

## Aardbeving in Pakistan

*Roland Van Dam (St. Jan, Brussel), Karen Roels (UZ Gent), Peter Stockman (AZ Groeninge, Kortrijk), Hilde Leers (Maria middelares, Gent)*

### Samenvatting

Bij een aardbeving komt er een internationale stroom van hulp op gang. Basishulp is vereist maar wat is het nut hier van nefrologen en dialyseverpleegkundigen; want ook het Renal Disaster Relief Task Force schiet in gang. Het scoutingteam overschouwt de toestand in het rampgebied. De problematiek van acute nierinsufficiëntie, hyperkaliëmie en het Crushsyndroom zijn in deze noodtoestand levensreddend. De nood en de mogelijkheden

voor dialysebehandeling wordt in overleg met de plaatselijke nefrologen bekeken.

Er staan nefrologen, techniekers en verpleegkundigen klaar in vele Europese landen om zonodig in actie te schieten.

Belgen, Fransen, Ieren, Turken: twee ploegen met Artsen Zonder Grenzen op pad naar Pakistan. Een verslag waaruit blijkt dat elke missie zijn eigen belang heeft en maar gedeeltelijk te vergelijken is met vorige acties.

Wanneer we op 8 oktober 2005 een telefoontje krijgen van de coördinator van RDRTF met het berichtje dat er een groot deel van Kasjmir (noord-Pakistan) getroffen is door een aardbeving met een magnitude van 7,6 op de schaal van Richter, wisten we dat we in de loop van de volgende dagen mogelijk moesten vertrekken.

De eerste dagen sprak men van 10.000 doden en 100.000 gewonden, tegen het einde van de week waren er reeds 30.000 doden en een ontelbaar aantal gewonden. De recentste cijfers spreken van 75.000 doden.

Het Renal Disaster Relief Task Force is een zijtak van het International Society of Nephrology. Aan het hoofd staat Prof. Van Holder van het UZ Gent. Hij is als het ware gelinkt aan een seismograaf. Is er ergens op de wereldbol een zware aardbeving dan krijgt hij onmiddellijk bericht. De kracht van de aardbeving, het epicentrum, de locatie, de mogelijke slachtoffers wordt direct geëvalueerd. Bevindt het epicentrum zich op een plaats waar er mogelijk veel slachtoffers zijn, dan wordt het scenario opgestart. Eerst wordt er een scouting-team samengesteld bestaande uit een nefroloog en een dialyseverpleegkundige. Deze worden zo vlug mogelijk onder de vleugels van Artsen Zonder Grenzen naar het rampgebied gestuurd.

Ik hoor je hardop zeggen: "Dialyse???. Bij een dergelijke ramp is er behoefte aan eerste hulp, flashy B-Fast teams, opsporingshonden, tenten, voedsel maar toch geen dure high-tech dialysetoestellen!" Niets is minder waar... Bij een aardbeving komt er internationale hulp

op gang. Reddingsteams komen van over de hele wereld om mee te helpen zoeken naar bedolven slachtoffers. De slachtoffers worden na lang zwoegen met juichkreten en internationale camerabelangstelling van onder het puin gehaald: happy end!

Happy end? Waarschijnlijk niet... De slachtoffers komen ergens in een ziekenhuis terecht, hun wonden worden verzorgd, maar ze sterven de volgende dag en ditmaal zonder camerabelangstelling. Wat is het probleem? Mensen die lange tijd onder het puin vastzitten en geen drinken hebben, kunnen sowieso nierproblemen krijgen. Maar een nog acuter probleem is het Crush-syndroom. Wat is dit? De slachtoffers hebben grote oppervlakten beschadigd weefsel. Zolang ze vast zitten, is er 'geen probleem'. Indien ze bevrijd worden, komen er vanuit dit beschadigd weefsel plots én massaal veel afvalstoffen vrij die de nieren bereiken en deze gaan blokkeren.

Crush-syndroom ontstaat door rhabdomyolyse. Dit is een beschadiging van de spiercellen van traumatische of niet-traumatische oorsprong, die resulteert in het vrijkomen van intracellulaire elementen in de systeem circulatie. Dit veroorzaakt veel klinische en labo abnormaliteiten (oa hyperkaliëmie, hypocalciëmie, myoglobulinemie, verhoogde serumcreatinine, fosfokinase, hypovolemische shock, cardiale aritmieën) en leidt naar acute nierinsufficiëntie.

Wat moet er gebeuren? Ideaal is om zo snel mogelijk, liefst al onder het puin, een perfusie te plaatsen om de diurese op te drijven. Indien men niet vlug reageert of de aanvoer van

afvalstoffen zo hoog is dat de nieren volledig gaan falen, dan stijgt het kaliumgehalte in het bloed en dit is dodelijk. Dialyse is de efficiëntste behandeling hiervoor. Indien de behandeling lang genoeg voortgezet wordt, zal het slachtoffer kunnen overleven en zal in de meeste gevallen de nierfunctie herstellen.

Vraagt het getroffen gebied internationale hulp en reddingsteams, dan hoort daar dus ook een nefrologisch team bij. Gelukkig heeft AZG het nut hiervan begrepen. Het scoutingsteam heeft dus ook een belangrijke sensibiliseringsrol in het rampgebied op vlak van de problematiek van acuut nierfalen, het gevaar van kalium en de noodzaak om het crush-syndroom zo vlug mogelijk op te sporen. Daarnaast verzamelen ze gegevens over het aantal patiënten met crush-syndroom, dialysebehoefte en dialysecapaciteit. Ook is het nuttig om de chronische dialysepatiënten te laten transfereren naar verder afgelegen dialysecentra om de dialysefaciliteiten in de directe regio te kunnen benutten voor acute patiënten. Dit alles gebeurt natuurlijk in eerste instantie in overleg met de plaatselijke nefrologische specialisten.

Terwijl het scoutingteam hiermee bezig is, wordt er op het thuisfront een ploeg dialyseverpleegkundigen stand-by gehouden. De Task Force beschikt over een lijst met vrijwilligers van verschillende Europese landen. Dit zijn ervaren nefrologen, dialyseverpleegkundigen en technici die in orde zijn met paspoort, vaccinaties en taalkennis. In 1999 werden er bij de aardbeving in Noord-West Turkije verschillende teams gestuurd. Gedurende de voorbije jaren waren er verschillende aardbevingen (Algerije, India, Pakistan, Iran) en werden er telkens teams in stand-by gezet. Het bleef bij coördinatie, materiële hulp van het scoutingteam, maar de teams van verpleegkundigen moesten niet vertrekken. Dus als je een telefoon van de coördinator krijgt, dan begint een onzekere periode. Enerzijds moet alles wel bekeken en afwachtend geregeld worden met het thuisfront, hoofdverpleegkundige, directie,... Anderzijds is het een zenuwslopend afwachten: gaan we wel vertrekken, moet ik inpakken, zal het nodig zijn, wat neem ik mee??? Ondertussen is er een continu overleg tussen het scoutingteam op het terrein en het hoofdcentrum in Gent. De nuttige informatie over de situatie wordt via e-mail zo snel mogelijk naar de stand-by mensen gestuurd zodat zij de situatie mee kunnen opvolgen.

Bij deze missie leek de situatie nogal verwarrend te verlopen: soms leek het dat we moesten vertrekken maar dan werd het terug afgeblazen.

Deze wisselende situatie zal zich ook in het verdere verloop manifesteren. Hoe dan ook: na zes dagen nagelbijten, werd het licht op groen gezet. Vrijdag 14 oktober rond 10 uur kreeg onze technicus Peter telefoon van Prof Van Holder met de vraag om 4 dialysetoestellen en een RO klaar te maken om te verscheppen naar Islamabad. Samen met een collega uit het AZ Jette gaven ze de dialysetoestellen die zich in het warehouse van AZG bevonden, nog een laatste check-up.

Op moment van vertrek begin je natuurlijk te sakkeren: had ik nu al maar dit ingepakt of dat geregeld... Dit zal wel bij de drie Belgische, de twee Franse verpleegkundigen en de begeleidende nefroloog door hun hoofd geschoten zijn. Maar vooral Peter had kopzorgen omdat hij zijn hoogzwangere vrouw achterliet. Maar op zaterdagmiddag 15 oktober beginnen we samen met nog andere medewerkers van AZG aan de lange vlucht. Zelf namen we in onze bagage zoveel mogelijk dialysemateriaal mee: kunstnieren, catheters, bloedlijnen, steriele handschoenen, maskers, ontsmettingsstof....

Als toetje is er de landing in Islamabad waarbij het vliegtuig een kwartier lang de speelbal is in een zwaar onweer. Dit zelfde onweer zorgt ervoor dat er een helikopter met 6 hulpverleners crasht en de overgebleven wegen in het rampgebied tot één modderbrij gekneet worden...

Dan volgt de eerste kennismaking met het land: een cultuurschok, een andere leefwereld, een drukke bedoening. Het verkeer rijdt links, zowat de enige verkeersregel die gerespecteerd wordt. Ook dit is relatief, zullen we ons enkele dagen later realiseren wanneer we merken dat er enkele tientallen wagens recht op ons afknallen omdat de chauffeur hoognodig spookrijdertje speelt, maar niets aan de hand... Sommige chauffeurs zijn waarschijnlijk vergroeid met hun claxon. Wie het hardst toetert en het snelst kan optrekken heeft voorrang. Ook terreinwagens bewijzen hun nut door te drukke kruispunten te ontwijken via de berm. En dan zijn er de prachtig versierde vrachtwagens en de even mooi versierde minibusjes waar nóg meer volk buiten aanhangt dan er ingepropt zitten. Onze eerste rit bracht ons naar het hoofdkwartier van AZG. AZG België zat op het moment van de aardbeving met een project in Peshawar, hun Nederlandse collega's waren in het rampgebied actief. Eén van hun medewerksters zat trouwens zelf onder het puin. Drie uur hebben haar collega's gegraven en gewerkt om haar te bevrijden! Nu richten ze hun hoofdkwartieren in Islamabad op om van hieruit alles te coördineren.

Wanneer binnen korte tijd alle reddingsteams terug huiswaarts vliegen, werken zij hier met een langetermijnsvisie verder. De hulp mag zich niet beperken tot het opzetten van enkele tenten. Wat ben je met een veldhospitaal van tenten in de bergen als er binnen enkele weken anderhalve meter sneeuw ligt? Er wordt gedacht aan een containerziekenhuis, watervoorziening, gezinsvereniging, stimuleren van het sociale leven als therapie enz... Dit hoofdkwartier is de basis voor maanden, jaren. Als je daar dus binnenstapt, bevindt je je plots in een bijenkorf: een helse drukte waar iedereen zijn taak ter harte neemt. Wij krijgen van de mensen van AZG en de scoutingverpleegkundige een briefing over de toestand van de vorige dagen en wat er ons te doen staat. Ook kregen we nog eens 200 \$. Dit diende om in geval van kidnaping aan de gijzelnemers te geven om je eventueel te kunnen vrijkopen: leuke vooruitzichten!!! Wij zullen naar het PIMS (Pakistan institute of medical science) hospitaal trekken. Eén ding staat vast: het blijft een beetje koffiedik kijken. Voorlopig worden er niet teveel mensen gedialyseerd maar er zijn wel veel crush-patiënten gesignaleerd in het ziekenhuis. De plaatselijke dokters en nefrologen zijn overstelpt en kennen waarschijnlijk de crushproblematiek niet voldoende. Daarnaast worden er na een week tot tien dagen nog bergdorpjes ingetrokken die nog steeds geen hulp van buitenuit hebben gekregen. Ook daar zijn waarschijnlijk nog crushpatiënten te vinden. De volgende dagen zal ook blijken dat er steeds meer helikopters aan het Pims hospitaal landen met vele slachtoffers. (fig1) Er wordt dus verondersteld dat er nog een heleboel te dialyseren patiënten kunnen overgebracht worden.

We vertrekken naar het PIMS hospitaal. Het eerst wat je treft aan de ingang zijn de honderden foto's van opgenomen slachtoffers op zoek naar familie. (fig2) De ingang van de spoedgevallen is één chaos; elke hoekje en elk plekje staat nokvol met rolstoelen, bedden, brancards en geïmproviseerde draagberries. Overal slachtoffers, overal familie en tussen het geharrewar lopen dokters en hulpverleners met papieren, radiografies, perfusies.(fig3) De directie en nefrologen van het Pims hospitaal weten van onze komst. Bij de eerste begroeting van de medische en verpleegkundige staf kon je de verschillende indrukken van de gezichten aflezen: verwachtingsvol, sceptisch, blij, afstandelijk, hartelijk... Prof Sameeh (hoofd van de nefrologische dienst) was een rustig innemend man die het eerder vervelend vond dat het ziekenhuis in zo een erbarmelijke staat was. Allerhande factoren

zijn daarvan de oorzaak: bureaucratie, corruptie en politieke situatie. Wij als hulpverleners moeten dus diplomatisch en voorzichtig te werk gaan. We zijn geen kolonialen die het hier even komen regelen. We komen onze hulp aan bieden in een sfeer van vertrouwen en goodwill. In een later stadium zullen we misschien bepaalde te verbeteren zaken aanhalen en bespreken. We worden vriendelijk onthaald. Maar in het verloop van de volgende dagen is de situatie niet erg zuiver in te schatten. Een eerste vaststelling is dat van de aanwezige 12 dialysetoestellen er maar vier werken! De plaatselijk technici zitten er een beetje verslagen bij. Ze zijn vol goede wil maar krijgen blijkbaar niet de mogelijkheden. Onze technicus begint alvast van twee defecte toestellen één goed toestel te maken. En ook krijgen we steun van onze plaatselijke ziekenhuismascotte...zonder commentaar.



Eén van onze taken was ook om materiële versterking te bieden. Wij hebben dus onze eigen toestellen en materiaal mee maar ... er zijn zoveel vrachtvliegtuigen te lossen en douaneformaliteiten te regelen ... We verliezen dus hopeloos veel tijd maar we leren wel om ons aan te passen: indien iemand zegt " binnen één uur", dan moet je dit steeds met 2 vermenigvuldigen... Maar geen nood, ondertussen knappen we wel andere werkjes voor AZG op of gaat een groep op scouting naar andere ziekenhuizen.

Wanneer de toestellen eindelijk aankomen, heeft onze technicus zijn handen vol om deze dialyseklaar te maken. De toestellen verteren niet zo goed de plaatselijke acetaatconcentraten en er moet een beetje gezocht worden tot we de goede oplossing vinden. Iedereen van het team prutst ondertussen wel een beetje mee aan leidingen, lekken, uit het stopcontact vallende stekkers enz. Na veel zweten, alle ervaring op een hoopje leggen, overleg met de plaatselijke technici, telefoneren naar de plaatselijke firma,s en gewoon professioneel "technicus" zijn, doet Peter onze toestellen lekker klikken en draaien.



Ons dialysezaaltje is ondertussen ook proper



gemaakt en onze eerste patiënten rollen de zaal in.

Het wordt niet altijd eenvoudig werken. Er zijn 120 chronische dialysepatiënten maar wij willen ons natuurlijk op de acute toespitsen. Zoveel chronische zien we echter niet en de acute patiënten komen maar druppelsgewijs binnen. Ook wil men ons chronische patiënten laten dialyseren, Dit is geen kritiek maar een vaststelling. De aanpak bij nierfalen is minder gekend of minder naar belang ingeschat. Onze nefroloog poogt hier inzicht te brengen met uitleg en een voordracht. We merken na enkele dagen dat de gekende acute patiënten blijkbaar beter opgevolgd worden door de plaatselijke nefrologen en dan ook regelmatig naar dialyse komen.

Er worden ook opnieuw contacten gelegd met omliggende dialysecentra maar dit blijft eerder onduidelijk: er zouden acute patiënten naar Pims gestuurd worden maar er gebeurt niets... Onze nefroloog kan in een onderhoud met de minister voor volksgezondheid verkrijgen dat alle acute dialysepatiënten naar Pims zullen getransfereerd worden maar er daagt niemand op...

Er begint ons een heleboel te dagen wanneer we de tweede dag een patiënt krijgen met een geamputeerde arm. In al zijn ellende houdt hij in zijn overgebleven hand iets krampachtig vast. Met verstomming merken we dat het 1200 roepies zijn: geld om zijn dialyse te betalen... Nu beseffen we dat de chronische patiënten eerst langs het ziekenhuiswinkeltje gaan om hun naalden, bloedlijnen, kunstnier en concentraat te kopen. We zijn er niet om te oordelen of te veroordelen maar het geeft wel inzicht in het verloop van sommige zaken. Zoals het geringe aantal daadwerkelijke dialyses voor 120

chronische patiënten: deze mensen komen maar wanneer ze het kunnen betalen. Waarschijnlijk worden er daarom ook niet echt middelen vrij gemaakt om al hun toestellen in orde te zetten, omdat er geen echte noodzaak is?

De meeste patiënten komen immers maar 1 maal in de week of in het slechtste geval 1 maal om de 14 dagen. Er waren amper 500 dialyses per maand, een vast schema hebben de patiënten niet. Ze komen als ze zich niet goed voelen en geld hebben. Het centrum is daarom ook 7 dagen op 7, dag en nacht open. Het spreekt dus voor zich dat de chronische patiënten hier geen lange levensverwachting hebben.

Gelukkig is er wel een maatregel van hogerhand opgesteld zodat de hulp aan de slachtoffers van de aardbeving gratis moet verlopen. Wij gebruiken ons eigen meegebracht dialysemateriaal. Maar het concentraat vormt een probleem want het ziekenhuiswinkeltje heeft zijn laatste bidon verkocht. Dan maar op zoek naar de firma; zij kunnen leveren maar hebben maar één soort concentraat, vragen cash geld en het veiligst is om even toch even te testen of onze toestellen er mee akkoord zijn...

Maar alles komt in orde en ondertussen hebben we een vertrouwen opgebouwd met het plaatselijk dialyseteam en de dokters. Ze laten ons meer zelfstandig werken in 'ons' zaaltje. We kennen ondertussen ook onze



patiënten en zij zijn blij om ons telkens weer te zien. Het is vaak een drukke bedoening want ook de familie van de mensen zitten in het ziekenhuis en begeleiden hen in de dialysezaal. De dialysebehandeling is vaak niet comfortabel: het gevolg van het acetaatconcentraat. Maar wanneer de patiënt zich daardoor slecht voelt, wisselen de familieleden zich af om hun zieke te masseren.



In het begin keken we op maar al gauw merkten we het heilzame effect hiervan. Zij geven een soort drukmassage op het hoofd maar ook op armen, benen en rug. Dit houden ze uren vol en het is duidelijk kalmerend en helend!

De toestand van de patiënten was zeer slecht. Velen hadden hoge koorts, sommigen hadden geamputeerde ledematen of zware wonden. Gesofistikeerd wondverzorgingsmateriaal was er niet. De patiënten keken in het begin wantrouwig naar ons, maar waren wel blij toen we hen kwamen helpen. Ze waren dankbaar omdat ze wisten dat hun overlevingskansen nu hoger lagen. Als de patiënt Engels kon, was het mogelijk om met hem te praten, anders was er wel iemand van de familie of de omstanders die kon vertalen. Ieder patiënt had zijn eigen droevig verhaal van de vele familieleden en verwanten die hij had verloren. Zij apprecieerde heel erg dat wij naar hen wilden luisteren. Wat perfect aansloot bij de visie van AZG om ook psychische hulp te verlenen.

Zoals ik zei, ook de familie zit in het ziekenhuis om hun mensen te helpen. Overal op het terrein rond het ziekenhuis bivakkeren deze mensen. Naast het ziekenhuis is ook een tentenkamp opgericht voor de families. Of dit nog niet erg genoeg is, gaat er op een ochtend het gerucht dat er verschillende kinderen uit dit kamp ontvreemd werden. Is dit enkel een gerucht? Hoe dan ook, sindsdien is het kamp wel afgesloten en staat het onder politiebewaking.

Het is ook ramadan. Overdag mogen de mensen niet eten maar na zonsondergang mag dit wel, volgens een bepaald ritueel en binnen een zekere tijdspanne. Ziet men overdag nergens eten dan komt daar 's avonds verandering in. Rond 17u verschijnen overal mensen met zakken vol eten, vrachtwagens sleuren drinken en grote potten met voedsel aan. Geeft de muezzin het sein dat het tijdstip is aangebroken om te eten, dan verandert het terrein in een gonzende etende menigte. Ondertussen

stormen tientallen vrijwilligers het ziekenhuis binnen om eten en drank rond te delen aan patiënten en familie. Het volgende half uur heerst overal diepe rust. De dialyse en het hele ziekenhuis lijken leeg en ingeslapen te zijn. Dit is ook het moment om in alle rust door de straten van Islamabad te rijden, ware het niet dat onze chauffeur natuurlijk ook aan het eten is.

Hoe kijk je er achteraf op terug? Was onze missie nuttig? Sommige van ons vertrokken met enige ervaring van de aarbevingen van Turkije en Iran. Maar dit is Pakistan. De grootsheid van de ramp is van in het begin onderschat geweest. De bereikbaarheid van het gebied was een ramp. Vrij laat realiseerde men zich: we hebben helikopters nodig. Vele dorpen werden pas na een tot twee weken voor het eerst betreden! De mensen met grote verwondingen en zware Crushsyndromen die in Turkije gedialyseerd werden, hebben het hier niet gehaald: zij zijn terplaatse gestorven. Verder was de situatie complex, culturen kennisgebonden. Wij hebben in Pims ongeveer twintig mensen gedialyseerd en de meeste zien recupereren. Daarnaast is er veel met de plaatselijke verpleegkundigen gepraat.



Gedurende ons verblijf hebben we aan de lokale dialyseverpleegkundigen de bediening van de meegebrachte toestellen aangeleerd. Ook onze vaardigheden en nut ivm steriel werken trachten we over te brengen. De nefrologen hebben ook hun kennis en belang van crush overgedragen. Dit is een effect op langere termijn: volgens de AZGfilosofie zéker zo belangrijk! Hier nog verder aan werken was ook een van de grote taken die onze opvolgers te doen stond. Wij worden afgelost door een team van een Belgische, Ierse en Turkse verpleegkundige, een Belgische en twee Turkse nefrologen, en een technicus uit Frankrijk.



Dankzij het immense werk van de coördinatoren in België, kon de stand-by ploeg alles volgen wat er zich in Islamabad afspeelde.

Na een aantal dagen kwam het bericht om te vertrekken, om het tweede team af te lossen.

Oeps, nog vlug enkele zaken in orde te brengen op het thuisfront. Nog vlug materialen verzamelen in de "rode bags" van AzG.

Het eerste contact tussen ons team vond pas plaats in Pakistan. Eenmaal gearriveerd in Pakistan, werden we goed onthaald door AzG en collega's van het Belgische front.

Na de eerste dag werd een verpleegkundige ingewijd als logistieke, als "de link" tussen België en Pakistan.

Wij met zijn allen, hebben geprobeerd ons steentje bij te dragen, waarin we ook geslaagd zijn.

In eerste instantie, hebben we opvolging gedaan van de acute patiënten.

Toen het tweede team richting België vertrok, werd het 's anderendaags eventjes druk. Plots kwamen helicopters af – en aan gevlogen en nam het aantal acute patiënten toe. Niet extreem veel, maar toch, we waren slechts nog met drie dialyse verpleegkundigen. Gelukkig was er een goede samenwerking onderling en verliep alles bijna vlekkeloos.

Toch bleek het niet altijd makkelijk te zijn om steeds een vreemde taal te spreken. Soms heeft men echt noodzaak aan een "echt" in je eigen taal te kunnen spreken, al was het maar even om te vloeken. Op het einde van de week, waren de meeste patiënten hersteld en nam het aantal acute patiënten "gelukkig" af.

In de rustige periode die nu volgde, kon meer aandacht besteed worden aan de educatie van verpleegkundigen, toestellen, fistels.

Opmerkelijk was, dat pas afgestudeerde verpleegkundigen

met een opleiding van dialyse, beter geëduceerd waren dan de "anciënt" dialyse verpleegkundige. Zeer opmerkelijk!!!

Jonge nefrologische verpleegkundigen hadden duidelijk meer notie omtrent steriliteit.

Op een avond liep ik langs de chaotische patiëntenzaal. Eén van de gedialyseerde mensen wenkte me en hij zei: "We zijn jullie zo dankbaar, dat jullie van zó ver komen om ons, gewone mensen, hier te komen helpen. Als je iets nodig hebt, twijfel niet maar vraag het en we zullen alles doen om het je te geven." Dan moet je je even realiseren dat deze mensen dus NIETS meer hebben, geen huis, geen geld, geen goederen, geen burens meer, veel gestorven familieleden en helemaal geen toekomst. Maar ze hebben wél dankbaarheid. Na zo'n gesprek dan spring je 's morgens uit je bed met een zalig gevoel. Fijn dat ik hier ben. Fijn dat ik bij dit team van onbekende mensen hoor en waar het zalig is om mee samen te werken. Het gevoel hebben: we gaan er voor en we gaan er samen voor! Dan is dat smsberichtje van thuis ook een weelde: het thuisfront, een hoop mensen die om je geven en je steunen. Het klinkt misschien melig maar dan ben je blij en dankbaar dat je leeft en dat je gezond bent: al de rest is tenslotte bijzaak, detail en onnuttig ballast.

En dan vraag je je af: wie heeft hier nu wie geholpen??

