

Vrouwen en gezondheid

Strategische gezondheidszorg voor vrouwen: een nieuw programma aan de Liverpool School of Tropical Medicine

'Strategies of health care for women and infants in developing countries' is de titel van een nieuw onderzoek- en trainings-programma aan de Liverpool School of Tropical Medicine. Evenals in het later gepubliceerde paper van Moser (1989) over 'gender planning' in de Derde Wereld, is het centrale concept van het programma de behoefte aan 'strategische' actie door en ten behoeve van vrouwen. We spreken van een 'strategie' als een evaluatieproces leidt tot een actieplan dat, indien goed gekozen, het beoogde doel bereikt. Gezondheidsstrategieën voor vrouwen zouden een klinische verbetering in hun gezondheidstoestand moeten bewerkstelligen en ook moeten zorgen voor een grotere invloed van de vrouw in het bepalen van hun gezondheidsbehoeften en de noodzakelijke zorg daarvoor. Vrouwen moeten hoedsters van hun eigen gezondheid worden.

Eén van de prioriteiten voor de gezondheidszorg van vrouwen die het Liverpool-programma heeft geïdentificeerd is de preventie en verbeterde behandeling van seksueel overdraagbare ziekten (SOZ's) en de gevolgen van deze ziekten op de lange termijn, zoals bekkenontsteking, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en onvruchtbaarheid. In de meeste ontwikkelingslanden zijn er slechts beperkte mogelijkheden voor de behandeling van SOZ's, en waar ze al bestaan zijn ze vaak alleen bedoeld voor de mannelijke patiënten. Als vrouwen naar een gezondheidscentrum, algemene polikliniek of SOZ's-kliniek gaan voor behandeling worden ze vaak verkeerd geholpen, hetgeen een verhoogd risico oplevert voor lange-termijn-complicaties. De WHO heeft vereenvoudigde behandelingsmethoden aanbevolen als een praktische en goedkope strategie om behandeling van SOZ's aan te kunnen bieden op lokaal niveau. Klinische algoritmen voor de diagnose van symptomatische SOZ's en bekkeninfectie, door plaatselijke gezondheidswerkers te gebruiken als richtlijn voor behandeling, zijn reeds in een aantal klinische studies besproken. Asymptomatische infecties daarentegen kunnen niet gediagnostiseerd worden zonder laboratoriumtests, maar de behandeling van de vrouwelijke partners van geïnfecteerde mannen kan tenminste enkele van deze gevallen opvangen.

Het gebruik van vereenvoudigde methoden is aan te bevelen, maar zal het best werken als het gecombineerd wordt met een sociaal programma dat vrouwen helpt in het herkennen en oplossen van hun eigen seksuele gezondheidsproblemen. Het Health Strategies Programme is nu bezig met het in praktijk brengen van twee veldonderzoeken waarin epidemiologische informatie over het voorkomen van SOZ/bekkenontsteking, en de klinische kenmerken hiervan, wordt gekoppeld aan een programma om gezondheidswerkers te leren hun eigen seksuele gezondheidsproblemen en die van hun patiënten te conceptualiseren. In veel landen is het bespreken van zaken op het gebied van seksualiteit moeilijk en gezondheidswerkers zowel als cliënten hebben hulp nodig bij het onder woorden brengen van hun angst en problemen.

Wat gezondheidswerkers betreft, zou het goed zijn dat bij elk plaatselijk gezondheidsprogramma vrouwen betrokken worden die getraind zijn in het onderwijzen en helpen van andere vrouwen. Het probleem is echter dat zelfs vrouwen de hulp van vrouwelijke gezondheidswerkers niet accepteren wanneer die in de gemeenschap weinig status hebben. In India is gebleken dat assistent-verloskundigen ('auxiliary nurse midwives') geconfronteerd worden met negatieve reacties op hun geslacht, kaste en klasse, waardoor zij bang zijn voor de mensen die zij moeten verzorgen (Jesani 1990). Dit probleem heeft ook te maken met het idee dat juist vrouwen niet behoren te spreken over aan seks gerelateerde onderwerpen, maar dat assistent-verloskundigen toch verondersteld worden voorlichting te geven over contraceptieve methoden en huisbezoeken moeten afleggen waar ook nog eens afkeurend op gereageerd wordt. Gezondheidswerkers met lage status zullen er misschien wel in slagen hoger gekwalificeerde hulpverleners te assisteren in het bereiken van bepaalde doeleinden, zoals het aantal kinderen dat gevaccineerd moet worden, of het aantal mensen dat family planning accepteert. Het formuleren van dergelijke doelstellingen is een goede zaak. Iets anders is *hoe* deze doeleinden bereikt kunnen worden, wat de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt is, en of het vrouwen mogelijk gemaakt wordt betere hoedsters van hun gezondheid te zijn. Deze problematiek wordt aan de orde gesteld door Harison (1989), die tegen traditionele vroedvrouwen is, omdat zij in het algemeen niet-geschoold zijn en niet in staat zijn de strategische positie van vrouwen te bevorderen. De contradictie die in het geding is, wordt goed geïllustreerd in een recent gevoerde discussie met jonge vrouwelijke gemeenschapgezondheidswerkers in een sloppenwijk van Bombay. Enkelen van hen zeiden dat zij deeltijd-gezondheidswerker geworden zijn, omdat zij geen onderwijs genoten hebben en zij hun nieuwe beroep als een kans zagen vooruit te komen en hun dochters anders te kunnen opvoeden. Het merendeel van hun tijd werd besteed aan het overreden van getrouwde vrouwen om family planning toe te passen. Wanneer hun gevraagd werd welke geboortenregelingsmethode het meest geschikt zou zijn voor niet-getrouwde meisjes - misschien wel hun eigen dochters - konden zij over een dergelijke eventualiteit niet nadenken en antwoordden zij dat zij hun dochters zo snel mogelijk zouden laten trouwen. Ondanks hun gretigheid om te leren, waren de waarden van deze vrouwen dus weinig veranderd door de gezondheidsvoorlichting die zij gekregen hadden en die zij verondersteld werden aan anderen over te dragen.

Het gebruik van kwalitatieve methoden om problemen van vrouwen te onderzoeken is natuurlijk niet nieuw. Sociale wetenschappers hebben altijd al de waarde ervan benadrukt en velen van hen gebruiken kwalitatieve methoden om de samenhang tussen de reproductieve en niet-reproductieve rollen van vrouwen te onderzoeken. Om gezondheidsplanners er echter van te overtuigen dat deze methodologieën bruikbare en noodzakelijke componenten van gezondheidsbeleid zijn, is het vereist dat zij gevalideerd worden. Dit betekent dat zij gebruikt moeten worden in grootschalige interventies die geëvalueerd worden. Epidemiologische en klinische criteria zullen bijna altijd een rol spelen in deze evaluaties, een gang van zaken waar sociale wetenschappers soms weerstand aan bieden. Dat leidt ertoe dat zelfs multidisciplinaire studies vaak de sociale kenmerken van mensen niet relateren aan bestaande klinische categorieën, een van de methoden om sociale criteria in statistische tests op te nemen.

Dit zijn slechts enkele van de uitdagingen waar het Health Strategies-programma momenteel aandacht aan besteedt. Op den lange duur zullen strategieën voor het verbeteren van de gezondheid van vrouwen alleen ten volle tot ontplooiing komen, wanneer zij deel uitmaken van een alomvattend, geïntegreerd gezondheidsbeleid voor vrouwen. Om een dergelijk beleid te realiseren moet goed nagedacht worden over de afstemming van sociaal beleid op gezondheidsbeleid en vice versa. Voor sociale wetenschappers moge het duidelijk zijn dat deze vormen van beleid nauw samenhangen. Regeringen in ontwikkelingslanden hebben behoefte aan duidelijk geformuleerde doeleinden die met beperkte budgetten gerealiseerd kunnen worden. Dit laatste is ongetwijfeld een van de redenen waarom vooral verticale en op een specifiek doel gerichte programma's met goedkeuring ontvangen worden. Een ander punt is dat de gezondheid van vrouwen niet helemaal los gezien kan worden van de gezondheid van kinderen en mannen. Het signaleren van al deze problemen is één ding, zij moeten echter ook op een pragmatische manier benaderd worden.

Het Liverpool-programma is in ontwikkeling en zou graag in contact komen met anderen die werkzaam zijn op het terrein van de gezondheid van vrouwen en informatie ontvangen over andere lopende projecten. De volgende documentatie met gedetailleerdere informatie over het programma kan bij de Liverpool School opgevraagd worden:

1. Health strategies for women: practical implications of current thought on health needs of women.
2. Vier papers die verslag doen van een workshop over gynaecologische morbiditeit. Zij gaan in op de oorzaken en de behandeling van deze morbiditeit, met speciale referentie naar bekkenontsteking:
 - a Pelvic inflammatory disease: a clinical syndrome with social causes
 - b Raising awareness about reproductive morbidity
 - c Gender planned health services
 - d Prevention of Pelvic inflammatory disease: a challenge for the health service.

Adres: The Liverpool School of Tropical Medicine, Pembroke Place, Liverpool L3 5QA, England.

Het programma Health Strategies for Women and Infants wordt ondersteund door Overseas Development Administration of Great Britain.

Literatuur

Braddick, M.R. et al.

- 1990 Towards developing a diagnostic algorithm for chlamydia trachomatis and Neissereria gonorrhoeae cervialis in pregnancy. *Genitourinary Medicine* 66: 62-5.

Harrison, K.A.

- 1989 Tropical obstetrics and gynaecology. 2. Maternal mortality. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 83: 449-53.

Jesani, A.

- 1990 Limits of empowerment. Women in rural health care. *Economic and Political Weekly*, May 19: 1098-103.

Moser, C.

- 1989 Gender planning in the Third World: meeting practical and strategic gender needs. *World Development* 17: 1799-1825.

Plummer, F.A. et al.

- 1987 Post-partum upper genital tract infections in Nairobi, Kenya; epidemiology, etiology and risk factors. *Journal of infectious Disease* 156: 92-8.

W.H.O.

- 1985 Simplified approaches for sexually transmitted disease (STD) at the primary health care (PHC) level. WHO/VDT/85, 437.

Loretta Brabin

118th NCIH International Health Conference: Women's Health - The Action Agenda for the 90's

Dit in juni 1991 in Arlington (USA) gehouden congres werd georganiseerd door de National Council for International Health (NCIH), een NGO in de VS, die zich tot doel stelt wereldwijd mee te werken aan verbetering van de gezondheid. Lid van de NCIH zijn zowel individuen als in de VS bestaande organisaties op het gebied van gezondheid en ontwikkeling. Het werkkterrein van de NCIH ligt vooral in de Derde Wereld, maar de NCIH stelt zich ook ten doel de daar opgedane ervaringen toe te passen ten behoeve van marginale bevolkingsgroepen in de VS.

Het congres, gehouden in een hotel in het futuristische 'Crystal City' in Arlington, werd bijgewoond door een 900 mensen, zowel uit de Derde Wereld als uit de VS en Europa. Deelnemers waren zowel vertegenwoordigers van NGO's, universiteiten, consultancy-bureau's, internationale organisaties als Wereld Bank, UNFPA, WHO en UNICEF. Sprekers waren vertegenwoordigers van de internationale organisaties (vooral in de forums) en afkomstig uit de universitaire wereld (in roundtables en panels). Zij kwamen zowel uit Derde Wereld- als geïndustrialiseerde landen. Ook de politiek was vertegenwoordigd: de laatste dag kregen een vrouwelijk congreslid

uit de VS en de (eveneens vrouwelijke) minister van gezondheid uit Zweden het woord.

Een bont gezelschap dus, en een zeer grote verscheidenheid aan thema's. Hierbij moet opgemerkt worden, dat alle aspecten van vrouwen en gezondheid - van macro-economische tot lokale, van sociaal-economische, juridische, culturele tot medische, aan bod kwamen. De drie dagen hadden respectievelijk als thema:

- Status and Determinants of Women's Health
- Addressing Women's Health Needs
- Improving Women's Health - The Action Agenda

Voor het congres was een uitstekend Background paper geschreven door Jill Gay en Tamara Underwood met als titel *Women in danger: A call for action*, waarin al deze aspecten, en de samenhang er tussen, belicht werden.

Iedere dag waren over de thema's plenaire sessies, forum discussies, panels en roundtables met voornamelijk resultaten van wetenschappelijk onderzoek, poster sessions en verder nog auxiliary sessions en workshops over specifieke onderwerpen. Op de 'exhibition' was gelegenheid om informatie in te winnen over activiteiten van een veelheid aan Amerikaanse organisaties op het gebied van gezondheidszorg in de Derde Wereld, van universiteiten tot family-planningorganisaties, Peace Corps en USAID.

Uiteraard was het onmogelijk, alle sessies bij te wonen. Voor zo ver ik dat heb kunnen doen, vond ik de kwaliteit van de forum discussies wisselen van zeer goed tot zeer slecht. De kwaliteit van vertegenwoordigers van internationale organisaties wisselt, er zijn mensen met duidelijke veldervaring en mensen die door relaties in dergelijke posities terecht zijn gekomen. Het verschil was te merken. Opvallend in dit congres was wel - voor een congres over gezondheid - dat sprekers een duidelijk verband wisten te leggen tussen sociaal-economische factoren, de status van vrouwen, culturele factoren en gezondheid. Moedersterfte en veilig moederschap waren steeds terugkomende thema's, met alle daar mee te maken hebbende subthema's: armoede, voeding, toegang tot gezondheidsdiensten, family planning, TBA training, enzovoort. De rol van vroedvrouwen, en het belang van verwijsmogelijkheden voor gecompliceerde bevallingen werd met name door de WHO-vertegenwoordigster beklemtoond. Moedersterfte, tot recent een weinig besproken en nauwelijks gekwantificeerd probleem, gaat namelijk niet, zoals zuigelingensterfte, naar beneden met verbetering van sociaal-economische factoren alleen. Moedersterfte, en de distributie ervan wereldwijd, is wel een maat voor de ongelijkheid in de wereld, en een indicator voor een nog nauwelijks bekende hoeveelheid aan moederlijke morbiditeit.

Over het algemeen was het niveau van de wetenschappelijk georiënteerde roundtables en panels hoog. Er waren dan ook wetenschappers en instituten van naam vertegenwoordigd. Dit kan gezien worden als een uiting van het belang dat in de VS aan internationale ervaring, ook op het gebied van gezondheid, wordt toegekend. Medische faculteiten die zichzelf respecteren hebben in de VS een afdeling International Health, en internationale ervaring is goed voor carrièrevorming. Hiervan zou Nederland mijns inziens iets kunnen leren. Wat ook opviel was, dat het hier in

het algemeen geen wetenschappelijke hoogstandjes betrof, maar praktisch, operationeel onderzoek, gericht op de praktijk.

Bij alle workshops, roundtables, forums en panels waren rapporteurs aanwezig, die aan het eind van het congres een action agenda opstelden, waarin op het gebied van vrouwen en gezondheid de volgende punten naar voren kwamen:

- 'verandering van attitudes': stellen van prioriteiten t.b.v. vrouwen, verbetering van de juridische en sociaal-economische status van vrouwen, de rol van NGO's, vrouwenorganisaties, gezondheidswerkers en leiders
- 'luisteren naar vrouwen': organiseren van activiteiten *met* in plaats van voor vrouwen
- 'moedersterfte': de noodzaak voor adequate gezondheidsdiensten. Ook mortaliteit van vrouwen door andere dan aan zwangerschap gerelateerde oorzaken, zoals belasting ten gevolge van werk, AIDS, geweld
- 'abortus': om de 200.000 jaarlijkse doden ten gevolge van clandestiene abortus te voorkomen: toegang tot veilige family planning en abortusservices
- 'morbiditeit van vrouwen': onderzoek naar ziektepatronen specifiek bij vrouwen, zowel gerelateerd aan hun reproductieve als hun sociaal-economische functies, en speciaal met aandacht voor de beleving door vrouwen
- 'infectie': voorkomen en genezen van genitale infecties en AIDS, infecties veroorzaakt door abortus, onsteriele family planning praktijken en besnijdenis. Verder onderzoek naar oorzaken en prevalentie van andere infectieziekten bij vrouwen
- 'voeding': verbetering van voedingstoestand.

Tenslotte werden thema's als 'family planning, access to care, quality of care', de reeds genoemde 'violence and mental health' en 'policy, law, advocacy', nog specifiek uitgewerkt in de actieagenda.

Al met al een ambitieuze agenda, die echter niet ingaat op de *oorzaken* van de ongelijkheid in de wereld. Wel worden de gevolgen van de economische crisis en de structurele aanpassingsbeleidsprogramma's genoemd, de actieagenda noemt geen maatregelen om deze 'policies' te stoppen of te veranderen. Daarvoor ligt dit onderwerp misschien op een Amerikaans congres te gevoelig.

Het wachten is bovendien op de NCIH, en alle daarmee geaffilieerde organisaties, om de agenda om te zetten in daden.

Kopieën van het background paper en de (draft) actieagenda zijn te verkrijgen bij: Elly Engelkes, Interhealth, Makelaarstraat 26, 1315 JK Almere-Stad.

Family planning, verslag van een studiedag voor medisch studenten

Op 17 april 1991 organiseerde de studentenorganisatie NeMSIC (Netherlands Medical Students International, een onderafdeling van de International Federation

of Medical Students Associations) een studiedag over family planning. Het ochtendprogramma bestond uit de vertoning van een video en een lezing van Arthur Erken van de 'Stichting Wereld en Bevolking'. 's Middags leidden vertegenwoordigers van diverse organisaties workshops. Terwijl 's morgens gesuggereerd werd, dat er een direct verband bestaat tussen family planning en overbevolking, werden in de workshops kritische kanttekeningen bij dit standpunt geplaatst. De DGIS-vertegenwoordigster Fienke van der Veen bijvoorbeeld sprak over de 'kort-door-de-bocht' benadering. Opvallend was dat slechts 4 van de 60 deelnemende studenten mannen waren.

De eerste beelden uit de video *Moeder Aarde* lieten een overvolle kraamkliniek in Sao Paulo zien. Hiermee was de toon gezet: als de bevolking in de Derde Wereld zo doorgroeit, gaat het niet goed met onze wereld. Aan de hand van voorbeelden uit Brazilië, Indonesië en Zimbabwe werd gewezen op factoren die acceptatie van family planning belemmeren. Aan de orde kwamen de slechte bereikbaarheid van de gezondheidszorg, de onwetendheid van de doelgroep, de conservatieve moraal van heersende godsdiensten, vooroordelen ten aanzien van family planning, en het nut van kinderen als ouderdomsvoorziening. De documentaire-makers stonden niet helemaal onkritisch tegenover family planning. Zij leken bijvoorbeeld hun bedenkingen te hebben bij de grote sociale druk die in Indonesië bestaat om aan geboortenbeperking te doen. De video liet echter bij ons toch de indruk achter, dat het goed is dat steeds meer landen bereid zijn iets aan geboortenregeling te doen, omdat zo hun toekomst veilig gesteld kan worden.

Arthur Erken begon zijn lezing met de stelling dat ieder mens het recht moet hebben om geïnformeerd te worden over family planning en om uit vrije wil daarvoor te kiezen. Na een alarmerende prognose over de toename van de wereldbevolking behandelde hij systematisch de oorzaken van deze toename: armoede, gebrekkige gezondheidszorg, de slechte maatschappelijke positie van vrouwen, slecht onderwijs aan vrouwen en religieuze factoren. De huidige bevolkingsgroei heeft alarmerende gevolgen op macro-niveau, zoals een stagnatie van de sociaal-economische ontwikkeling, een verergering van de milieuproblematiek, en het ontstaan van een voedselcrisis. Er is dan ook reden tot bezorgdheid; de groei moet worden afgeremd. Dit standpunt is echter nog niet wijdverbreid. Men houdt krampachtig vast aan de leuze "ontwikkeling is de beste pil". Erken daarentegen is van mening dat het besef moet ontstaan dat bevolkingsprogramma's ook succes kunnen hebben zonder dat er sprake is van sociaal-economische ontwikkeling. Hij benadrukte dat het in het belang van de gehele wereld is om de neerwaartse spiraal van armoede en overbevolking op zoveel mogelijk plaatsen te doorbreken. Family planning is daartoe een goed middel. Het leidt namelijk tot:

1. het afremmen van de bevolkingsgroei
2. het verbeteren van de gezondheid van vrouwen en kinderen (de sterfte door complicaties bij zwangerschap en bevalling zouden door family planning met 25-40 % worden teruggedrongen)
3. het bevorderen van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen ten aanzien van hun voortplanting.

Erkens opvatting over family planning was duidelijk: het is een zegen voor de mensheid.

De middagworkshop van de 'Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking' (WEMOS), geleid door Hermien Boschman en Karin Fijn van Draat, had 'voorlichting' als thema. Centraal stond dat vrouwen zelf moeten kunnen beslissen of ze anticonceptiemiddelen willen gebruiken en moeten kunnen kiezen tussen de beschikbare middelen. Naar aanleiding van projectvoorbeelden werd de vraag bediscussieerd hoe ver je mag gaan in het overtuigen van mensen dat een bepaalde handelwijze voor hun eigen bestwil is. Ook kwamen de interculturele communicatieproblemen die zich bij voorlichting voordoen aan de orde.

De workshop over 'overheidsbeleid' werd voorgezeten door Fienke van der Veen, werkzaam voor het onlangs bij DGIS ingestelde 'Speerpunt Vrouwen en Ontwikkeling'. Zij ging in op het soort bevolkingsreguleringsactiviteiten dat door de Nederlandse overheid gesteund wordt. De overheid gaat uit van een brede visie op bevolkingsprogramma's. Family planning is slechts één van de vele onderdelen van deze programma's. Positieve verbetering van vrouwen is een centraal uitgangspunt in het beleid. De discussie verlegde zich allengs van het onderwerp family planning naar de werkzaamheden van het genoemde speerpunt.

G. Dutting van 'Womens's Global Network on Reproductive Rights' (WGNRR) leidde de workshop over 'ethiek' in. Zij vertelde over de coördinerende activiteiten van het netwerk voor actiegroepen uit de hele wereld. Aan de hand van casussen sprak men onder meer over de vraag of family planning door artsen gestimuleerd mag worden wanneer bekend is dat de beschikbare middelen niet veilig zijn, terwijl vrouwen zelf wel om anticonceptie vragen.

Ter afsluiting werd een plenaire discussie gehouden. Helaas kwam het verschil in uitgangspunten tussen de vertegenwoordigde organisaties niet goed naar voren. Volgens ons is er een duidelijk verschil tussen het uitgangspunt van de 'Stichting Wereld en Bevolking' dat er iets aan de snel groeiende wereldbevolking gedaan moet worden, en het uitgangspunt van WEMOS en WGNRR dat het zelfbeschikingsrecht van vrouwen ten aanzien van hun vruchtbaarheid voorop dient te staan.

Voor geneeskunde-studenten was deze dag een goede gelegenheid zich te verdiepen in een onderwerp waar maar al te vaak generaliserend over gesproken wordt.

Karin Fijn van Draat
Peter Ventevogel

Vrouwen en gezondheid in Vietnam

Informatie over de gezondheidstoestand van vrouwen in Vietnam is moeilijk te verkrijgen en vaak onvolledig. Gegevens zijn tot nu toe afkomstig uit volkstellingen en onderzoeken die niet specifiek gericht waren op problemen van vrouwen. Het beeld dat uit de beschikbare gegevens naar voren komt toont echter aan dat de gezondheidssituatie van vrouwen in Vietnam veel te wensen over laat.

Om aan het Ministerie van Gezondheid voorstellen voor wijzigingen in het beleid te kunnen doen die de gezondheid van vrouwen verbeteren en beschermen, heeft de Vietnamese Vrouwen Unie het initiatief genomen tot een onderzoek naar vrouwen en gezondheid. De Unie werkt hierin samen met het Ministerie van Gezondheidszorg, het Nationale Instituut voor Voeding en het Departement voor Statistiek. Het onderzoek is niet alleen bedoeld om informatie te krijgen over de gezondheidssituatie van vrouwen, maar ook over hun denken en handelen met betrekking tot het zorgen voor en streven naar gezondheid voor henzelf en hun gezin.

Het proefonderzoek, dat hopelijk in de toekomst tot een volledig onderzoek zal leiden, bestond uit vraaggesprekken met 1750 vrouwen in de maanden mei, juni en juli 1991. De onderzoekspopulatie is afkomstig uit vier rurale gebieden (deltagebied in het Noorden en Zuiden en berg- en kuststreek) en uit een stedelijk gebied. Dit onderzoek werd gefinancierd door het Medisch Comité Nederland-Vietnam.

De vraaggesprekken werden gevoerd aan de hand van een vragenlijst die bestond uit twee delen. In het eerste deel werd informatie gevraagd over de gezondheids-toestand van de vrouw, reproductie, opleidingsniveau en economische situatie. In het tweede deel werd ondermeer gevraagd naar de manier waarop de vrouw informatie over gezondheid en gezondheidszorg verkreeg, de situatie in het huishouden ten aanzien van hygiëne en watergebruik, sociale activiteiten van de vrouw en haar mening over haar eigen positie in de familie en in de samenleving.

De resultaten zullen, na analyse, in januari 1992 in Hanoi worden gepresenteerd op het internationale symposium 'Woman and Health', dat de Vrouwen Unie organiseert in samenwerking met het Koninklijk Instituut voor de Tropen.

Voorlopige resultaten vertonen te verwachten verschillen tussen vrouwen van het platteland en die uit de stad ten aanzien van kennis over gezondheidsbevordering en toepassing van hygiëne, et cetera. Parallel daaraan zijn grote verschillen in de gezondheidstoestand van de vrouwen te zien. Verwacht wordt dat de uitkomsten van het onderzoek een basis zullen verschaffen voor niet alleen verder onderzoek, maar ook voor initiatieven zoals ondermeer gezondheidsvoorlichting, gedeeltelijk door de Vrouwen Unie uit te voeren, die de situatie voor de minst bevoorrechte vrouwen kunnen verbeteren.

Joke Huurman,
Medisch Comité Nederland-Vietnam.

WHO Special programme of research, development and research training in human reproduction

The Task Force for Social Science Research on Reproductive Health which operates within the above mentioned programme supports social science research in developing countries. The Task Force is primarily interested in research that aims to understand the cultural and social determinants of sexual behaviour. It encourages small-scale or exploratory studies of sexual behaviour rather than large-scale sur-

veys or national studies. Moreover, in addition to studies of groups identified as being at a high risk for, e.g., unwanted pregnancy and/or disease, investigators are invited to consider also studies of communities or subgroups that may or may not manifest high-risk behaviours.

Among the topics that the Task Force has identified as possible research areas are the following: sexual behaviour of adolescents, sexual behaviour in marriage and nonformal unions, sexual behaviour and gender power relations, sexual practice and contraceptive choice, changes in sexual behaviour in response to increased risk awareness. Other areas of research that are funded include: causes and consequences of induced abortion, social dimensions of maternal health, breast-feeding and birth spacing.

The activities of the Task Force are geared towards responding to research proposals from scientists in developing countries. The researchers are encouraged to develop protocols suitable in their local context to address research issues identified by the Task Force research initiative. However, initiatives that do not fall under the research lines, but which are relevant to improvement of reproductive health, are also welcome.

Proposals are reviewed by the Steering Committee twice a year. A copy of the Guidelines for Research Proposals, which contains the necessary forms and instructions can be obtained from:

Manager Task Force for Social Science Research on Reproductive Health, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland. Fax: (41-22) 788-182.

Tentoonstelling iBasta! - vrouwen tegen geweld

“Ontkenning van gelijke rechten voor vrouwen is de meest systematische, wijdverspreide en diepgewortelde schending van mensenrechten.” Deze krachtige uitspraak van UNESCO dateert uit 1980. Veel vormen van geweld waaraan vrouwen in het dagelijks leven blootstaan, worden niet erkend als schending van mensenrechten. Voor Humanistisch Overleg Mensenrechten (HOM) aanleiding om in 1991-1993 een aantal vormen van geweld tegen vrouwen aan de kaak te stellen.

Samen met andere organisaties en personen wil HOM zoeken naar manieren om te bereiken dat geweld tegen vrouwen als een schending van mensenrechten een plaats krijgt in het uitvoerende beleid van overheden en ontwikkelings- en mensenrechtenorganisaties. Onder meer het Verdrag voor de Uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen Vrouwen (CEDAW), ofwel het VN-Vrouwenverdrag, biedt hiervoor aangrijpingspunten. In 1991 is dit verdrag tien jaar in werking, maar het ontbreekt aan instrumenten die naleving ervan kunnen afdwingen.

HOM maakt het probleem ‘geweld tegen vrouwen’ zichtbaar door middel van een tentoonstelling voor een breed publiek. Deze biedt aanknopingspunten voor verdere verdieping in het thema en voor concrete acties. De tentoonstelling ‘iBAS-

TA! - vrouwen tegen geweld' wordt in december 1991 geopend en reist vanaf begin 1992 gedurende twee jaar langs bibliotheken.

Enkele vrouwenorganisaties uit Peru en Nederland laten zien hoe zij zich verweeren tegen (seksueel) geweld. De tentoonstelling wil hiermee onder meer het heersende beeld doorbreken dat vrouwen in het Zuiden uitsluitend kwetsbare slachtoffers zijn. Integendeel! In Peru bestaan diverse vrouwenorganisaties die op verschillende manieren vrouwen steunen die slachtoffer zijn geworden van geweld, en vrouwen mobiliseren in demonstraties en campagnes voor gelijke rechten. Vrouwen kunnen cursussen volgen waarin ze leren gebruik te maken van hun rechten. Een andere organisatie verzorgt radioprogramma's waarin het geweld aan de kaak wordt gesteld waarmee vrouwen in het dagelijks leven worden geconfronteerd. Vrouwen wordt onderdak geboden in een opvanghuis, of krijgen steun bij het aanspannen van een rechtszaak.

Bovendien betrekken de organisaties een brede groep vrouwen bij de strijd tegen seksegericht geweld via campagnes. Die zijn bijvoorbeeld gericht op verandering van de beeldvorming over vrouwen of op het eisen van wetswijzigingen. Zo werd door vrouwen in de hoofdstad Lima actie gevoerd tegen de handtastelijkheden waaraan ze blootstaan in de altijd overvolle bussen.

Door het tonen van vergelijkbare activiteiten van vrouwen in Nederland, wordt in de tentoonstelling een koppeling gelegd tussen Noord en Zuid. Affiches, foto's, educatie- en audio-visueel materiaal laten de verschillen en overeenkomsten zien in de achtergronden en uitingsvormen van geweld, en de wijze waarop vrouwen zich hiertegen verweren. Een basis voor solidariteit tussen vrouwen in Nederland en Peru.

Belangstellenden kunnen voor meer informatie terecht bij Ellen Verwiel of Winde Evenhuis. Ze zijn bereikbaar bij: HOM, postbus 114, AC Utrecht, tel. 030-318145, of thuis: Ellen Verwiel 020-6252942, Winde Evenhuis 020 - 6993012.

Een nieuw aandachtsgebied bij VENA

VENA, het onderzoeks- en documentatiecentrum Vrouwen en Autonomie van de Rijks Universiteit Leiden, heeft haar activiteiten uitgebreid. Dr. Fenneke Reysoo is per 1 september 1991 aangesteld om zich te gaan bezighouden met het thema 'vrouwen, gezondheid en bevolkingsvraagstukken'.

Reysoo studeerde culturele antropologie en sociale geografie aan de Universiteit van Neuchâtel (Zwitserland) en 'Integrated Survey' aan het Internationaal Instituut voor Luchtkartering en Aardkunde te Enschede. Van 1982 tot 1989 was zij wetenschappelijk medewerkster aan de Katholieke Universiteit Nijmegen, waar zij in 1988 promoveerde op het proefschrift *Des moussems du Maroc: une approche anthropologique de fêtes patronales*¹. Zij verrichtte onderzoek in Zwitserland, Frankrijk, Sri Lanka en Marokko. De laatste jaren hield zij zich bezig met vrouwen in de Arabische wereld en traditionele geneeswijzen.

De functie die Reysoo gaat vervullen is gericht op het opzetten en organiseren van onderzoeksprojecten en projecten gericht op ondersteuning van onderzoek van onderzoeksinstituten en groepen in ontwikkelingslanden op het gebied van gezondheid, bevolkingsvraagstukken vanuit feministisch-antropologische perspectief. Dit perspectief is gericht op het verkrijgen van inzichten in de behoeften en leefomstandigheden van vrouwen zelf. Het doel dat nagestreefd wordt is het verzamelen en verspreiden van kennis en ervaringen met betrekking tot machtsongelijkheid tussen de seksen teneinde machtsvorming en autonomie van vrouwen te vergroten.

Naast identificatie van relevante onderzoeksvragen zal Reysoo zich bezighouden met het opbouwen en onderhouden van contacten met organisaties, netwerken en onderzoekers in en buiten Nederland die zich op genoemd terrein bezighouden, het leggen van contacten en eventueel aangaan van samenwerkingsverbanden met potentiële partnerorganisaties voor samenwerking bij de uitvoering van onderzoek.

Niet alleen zal aangesloten worden bij de gangbare thema's op het terrein van vrouwen, gezondheid en bevolkingsvraagstukken, maar ook zal de aandacht zich richten op thema's die tot nu toe weinig of geen belangstelling hebben gehad. Bijvoorbeeld gezondheidsproblemen van oudere vrouwen, aan werk gerelateerde gezondheidsproblemen, voorlichting over gezondheid van lichaam, gemeenschap en milieu, vrouwen en geweld, en vrouwen en AIDS.

Noot

1. Een herziene versie van dit proefschrift is recentelijk uitgebracht onder de titel *Pèlerinages au Maroc. Fête, politique et échange dans l'islam populaire*. Neuchâtel: Institut d'ethnologie, Parijs: La Maison des sciences de l'homme, 1991.

Artsen zonder grenzen - België

'Artsen zonder grenzen' in België organiseert een cursus 'Planification de programmes de Santé Maternelle et Infantile' te Brussel (taal: Frans) van 28 september tot 7 oktober 1992. Uiterste inschrijvingsdatum is 17 augustus 1992. Inlichtingen bij Delphine Tollet, tel. (2)425 0300, 24 Deschamphelerstraat, 1080 Brussel.

Medische antropologie algemeen

Conferentie Mental Health and Multicultural Societies in the Europe of the Nineties

Van 15 september tot en met 18 september 1991 werd in Rotterdam een internationale conferentie over geestelijke gezondheidszorg en multiculturele samenlevingen in het Europa van de jaren negentig gehouden. Deze conferentie werd georgani-

seerd door de WHO (regionale sectie voor Europa), de Stichting Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg (het adviesorgaan voor geestelijke gezondheidszorg in Rotterdam), RIAGG Rijnmond Noord West, RIAGG Rotterdam Zuid en Bavo. Dertien *key note* sprekers en 62 andere sprekers, betrokken bij geestelijke gezondheidszorg voor migranten en vluchtelingen, presenteerden hun werk. Ongeveer 230 mensen uit vijftien verschillende landen namen deel.

De doelstellingen van deze conferentie waren:

- het geven van een algemeen overzicht van de factoren die de geestelijke gezondheid van migranten in gevaar brengen;
- het bieden van een overzicht van de gezondheidszorgvoorzieningen in Europa, specifiek gericht op migranten;
- het tot stand brengen van een uitwisseling tussen mensen uit de geestelijke gezondheidszorg, representanten van migrantengroepen en politici, teneinde de ongelijkheid in geestelijke gezondheid en gezondheidszorg met betrekking tot migranten in Europa te elimineren;
- het tot stand brengen van een permanent internationaal platform, dat de aandacht van de Europese gemeenschap, nationale overheden en lokale gezondheidsdiensten op de problemen van geestelijke gezondheid van de migranten vestigt om tot een adequaat beleid op dit gebied te komen.

Voortkomend uit deze doelstellingen werd aan drie punten speciale aandacht besteed: het internationale geestelijke gezondheidsbeleid, interculturele geestelijke gezondheidszorg en diagnose, en behandeling en begeleiding van migrantengroepen.

Sinds de Tweede Wereldoorlog is in Europa een constante stroom van politieke vluchtelingen, arbeidsmigrant en migranten uit voormalige koloniën op gang gekomen. Migratie is een permanent verschijnsel geworden. Bovendien is het te verwachten dat het aantal migranten, vluchtelingen en asielzoekers in de komende jaren zal toenemen door het open gaan van de Europese grenzen en door politieke ontwikkelingen elders in de wereld. Europa krijgt daardoor steeds meer het karakter van een multi-culturele samenleving. In samenhang hiermee kunnen door socio-economische, culturele en migratoire factoren gezondheidsproblemen ontstaan voor grote groepen migranten en vluchtelingen. Het is te verwachten dat zij in toenemende mate een beroep zullen doen op gezondheidsinstellingen. Gelijktijdig bestaan er binnen de zorg problemen bij de opvang van deze groepen. Gezondheidswerkers zijn er zich van bewust geworden dat de hulpverlening voor deze groep achtergebleven is door de specifieke aard van de problemen, ondanks alle substantiële inspanningen tot nu toe om de gezondheidszorg in dezen te verbeteren. Hoofddoel van de WHO is dan ook om de verschillen in gezondheid tussen groepen mensen binnen landen te verminderen door het gezondheidsniveau van achtergestelde groepen te verbeteren. De belangrijke drempels voor het bereiken van dit doel liggen, dit was de algehele mening tijdens het congres, in het hulpverleningsproces.

De effecten van migratie op de geestelijke gezondheid van migranten zijn verstrekkend. Het is uitvoerig gedocumenteerd dat migranten kwetsbaarder zijn voor bepaalde vormen van psychische problematiek dan anderen. Het hogere aantal gevallen van psychiatrische problemen onder migranten is te wijten aan de stress die migratie met zich meebrengt, de culturele veranderingen, raciale vooroordelen en andere psychosociale problemen (hoewel deze factoren niet hoeven te leiden tot geestesziekte die in aanmerking komt voor behandeling). Voor vluchtelingen spelen daarbij dikwijls de traumatische ervaringen, opgedaan in het land van herkomst, een rol.

Gebleken is dat ondanks de grote problemen die migranten en vluchtelingen hebben, zij de weg naar de gezondheidsorganisaties en hulpverlening niet goed weten te vinden. In het bijzonder de eerste generatie migranten heeft moeilijkheden met het zoeken van hulp bij psychische problemen. Dit heeft ertoe geleid dat men in diverse landen, waaronder Nederland, Frankrijk en Engeland, speciale afdelingen van de ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft opgezet, die in samenwerking met bijvoorbeeld huisartsen en overkoepelende organisaties een laagdrempelige voorziening willen bieden. De meeste projecten op dit gebied zijn echter lokaal van opzet, in de meeste gevallen gebonden aan grootstedelijke gebieden, zoals Londen, Parijs, Rotterdam, Den Haag en Amsterdam. Vaak hebben de reguliere instanties niet de mogelijkheden om mensen met specifieke problemen op te vangen. Er bestaat dan ook behoefte aan meer nationale en internationale samenwerking. Een voorbeeld van nationale samenwerking is het Centrum Gezondheidszorg voor Vluchtelingen in Rijswijk, dat specifieke informatie en kennis aan hulpverleningsinstanties verschaft.

Wil men echter laagdrempelige voorzieningen bieden, dan zal er meer dienen te worden gedaan aan deskundigheidsbevordering. Een probleem voor de hulpverlening is namelijk het gebrek aan kennis van de factoren die leiden tot de psychische problematiek van migranten en vluchtelingen. Volgens Yahyaoui (Frankrijk) is er gebrek aan inzicht in de psychologische processen die aan de maatschappelijke integratie van immigranten in het Europa van de jaren negentig ten grondslag liggen. Deze processen worden verstoord door paradoxen in de verhoudingen die ouders met het land van herkomst hebben, in de verhoudingen tussen ouders en kinderen, en in die tussen families en het land van ontvangst. Volgens Van Willigen (Nederland) zijn de belangrijkste factoren die bij vluchtelingen tot problemen leiden, naast traumatische ervaringen, de cultuurverschillen, het gebrek aan een sociaal netwerk, de geringe arbeidsmogelijkheden en de afnemende gastvrijheid van het ontvangende land. Er wordt dan ook voor gepleit dat hulpverleningsinstanties meer gebruik maken van de expertise die in meer gespecialiseerde organisaties door onderzoek is opgedaan.

Tijdens de conferentie werd gesteld dat de reguliere geestelijke gezondheidszorg nog niet in staat is adequate hulp te verlenen bij problemen van migranten (Leito, Majid, Fernando, Bennegadi). Dit is voor een deel te wijten aan organisatorische problemen, zoals het gebrek aan bepaalde diensten, maar op een ander niveau is het een gevolg van het ontbreken van goede kennis van de culturele achtergrond van de migranten (Bennegadi, Frankrijk), inadequate typologieën en diagnostisering (De Vries, Nederland), het inherente racisme van de psychiatrie (Fernando,

Engeland) en onvoldoende training (Majid, Engeland). Problemen voor wat betreft culturele kennis of het ontbreken ervan zijn het gevolg van de veronderstelling dat psychische stoornissen universeel zijn en het dus niet noodzakelijk is een uitgebreide culturele kennis over migranten te bezitten. Gelukkig is men er zich van bewust geworden, mijns inziens mede dankzij de antropologie, dat dit idee geen stand kan houden. Het gebruik dat van linguïstische en culturele kennis gemaakt wordt, is echter nog vaak 'exotisch' en exemplarisch. Culturele kennis is complex en houdt behalve kennis van de cultuur in het land van herkomst ook in dat de hulpverlener oog heeft voor communicatieverschillen, opvattingen, waardensystemen en volkspraktijken van diverse subgroepen van migranten hier, de rol van de opvoeding, socio-economische aspecten, et cetera. Migranten zijn verwickeld in een persoonlijk proces van aanpassing aan hun nieuwe situatie, en de ervaringen die zij daarin opdoen blijven vaak verborgen. Het gevaar bestaat dat psychiatrische zorg naar de cliënt toe isolerend werkt (De Vries, Nederland). Bestaande classificatie systemen en diagnoses zijn niet adequaat. Het verdient aanbeveling op verschillende niveaus te werken, zodat de cliënt als persoon en de context waarin hij leeft, c.q. geleefd heeft, centraal worden gesteld. Inschakeling van etnografen en gebruik van methoden als de focusgroep, 'snowball sampling', diepte-interviews, case studies en 'time sampling' leveren een analyse van meerdere niveaus.

Fernando (Engeland) constateert dat de psychiatrie toe is aan een essentiële verandering. Psychiatrie is altijd het voertuig geweest van een impliciet racisme. Etniciteit wordt veelal afgemeten aan huidskleur en men ziet bijvoorbeeld dat zwarte mensen vaker op gesloten afdelingen worden geplaatst dan witte, hogere doses medicijnen krijgen voorgeschreven, minder in aanmerking komen voor psychotherapie en frequenter de diagnose schizofrenie krijgen. Fernando pleit dan ook voor een herziening van het concept 'mental health' en stelt voor modellen en methoden uit Aziatische en Afrikaanse culturen toe te passen. Zijn opvattingen in dezen sluiten min of meer aan bij die van May (Nederland), die specialisatie in hulpverlening aan migranten ziet als het bevestigen van de mythe dat etniciteit het synoniem is van psychopathologie. Migrant-zijn, zo wordt gesteld, is geen klinisch syndroom.

Majid (Engeland) constateert dat de geestelijke gezondheid van migranten te weinig aandacht krijgt van de beleidsmakers en professionele hulpverleners. Velen zijn onvoldoende getraind om de migrantenproblemen te doorzien, met als resultaat dat een groot aantal patiënten verkeerd wordt gediagnostiseerd en een inadequate behandeling ontvangt. Majid pleit dan ook voor speciale trainingsprogramma's en de oprichting van speciale transculturele psychiatrische units in gebieden waar een hoge concentratie van migranten voorkomt. Een dergelijke aanpak bestaat reeds in Rotterdam, bij de RIAGG Rijnmond Noord West, waar gewerkt wordt met migrantenteams. Hierin werken mensen uit verschillende disciplines en van verschillende etnische achtergrond samen. Leito (Nederland) stelt in dit verband dat de mogelijkheid tot etnische identificatie van de hulpvrager met de hulpverlener aanwezig moet zijn.

De middagsessies van de conferentie bestonden uit symposia, waarin papers werden gepresenteerd van regionaal karakter. Hierin werd een idee gegeven van de actuele stand van zaken in bijvoorbeeld België, Nederland, Engeland, Frankrijk,

de Sovjet Unie, Duitsland en Griekenland. Daarnaast presenteerde men papers over specifieke onderwerpen als crossculturele competentie van hulpverleners, transculturele diagnose en interdisciplinaire samenwerking.

De doelstellingen van de conferentie zijn bereikt: na vier dagen had men een overzicht van de problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg voor migranten en de behandeling daarvan. Het is echter jammer dat de discussie op essentiële punten, die bijvoorbeeld door Fernando, De Vries en May naar voren werden gebracht, niet echt van de grond kwam. Naar mijn idee werden de drempels voor een adequate hulpverlening eenzijdig gelegd aan de zijde van de cultuur van de migranten. Het is zinvol om zich te bezinnen op de cultuur van de westerse psychiatrie, die de tendens vertoont te 'ver-medicaliseren' en reductionistisch te werk te gaan.

De tweede kanttekening die ik bij deze conferentie zou willen plaatsen heeft betrekking op het geringe aantal antropologen dat aanwezig was, alhoewel een aantal sprekers de interdisciplinaire samenwerking benadrukten. Een vluchtig onderzoek leerde dat slechts ongeveer tien procent van de aanwezigen zich antropoloog kon noemen. De meesten van hen waren zowel antropoloog als psychiater/psycholoog. Hoewel de antropologie in het verleden ertoe bijgedragen heeft dat bepaalde stereotypen over migranten en hun cultuur nog steeds vigeren, lijkt me dat deze discipline in het onderzoek naar migranten en geestelijke gezondheidszorg een belangrijke plaats kan innemen in samenwerking met wetenschapstakken als psychiatrie en psychologie.

Tot slot zou ik willen opmerken dat een al te grote nadruk op culturele verschillen van migranten met de allochtone bevolking en migranten onderling voorbij gaat aan 'de verborgen ervaringen met de nieuwe cultuur' (De Vries) en aan datgene wat universeel is in het menselijk bestaan: verlies, deprivatie, onderdrukking, pijn, angst. Ervaringen met dit lijden worden opgebouwd uit culturele betekenisystemen en individuele idiosyncrasie (Kleinman & Kleinman 1991). Het zijn deze ervaringen die ook in het onderzoek en de hulpverlening centraal zouden moeten staan.

Literatuur

Kleinman, A. & J. Kleinman

- 1991 Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine & Psychiatry* 15 (3): 275-303.

Els van Dongen

Seminars 'Internationale Volksgezondheid en Geografische Geneeskunde'

Het Instituut Gezondheidszorg Ontwikkelingslanden van de Universiteit van Nijmegen organiseert de *Nijmeegse Seminars Internationale Volksgezondheid en Geografische Geneeskunde*. Elk seminar heeft een bepaald thema. De presentaties

dragen het karakter van een debat, dat wordt ingeleid door een speciaal aangezochte deskundige, waarna twee sprekers vanuit verschillende gezichtshoeken het thema belichten. Dit wordt gevolgd door discussie. Binnen het debat zal telkens gezocht worden naar het spanningsveld tussen nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen en de toepasbaarheid hiervan (gebruikswaarde) in ontwikkelingslanden enerzijds en anderzijds hoe bevindingen en ervaringen van mensen uit het veld (gebruikers) richting kunnen geven aan (verder) wetenschappelijk onderzoek.

De seminars bieden een platform aan werkers en onderzoekers op het gebied van internationale gezondheidszorg en geografische geneeskunde. Met name tropenartsen worden uitgenodigd hun veldervaringen te toetsen aan recente ontwikkelingen. Medewerkers van Nederlandse instituten die zich bezig houden met dergelijk onderzoek worden uitgenodigd hun bevindingen te presenteren aan hen die werkzaam zijn in hetzelfde veld.

Het eerste seminar vond plaats op 30 oktober 1991. Na januari zullen de seminars elke tweede donderdag van de maand, telkens van 17.00-19.00 uur, worden gehouden in Kasteel Heyendaal, Geert Grooteplein N 9 op de campus van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Na afloop bestaat de gelegenheid tot het nuttigen van een broodje, kopje koffie of glaasje als sundowner. Het voorlopige programma ziet er als volgt uit:

- 13 februari 1992: *Stedelijke gezondheidszorg in ontwikkeling*
- 12 maart 1992: *Cytokines bij infecties in de tropen*
- 9 april 1992: *AIDS in Afrika*
- 14 mei 1992: *Voeding en infectie*
- 11 juni 1992: *Malaria, transmissie en controle.*

Verdere informatie: tel.: 080 - 616 980.

International Conference on Social and Cultural Aspects of Pharmaceuticals

Van 17 tot 21 oktober werd in het Conferentiecentrum Woudschoten in Zeist de eerste internationale conferentie over 'Social and Cultural Aspects of Pharmaceuticals' gehouden. De conferentie was georganiseerd door de Sectie Medische Antropologie van de Universiteit van Amsterdam, het Institute for Anthropology van de Universiteit van Kopenhagen en het Department of International Health Care Research (IHCAR) van het Karolinska Instituut in Stockholm, in nauwe samenwerking met het Drug Action Programme van de WHO in Genève en het International Network for Rational Use of Drugs (INRUD) in Boston.

Het belangrijkste doel van de conferentie was interdisciplinair onderzoek en debat te stimuleren over de distributie, het gebruik en de betekenis van geneesmiddelen, in het bijzonder in ontwikkelingslanden. De deelnemers aan de conferentie presenteerden papers over sociale en culturele aspecten van medicijngebruik en bespraken methodologische en analytische problemen van onderzoek op dit terrein. Speciale aandacht werd gewijd aan de koppeling van wetenschappelijk onderzoek aan de praktijk van beleid en gezondheidszorg.

Ruim 65 sociaal-culturele, biomedische en farmacologische wetenschappers uit 25 verschillende landen in Europa, de beide Amerika's, Afrika en Azië namen deel, allen op uitnodiging. In drie parallel-sessies verspreid over drie dagen werden 45 papers besproken. De eerste dag was gewijd aan 'The distribution, prescription and use of medicines' en de tweede aan 'The conception and symbolism of medicines'. Het thema van de derde dag was 'From research to practice: essential drugs policy and rational use of medicines'.

Directe resultaten van de conferentie zijn onder meer een versterking van het sociaal-culturele perspectief in lopend en toekomstig beleidsgericht onderzoek naar geneesmiddelen in de derde wereld en de stichting van een informeel en interdisciplinair netwerk van onderzoekers op genoemd terrein. De beste bijdragen aan de conferentie zullen op korte termijn worden gepubliceerd in een boek en in een themanummer van een internationaal tijdschrift. Het ligt in de bedoeling over drie jaar een vervolg-conferentie te organiseren.

De conferentie werd gefinancierd door DANIDA, SAREC, WHO, KNAW en DGIS.