

Antropologen op betwist terrein: volksgezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden¹

Pieter Streefland

Het werkteerrein van de 'toegepaste gezondheidsantropoloog' wordt beheerst door geneeskundigen. Diverse implicaties hiervan worden besproken. Vervolgens wordt aangegeven wat in de komende jaren de belangrijkste aandachtsvelden kunnen worden van de toegepaste antropologie van gezondheid en gezondheidszorg en hoe dit specialisme kan worden versterkt.

Inleiding

Ter gelegenheid van de ontvangst van de Malinowski Award in 1982 hield de Amerikaanse antropoloog George Foster een lezing over "Applied anthropology and international health" (Foster 1982). Ten aanzien van de bijdrage van antropologen op het terrein van de volksgezondheid in ontwikkelingslanden onderscheidt hij verschillende fasen, waarvan hij de eerste rond 1930 laat beginnen. Grofweg ziet hij eerst een periode van onderzoek naar voedingsgewoonten en daarna een nog steeds doorlopende trend van steunverlening aan specifiek op gezondheidsverbetering gerichte ontwikkelingsprojecten (ondermeer op het terrein van drinkwatervoorziening). Sinds het eind van de jaren zeventig ziet hij een nadruk op enerzijds formulering en realisering van Primary Health Care beleid en anderzijds begeleiding van verticaal georganiseerde ziektebestrijdingsprogramma's (bijvoorbeeld op het terrein van lepra en AIDS). Foster eindigt zijn verhaal met enkele vooruitzichten voor het vak en het zijn vooral deze conclusies die het tot een leerzame bijdrage maken. Hij constateert in de eerste plaats dat er in de achterliggende jaren geen duidelijke posities met vaststaande taken en verantwoordelijkheden voor antropologen in internationale gezondheidsprogramma's zijn ontstaan. Er is sprake van korte ad hoc studies, soms langduriger onderzoek, en adviseringswerk door antropologen, maar een duidelijke rol zoals artsen, verplegers en planners die hebben, heeft zich voor hen niet uitgekristalliseerd. In de tweede plaats benadrukt hij dat de bijdrage van antropologen maar in beperkte mate serieus wordt genomen door artsen en beleidsmakers, omdat hun onderzoeksresultaten als te zacht worden beschouwd. Tenslotte laat hij zich optimistisch uit over de betrokkenheid van jonge antropologen. Veel meer dan vroeger, zo merkt hij op, zijn die bereid om een

loopbaan op het terrein van de toegepaste antropologie te kiezen, buiten de academische instituten.

Ik neem deze conclusies van Foster als uitgangspunt voor een bespreking van de mogelijkheden voor Nederlandse antropologen en ontwikkelingssociologen (verder kortweg aangeduid als antropologen) om een bijdrage te leveren op het terrein van verbetering van de volksgezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. Ik zal tevens in het kort aangeven waar die bijdrage tot nu toe uit heeft bestaan. Voorts noem ik enkele terreinen waarop antropologen de komende jaren veel werk kunnen verrichten. Tenslotte doe ik enkele suggesties voor een verdere versterking van wat ik als een veelbelovend onderdeel van de Nederlandse toegepaste antropologie beschouw.

De positie van de gezondheidsantropoloog

Binnen de meeste gezondheidsprojecten is er geen duidelijke plaats voor antropologen ingeruimd. Hoewel de beoogde veranderingsprocessen in veel gevallen zeker evenveel sociaal-wetenschappelijke kennis en kunde als medische kwalificaties vereisen, komt het zelden voor dat er sprake is van een voltijdspost voor een antropoloog. Als projectleider komt deze al helemaal niet in aanmerking. Dit wordt door de 'Ministries of Health' in ontwikkelingslanden niet gewenst en door de donoren zeker niet aangemoedigd. Voor wie bekend is met de aard van gezondheidsprojecten en met de problemen waarop deze zijn toegesneden is dit een vreemde zaak. Zeker nadat in het midden van de jaren zeventig de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden zich meer ging oriënteren op de Primary Health Care strategie, zijn noties over de samenhang tussen ziekte en armoede, over de noodzaak om de plaatselijke bevolking bij de opzet en uitvoering van gezondheidszorg te betrekken, over het belang van lokale ideeën, interpretaties en gedragswijzen op het terrein van ziekte en gezondheid, en over de noodzaak om ook inheemse medische tradities serieus te nemen, gemeengoed geworden. Veel artsen – en het zijn vrijwel altijd artsen die beleidsformulering en beleidsuitvoering in de gezondheidszorg beheersen – zullen het belang van zulke inzichten onderschrijven. Maar uiteindelijk zal dit zich hoogstens vertalen in een verzoek aan een sociale wetenschapper om een kortlopend onderzoek te doen, of om een advies te formuleren. De consequentie is dat er maar weinig mogelijkheden zijn voor antropologen om zich gedurende langere tijd te bekwamen in het vak van toegepaste gezondheidsantropologie. We zien dan ook een grote schaarste aan ervaren mensen, en die ervaring is nu juist nodig om de antropoloog tot een geaccepteerde adviseur of onderzoeker te maken te midden van de medici.

Deze situatie is op twee zaken terug te voeren. Ten eerste vormen de beoefenaren van de modern westerse geneeskunde een sterk georganiseerde professie die een grote mate van zeggenschap over het terrein van gezondheid, ziekte en gezondheidszorg heeft verworven. Ze bezetten sleutelposities in bestuurlijke organen en beslissen over toestemmingen en fondsentoe wijzing voor onderzoek op dit gebied. De antropoloog die onderzoek naar gezondheid en gezondheidszorg wil doen, stapt dan ook niet een disciplinair niemandsland binnen, wat bij andere terreinen van

toegepaste antropologie, zoals onderwijsproblematiek, plattelandsontwikkeling en stedelijke armoede, vaak wel het geval is. De tweede verklaring is dat medici over het algemeen weinig waarde hechten aan de toepassingsmogelijkheden van de sociale wetenschappen. Ze vinden antropologische bijdragen wel interessant, maar kunnen er niet mee uit de voeten. De adviezen van antropologen kosten te veel tijd, hun conclusies zijn te weinig specifiek en de beleidsimplicaties van hun onderzoeksuitkomsten zijn onduidelijk.

De gezondheidsantropologie in de ogen van artsen

Geneeskundigen reageren niet zozeer op wat antropologen feitelijk doen of kunnen doen, maar veeleer op het beeld dat zij hebben van hun werk. Dit beeld blijkt dan vaak niet aan te sluiten bij de onderzoeksvragen van medici. Dezen willen over het algemeen een analyse en oplossing van problemen in de uitvoerende sfeer, zoals slecht lopende gezondheidsdiensten of een bevolking die de aangeboden middelen en diensten niet zo gebruikt als zij graag willen. Van de antropoloog verlangen zij derhalve pasklare antwoorden op operationele vragen en informatie die het gezondheidsgedrag van mensen verklaart tegen de achtergrond van hun levensomstandigheden.

Dat de antropoloog onderzoek nodig heeft om aan deze vragen te voldoen wordt geaccepteerd, maar het probleem is dat artsen over de vorm en inhoud van onderzoek geheel anders denken dan de antropologen. Leggen de laatste nadruk op participerende observatie, case-studies en diepte-interviews, voor de sociaal-geneeskundigen is de enquête meestal de aangewezen werkwijze. Daarbij trekt men volgens een strikt onderzoeksprotocol een steekproef en verzamelt men kwantificeerbare gegevens over een aantal variabelen waartussen vervolgens de samenhang wordt vastgesteld.² Het zal geen verbazing wekken dat de tijdrovende onderzoeksprocedures van antropologen, die meestal uitmonden in een lijvig rapport waarin gepoogd wordt om een complex geheel van samenhangen te verduidelijken, door medici gezien worden als leidend tot een weliswaar interessant, maar nauwelijks bewezen en niet operationaliseerbaar resultaat.

Medici weten weinig van de theoretische en analytische kanten van de sociale wetenschappen. Ze zien het vakgebied vooral als een gereedschapskist met onderzoeksmethoden. Voor artsen is met name de onderzoekstechnische kant van de sociale wetenschappen interessant: die moet hen helpen om het gedrag van mensen beter te begrijpen en vooral te veranderen. Er zijn maar weinig artsen die zich echt verdiepen in de maatschappelijke achtergronden van volksgezondheid en gezondheidszorg. Degenen die dat doen, zijn 'hybriden' die zich door hun interesse en betrokkenheid naar de rand van hun beroep bewegen (cf. Streefland 1986b).

Medici met een specialisatie in de sociale geneeskunde menen meestal dat ze het sociaal-wetenschappelijke ambacht, waarvan ze maar een beperkt beeld hebben, zelf wel kunnen uitoefenen. Ze zijn er van overtuigd dat niet alleen zij, maar ook ander personeel in de gezondheidszorg met een goede handleiding in de zin van 'Where there is no anthropologist', heel ver kunnen komen. Foster, die in het kader van de WHO veel met artsen gewerkt heeft, zegt hierover:

I have been constantly astonished by the assumption that a medical doctor, especially one with an advanced public health degree, is automatically qualified to do first class behavioral research. I have tried, without visible success, to put across the idea that, as with medical research, first class behavioral research requires highly trained and specialized researchers. I have pointed out that professional anthropologists and sociologists have had as many years of university training as medical doctors and that, as with the latter, prior experience, knowledge of problems, ability to identify the right questions to ask, familiarity with the literature – all of these points are essential to good research. But my message has fallen on uncomprehending ears. It is assumed by most medical doctors with whom I have worked that knowledge of research techniques is all that is needed to do behavioral research (Foster 1987: 712).

Justice, die in opdracht van de WHO in verscheidene Aziatische landen onderzoek heeft gedaan naar aspecten van ‘teamwork’ bij de uitvoering van basisgezondheidszorg, komt tot een soortgelijke conclusie als ze wijst op de assumptie van de WHO bureaucraten dat iedereen, ongeacht zijn achtergrond en onderzoekservaring, een dergelijk onderzoek kan doen (Justice 1987: 1305).

Tenslotte dient opgemerkt te worden dat de beeldvorming van artsen niet zonder consequenties is. Enerzijds leidt die ertoe dat de vertaalslag van sociaal-wetenschappelijke onderzoeksresultaten naar beleid en uitvoering vaak niet plaats vindt, omdat de medici het onderzoek te zacht of de rapportage te weinig toegankelijk vinden. Anderzijds hebben de bestaande vooroordelen vaak tot gevolg dat men, geconfronteerd met sociale of culturele problemen, geen antropoloog inschakelt, omdat men daar geen positieve verwachtingen van heeft of meent het onderzoek zelf wel te kunnen doen.

Betrokkenheid en geschiktheid van de gezondheidsantropoloog

Het is niet voldoende om ons alleen maar te richten op de visie van artsen. We moeten ons ook afvragen of gezondheidsantropologen wel zo geschikt zijn voor het werk dat men van hen verwacht en of zij wel de bereidheid hebben om langdurig binnen een multidisciplinair team in een ontwikkelingsland te werken. Om met het laatste te beginnen: het is voor mij de vraag of jonge antropologen zich wel op een toegepaste loopbaan willen richten. Ik ben daar minder optimistisch over dan Foster in zijn eerder genoemde lezing. Bij het verlaten van de universiteit hebben veel antropologen academische aspiraties.³ Ze zijn opgeleid door en tussen antropologen en dat is de ‘peer group’ waarvan ze zich een deel voelen en waarbinnen ze zich een positie willen verwerven. Het métier van toegepast gezondheidsantropoloog impliceert bijvoorbeeld dat men voor niet-antropologen schrijft. Het betekent ook dat men te midden van die anderen een positie moeten verwerven. De stukken die men schrijft volgen niet de spelregels die tijdens de antropologie-opleiding golden. Er is, om de terminologie van Freidson (1970: 91) te gebruiken, een overgang nodig van een primaire oriëntatie op collega's naar een op cliënten. Dat vereist een grote mate van flexibiliteit en bereidheid tot leren. Maar er zit meer aan vast. Toegepaste gezondheidsantropologen zien zich voortdurend geconfronteerd met een situatie waarin de medici, met wie zij samenwerken of die hun de onderzoeksopdracht

verstrekken, deel uitmaken van het systeem van gezondheidszorg dat onderwerp van studie is. Opvattingen en gedragswijzen van medici en andere verschaffers van gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld een belangrijk object van studie wanneer onderzoeksvragen zich richten op acties die mensen ondernemen in geval van ziekte binnen het huishouden. Goed toegepast onderzoek vereist zo een combinatie van 'anthropology in' en 'anthropology of medicine', een, naar mijn mening te scherp, onderscheid om aan te geven dat sommige antropologen van buitenaf naar de gezondheidszorg kijken zonder bij de uitvoering ervan betrokken te zijn, terwijl anderen kiezen voor een positie binnen de zorgstructuur.⁴ Het werk van de toegepaste gezondheidsantropoloog vereist het vermogen om te laveren tussen betrokkenheid bij de medici en de wereld van de gezondheidszorg en de distantie die nodig is om als onderzoeker naar deze professie en haar werkcultuur te kijken. Het vraagt ook de bereidheid om veelvuldig als buitenstaander te opereren, om mentaal afstand te houden, terwijl men juist onder moeilijke onderzoeks- en leefomstandigheden een sterke behoefte kan voelen om ergens bij te horen.

Verder impliceert een toegepaste loopbaan langdurig en veelvuldig verblijf in ontwikkelingslanden en omvat het naast veldonderzoek en literatuurstudie ook andere werkzaamheden, bijvoorbeeld kennisoverdracht en management.

Naast twijfels over hun bereidheid, is er de vraag of net afgestudeerde antropologen wel zo geschikt zijn voor een toegepaste loopbaan op het terrein van volksgezondheid en gezondheidszorg. Zij beschikken over een behoorlijke theoretische kennis, over analytisch inzicht, kennis van onderzoeksmethoden, een kritische blik en, met wat geluk, over een dosis verbeeldingskracht. Maar daar staat tegenover dat zij nog maar weinig onderzoekservaring hebben, weinig weten van de formulering en toetsing van beleid, geen achtergrond in training hebben, nauwelijks iets weten van epidemiologie en – ook heel belangrijk – nog niet beschikken over een geoefend oog om te bepalen welke mate van precisie bij welke onderzoeksvragen noodzakelijk is. En als laatste punt: antropologen zijn vaak slecht in staat om over te schakelen van een analytische en reflectieve houding naar een gerichtheid op verandering en actie, terwijl veel werk in ontwikkelingslanden juist op actie is toegesneden.

Niet zelden zal het werk van de antropoloog onderdeel zijn van een complex van activiteiten waarvan inhoud en richting in grote mate door niet-vakgenoten zijn bepaald. Antropologen zijn evenwel slecht voorbereid om te werken in multidisciplinair verband.⁵ Ze zijn weinig vertrouwd met andere paradigma's en hebben vooral geleerd om zich af te zetten tegen natuurwetenschappelijke denkwijzen. Daar komt nog bij dat er binnen werkverbanden met geneeskundigen dikwijls sprake zal zijn van een hiërarchische werkrelatie, waarbij gemakkelijk spanning ontstaat tussen de op suprematie gebaseerde verwachtingen van de arts en de zelfstandigheidswensen van de antropoloog.

De Nederlandse gezondheidsantropologie

De hierboven geschetste problematiek rond de toepassing van kennis en de positie van de daarbij betrokken antropoloog heeft gelukkig de ontwikkeling van het vakgebied van de medische, of beter, gezondheidsantropologie in Nederland niet

in de weg gestaan. Bij een inventarisatie die ik in 1985 maakte bleek dat er vanaf het begin van de jaren zeventig in snel tempo een hoogwaardige vakbeoefening van de grond is gekomen, die internationaal meetelt, zowel fundamentele als toegepaste dimensies heeft, een menggebied is van de tradities van culturele antropologie en niet-westerse sociologie, en via twee cursussen, in Amsterdam en Leiden, veel studenten een basisopleiding geeft. Het zou te ver voeren om hier een overzicht te geven van de onderwerpen waarop onderzoek en theorievorming heeft plaats gevonden; daarvoor verwijs ik naar de overzichtsartikelen van Richters (1983) en mijzelf (Streefland 1986a), naar de voormalige *Nieuwsbrief Medische Antropologie* en het tijdschrift *Medische Antropologie*. Ik kan volstaan met het noemen van enkele saillante punten met betrekking tot de ontwikkeling van het vakgebied in Nederland.

In de eerste plaats wil ik wijzen op de belangrijke rol die met name twee antropologen, Varkevisser en Van der Geest, hebben gespeeld met betrekking tot de ontwikkeling van het vakgebied. Varkevisser heeft vooral de toegepaste kant van het vak sterke impulsen gegeven, terwijl Van der Geest, door zijn publicitaire produktiviteit, met name op het terrein van de 'farmaceutische antropologie', en als initiatiefnemer van de nieuwsbrief en het tijdschrift, de ontwikkeling van het vak in meer algemene zin gestimuleerd heeft.

Vervolgens is het bestaan van diverse centra voor de vakbeoefening van belang. In Nijmegen was tot voor enkele jaren Van Amelsvoort actief als 'tropenarts' en antropoloog; in Leiden hebben Buschkens, Speckmann en Slikkerveer zich geconcentreerd op medisch pluralisme in de Hoorn van Afrika en bevolkingsproblematiek in Indonesië; aan de Universiteit van Amsterdam vormt, naast algemeen en theoretisch werk op het vakgebied, gebruik en distributie van geneesmiddelen een thematisch zwaartepunt; aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen, tenslotte, krijgen achtergrond en uitvoering van primaire gezondheidszorg veel aandacht, dikwijls op basis van een multidisciplinaire discussie.

Het laat zich aanzien dat ook de komende jaren vanuit Nederland veel gezondheidsantropologisch onderzoek, zowel fundamenteel als toegepast, zal worden uitgevoerd. Welke thema's bij het toegepaste onderzoek centraal zullen staan zal enerzijds het resultaat zijn van de bestaande expertise en de belangstelling bij de antropologen en de mate waarin zij deze weten om te zetten in gefinancierde onderzoeksvoorstellen. Anderzijds zullen de behoeften en interesses van internationale organisaties als Unicef en WHO, en van donoren richtinggevend zijn. Beide inschattend kom ik tot het volgende overzicht⁶.

Geneesmiddelenvoorziening en -gebruik

Er zijn al verschillende aanzetten voor verder onderzoek op dit terrein, waarbij het in beleidskringen gangbare concept van 'rationeel gebruik' een sleutelpositie inneemt. Op dit gebied is, zoals werd opgemerkt, reeds veel ervaring aanwezig in Amsterdam. Het is te verwachten dat in dit verband de reeds bestaande samenwerking tussen de Medische Antropologie Sectie van de Universiteit van Amsterdam en PHC-Programma van het Koninklijk Instituut voor de Tropen verder wordt uitgebouwd. Specifiek zal er vooral aandacht zijn voor vragen die aansluiten bij

beleid dat verbetering nastreeft van medicijngebruik door leken en van voorschrijfgedrag door artsen.

Ziektenbestrijding

Voortbouwend op het werk van Bijleveld, Varkevisser en Van der Veen, zal allereerst aandacht geschonken worden aan problemen bij de bestrijding van tuberculose en lepra. Daarnaast zal er onderzoek worden uitgevoerd naar de achtergrond, verspreiding en sociaal-economische gevolgen van de AIDS epidemie. Medio 1990 ging na twee jaar moeizame voorbereiding een multidisciplinaire studie in het gebied rond Mwanza in Tanzania van start. Het betreft een samenwerkingsverband tussen Tanzaniaanse onderzoekers en medewerkers van de Katholieke Universiteit Nijmegen en het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Het onderzoek heeft een klinische, een epidemiologische en een sociaal-wetenschappelijke component. Het sociaal-wetenschappelijke onderdeel richt zich allereerst op de interpretaties die AIDS-patiënten, hun familieleden, burens, en anderen van de ziekte en haar oorsprong hebben. Daarnaast gaat het onderzoek in op vragen van de overheid naar de effectiviteit van haar voorlichtingsbeleid en naar de mechanismen waarmee huishoudens en dorpsgemeenschappen zich te weer stellen tegen de negatieve gevolgen van de ziekte. Vanuit de Universiteit van Amsterdam wordt door Lamur (Sectie Demografische Antropologie) onderzoek gedaan naar socio-levensstijlen van mannen in relatie tot de overdracht van HIV. Het onderzoek vindt plaats in Suriname en Nederland.

Bevolkingsproblematiek

Dit zal de komende jaren in toenemende mate een prioritair aandachtsveld worden waaraan antropologen op diverse manieren een bijdrage kunnen leveren.⁷ Zo kan men denken aan een kritische stellingname op grond van zorgvuldig historisch en eigentijds onderzoek naar de assumpties die ten grondslag liggen aan internationaal en nationaal bevolkingsbeleid. Verder is onderzoek nodig dat uitgaat van de belangen en behoeften van vrouwen en zo een bijdrage kan leveren aan een verbetering van de dienstverlening op het terrein van geboortespreiding. Gezien de beschikbare expertise zullen medewerkers van de Rijksuniversiteit Leiden, het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Universiteit van Amsterdam een voorname rol kunnen spelen in dit onderzoek.

Versterking en verduurzaming van primaire gezondheidszorg⁸

De volgende onderwerpen zijn hierbij aan de orde:

- de aansluiting tussen dorpsgezondheidszorg en overheidsdienstverlening;
- de rol van niet-gouvernementele organisaties;
- de institutionalisering van vormen van collectieve actie, met name op het gebied van financiering van zorg op dorpsniveau;
- de verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening door overheidspersoneel;

- de consequenties van de economische recessie en het structureel aanpassingsbeleid van internationale organisaties voor volksgezondheid en gezondheidszorg.

Bij deze onderwerpen geldt dikwijls dat de effectiviteit van het toegepaste onderzoek toeneemt, als het in nauwe samenwerking tussen antropologen en artsen verricht wordt. De laatsten zijn immers beter op de hoogte van het functioneren van beleidskaders in de gezondheidszorg en nemen vaak een positie in die toepassing van de verworven kennis mogelijk maakt.

Hoe het nog beter kan

Gezondheidsantropologen kunnen een bijdrage leveren aan de verbetering van volksgezondheid en gezondheidszorg. Gezien de samenhang tussen gezondheidspeil en sociaal-economische omstandigheden, en vanwege het belang van contextuele factoren voor de aard en het functioneren van de gezondheidszorg kan zo'n bijdrage heel wezenlijk zijn. Toch zijn er in de gezondheidssector structureel maar weinig posities ingeruimd die de realisering van deze bijdrage mogelijk maken. Ook is de vraag naar een inbreng van gezondheidsantropologen veel geringer dan men zou mogen veronderstellen. In het voorgaande heb ik aangegeven dat hiervoor zowel bij de geneeskundigen, die de dienst uitmaken in de gezondheidssector, als bij de antropologen zelf oorzaken zijn aan te wijzen. Voor een verbetering van de situatie staan drie wegen open:

1. *Uitbreiding en verbetering van de bestaande opleidingen in de gezondheidsantropologie in Nederland. Het is een vreemde zaak dat in een land met zo'n bloeiende vakbeoefening nog steeds geen leerstoel Medische Antropologie bestaat. Gelukkig ligt er bij de Universiteit van Amsterdam nu een besluit om daar binnen afzienbare tijd een deeltijdhoogleraar te benoemen. De opleiding Medische Antropologie aan de Universiteit van Amsterdam heeft een sterk theoretische basis en ik denk dat de tijd nu rijp is om die wat uit te bouwen in toegepaste richting. Dit houdt onder meer in dat er in de opleiding meer aandacht zal moeten komen voor presentatie van ideeën en resultaten van onderzoek en voor de eisen en mogelijkheden van multidisciplinaire samenwerking. Maar het opleiden van antropologie-studenten tot toegepast gezondheidsantropoloog kost tijd, bijvoorbeeld voor leeronderzoek of praktijkstage. Tijd is echter een hulpbron die binnen de huidige studieopzet zeer schaars is. Studenten zullen in een relatief vroeg stadium moeten kiezen voor een loopbaan die eisen stelt welke ze nog nauwelijks kunnen overzien.*
2. *Het verbeteren van het imago van de sociale wetenschappen bij beleidsmakers en uitvoerders, in het bijzonder artsen. Dit vereist enerzijds meer ruimte voor antropologie in de medische opleiding, met name in voortgezette opleidingen op het terrein van de 'public health'. De antropologische manier van kijken naar en vragen stellen over de werkelijkheid dient daar meer aandacht te krijgen. Anderzijds is het noodzakelijk dat de presentatie van antropologen verbetert, dat ze leren schrijven voor niet-vakgenoten en daar ook waarde aan hechten.⁹ Over de mogelijkheid om deze beide zaken te realiseren ben ik sceptisch. Het*

inleiden van geneeskundigen in de antropologie vraagt van hun kant niet alleen tijd en inzet, maar ook het opgeven van vooroordelen over de sociale wetenschappen en het relativeren van hun eigen positie en werkwijze. De noodzakelijke ruimte hiervoor lijkt binnen de bestaande opleidingen moeilijk te vinden. Jonge antropologen tenslotte, die als éénling werken te midden van beoefenaars van andere disciplines, neigen er vaak toe om uit onzekerheid terug te vallen op hun vakjargon en zo het bekende imago bevestigen.

3. Gezondheidsantropologen moeten actiever proberen om zelf toegepast onderzoek op te starten en er financiering voor te vinden. Van de kant van donoren is namelijk geen stimulerend onderzoeksbeleid te verwachten. Te veel nog wordt derde-geldstroom onderzoek ten onrechte voorgesteld als onderzoek dat louter door een opdracht van buitenaf wordt geïnitieerd, waarbij de uitvoerder weinig manoeuvreerruimte heeft. In werkelijkheid zijn er veel mogelijkheden voor het zelf initiëren van onderzoek door antropologen. De twee belangrijkste vereisten voor financiering zijn dat het onderwerp aansluit bij de gewoonlijk ruim gedefinieerde prioritaire beleidsthema's en dat het onderzoek wordt uitgevoerd in samenwerking met collega's in ontwikkelingslanden. Voor de toegepaste gezondheidsantropologie zijn dit zeker geen onmogelijke voorwaarden.

Noten

De auteur is hoofd van het Primary Health Care Programma van het Koninklijk Instituut voor de Tropen en bijzonder hoogleraar Toegepaste Ontwikkelingssociologie aan de Universiteit van Amsterdam. Hij heeft onderzoek gedaan in Zuid Azië en is thans betrokken bij AIDS-onderzoek in Tanzania.

1. Dit artikel is een bewerking van een lezing op de NSAV studiedag over Sociaal-wetenschappelijk Onderzoek en Ontwikkelingsbeleid op 1 juni 1990. Het is tevens een nadere uitwerking van een deel van de oratie die ik hield op 20 november 1990 (Streefland 1990). Ik dank Anita Hardon voor haar kritisch commentaar.
2. Sociaal-geneeskundigen maken over het algemeen gebruik van twee soorten onderzoek: het epidemiologische en het operationele. In de epidemiologie zijn de determinanten en verspreiding van ziekten binnen een bevolking of deel daarvan onderwerp van onderzoek. Het operationele onderzoek, waarvan het 'Health systems research' de moderne variant is, richt zich op problemen in het functioneren en het gebruik van gezondheidszorg (zie Maussner & Bahn 1974, Taylor 1984 en de handleiding van de 'Health systems research training course', die ontwikkeld is binnen het 'Joint WHO/KIT/DGIS project for Health Systems Research' in Zuidelijk Afrika).
3. Mijn opmerkingen over jonge antropologen betreffen in de eerste plaats hen die na de middelbare school antropologie gaan studeren. Er is echter ook een categorie gezondheidsantropologen die met de studie begint na eerst een medische studie of een andere opleiding in de gezondheidszorg te hebben afgesloten. Het is waarschijnlijk dat velen van hen aan hun studie beginnen met het doel later werk te zoeken in de gezondheidszorg en daar ook in slagen. Het zou interessant zijn na te gaan hoe zij tijdens en na hun studie medische en antropologische inzichten met elkaar combineren.
4. Zie ook Van der Geest (1990: 14), die het onderscheid "wat ongelukkig" noemt, en Foster (1984: 851) die het strikt – mijns inziens te strikt – hanteert en 'anthropology in medicine' gelijkstelt aan toegepaste antropologie.
5. Multidisciplinaire samenwerking heeft wetenschapstheoretische en praktische aspecten. Lekanne (1976) gaat uitgebreid in op het laatste. Schrader (1990, hoofdstukken 6 en 9) geeft een interessant overzicht van wetenschapstheoretische aspecten van samenwerking tussen beoefenaren van sociale

en natuurwetenschappen op het terrein van de milieukunde. Zie over de samenwerking tussen medici en antropologen ook diverse bijdragen in Janes et al. (1986) en Streefland (1990).

6. Ik heb hierbij gebruik gemaakt van Fosters (1984) foci van aandacht.
7. Vanuit de Rijksuniversiteit Leiden en door Jongmans vanuit het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Rijksuniversiteit Utrecht is al heel lang op dit terrein onderzoek gedaan. Zie onder andere de door de Rijksuniversiteit Leiden en de Universitas Indonesia uitgegeven papers over het Serpong project en Jongmans (1974, 1983).
8. In het kader van het zogenoemde Schakelingen Project is gewerkt aan een theoretisch kader voor onderzoek naar het functioneren van Primary Health Care (zie Van der Geest, Speckmann & Streefland 1990).
9. Een eigen vaktaal, zoals soms gehanteerd wordt in de recente bundel van Van der Geest & Nijhof (1989), kan de communicatie met niet-ingewijden belemmeren (zie over onhelder taalgebruik van sociologen en antropologen ook Blok 1978: 14). Foster (1984: 853) wijst op het belang van operationalisering van verklaringsmodellen, die hij karakteriseert als "impressive for their sophistication and of great interest to their authors' peers", maar "essentially without impact on health policies".

Literatuur

Blok, A.

1977 *Antropologische perspectieven*. Muiderberg: Coutinho.

Foster, G.M.

1982 Applied anthropology and international health: retrospect and prospect. *Human Organization* 41(3): 189-97.

1984 Anthropological research perspectives on health problems in developing countries. *Social Science & Medicine* 18(10): 847-54.

1987 World Health Organization behavioral science research: problems and prospects. *Social Science & Medicine* 24(9): 709-17.

Freidson, E.

1970 *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Aldine.

Geest, S. van der

1990 Hoe 'medisch' is de medische antropologie? *Sociodrome* 1990/2: 11-15.

Geest, S. van der & G. Nijhof (red.)

1989 *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur: verkenningen in de medische antropologie en sociologie*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P.H. Streefland

1990 Primary health care in a multilevel perspective: towards a research agenda. *Social Science & Medicine* 30(9): 1025-34.

Janes, C.R., R. Stall & S.M. Gifford (eds.)

1986 *Anthropology and epidemiology: interdisciplinary approaches to the study of health and disease*. Dordrecht: Reidel.

Jongmans, D.G.

1974 Socio-cultural aspects of family planning: an anthropological study at the village level. In: D.G. Jongmans and H.J.M. Claessen (eds.), *The neglected factor. Family Planning: perception and reaction at the base*. Assen: Van Gorcum, pp. 33-66.

1983 *Naar vruchtbaar onderzoek*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen. Oratie.

- Justice, J.
 1987 The bureaucratic context of international health: a social scientist's view. *Social Science & Medicine* 25(12): 1301-6.
- Lekanne dit Deprez, B.E.J.C.
 1976 Macht en onmacht van interdisciplinair samenwerken I en II. *Intermediair* 12(45): 1-7 en 12(46): 61-67.
- Mausner, J.S. & A.K. Bahn
 1974 *Epidemiology: an introductory text*. Philadelphia: Saunders.
- Richters, A.
 1983 De medische antropologie: een nieuwe discipline? *Antropologische Verkenningen* 2(3): 39-69.
- Schrader, T.
 1990 *Milieukunde in ontwikkeling: milieuproblemen in de derde wereld en de samenwerking tussen vakgebieden*. Leiden: Vakgroep CA & SNWS. Leiden Development Studies no.10.
- Streefland, P.H.
 1986a Medical anthropology in the Netherlands. *Medical Anthropology Quarterly* 17(4): 91-4.
 1986b Tropenarts en antropoloog. In: M. Braakman (red.) *Gezondheidszorg en cultuur kritisch bekeken*. Groningen: Konstapel, pp. xvii-xxii.
 1990 *Zoeken naar een evenwicht*. Amsterdam: KIT Publications. Oratie.
- Taylor, C.E.,
 1984 *The uses of Health Systems Research*. Geneva: WHO. Public Health Papers 78.