

Welvaartsziekten in sloppenwijken

Steven van de Vijver, is verbonden aan de afdeling Global Health van het Academisch Medisch Centrum en het Amsterdam Institute for Global Health and Development. Zijn onderzoek wordt gefinancierd door de AMC Foundation.

beeld: auteur

Als ik uitleg waarom ik naar Kenia ben verhuisd, krijg ik vaak vragende blikken. 'Onderzoek doen naar hart- en vaatziekten in de slums van Nairobi, is dat daar dan een probleem?' De statistieken helpen me gelukkig een handje. Het jaarlijkse aantal sterfgevallen door hart- en vaatziekten in ontwikkelingslanden is drie keer zo groot als door hiv, malaria en tuberculose bij elkaar. En die 14 miljoen doden vormen 80 procent van de wereldwijde cardiovasculaire sterfte.

Urbanisatie

De meeste mensen die ik spreek, is het ontgaan dat in de loop der jaren hart- en vaatziekte van een welvaartsziekte een armoedeziekte is geworden. Dit geldt voor ons eigen land, waar populaties in achterstandsbuurtten de grootste

risicogroep vormen. Maar ook internationaal is deze verandering waarneembaar. Afrikaanse landen als Egypte, Tunesië en Mauritius tellen inmiddels meer diabetespatiënten dan elk ander land in Europa en Noord-Amerika. En deze trend lijkt zich verder door te zetten. Een belangrijke oorzaak is de oprukkende urbanisatie op het Afrikaanse continent. In 2050 zal de stedelijke populatie in Afrika zijn verdrievoudigd en die groei zal met name plaatsvinden in de uitdijende sloppenwijken zoals Korogocho en Viwandani, de slums van Nairobi waar ik werk. Dat de stad steeds voller wordt, merk ik onder andere aan de toenemende drukte in het verkeer. Stapvoets laat ik de blinkende hoogbouw van Nairobi achter me en rij ik de verwaarloosde industrieterreinen van de stad in.





‘Ik had geen klachten, dus ik dacht dat het wel goed zat’

Jonge mensen

‘Wij leiden hier een vergeten bestaan’, zegt Moses Kimutai die met zijn familie al jaren hetzelfde krot bewoont. ‘Terwijl we in aantal meer dan de helft van de stad vormen.’ Vanuit het golfplaten huisje van Moses is in het straatbeeld de extreme armoede direct zichtbaar: ondervoede kinderen spelen langs een open riool. Met zulke acute en evidente problemen lijkt het lastig om de langetermijnrisico’s voor hart- en vaatziekten onder de aandacht te brengen. Maar het probleem grijpt in hoog tempo om zich heen. Moses Kimutai heeft vorig jaar, op 44-jarige leeftijd, een herseninfarct gehad. Sindsdien kan hij de rechterhelft van zijn lichaam niet meer bewegen. ‘Het

was de eerste keer dat ik een dokter zag, terwijl ik volgens hem al meer dan twintig jaar had rondgelopen met een veel te hoge bloeddruk.’ Zijn broer was twee jaar daarvoor overleden, waarschijnlijk aan een hartaanval. ‘Ik was gewaarschuwd, maar ja, ik had helemaal geen klachten, dus ik dacht dat het wel goed zat.’ Het gebrek aan bewustzijn is het grootste probleem. Meer dan 80 procent van de diabetes- en hypertensiepatiënten in de slums van Nairobi weet niet dat ze hieraan lijden. Vaak gaat het om relatief jonge mensen. In Nederland treft de meerderheid van de cardiovasculaire incidenten mensen van boven de 75, maar in Nairobi zijn deze patiënten meestal 55 jaar of jonger. Dat heeft, los van het menselijk leed, ook verstrekende economische effecten. ‘Ik was de kostwinner van het gezin’, zegt Kimutai. ‘Dus toen ik dat infarct kreeg, wisten we niet hoe we aan eten moesten komen. Mijn twee zonen heb ik van school gehaald omdat ik het schoolgeld niet meer kon betalen. Nu werken ze om geld te sparen voor mijn medicijnen, want ik kan nauwelijks mijn bed uit komen. Soms denk ik weleens dat het beter was geweest als ik bij dat infarct dood was gebleven.’

Kooklessen

Veelvuldige gesprekken met patiënten zoals Kimutai maken deel uit van mijn onderzoek dat een klein halfjaar geleden is gestart. Het vormt de basis voor een preventieprogramma dat ik ontwikkel ten behoeve van deze sloppenwijken. Over drie jaar moet hier een duurzaam en betaalbaar model uit rollen, dat ook in andere slums geïntroduceerd kan worden. De armoede speelt in het model een grote rol. Het heeft bijvoorbeeld weinig zin om patiënten te instrueren om volgens de schijf van vijf te eten, medicatie in te nemen en drie keer in de week te sporten als ze daar geen geld voor hebben. Ik word daarom gedwongen om creatief te zijn en alternatieve oplossingen te onderzoeken. Soms kunnen die voorbij het medische spectrum liggen. Zo willen we kijken wat het effect is van zoutvervangers, screeningskiosken of misschien zelfs kooklessen. Diëtisten leggen daarbij, al roerend in de pan, aan patiënten en hun familie uit hoe ze gezond kunnen koken voor hetzelfde geld, of soms zelfs voor minder. Kimutai heeft met dat laatste goede ervaringen: ‘Mijn vrouw heeft dankzij de kooklessen de afgelopen maand op de markt genoeg uitgespaard om medicijnen te kunnen betalen.’ En het eten is soms zelfs lekkerder geworden. Alleen mijn vijf scheppen suiker in de thee mis ik nog elke dag.’ 