

# Huisartsgeneeskunde en medische antropologie: een bericht over samenwerking

Hans Verrept

De auteur rapporteert over de samenwerking tussen medische antropologie en huisartsgeneeskunde in Vlaanderen. De achtergronden van deze samenwerking, de mogelijke bijdrage van de medische antropologie aan de (huisarts)geneeskunde en omgekeerd, en de problemen van het samenwerken in de praktijk worden kort besproken.

In deze bijdrage wil ik enkele overwegingen neerschrijven over de relatie tussen huisartsgeneeskunde en medische antropologie. Ik baseer me daarbij voor het grootste deel op ontwikkelingen in Vlaanderen die ik van zeer nabij meegemaakt heb. Ik ben er mij van bewust dat samenwerking tussen medisch antropologen en huisartsen uitzonderlijk is. Sedert een zestal jaar bestaat er een vrij intense samenwerking tussen de Afdeling Antropologie van de Katholieke Universiteit Leuven en het Departement Geneeskunde (Afdeling Huisartsgeneeskunde) van de Universitaire Instelling Antwerpen. Ik zal in dit artikel de achtergronden van deze samenwerking schetsen en nagaan welke mogelijkheden deze ontmoeting voor de betrokken partijen inhoudt.

## De eerste contacten

Veel Vlaamse huisartsen hebben, toen België nog een koloniale mogendheid was, hun militaire dienst vervangen door een tijd als arts in 'Congo' te gaan werken. Ook nu, na de dekolonisatie, gaan er nogal wat artsen enige tijd naar een ontwikkelingsgebied om op die manier de plicht jegens het vaderland op een zinvolle wijze te vervullen. Dit veroorzaakt bij de betrokkenen vaak een cultuur-schok, en creëert in het omgaan met de allochtone patiënt het besef dat de cultuur een belangrijke factor is in de arts-patiëntrelatie, en in het ontstaan van ziekte en herstel.

Dat de cultuur bij het ontstaan van ziekte een belangrijke rol speelt, blijkt onder meer uit de epidemiologische gegevens die Louis Ferrant verzamelde in zijn praktijk. Hij stelde vast dat zijn Marokkaanse patiënten bijna tweemaal zoveel maagklachten hadden als de Belgen. Belgische en Siciliaanse vrouwen bleken dan weer twee- tot drie-maal zoveel te klagen over hoofdpijn als Marokkaanse en Turkse (Ferrant 1989).

In de golden sixties en in de niet meer zo schitterende seventies vond er in België een slecht begeleide en nogal chaotische inwijking plaats van onder meer grote groepen Marokkaanse en Turkse 'gastarbeiders'. In de hulpverlening veroorzaakte deze plotse-

linge aanwezigheid van grote aantallen vreemdelingen veel problemen. In het contact met de immigrant hadden huisarts en andere hulpverleners vaak het gevoel voor een muur te staan. Het is vanuit deze ervaring van onmacht dat een aantal artsen contact zocht met de antropologen van de Universiteit van Leuven. Aan deze universiteit liepen onder leiding van professor Roosens enkele onderzoeksprojecten rond de cultuur van de migranten; daarnaast was er ook professor Devisch die een uitgebreide ervaring had opgebouwd in medischantropologisch onderzoek. Aanvankelijk richtte de samenwerking tussen de huisartsen en de antropologen zich dan ook vooral op het overbruggen van de cultuurkloof tussen arts en allochtone patiënt.

### Naar een blijvende samenwerking

Dat de samenwerking tussen antropologen en huisartsen ook na de initiële contacten rond de problematiek van de hulpverlening aan de allochtone patiënt is blijven bestaan, moet men begrijpen vanuit de achtergrond van beide wetenschappen. De huisartsgeneeskunde is net als de medische antropologie een zeer jonge wetenschap. Rainsberry merkt in zijn artikel "Values, Paradigms and Research in Family Medicine" op dat de huisartsgeneeskunde nog aan het vechten is voor een plaats binnen de academische geneeskunde. Zij heeft nog geen eigen onderzoekstraditie en evenmin een algemeen aanvaarde onderzoeksmethode (Rainsberry 1986).

Er bestaat een grote kloof tussen de huisartsgeneeskunde enerzijds en de gevestigde specialismes binnen de geneeskunde anderzijds. Die kloof komt onder meer voort uit het feit dat huisartsen en specialisten in een verschillende omgeving werken en verschillende soorten patiënten zien.

De Vlaamse huisarts wordt als eerstelijns hulpverlener geconsulteerd bij klachten die men in de medische antropologie met *illness* aanduidt, subjectieve gevoelens van onwel-zijn. Het is een van de moeilijke taken van de huisarts om dit onwel-zijn te duiden: zijn er biomedische, psychische of sociale problemen? Uit mijn contacten met huisartsen heb ik vooral onthouden dat zij zelf heel dikwijls de indruk hebben dat er een combinatie van factoren aan de basis ligt van de hulpvraag van de patiënt. De huisarts kan in veel gevallen ongeveer inschatten wat er fout loopt bij een patiënt, omdat hij naast een uitgebreide medische kennis ook intuïtieve (en feitelijke) kennis heeft over zijn psychisch en sociaal functioneren en zijn thuisomgeving. De huisarts – en dat maakt hem haast uniek in de Vlaamse hulpverlenerswereld – ontmoet de patiënt ook in zijn eigen context, vaak bij hem thuis, met zijn gezin. Hij ziet de meeste patiënten jarenlang en kent veel van hun familieleden. Soms krijgt hij patiënten over de vloer die geen biomedisch definieerbaar probleem hebben, die met andere woorden een *illness* zonder *disease* aanbrengen.

Meestal lijden de patiënten die bij de specialist komen, en zeker zij die door hem behandeld worden, aan een aandoening die binnen het biomedisch schema een duidelijke plaats en therapie heeft. Doordat specialisten niet aan huis komen en doordat ze hun patiënten gewoonlijk in het ziekenhuis behandelen, blijft de context van de patiënt voor hen veelal onzichtbaar.

Huisartsen zien patiënten met erg veel verschillende aandoeningen. Ze hebben per

aandoening relatief weinig gevallen in hun praktijk (met uitzondering van enkele 'best-sellers' onder de ziekten, zoals verkoudheid en griep). Specialisten zien maar één groep, of enkele groepen, van aandoeningen, en hebben van die aandoeningen dan ook heel wat gevallen in één praktijk.

Deze stand van zaken heeft grote gevolgen voor het soort onderzoek dat men kan uitvoeren: in de specialistische geneeskunde bestudeert men relatief grote groepen mensen, en over deze onderzoekspopulaties worden met behulp van statistische verwerkingstechnieken algemene uitspraken gedaan. Huisartsen daarentegen worden in hun onderzoek voortdurend geconfronteerd met het probleem van te kleine aantallen patiënten met één bepaalde pathologie, waardoor de zo geliefde statistiek hun weinig diensten kan bewijzen. Dit is één van de redenen waarom huisartsgeneeskundig onderzoek zo moeilijk van de grond komt: het kan zich zelden bedienen van de vleugels van de statistiek.

Daarnaast spelen ook nog andere factoren een rol: in medisch onderzoek wordt de objectiviteit nog zeer hoog in het vaandel gevoerd. Voor huisartsen is het, door de beperkte technische uitrusting die ze gebruiken, veelal moeilijk om aan harde gegevens over de pathologie van de patiënt te komen. Vanuit wetenschapsfilosofisch standpunt beschouwd, bedient de geneeskunde zich van een wat ouderwets paradigma, dat in de natuurwetenschappen al enige tijd ter discussie gesteld wordt.

In het biomedisch onderzoek, dat binnen de specialistische disciplines wordt uitgevoerd, beschikt men doorgaans wel over 'hard' feitenmateriaal over de patiënt. Bovendien bestudeert men ziekten en het effect van geneesmiddelen ook buiten de patiënt om, onder meer in weefselculturen en in dieren. Wanneer men de patiënten met een bepaalde ziekte bestudeert, worden die nauwkeurig op hun (biologische) vergelijkbaarheid geselecteerd. De specifiek menselijke context van ziekte en genezing, wordt vrijwel volledig buiten het onderzoek gehouden. Door deze systematische uitsluiting wordt het belang van deze factoren echter juist op paradoxale wijze erkend (Verrept & Van den Eynden 1988).

De hiervoor geschetste situatie leidt tot frustratiegevoelens bij de huisartsen, zowel tijdens het werk in hun praktijk als in het onderzoek. McWhinney (1984) stelt dat veel huisartsen het geloof in het biomedische paradigma hebben verloren. Er bestaan daarvoor diverse redenen. Zo behoort het tot de ervaringswereld van huisartsen dat veel 'ziekten' niet gecategoriseerd kunnen worden binnen het biomedisch paradigma. Ook hebben ze de indruk dat de etiologie van veel ziekten niet echt specifiek is: biologische, psychologische, sociale en culturele factoren spelen een rol. Dit valt in het bijzonder op als blijkt dat patiënten met een vergelijkbare gezondheidstoestand voor de aanvang van hun ziekte, met eenzelfde aandoening en eenzelfde behandeling toch zeer verschillend reageren. Bij veel huisartsen bestaat de overtuiging dat contextfactoren daar een grote rol in spelen. In dat opzicht sluiten de opvattingen van nogal wat huisartsen meer aan bij de opvattingen van de behandelde patiënten dan bij het biomedisch denkkader. Bij veel hulpvragen heeft de huisarts dan ook het gevoel dat de vigerende geneeskunde hem geen bevredigend antwoord biedt, en van daaruit ontstaat soms het verlangen om te gaan kijken naar wat andere wetenschappen aan kennis over de mens te bieden hebben.

In de medische antropologie groeit, net als in de culturele antropologie in het alge-

meen, het besef dat ook de eigen cultuur interessant materiaal biedt voor een antropologisch onderzoek en een antropologische analyse. Diverse antropologische studies van de afgelopen jaren richten zich dan ook op 'onze' geneeskunde; een van de recentste en interessantste is een bundel artikelen, *Biomedicine examined*, onder redactie van Lock en Gordon (1988). In dit werk worden onder meer aspecten van de opleiding tot arts, de praktijk in de geneeskunde en de ideologie van biomedisch onderzoek vanuit een antropologisch en sociologisch perspectief onderzocht.

Het is opmerkelijk dat in de Vlaamse samenwerking tussen huisartsen en antropologen, de huisartsen heel snel in hun denken een vergelijkbare evolutie hebben doorgemaakt als de antropologie als wetenschap in haar geheel. Na het werk rond de cultuur van de allochtone patiënt, kwam bij de huisarts onmiddellijk de vraag om te gaan kijken naar de cultuur van de eigen bevolking. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat de huisarts als geen ander tijdens huisbezoek en consultatievoering geconfronteerd wordt met de culturele variatie binnen de eigen bevolkingsgroep.

Het samengaan van medische antropologie en huisartsgeneeskunde was voor beide partijen in eerste instantie erg aantrekkelijk. De medische antropologie is immers een van die wetenschappen waarvan de huisarts vermoedt dat ze hem wat aan kennis over de mens te bieden heeft. Voor de medisch antropoloog is het werken met de huisarts in de eigen cultuur het werken met een bevoorrechte getuige en een informant van onschatbare waarde. In onze samenleving is er vrijwel niemand die zoveel mag en kan zien van wat mensen denken, voelen en doen als de huisarts. Vanuit hun gemeenschappelijke belangstelling voor ziekte en herstel, gezien in een socioculturele context, kan men de huisartsen en medische antropologen dan ook wel als natuurlijke bondgenoten beschouwen (Stuer persoonlijke mededeling).

### Samenwerken in de praktijk

Hoe verliep nu de confrontatie tussen deze twee wetenschappen? En wat kwam er terecht van de samenwerking tussen de medisch antropologen en de huisartsen?

De antropologen die bij het project betrokken waren, voelden zich aanvankelijk de koning te rijk door de massa informatie die ze samen met de huisartsen konden verzamelen tijdens diepteinterviews, via het bijwonen van consultaties en huisbezoeken en door veelvuldige contacten met de huisarts zelf. Ze realiseerden zich dat er ontzettend veel belangrijk onderzoek te doen was bij de eigen populatie, onder meer rond verklaringenmodellen van patiënten en de invloed daarvan op het arts-patiëntcontact en de therapietrouw ('compliance'). Ook de cultuur van de huisarts zelf, de wijze waarop hij denkt en werkt, diende zich aan als een mogelijk onderwerp.

In het samenwerken met huisartsen merk je als antropoloog (en voor de huisartsen geldt dat waarschijnlijk ook) dat er een culturele kloof bestaat tussen huisartsen en antropologen. De huisarts is een doe-mens; hij probeert op één dag het antwoord te vinden op dertig of meer hulpvragen. Daarnaast is hij soms ook nog onderzoeker. In het contact met de huisarts wordt men zeer dikwijls met de nutsvraag geconfronteerd. De huisarts vraagt: wat betekent dit onderzoek voor mijn praktijk, wat kan ik ermee doen? De farmaceutische industrie heeft dit voordeeldenken zeer goed begrepen: in

de soms nogal simplistische folders waarmee ze de huisarts bestookt, staat met de nodige kleurenrijkdom en afbeeldingen verbeeld hoeveel beter het nieuwe geneesmiddel precies is dan zijn (alweer verouderde) concurrenten.

De antropoloog daarentegen is meestal niet in een praktijksituatie bezig. Hij wijdt zich vrijwel uitsluitend aan onderzoek. De druk die uitgaat van de patiënt die telkens weer op komt dagen met hetzelfde probleem, is hem onbekend. Dit houdt in dat de nutsvraag zich voor hem op een andere wijze stelt. Hij heeft dan ook veel meer tijd om zich op het uitvoeren van het onderzoek te concentreren.

Wat ook opvalt, en wat het werken met huisartsen soms moeilijk maakt, is dat hun fundamenteel engagement zich op het vlak van de zorgverstrekking aan de patiënt situeert. Tijdens een lezing aan huisartsen in Antwerpen sprak Devisch over de roeping arts te worden vanuit de nood zich 'levenswaardig' te maken door de zieke en lijdende mens te helpen. Dat idee bleek voor veel van de artsen herkenbaar. Het laten voorgaan van de praktijk leidt in de samenwerking tussen antropoloog en huisarts wel eens tot irritatie: afspraken worden niet op tijd nagekomen, en op het ogenblik dat je een bijeenkomst gepland hebt, wordt er net iemand geboren of gaat er iemand dood. Zoiets gaat uiteraard voor.

In het werken met huisartsen mag je je overigens niet laten overdonderen door de hoeveelheid kennis die ze over hun patiënten hebben. Tijdens verschillende onderzoeken die we samen uitvoerden, viel het zowel de artsen als de antropologen op hoe fragmentarisch die kennis soms is. Over sommige patiënten bleek de arts heel weinig te weten. Dit viel ons in het bijzonder op tijdens een onderzoek naar de gevolgen van incest. We vroegen artsen in een enquête of de volwassen slachtoffers van incest in hun praktijk een vaste relatie hadden. Verschillende artsen konden ons dit niet meedelen.

De artsen in onze groep voelden zich sterk in hun eigen overtuiging gesteund toen ze vernamen dat uit antropologisch onderzoek bleek dat men in de meeste culturen van mening was dat sociale elementen van groot belang zijn bij het ontstaan van ziekte en gezondheid. De houding tegenover antropologische theorieën is bij de meeste artsen waarmee ik werk overigens nogal ambivalent. Ze hebben vaak de indruk dat antropologen zich vergapen aan theoretische spitstechnologie waar geen mens wat aan heeft. In de literatuur over genezingsriten bij vreemde volkeren wordt men negatief getroffen door het ontbreken van gegevens over het resultaat van de behandeling, iets waar ook door Lock (1988) op gewezen is. De antropologische uitleg voor de (vaak ongecontroleerde) werking van zo'n therapie wordt niet zelden als simplistisch of niet-ter-zake beschouwd. Men heeft in de antropologie over het algemeen aanvaard dat een systeem van gemeenschappelijke opvattingen gemobiliseerd kan worden om tot de genezing bij te dragen. In de theorie van Lévi-Strauss gaat er van deze mobilisatie een psychisch effect uit (Lévi-Strauss 1963), Turner daarentegen verklaart het effect meer vanuit de herstructurering van de sociale orde die ermee gepaard gaat (Turner 1968). Dit soort vage verklaringen maakt op artsen niet veel indruk.

Daartegenover staat dat *het drie-velden model*, zoals dat door Devisch (1984) in Zaïre ontwikkeld werd (en later in ons instituut samen met hem verder is uitgebouwd), al jarenlang de belangrijkste inspiratiebron is voor de praktijk en het onderzoek van een aantal van mijn medische collega's. In dit model worden lichamelijke verschijnselen

geduid in het licht van de sociocultuur van de patiënt: het lichaam wordt een scène waarin de beleefde werkelijkheid van de patiënt wordt opgevoerd. Met de beleefde werkelijkheid bedoelen we het geheel van betekenissen dat de patiënt, vaak op een preverbaal en precognitief niveau, aan zijn leefwereld en leefsituatie hecht.

Hoe verliep de confrontatie tussen de methodes van de medische antropologie en de huisartsgeneeskunde? Voor de artsen hield het aanvankelijk een zekere fascinatie in vast te stellen dat er een wetenschap bestond waarin de gevalsbeschrijving zo'n ruime plaats had. Binnen de geneeskunde wordt onderzoek dat vrijwel uitsluitend op gevalsbeschrijvingen gebaseerd is immers doorgaans afgedaan als anekdotisch. Om het met een boutade te zeggen, cijfers wil men zien en het liefst grote.

Methodisch gezien komt men met de medische antropologie als hulpwetenschap niet zoveel vooruit in een medische setting. Binnen de geneeskunde en het daar heersende paradigma is het een beetje de lamme die de blinde de straat helpt over te steken. Aan de andere kant sluit het belang dat men traditioneel aan casestudies hecht in medisch-antropologisch onderzoek goed aan bij een oproep die binnen de huisartsgeneeskunde recent door Rainsberry gedaan werd. Hij stelt voor om in huisartsgeneeskundig onderzoek cases te beschrijven, en daarbij vooral aandacht te besteden aan de ervaring van het individu. Hij is er zich van bewust dat dergelijke 'verhalen' en 'getuigenissen' anekdotisch, subjectief en tot op zekere hoogte fictief zijn, maar hij is er ook van overtuigd dat dit soort onderzoek of literatuur zal leiden tot een fundamenteeler inzicht in de situatie van de zieke en lijdende mens (Rainsberry 1986).

Welke mogelijkheden houdt de samenwerking tussen medische antropologie en huisartsgeneeskunde in? De medische antropologie kan één van de wetenschappen zijn die vraagtekens plaatst bij het vigerende mechanistisch-medische paradigma en de hoogtechnologische praktijk die daarmee samengaat (zie ook Koenig 1988). De resultaten van veel medisch-antropologisch onderzoek kunnen gebruikt worden in een pleidooi voor andersoortig geneeskundig onderzoek. Medisch-antropologisch onderzoek naar de symbolische aspecten van onze geneeskunde, kan zeker een bijdrage leveren aan ons inzicht in processen van ziekte en herstel. Onderzoek naar de medische cultuur van de allochtone en autochtone patiënt kan ongetwijfeld de kwaliteit van de hulpverlening ten goede komen.

En wat gebeurt er met de medische antropologie in haar samenwerking met de huisartsgeneeskunde? Het is mij opgevallen dat we veel meer aandacht besteden aan de wijze waarop individuen of gezinnen zich binnen de context van hun cultuur gedragen dan in het meeste antropologische onderzoek het geval is. Om het precieser te formuleren: de klemtoon is komen te liggen op de selectie die mensen maken uit de leefpatronen die de cultuur hun biedt. De onderzoekseenheid is, anders dan in het traditionele (medische-)antropologische onderzoek, veeleer het kerngezin (en de familie) dan de cultuur in zijn geheel. Het gezin is nu de 'stam' die we bestuderen. Begrippen uit de antropologie (zoals overgangsriten, structurering van ruimte en tijd, mythen) werpen een licht op wat zich in een Belgisch gezin voordoet.

Voor de huisartsgeneeskunde zou de samenwerking met de medische antropologie een bijdrage kunnen leveren aan de ontwikkeling van een eigen wetenschappelijke identiteit waarin de *lijdende mens* wat meer op de voorgrond treedt. De huisartsgenees-

kunde zou dan een belangrijke aanvulling betekenen op de bestaande medische specialismes omdat zij tevens de contextuele aspecten en het typisch menselijke van ziek-zijn onderzoekt.

## Noot

Hans Verrept (1961) studeerde Germaanse filologie en Sociale en Culturele Antropologie. Tijdens zijn studie maakte hij een scriptie over de onderwijsproblematiek van de immigranten in Vlaanderen en Brussel. Sedert 1988 is hij deeltijds assistent Huisartsgeneeskunde aan de Universitaire Instelling Antwerpen. Daar doet hij samen met huisartsen medisch-antropologisch onderzoek naar maagklachten, incest en de relatie cultuur en gezondheid.

## Literatuur

Devisch, R.

1984 *Se recr  er femme. Manipulation s  mantique d'une situation d'inf  condit   chez les Yaka du Za  re*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag.

1987 Rituelen in huisartsgeneeskunde. Lezing gegeven op 21 maart 1987 op de studie dag 'Het lichaam anders bekeken. Universitaire Instelling Antwerpen, Wilrijk.

Ferrant, L.

1989 De klacht: een deur of een muur. Een antropologische verkenning. In A. De Maesschalck & G. Stautemas (red.) *De klacht*. Berchem : Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen, pp. 82-91.

Koenig, B.

1988 The technological imperative in medical practice: the social creation of a 'routine' treatment. In Lock & Gordon 1988: 465-96.

L  vi-Strauss, C.

1963 The sorcerer and his magic. In zijn *Structural anthropology*. New York: Basic Books, pp. 167-85.

Lock, M.

1988 Introduction. In Lock & Gordon 1988: 3-10.

Lock, M. & D. Gordon (eds.)

1988 *Biomedicine examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

McWhinney, I.

1984 Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Family Practice* 1 (1): 3-8.

Rainsberry, R.

1986 Values, paradigms and research in family medicine. *Family Practice* 3(4): 209-15.

Turner, V.

1968 *The drums of affliction. A study of religious processes among the Ndembu of Zambia*. Oxford: Clarendon.

Verrept, H. & B. Van den Eynden

1988 Een inleiding tot de medische antropologie. Deel 2: Medisch antropologische onderzoeken. *Hanu* 17 (5): 197-203.