad bij gebrek aan zorgverzekering en vreesde de hoge kosten voor zorgvuldig onderzoek en behandeling. Nu overtuigt Sam haar om haar zoon te komen brengen. De dienstdoende verpleegkundige in de kliniek vangt de kleine patiënt op, constateert geen acute rode vlaggen en besluit hem op te nemen in afwachting van mijn komst in de ochtend. Na het ochtendgebed en -rapport beoordeel ik hem: ik zie een peuter met dikke benen, maar ook een gezwollen gelaat – geen gezwollen buik. Even later zit hij een mandazi (soort oliebol zonder krenten) te eten. Omdat de kwashiorkor-vorm van ondervoeding (met typische hongerbuik) minder waarschijnlijk is bij een goede eetlust en ik heb geleerd om altijd verder te denken, controleer ik voor de zekerheid via zijn urine op mogelijke nierproblemen. De eiwit-test is positief. Misschien wel degelijk een probleem van de nieren (nefrotisch syndroom). Ik besluit de jongen over te plaatsen naar het districtsziekenhuis omdat we in de kliniek geen mogelijkheden hebben om uitgebreider onderzoek naar de nierfunctie te doen. Het ontbreken van verzekering en de daardoor hogere zorgkosten vangen we als kliniek tijdelijk zelf op. Enige tijd later hoor ik dat hij in het overheidsprogramma voor ondervoede kinderen meedraait. Dus toch ondervoeding.



Mark en Corine met hun kinderen in Rwanda.
Mark is de kleinzoon van Pieter van Osch.

Komt dat nog voor tegenwoordig, ondervoeding? Sterven er nog kinderen aan malaria? Zijn HIV en tuberculose nog steeds ernstige gezondheidsproblemen anno 2018? Helaas wel. Naast het feit dat welvaartsziekten als diabetes en hart- en vaatziekten ook in Afrika meer en meer de kop opsteken. Dat mochten wij de afgelopen ruim anderhalf jaar in Rwanda zien. Juni 2016 vertrokken we vanuit Rotterdam, met de zegen van onze kerk, om aan het werk te gaan in het afgelegen en achtergestelde Zuid-Westen van Rwanda. Het land heeft nog steeds diepe sporen van de genocide in 1994. Maar Rwanda is ook een wonder van herstel, ontwikkeling en (goede) poging tot verzoening. Er is een goedkoop zorgverzekeringssysteem waar meer dan 80 procent van de Rwandezen aan deelneemt en waardoor de basiszorg toegankelijk is geworden. Als tropenarts mocht ik vooral veel overdragen en voorleven in de kliniek van de kerk. Corine gebruikte haar kennis als biomedisch ingenieur binnen

allerlei gezondheidsprojecten. We zagen dat alleen geld geven niet de juiste methode is. Duurzaam ontwikkelingswerk creëert geen afhankelijkheid en geeft de hulpbehoevende geen vissen, maar leert juist de mensen hoe ze zelf kunnen vissen. Of, in ons geval, we leren de mensen kundig diagnosticeren en behandelen met hart voor de patiënt in zijn of haar situatie. Mensen zonder ondersteuning van familie, een heftig verleden, van de verkeerde stam, een tweede vrouw van een rijke man (en dus geen rechten), onvoldoende inkomsten – niets mag uiteindelijk verhinderen dat iemand hulp wordt geboden.



Mark geeft training aan de verpleegkundigen in de kliniek met behulp van een reanimatiepop.

Het werk in Rwanda gaat door en wij zijn daar minder nodig. Nu staan we voor een nieuwe uitdaging. Begin maart vertrekken we naar de Democratische Republiek Congo. In het noordoosten van het land zorgen veiligheidsproblemen ervoor dat de gezondheidszorg onder druk staat. Patiënten moeten lange afstanden afleggen over gevaarlijke wegen om behandeling te vinden. De kerk wil hen helpen, maar heeft een gebrek aan mankracht. In het ziekenhuis van Nyankunde in de provincie Ituri verwachten we het eerste jaar meer ervaring op te doen in de lokale setting, met lokale taal en cultuur, waarna we onze weg vervolgen richting een kleiner ziekenhuis in de omgeving. Dit alles binnen de projecten van de lokale kerk die als geen ander op dat soort plekken gedreven is om te zorgen voor de hele mens. We zien deze uitdaging tegemoet met enthousiasme, omdat we ons geroepen voelen om te zorgen voor zieken op een plaats waar onvoldoende mensen zijn om dit te doen. Natuurlijk hebben we meer verhalen dan hier op papier passen. Schroom daarom niet om contact met ons op te nemen of bezoek onze website. Elke vorm van steun is van harte welkom.

Contactgegevens: markencorinegodeschalk@gmail.com,
www.gzb.nl/zorginCongo, www.facebook.com/ZorginCongo,
www.instagram.com/ZorginCongo

Met vriendelijke groet, *Mark en Corine Godeschalk.*



Het ziekenhuis van Nyankunde in Congo waar Mark en Corine zullen gaan werken.