

MEDISCHE ZENDING

Het dorp

Op ongeveer 170 kilometer afstand van Paramaribo, diep in het district Sipaliwini, bevindt zich een post van de Medische Zending. Deze is onderdeel van een netwerk van 52 locaties verspreid over het binnenland van Suriname, opgezet om medische zorg toegankelijk te maken voor afgelegen gemeenschappen. De dorpen Tjalikondre en Nieuw Aurora, gelegen aan de linkeroever van de Surinamerivier, vallen onder de zorg van de polikliniek van Laduani. De kliniek is alleen te bereiken per boot of te voet. De twee dorpen tellen samen ongeveer 680 geregistreerde inwoners, voornamelijk Marrons — afstammelingen van tot slaaf gemaakte mensen die tijdens de koloniale periode wisten te vluchten en zich diep in het binnenland vestigden.

Wat bijzonder is, is dat de Marroncultuur grotendeels bewaard is gebleven. In deze dorpen leeft men nog sterk volgens traditionele Afrikaanse gebruiken. Je vindt er zowel christelijke als spirituele gemeenschappen die Winti beoefenen. Dorpen waar Winti een belangrijke rol speelt zijn vaak herkenbaar aan de symbolische dorpsgrens: een touw met palmladeren bedoeld om kwade geesten buiten te houden. Het dagelijks leven speelt zich af rond de rivier. Vervoer gaat grotendeels per korjaal; binnen het dorp verplaatsen mensen zich te voet of met de bromfiets. Mannen en vrouwen dragen kleurrijke *pangi's*. Oudere vrouwen lopen vaak topless, en kinderen dragen ook *pangi's*. De huizen variëren van eenvoudige houten hutten zonder ramen tot stenen woningen met basisvoorzieningen. Er is geen centrale elektriciteit; men gebruikt zonnepanelen om essentiële apparatuur op te laden, waaronder die van de kliniek. Veel mensen spreken alleen Saramaccas, met een beetje Sranan Tongo of Nederlands. Communicatie vereist geduld en helder doorvragen. Tradities zoals het gebruik van **oso dresi** (huisgemaakte medicijnen) zijn ingeburgerd. Regelmatig weten patiënten niet wat de ingrediënten zijn. Eén keer troffen we een drankje aan dat rijkelijk palm alcohol bevatte.

Het dorp beschikt over twee scholen, een voetbalveld, een kleine winkelstraat, een ‘kroetoe oso’ (gemeenschapshuis), een EBG-kerk en een vliegveld dat momenteel buiten gebruik is. Koken gebeurt op open vuur, vaak in groepsverband. Afwassen, baden en wassen doen mensen samen aan de rivier. Elke gemeenschap wordt geleid door een kapitein en een basja, die zorgen voor orde, bemiddeling bij conflicten en contact met andere dorpschefs. In gesprekken met bewoners viel op dat de familiedynamiek verschilt van het stedelijk leven. Veel mannen hebben meerdere vrouwen, en het aantal kinderen per man ligt vaak tussen de 20 en 30. Elke vrouw krijgt een stuk grond (*kostgrondje*) om zichzelf te kunnen onderhouden. De man slaapt meestal alleen in een eigen huis, een soort “bachelor pad”. De mensen zijn respectvol en nieuwsgierig. Toen men hoorde dat wij — 26 en 28 jaar oud — nog ongetrouwd waren en geen kinderen hadden, werd dat met verbazing ontvangen, maar ook met begrip.

Vrouwen krijgen hier jong kinderen. Tijdens het spreekuur zagen we een 21-jarige vrouw die zwanger was van haar vijfde kind. De dorpelingen waren ontzettend warm: zusters en broeders organiseerden een barbecue voor ons, en bij elk bezoek werd ons een drankje aangeboden. We werden uitgenodigd voor evenementen en feestjes en voelden ons echt opgenomen in de gemeenschap. Wat betreft dromen en toekomstbeelden is het verdeeld: sommigen willen graag in Paramaribo studeren of werken, anderen vinden de stad te druk. Sommigen dromen ervan om naar Nederland te gaan om geld te verdienen en een toekomst op te bouwen. Eén man van 42 vertelde hoe hij opgroeide in het dorp, nu een ICT-bedrijf in Paramaribo runt en regelmatig terugkomt om zijn moeder op te zoeken.

Het werk in het binnenland zelf is zwaar en slecht betaald. Vrouwen bewerken het land; mannen hakken hout, werken als militair of delven goud — vaak illegaal, met risico's voor gezondheid en milieu. Zonder opleiding is ander werk nauwelijks mogelijk vertellen ze ons. Het onderwijs in het binnenland is verre van stabiel: docenten staken regelmatig, scholen sluiten bij gebrek aan personeel of middelen. Op dit moment mist een groep kinderen in het dorp een volledig schooljaar. Hoewel scholing elders mogelijk is, vereist dat bootvervoer — en momenteel ligt dat stil omdat de bootsmannen niet zijn betaald. De toegang tot onderwijs en gezondheidszorg is hier verre van eerlijk.

Op de poli van Laduani

Elke werkdag begon om 07:00 met een ochtendgebed, gevolgd door een overdracht van de gebeurtenissen tijdens de nachtdienst. Daarna startte de poli.

De weekindeling zag er als volgt uit:

- **Maandag:** Algemene poli
- **Dinsdag:** Zwangerencontrole
- **Woensdag:** Chronische patiënten
- **Donderdag:** Kinderen
- **Vrijdag:** Algemene poli

De poli zelf was goed georganiseerd:

- 3 consultkamers
- 1 kleine laboratoriumruimte (voor malaria, Hb, glucose, hepatitis)
- 1 apotheek
- 1 observatiezaal, gescheiden in mannen- en vrouwengedeelte
- 1 bevallingsruimte
- 1 wondkamer: mogelijkheid tot kleine ingrepen (zoals infuus, verband, enz.)

Voor specialistische zorg moest men naar Paramaribo. Er was vaak een tekort aan medicijnen en materialen. Als de kast leeg was, werd er contact gezocht met nabijgelegen posten — die gelukkig bereid waren te helpen. Met ons donatiegeld hebben wij o.a. paracetamol en vitamine C meegebracht. Het team bestond uit 2 broeders en meerdere zusters, allemaal GZA's (gezondheidszorgassistenten). Ze zijn breed opgeleid: ze trekken kiezen, voeren bevallingen uit, behandelen wonden, schrijven medicatie voor en handelen in spoedsituaties. Er is niet altijd een arts op locatie; veel wordt telefonisch overlegd.

Medisch handelen: de beperkingen van afstand en middelen

Veel klachten zijn alledaags (hoofdpijn, verkoudheid), maar er komen ook ernstige en complexe zaken voorbij zoals een slangen of vleermuisenbeet. Ook vertelden de zusters dat je hier ook wel eens een bittere cassave intoxicatie zag, wat eigenlijk een cyanide vergiftiging is. Ooit raakte een hele familie vergiftigd en overleed een klein kindje aan de gevolgen. De zusters en broeders doen hun best om de

dorpelingen informatie te geven over het veilig verwerken van cassave. Daarnaast vertelden ze dat er ook vaak brandwonden bij kinderen hier behandeld worden, dit voornamelijk omdat er op open vuur gekookt wordt. Door het ontbreken van medicijnen kan zelfs een behandelbare aandoening levensbedreigend worden. Soms is er geen hoestdrank, geen antibiotica, of zelfs geen benzine om naar een zieke toe te varen.

Een vrouw van 81 met ernstige diarree en uitdroging werd per kruiwagen naar de poli gebracht. Na overleg met de arts besloten we dat zij naar het academisch ziekenhuis in Paramaribo moest. Ze werd per brancard naar de boot gebracht, overgezet in Atjoni, en vandaar per ambulance naar Paramaribo. Het transport verliep gelukkig goed, maar het toonde aan hoe logistiek uitdagend medische zorg hier is. Toch is het noemenswaardig hoe het personeel alle mogelijke middelen inzet om toch mensen van zorg te voorzien.

Noemenswaardige casuïstiek

- **Een jongen van 19** werd bewusteloos binnengebracht in een kruiwagen. Somatisch leek alles normaal: vitale functies waren goed. Na verloop van tijd kwam hij weer bij. Er waren vermoedens van intoxicatie met *oso dresi*, maar er werd ook gedacht aan spirituele oorzaken, zoals Winti. Voor ons, opgeleid in westerse geneeskunde, was dit moeilijk te interpreteren. De zusters waren opmerkelijk open en niet oordelend.
- **Een baby van 14 maanden** kwam binnen met een oorontsteking. De gebruikelijke zure oordruppels waren op. In overleg hebben we kokosolie gebruikt in combinatie met pijnstilling — een creatieve oplossing, passend bij de beperkte middelen.

Reflectie

Mijn beeld van het binnenland was in het begin bevooroordeeld. Ik verwachtte afstandelijkheid en een zekere geslotenheid naar buitenlanders. Het tegenovergestelde bleek waar: de mensen waren open, warm, gastvrij en nieuwsgierig. Hun levensstijl verschilt totaal van de stad. Ze zijn niet gewend aan drukte, hebben vaak geen eerlijke toegang tot onderwijs of zorg, spreken andere talen en worden geregeld gediscrimineerd. Toch dragen ze een diepe veerkracht, humor, schoonheid en een trots op hun cultuur. Wat mij het meest raakte? Dat ze met hun eigen centen een biertje voor je kopen, gewoon om samen even te genieten van gezelschap.

VERSLAG HUISARTS

Voor mijn coschap huisartsgeneeskunde was ik geplaatst op de Vierde Rijweg, iets buiten Paramaribo, in de richting van het district Saramacca. De huisartsenpraktijk bestond uit één vaste huisarts, die elke ochtend spreekuur hield van 08:00 tot 12:00. Op maandag was er daarnaast ook een avondpoli van 17:00 tot 19:00. Op donderdag en vrijdag werd de middagpoli verzorgd door waarnemende artsen. Het team bestond verder uit drie ondersteunende verpleegkundigen en een laboratoriumassistent. Op maandag, woensdag en vrijdag kon er op locatie bloed worden geprikt. Wat opviel, was dat de populatie relatief jong was, met daarnaast veel landbouwers. De meeste patiënten waren Surinamers zelf, maar er kwamen ook af en toe Nederlanders die op vakantie waren, of mensen uit het

binnenland. De huisarts hield zich bezig met consulten, het voorschrijven van medicatie, verwijzingen naar specialisten via garantiebrieven, het schrijven van medische attesten en kleine ingrepen zoals hechten en injecties. Huisbezoeken of schouwen, zoals die in Nederland gebruikelijk zijn, kwamen hier zelden voor. De meest voorkomende ziektebeelden die ik zag, waren bovenste luchtweginfecties (BLWI) en controles bij patiënten met diabetes type 2 en hypertensie. Opvallend was dat er relatief veel jonge landbouwers al een hoge bloeddruk hadden. Hun leefstijl speelde hierin duidelijk een rol: onregelmatig en eenzijdig eetpatroon, veel roken en alcoholgebruik, en veel consumptie van energiedranken en suikerhoudende dranken. Een belangrijk onderdeel van het werk was het schrijven van attesten voor ziekteverlof. Patiënten vroegen vaak om één of twee extra dagen, zelfs als dat medisch niet direct noodzakelijk was. De meest voorgeschreven medicatie betrof dan ook vrij verkrijgbare middelen zoals paracetamol, hoestdrank, neusdruppels en spierbalsem.

In de spreekkamer viel op dat patiënten vaak met meerdere familieleden kwamen. Regelmatig liep het consult uit op vier mensen in één ruimte, elk met hun eigen klacht. Veel mensen hadden bovendien weinig zelf geprobeerd voordat ze naar de poli kwamen, waardoor je meestal met de meest basale adviezen en middelen begon — paracetamol, rust, voeding. Wat mij opviel was de hiërarchische relatie tussen arts en patiënt. Vragen werden zelden gesteld, en adviezen werden zonder discussie opgevolgd. Ook was er een zekere fatalistische houding ten opzichte van ziekte — “als het moet gebeuren, dan gebeurt het” — die afwijkt van de Nederlandse patiënt die meer regie probeert te houden. Qua communicatie sprak de meerderheid Nederlands, soms gemixt met Sranan Tongo of Sarnami. Het taalgebruik kon erg indirect zijn, waardoor je goed moest doorvragen. Zo had ik een jonge man van 32 die aangaf “pijn in zijn hart” te hebben. Uiteindelijk bleek het om verdriet te gaan, geen cardiale of maagpijn.

In gesprekken over gezonde leefstijl viel op hoe groot de consumptie van rijst, frisdrank en suikerhoudende producten is. Veel mensen waren zich daar nauwelijks van bewust. Binnen de Hindoestaanse populatie zag je veel jonge mensen met beginnende diabetes en hypertensie. Het uitleggen van het belang van medicatie aan jongeren zonder klachten bleek een uitdaging: “Waarom medicijnen nemen als ik me goed voel?”. Sommige oudere mannen wilden liever geen consult met een vrouwelijke arts. De voorkeur ging uit naar een mannelijke arts “die hen beter begrijpt.” Een kleine groep patiënten gaf aan liever niet door mij – een Nederlandse arts – gezien te worden. Ze verwachtten dat ik hun klachten minder goed zou begrijpen, of dat ik terughoudend zou zijn met het geven van injecties en medicatie. Ze kozen liever voor een Surinaamse arts die, naar hun idee, sneller zou “spuiten”.

Een andere interessante observatie was het gebruik van **oso dresi** (huis- of kruidengeneesmiddelen) en alternatieve therapieën. Sommige patiënten bezochten traditionele genezers, gebruikten drankjes of zalfjes waarvan de ingrediënten onduidelijk waren. Deze behandelvormen worden vaak naast reguliere zorg gebruikt.

De Surinaamse huisartsen zijn breed opgeleid en hebben een lange en praktische opleiding achter de rug. Ze kennen doseringen en behandelprotocollen uit hun hoofd, en kunnen met enkel een goed gesprek en lichamelijk onderzoek al veel vaststellen. Wat ik enorm waardeerde, was hun culturele sensitiviteit: ze herkenden psychosociale klachten, kenden de rituelen, feesten en gevoeligheden van verschillende bevolkingsgroepen en waren niet oordelend. Zo zag ik een kind dat na meerdere doktersbezoeken nog steeds klachten had. De familie overwoog een bezoek aan een pandit voor spirituele reiniging (*djaare*). De huisarts stond hier open voor, maar gaf ook duidelijke medische grenzen aan: “Als het erger wordt, gaan jullie wel meteen naar het ziekenhuis.” Een ander fenomeen is dat mensen sneller naar de spoedeisende hulp gaan dan naar de huisartsenpost. De drempel naar de

huisartsenpost is nog relatief hoog, en veel mensen denken dat ze op de SEH sneller geholpen worden – wat vaak niet het geval is.

Enkele indrukwekkende ervaringen

Een meisje van 12 jaar met een slangenbeet, dat met spoed moest worden overgebracht naar het ziekenhuis. Een man van 60 jaar die met zijn motor gevallen was, een aantal ribben had gekneusd, maar tóch zelf met zijn motor naar de poli reed.