

Medische antropologie algemeen

Jarl Chabot & Pieter Streefland (red), *Les Soins de Santé Primaires – Experiences depuis Alma Ata*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1990. 207 pp. Prijs: f. 39,50.

Pieter Streefland and Jarl Chabot (eds), *Implementing Primary Health Care – Experiences since Alma Ata*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1990. 160 pp. Prijs: 39,50.

Sinds de Alma Ata conferentie in 1978 zijn in een groot aantal landen Primary Health Care (PHC) programma's ontwikkeld. Tijdens het uitvoeren ervan kwamen verschillende belangrijke kwesties naar voren. De schrijvers noemen de verhouding tussen basisgezondheidsdiensten en dorpsgezondheidswerkers, de keuze tussen meer 'selective' en meer 'comprehensive' PHC en de rol van donororganisaties. Tien jaar na Alma Ata werd op het Koninklijk Instituut voor de Tropen een seminar gehouden om hierover na te denken. Beide publikaties bevatten een weergave van de voordrachten die op deze conferentie gehouden werden. In de eerste vijf hoofdstukken worden de politieke context van PHC, de verhouding tussen basisgezondheidsdiensten en dorpsgezondheidszorg, de opleiding van personeel en de financiering van de gezondheidszorg behandeld. In de Franse uitgave worden vervolgens case studies uit Franstalig Afrika en uit Guinée Bissau gepresenteerd. De Engelse editie bevat bijdragen uit Engelstalig Afrika, Bangladesh, India, Filippijnen en Colombia.

In het hoofdstuk over de politieke context beschrijven Rifkin en Walt de opkomst van het idee van de nieuwe economische orde in de jaren '60. De aandacht die tot dan toe gericht was op het vergroten van de industriële productie, verschoof naar het veilig stellen van basisbehoeften als voeding, huisvesting, gezondheidszorg en onderwijs. Wat betreft de gezondheidszorg resulteerde dit in de formulering van de vijf basisbeginselen van PHC: gelijkheid, preventie, aangepaste technologie, intersectorale samenwerking en gemeenschapsparticipatie. Echter, vanwege de oliecrisis werden de fondsen die nodig waren om een nieuwe strategie gebaseerd op deze beginselen uit te voeren, enorm beperkt. Mede hierdoor, maar ook door gebrek aan politieke wil, is het belangrijke principe van de gelijkheid te weinig in praktijk omgezet. Hierdoor hebben de andere principes meer aandacht gekregen binnen de PHC-programma's. Rifkin en Walt zijn van mening dat dit indirect heeft bijgedragen tot de verwezenlijking van de doelstelling van gelijkheid. Tien jaar PHC hebben volgens hen vier belangrijke lessen geleerd. PHC is afhankelijk van de context, hetgeen impliceert dat een lokale ervaring niet zomaar overgeplant kan worden. PHC is een proces, dat zich richt op de verbetering van de gezondheidszorg door een veelomvattende benadering. Dit maakt beschikbaar stellen van lange termijn-

fondsen nodig. PHC vereist goede kwaliteit van diensten en grote betrokkenheid van gezondheidswerkers. PHC dient tenslotte gebaseerd te zijn op dialoog en informatie. Hiertoe is wetenschappelijk, participatie- en actie-gericht onderzoek nodig.

De verhouding tussen basisgezondheidsdiensten en gezondheidszorg in de gemeenschap wordt door Van Balen belicht vanuit de diensten en door Streefland en Chabot vanuit de dorpsgezondheidswerkers. Van Balen illustreert met een voorbeeld uit Niger dat het gevaar bestaat dat PHC een verticaal programma naast de gezondheidsdiensten wordt. Vaak wordt te weinig rekening gehouden met de behoefte aan curatieve zorg en met de lokale gezondheidscultuur. Hij is van mening dat de diensten een minimum aan dienstverlening van goede kwaliteit, uitgevoerd door een polyvalent team, moeten garanderen. Pas daarna kan de aandacht gericht worden op andere activiteiten zoals gezondheidsvoorlichting.

In de bijdrage van Streefland en Chabot, die vooral gebaseerd is op ruraal Franstalig Afrika, wordt de positie van dorpsgezondheidswerkers en dorpsgezondheidscomités en het raakvlak tussen hen en de basisgezondheidsdiensten beschreven. De meeste werkers in deze diensten gaan er ten onrechte vanuit dat dorpen homogeen zijn. De sociale differentiatie en de implicaties hiervan voor bijvoorbeeld het kiezen van een comité worden over het hoofd gezien. Dorpsgezondheidswerkers worden vaak gezien als uitvoerders van taken die door de diensten bepaald worden. De activiteiten stapelen zich op met mogelijk een negatieve invloed op de kwaliteit. Deze ontwikkeling werd vooral veroorzaakt door gebrek aan ervaring in het werken met een dorpsgemeenschap. Daarnaast bestaat binnen het Ministerie van Gezondheidszorg vaak een voorkeur voor snelle grootschalige interventies. Visie en motivatie voor een flexibele implementatie van PHC ontbreken nogal eens. De schrijvers noemen een aantal voorwaarden voor een duurzame, op de gemeenschap gebaseerde gezondheidszorg van goede kwaliteit. Men dient rekening te houden met de sociaal-culturele context. Eventuele steun van buitenaf dient goed geanalyseerd te worden om latere afhankelijkheid ervan te voorkomen. Selectie, taakomschrijving en beloning van dorpsgezondheidswerkers dienen duidelijk gedefinieerd te worden. De verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen moeten vastgelegd worden en, zo nodig, steeds aangepast worden aan veranderende omstandigheden.

Abatt geeft in zijn bijdrage over de vorming van personeel aan dat in de afgelopen tien jaar zowel het aantal werkers alsook de diversificatie van hun opleiding zijn toegenomen. De nadruk kwam te liggen op lager opgeleid personeel met specifieke taken. Veel aandacht werd echter geschonken aan het behandelen van ziektes en te weinig aan het voorkomen ervan. Tevens was de onderwijsmethodologie in het begin ontoereikend en ontbrak goed lesmateriaal. Langzaam aan is hierin verbetering opgetreden. Een ander probleem is gebrek aan goede coördinatie tussen de verschillende opleidingen. Abatt noemt een aantal prioriteiten om verbetering in de situatie te brengen. Een hechte organisatie moet de coördinatie verbeteren. Scholing van opleiders dient meer aandacht te krijgen en een opleiding in de gezondheidszorg zou meer gewaardeerd moeten worden.

In haar bijdrage over de financiering van PHC beschrijft Gilson hoe door de economische crisis en de hierop volgende 'structural adjustment' politiek de begro-

ting voor de gezondheidszorg vaak kleiner werd. In landen als Costa Rica en Ghana werd een negatieve invloed op de gezondheid van met name jonge kinderen aangetoond. De bij de 'adjustment' behorende mechanismen om patiënten voor de zorg laten betalen kunnen een negatieve invloed op het beginsel van de gelijkheid hebben. Daarnaast heeft gebrek aan financiële deskundigheid, waardoor begrotingen vaak een kopie van voorgaande jaren worden, een ongunstige invloed op PHC. Gilson formuleert een aantal vereisten voor de ontwikkeling van een toekomstige financieringspolitiek. Het is van belang rekening te houden met bestaande mechanismen van financiering en criteria op te stellen voor nieuwe mogelijkheden. Het beginsel van gelijkheid dient duidelijk te worden gedefinieerd. De nieuwe mechanismen dienen gedurende ten minste vijf jaar gevolgd te worden om herhaling van fouten te voorkomen. Informatie hieromtrent dient gebundeld te worden en toegankelijk te zijn voor de gemeenschap, voor managers van programma's en voor politici.

In de case studies worden over het algemeen de uitgangspunten en de uitvoer van langer lopende projecten beschreven. Soms (Somalië, Mali) is er sprake van een systematische evaluatie. Opvallend is dat de Engelse editie meer succesverhalen bevat, terwijl in de Franse uitgave meer aandacht besteed wordt aan de onderzochte problemen. Het is natuurlijk moeilijk te beoordelen of dit een weergave van de werkelijkheid is of de instelling van de schrijvers weerspiegelt. Mogelijk speelt ook een rol dat in de Engelse uitgave vooral projecten van niet-gouvernementele organisaties worden beschreven en in de Franse uitgave vooral regeringsprojecten. In vrijwel alle bijdragen komt de gemeenschapsparticipatie aan de orde; vaak wordt gebrek eraan als probleem genoemd. In de studies uit Franstalige Afrikaanse landen wordt dit probleem gekoppeld aan het al dan niet functioneren van een dorpsgezondheidscomité. Soms (Bénin, Mali) worden mogelijkheden voor een beter functioneren voorgesteld. Een tweede probleem dat regelmatig vermeld wordt, en dat gerelateerd is aan het gebrek aan gemeenschapsparticipatie, is onenigheid en onduidelijkheid over de beloning van dorpsgezondheidswerkers. Als oplossing wordt het duidelijk definiëren van rechten en plichten van alle bij PHC betrokken partijen gesuggereerd. Een andere mogelijkheid is uitbreiding van het aantal dorpsgezondheidswerkers, waardoor hun werklast vermindert. In Bénin gaf dit goede resultaten. Vooral in de Franstalige uitgave wordt aandacht geschonken aan het belang van sociaal-culturele studies over de dorpen waar de projecten worden uitgevoerd. Een aantal keer worden resultaten hiervan beschreven en op deze manier wordt duidelijk dat principes van PHC niet altijd in overeenstemming zijn met de culturele waarden in een dorp (Bénin, Mali). Als voorbeeld worden de positie van de vrouw en de (on)evenredige vertegenwoordiging van alle lagen van de bevolking in de gezondheidscomités genoemd.

De financiering van de projecten wordt meestal slechts globaal beschreven. De bijdragen uit Zambia en Guinée Bissau vormen hierop een uitzondering: zij gaan uitsluitend over financiering. Voor Zambia wordt een model voor de kostenberekening van PHC in een provincie gepresenteerd. Deze kosten komen voor het overgrote deel ten laste van het formele systeem. Extrapolatie van de berekening naar nationaal niveau, maakt duidelijk dat het huidige budget voor de gezondheidszorg (voor een land als Zambia met 5% van het GNP zeker niet laag) niet toereikend

is om PHC overal in te voeren. Een mogelijke oplossing is het introduceren van door de gemeenschap gedragen financieringsmechanismen, gekoppeld aan een grotere efficiëntie van de bestaande diensten. In Guinee Bissau bestaat sinds jaren een prefinancieringssysteem van geneesmiddelen op dorpsniveau, dat gebaseerd is op een vrijwillige bijdrage per persoon. Het systeem is waardevol gebleken, maar wordt door de huidige economische verslechtering, met name door de moeilijkheden bij het omzetten van de bijdragen in harde valuta voor de aankoop van medicamenten, in gevaar gebracht.

De publikaties zijn door de veelheid en de verscheidenheid van informatie van groot belang, met name voor degenen die (gaan) werken binnen PHC projecten. Het is jammer dat de meeste in de inleiding en in de theoretische hoofdstukken naar voren gebrachte problemen niet op een systematische manier in de case studies worden behandeld. Alleen de verhouding tussen basisgezondheidsdiensten en dorpsgezondheidszorg wordt in de meeste case studies beschreven. Het spanningsveld tussen 'selective' en 'comprehensive' PHC komt hier en daar zijdelings aan de orde, maar de keuze voor bepaalde activiteiten wordt meestal niet verklaard. De rol van donororganisaties blijft vrijwel onbehandeld, ook al spelen zij bij bijna alle projecten een belangrijke rol bij de financiering. Door dit gebrek aan systematiek is het moeilijk om de artikelen met elkaar te vergelijken en aan te geven waarom het ene project meer succes heeft dan het andere.

Marijke Stegeman

Amanda le Grand & Peter Wondergem, *Herbal medicine and health promotion. A comparative study of herbal drugs in Primary Health Care*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1990. 80 pp.

Aan de hand van studies in Ghana en Thailand wordt nagegaan op welke wijze het gebruik van kruidengeneesmiddelen binnen Primary Health Care (PHC) te bevorderen is. Dit is van belang, omdat hierdoor de doelstelling 'gezondheidszorg voor iedereen' meer binnen bereik kan komen. Ook het irrationeel gebruik van westerse geneesmiddelen kan op deze manier verminderen. Vaak gaat men ervan uit dat het gebruik van kruiden aansluit bij een van de basisbeginselen van PHC, te weten het zelf beschikken over middelen om gezondheidsproblemen op te lossen ('self-reliance'). De schrijvers wijzen er echter op dat dit afhankelijk is van de manier waarop het gebruik ervan wordt bevorderd. Alleen een op de gemeenschap georiënteerde benadering vergroot volgens hen self-reliance.

In het eerste hoofdstuk behandelen Le Grand & Wondergem de context waarbinnen de studies werden uitgevoerd. Zij beschrijven de regeringspolitiek op het gebied van de gezondheidszorg, de rol van niet-gouvernementele organisaties (NGO's), kenmerken van het gezondheidszorgsysteem en de therapiekeuze van patiënten. De belangstelling van regeringswege voor PHC en voor traditionele geneeskunde is in beide landen, maar vooral in Ghana, teruggelopen. De twee landen kennen een officieel beleid betreffende essentiële geneesmiddelen. Echter,

de meeste van deze middelen worden op de vrije markt verkregen. Zowel in Thailand als in Ghana nemen NGO's een belangrijke plaats in binnen de gezondheidszorg. In Thailand bestaan organisaties die activiteiten op het gebied van kruiden combineren met activiteiten op het gebied van gemeenschapsontwikkeling. In Ghana daarentegen tonen NGO's weinig belangstelling voor traditionele geneeskunde. In beide landen behandelen patiënten verreweg de meeste ziekte-episodes zelf met kruiden, met westerse geneesmiddelen of met beide. Kruiden worden vooral gebruikt voor alledaagse problemen, voor specifieke 'kruidenkwalen', als tweede keus bij moeilijk te genezen ziektes en als complementaire behandeling in bijzondere gevallen, bijvoorbeeld mazelen. In het laatste geval geven westerse geneesmiddelen snelle verbetering en kruiden de 'echte genezing'. Informatie die in eventuele kruidencampagnes wordt gegeven dient aan te sluiten bij ervaringen uit het dagelijks leven. Ook smaak en uiterlijke vorm zijn belangrijk.

Het tweede hoofdstuk beschrijft twee benaderingswijzen om het gebruik van kruidengeneesmiddelen te stimuleren. Bij de klinisch georiënteerde benadering ligt de nadruk op laboratoriumonderzoek naar de effectiviteit en de veiligheid van kruiden, alsmede op de industriële productie ervan. De meeste planten die nu in studie zijn, zijn niet bestemd voor alledaagse kwalen. Bovendien is het productieproces te ingewikkeld om op plaatselijk niveau uit te voeren. Een en ander beperkt de relevantie van de klinische benadering voor PHC. De op de gemeenschap georiënteerde benadering, die alleen in Thailand bestudeerd werd, richt zich op het versterken van de gezondheidsdiensten en de lokale medische tradities. Kruiden worden geselecteerd op basis van lokaal gebruik voor veel voorkomende kwalen als diarree, verkoudheid en spierpijn. De kennis wordt verspreid via dorpsgezondheidswerkers, traditionele genezers of personen die op vrijwillige basis deelnemen aan een groep geïnteresseerden. In aanmerking genomen dat de zelfzorg een zeer belangrijke plaats inneemt, lijkt het stimuleren van gebruik van kruiden via groepen geïnteresseerden het meest plausibel. In het begin is hiertoe vaak steun van buitenaf, bijvoorbeeld van NGO's, nodig. In een van de studiegebieden in Thailand worden positieve resultaten van deze benaderingswijze beschreven. Le Grand & Wondergem zijn van mening dat de twee benaderingswijzen polen van een continuüm zijn die elkaar aan dienen te vullen. In de praktijk bestaat er echter nauwelijks integratie.

In hoofdstuk drie tenslotte doen de schrijvers aanbevelingen voor organisaties die betrokken zijn bij de implementatie van kruidengeneesmiddelen, regeringen, onderzoeksinstituten en donororganisaties. Ze zijn geformuleerd op basis van de discussies tijdens drie workshops die naar aanleiding van de onderzoeksresultaten gehouden werden. Het stimuleren van het gebruik van kruiden dient gebaseerd te zijn op lokale kennis en praktijken en dient geïntegreerd te worden binnen Primary Health Care.

Marijke Stegeman

Janice M. Morse (ed), *Cross-cultural nursing. Anthropological approaches to nursing research*. Special issue *Medical Anthropology*, Volume 12, No. 1 (1989). New York: Gordon and Breach. 143 pp. Prijs: \$20.00.

Verpleegkunde is een academische discipline in de Verenigde Staten, Australië en Canada, in dit laatste land zelfs georganiseerd in afzonderlijke faculteiten. Cross-cultural nursing is te beschouwen als een equivalent van antropologische geneeskunde. Eerdere kennismaking met cross-cultural nursing noch het lezen van dit themanummer maken het specifieke ervan binnen de medische antropologie duidelijk. Tenzij dan dat de basisdiscipline verpleegkunde is. Uit het editoriaal van Janice Morse komt naar voren dat 'cross-cultural nurses' een volwaardige plaats opeisen binnen de antropologenwereld en daar hun plaats binnen het verzorgingssysteem als troef willen laten gelden, in het bijzonder ten opzichte van de niet-medici.

Negen vrouwen, allen professionals in de verpleegkunde met bijkomende antropologische opleiding, brengen een gevarieerd palet van onderwerpen. De onderwerpen liggen in de sfeer van de gespecialiseerde verpleegkunde (gezondheidsopvoeding, sociale verpleegkunde, kraamzorg, psychiatrische zorg). Over het specifiek verpleegkundige ervan komt de lezer niets te weten en wat ik vooral mis is een kritische reflectie op verpleegkunde (in zijn brede betekenis) in het Westen. De bijdragen leveren over het algemeen antropologische kennis op die voor het klassieke medisch bedrijf alleszins nieuw is. Gepleit wordt voor cross-culturele aanpassingen van de medische hulpverlening. Het gevoel ontstaat daarbij dat cross-cultural nursing een aanpassingsstrategie is voor een meer succesvolle professionele gezondheidszorg. Storend daarbij is de ijver, waarmee het antropologisch jargon gebezigd wordt.

Morse toont het verband aan tussen moeder- en kindersterfte en de culturele overtuigingen en praktijken in een vergelijking van *Fijis* met *Fiji-indianen*. De grote rol van schoonmoeders bij Fiji-indianen doet haar besluiten tot het herdefiniëren van de doelgroep voor gezondheidsopvoeding.

Mardinos wijst op de samenhang tussen het in leven blijven van gehandicapte kinderen en de ontwikkeling van de westerse geneeskunde, waardoor er geen culturele concepten of remedies zijn voor handicaps. Leden van etnische groepen ondervinden grote moeilijkheden om de aanpak van de geneeskunde te begrijpen, om daarbij aan bod te komen en om in hun visie en beleving begrepen te worden. Mijns inziens gaat het hier veeleer om een algemene problematiek van hulpverlener-cliëntsystemen (waar onuitgesproken middenklasse-normen worden gehanteerd) dan om een specifiek cultureel probleem.

De Santis geeft een mooi voorbeeld van hoe onderwijs, gezondheidszorg en socio-economische toestand in het land van emigratie tot verschillen in gezondheidsgedrag leiden bij Cubaanse en Haïtiaanse bootvluchtelingen. Maar ook de quasi-illegale verblijfssituatie van de Haïtianen speelt een rol in de gereserveerde houding ten opzichte van de Amerikaanse voorzieningen. Merkwaardig is dat die illegale status niet als dusdanig wordt geproblematiseerd, maar wel de onderconsumptie binnen de gezondheidszorg die eruit voortvloeit.

Shomaker geeft een aantal argumenten tegen de zogenaamde 'reality therapy' bij *Alzheimer*, op grond van een antropologische benadering van tijd.

Lipson en Meleis wijzen op mogelijke bias in onderzoek bij migranten. Als aanbevelingen wijzen ze ondermeer op enige soepelheid (zoals enkele uren langer doen over een interview) tot en met het leveren van diensten (bij hen een heuse Mid-East S.I.M.A. Nursing Clinic), waarover helaas weinig informatie. "These adjustments are well worth *for the sake of research* that adds to knowledge development in the area of immigrant health and that results in findings that can influence the health care and quality of life of immigrants." Of die aanpassingen de immigrant zelf baten is wellicht van ondergeschikt belang.

De kwantitatieve studie van Barbee naar de relatie tussen zorgen, fysieke veranderingen van het ouder worden en opvattingen en attitudes ten aanzien van ouder worden is interessant, omdat op sec-statistische wijze wordt aangetoond dat het bij zichzelf waarnemen van ouderdomsverschijnselen (rimpels, uitvallen van tanden, slechtere gang, zicht, gehoor) meer bijdragen tot het gevoel oud te worden dan het niet beantwoorden aan de socio-culturele norm van jong zijn. Het artikel gaat verder in op de dialectische benadering van het ouder worden van Riegel.

Brink beschrijft het gebruik van de 'Fattening Room' bij de Annang in Nigeria als vruchtbaarheidsbevorderende praktijk. Daarbij plaatst zij enige opmerkingen over verschillen in vetmetabolisme. Sommige groepen mensen zijn in staat zeer snel vet op te slaan om dit in tijden van hongersnood zeer langzaam als reserve uit te putten, waarbij de toekomstige moeder dus een centrale rol krijgt in de overleving van de stam.

De langste en klaarblijkelijk op de meest omvangrijke praktijk steunende bijdrage is die van Hagey over het 'Native Diabetes Program' in Canada. Het gaat om een gezondheidsopvoedingsactie, op verzoek van Natives (leiders en gezondheidsfunctionarissen), uitgaande van hoge prevalentie van diabetes en slechte patiënt-compliance. Hagey beschrijft eerst het programma zelf, onder de veelzeggende tussentitel *Overview... in bureaucratic discourse*. Voor mij is dit het boeiendste onderdeel, omdat het een eigen ervaring in een analoog programma lijkt te bevestigen. Als men vanuit strikt medische uitgangspunten een cultureel aangepaste actie voor diabetici opzet, moet men zowel toegeven op de medische probleemformulering, op de evaluatiecriteria, als op de interventiedoelstellingen. Er ontstaat een groepseigen dynamiek die veel dichtter staat bij sociale actie dan bij de klassieke gezondheidsopvoeding. De actieve medewerking van de Native spirituele leider in het project blijkt van wezenlijk belang te zijn geweest, maar dit komt in de verdere analyse niet meer aan bod.

Ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat de antropologie hier aan aliënering van een authentiek intercultureel gebeuren doet. Ergens geeft ze zelf het risico aan: "Production that reformulates a process in its description may be used against the Community and in any case, can never be an adequate reflection of the process itself. This very article ... runs the risk of being such an artificial product." De antropologische analyse van de ontwikkelingen in het project heeft wel bijgedragen tot meer respect voor de medische diensten, omdat authentieke ontwikkelingen via academisch-antropologische beschrijving werden gelegitimeerd. Verder laat het toe om de manier van werken gevat weer te geven, bij voorkeur in de beschrijving van de

indirecte gespreksvoering over diabetes conform de Indiaanse manier van converseren, in tegenstelling tot de confronterende en directe stijl van de westerse geneeskunde. Hagey geeft echter de indruk dat uit de ad hoc en post hoc antropologische analyse ook ante hoc richtlijnen zijn af te leiden voor nieuw op te zetten programma's, en dat met name 'translation' tussen het retorisch proces dat de geneeskunde hanteert (vanuit een machtspositie) en retorische processen die eigen zijn aan de doelgroepen van cruciaal belang is (met als understatement dat de antropoloog fungeert als translator). Daarbij ziet ze mijns inziens een aantal factoren over het hoofd in het ontstaan van een dergelijk authentiek discours over diabetes, onder meer dat de vraag om het project in feite uitgaat van Native functionarissen in het kader van de Canadese gezondheidszorg. Op die manier krijgt men in feite een soort van antropologisch bijgestelde medicalisering. Ik weiger hierover een waardeoordeel uit te spreken – het programma als dusdanig is ongetwijfeld zeer interessant. Het roept wel de vraag op naar de rol die de medische antropologie speelt bij de uitbreiding van medicalisering naar minderheden in westerse samenlevingen.

Rie de Ridder

Arko Oderwald & Jan Rollies, *De huid van de geneeskunde: pleidooi voor een narratieve medische ethiek*. Zeist: Kerckebosch BV, 1991. 111 pp. Prijs: 24,-.

De relatie tussen geneeskunde en medische ethiek vormt de kern van dit boek. De dominante medische ethiek poogt vanuit een meta-standpunt tot eenduidige uitspraken te komen over het medische handelen. Dit roep heel wat, mijns inziens terecht, bedenkingen op bij de auteurs, die daarom proberen een andere ethiek te ontwikkelen: een zogenaamde narratieve medische ethiek.

Het liefst zouden artsen ethici zien als experts die hen door middel van eenduidige richtlijnen helpen op ogenblikken waarop ethisch relevante beslissingen genomen moeten worden. De medische ethiek bestaat in deze optiek uit een reeks vaststaande voorschriften en regels, voortkomend uit waardevrij onderzoek van de ethici, die vanuit een onafhankelijk standpunt de geneeskunde overschouwen. Dat dit alles van het begin tot het einde een onmogelijkheid is, daar is het de auteurs om te doen. De gangbare medische ethiek is, zoals elk ander spreken, dermate in onze specifiek cultureel-historische omstandigheden ingebed, dat een ontkenning hiervan als een allesbehalve onschuldige retorische zet gezien moet worden. Hoe kan men nu komen tot universeel-normatieve antwoorden als het menselijk leven van een voortdurende veranderlijkheid getuigt? Hoe zijn zekere normen te vinden, als het werk van de arts essentieel onzekerheid met zich meedraagt? Denk maar aan het probleem van 'de waarheid vertellen': pas achteraf blijkt of dit al dan niet goed is geweest! Medische ethiek veronderstelt met andere woorden steeds een niet te thematiseren gebied.

Heel wat gangbaar medisch-ethisch spreken is te begrijpen als een poging om deze onzekerheid te verdoezelen. Men denkt in termen van 'problemen', maar brengt daarmee onmerkbaar een kader aan waarin alles als oplosbaar wordt voor-

gesteld. Met andere woorden: impliciet wordt hiermee bepaald wat wèl en wat niet als probleem benoemd mag worden. Omdat nu eenmaal voor specifieke problemen geen universele normen bestaan, redeneert men vanuit een niet geëxpliciteerd utilitarisme. Men gaat hierin zo ver dat men bepaalde deugden 'consensuele gezondheidsgoederen' noemt. En wie 'goederen' zegt, bedoelt: opgenomen in het ruil- of wisselmechanisme van de markt! De ethiek bepaalt niet, zoals ze maar al te graag pretendeert, wat moet gebeuren aan de hand van de feitelijke werkelijkheid; ze construeert daarentegen een werkelijkheid, echter zó geloofwaardig voorgesteld dat ze als een feitelijke overkomt. De auteurs illustreren dit met de casus van een blijvend coma. In de bespreking ervan brengt men de belangrijke details naar voren en maakt abstracties van het minder belangrijke. Het criterium van die belangrijkheid ligt echter in een voorafbepaalde ethische problematiek. Daarmee krijgt het vertellen van de casus al meteen een oplossingsstructuur aangeboden. Men stelt daarin voor dat er een vrije keuze wordt gemaakt, maar ziet over het hoofd dat die vrijheid wel beperkt wordt door wat men rationeel vindt. Deze keuzevrijheid staat echter tegenover de ervaring dat een individu niet vóór, maar ín een beslissing staat: "Het individu kan slechts in een verzonden wereld heer en meester zijn."

De gangbare medische ethiek heeft samengevat de volgende kenmerken: een relatie tegenover de geneeskunde vanuit een meta-positie, als een cartesiaans subject tegenover een object; vanuit een niet geëxpliciteerde utilitaristische opvatting zoekt ze verder naar universeel-normatieve antwoorden die de concrete leefwereld van dit ene individu, bij wie zich het probleem voordoet, abstraheren. Men construeert een feitelijke die voor de ene werkelijkheid aangenomen wordt. Men neemt aan dat het individu in zijn keuzes vrij staat, beperkt weliswaar door het sociaal contract, dat wil zeggen 'de rationaliteit'.

Draaien we de betekenissen om, dan komen we aardig vooruit in wat de auteurs een narratieve medische ethiek noemen. Deze ethiek staat niet tegenover de geneeskunde, maar ín de geneeskunde. Ze spreekt met de geneeskunde mee, maar laat daarin inherente spanningen van haar discours naar boven komen. Deze ethiek staat niet buiten de geneeskunde, maar blijft met haar verbonden. Ze kleeft, ze is 'de huid van de geneeskunde'. Ze laat de vóóronderstellingen en de socio-culturele bepaaldheid van de geneeskunde spreken en pretendeert geen universeel-normatieve uitspraken meer. In plaats van het perspectief van de vakethicus komt dat van de wijze: ook hij wijst vooruit, maar door achteruit te wijzen, namelijk naar de geschiedenis, de gesitueerdheid en de ervaring van de vragensteller waarmee hij zich verbindt.

De kern van deze narratieve ethiek ligt in het antwoord dat deze specifieke verantwoordelijkheid voor de ander oproept. De waarheid ligt in het verhaal dat tussen ons ontstaat. Vandaar ook het belang van verhalen lezen, interpreteren, erover spreken. Het boek loopt dan ook uit op een bespreking van het joodse denken, gegroeid als het is uit de eeuwenoude interpretaties van de Talmoed. En we horen in het mooie citaat van Walter Benjamin hoe de positie van het zelfverzekerde heldere subject verlaten wordt tegenover de openheid voor de Ander: "Hoe meer de luisteraar zichzelf vergeet, des te indringender werkt hetgeen hij hoort op hem in."

Aan het einde gekomen, sla ik het boek dicht maar hoor wanklanken nazinderen. Hoor ik niet goed? Een aantal bezwaren kan ik maar niet van mij afzetten. Er is ten eerste het concrete probleem dat de geneeskunde nu eenmaal haar feitelijkheid heeft opgeroepen die hoe dan ook om oplossingen vraagt. Hoe zal ik met verhalen een abortus- of euthanasievraag beantwoorden? Dreigt hier niet de willekeur? Blijf ik niet hoe dan ook verbonden met het gangbaar medisch (ethisch) spreken en zal elk verhaal niet besmet (moeten) blijven door dit spreken? De auteurs zijn zich hiervan blijkbaar bewust als ze het werk van de arts aldus als verhaal definiëren: het bepaalt en het laat open. Er is een metonyme kant, het stellen van de diagnose, en een metafore kant, de bevrijding uit een diagnose.

De narratieve ethiek wordt verder te scherp in een oppositie tegenover de gangbare ethiek geplaatst. Het betoog is helemaal niet narratief, maar overschouwt de gangbare medische ethiek vanuit een meta-positie! Je zou dit nog als methode kunnen opvatten, zoals de ladder van Wittgenstein die aan het eind van zijn *Tractatus* wordt weggegooid: daar aangekomen heb je het inzicht en je laat daarmee de weg daartoe tegelijk vallen. Maar het heeft er de schijn niet van dat de auteurs hun burcht verlaten. Integendeel: vanuit een koninklijke positie wordt een indrukwekkende rij schrijvers en filosofen geciteerd, die hiermee tot een museaal gebruik worden gereduceerd waarin elke dialoog met deze mensen verdwenen is. Walter Benjamin horen we niet meer! Maar ook de argumentatie is soms moeilijk te volgen. Met grote denksprongen schiet het boek vooruit en het is de vraag of hier geen redeneerfouten worden gemaakt. Bijvoorbeeld: "Wat wij willen voorstellen is een filosofie die dat, wat weggelaten en vergeten is in de ontologie, laat zien. Een ontologie-kritiek die geen andere ontologie nodig heeft. Een dergelijke kritiek doet een metafysische ontologie ontstaan." Door de voordeur de ontologie buiten, langs de achterdeur weer binnen! Een dergelijke gedachtengang lijkt mij filosofisch gezien suïcidaal, ze doet alvast dit boek beven.

Aan de aanvang vertelt Arko Oderwald naar aanleiding van een lezing: "Ik kwam tot de ontdekking dat inhoud niet genoeg is voor een discussie, maar dat stijl en vorm van de inhoud minstens zo belangrijk zijn". Jammer dat deze woorden in dit boek niet hard zijn gemaakt, niet omwille van de kleine letterdruk waarmee de lezer voortdurend wordt geplaagd, maar wel omwille van de voornoemde bezwaren. Traditionele ethici zullen het boek smalend opzij gooien, en wie de opvattingen van de auteurs sympathie toedraagt zal dit boek waarschijnlijk als pijnlijk ervaren. Dit laatste was bij mij het geval; de lezing werd ronduit een kwelling.

Tom Jacobs

Ivan Wolffers, *Patiënten zonder grenzen. Onderhandelingen op de gezondheidsmarkt*. Amsterdam: Contact, 1990. 102 pp. Prijs: 27,90.

In dit boekje, dat een uitwerking is van zijn inaugurale rede aan de Vrije Universiteit van Amsterdam, laat Ivan Wolffers zien welke factoren een rol spelen bij de interactie tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg. Hij komt tot de conclusie

dat de gebruikers een zwakke positie hebben, omdat ze over te weinig informatie beschikken en geen inspraak hebben. Beslissingen worden genomen door de (moderne) medische wetenschap. De auteur vindt dit niet juist en doet suggesties hoe de positie van patiënten verbeterd kan worden.

In de inleiding zegt Wolffers dat de export van de westerse geneeskunde naar arme landen niet altijd een zegen is geweest, omdat deze vaak niet aansloot bij de behoeften van de allerarmsten. In 1978 is dit door de WHO erkend in de Verklaring van Alma-Ata, waarin de uitgangspunten van de Primary Health Care (PHC) werden gedefiniëerd. De behoeften van de bevolking zouden bepalend worden in plaats van het aanbod uit westerse landen. Verondersteld werd dat op deze wijze PHC toegankelijk zou worden voor iedereen. De auteur benadrukt dat dit echter nog niet bewezen is. Volgens hem is er behoefte aan een wetenschappelijk model dat de dynamische relatie tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg laat zien. Zo'n relatie wordt een markt genoemd. Interacties tussen patiënt en arts zijn als markttransacties: de een vraagt, de ander levert. De diagnose van de hulpverlener leidt tot een reeks te leveren 'produkten', zoals onderzoek, analyse, uitleg, ingreep, bezweringen of medicijnen. De patiënt geeft een vergoeding in de vorm van betaling, eerbied, ontzag, enzovoort. Niet alle produkten zijn even kostbaar en niet altijd is het even duidelijk dat de genezer een vergoeding voor zijn inspanningen ontvangt. Beide partijen proberen een zo goed mogelijke marktpositie te veroveren. Opvallend hierbij is de grote afhankelijkheid van de gebruiker: deze weet te weinig over het gewenste produkt. De gebruiker staat dan ook zwakker dan de zorgverlener. Volgens Wolffers wordt met name in landen waar de moderne gezondheidszorg dominant is de pluriforme vraag van de patiënt slechts gedeeltelijk beantwoord, omdat de patiënt zijn onwelbevinden in termen van de zorgverlener moet formuleren. Ongenoegen hierover leidde in het begin van de zeventiger jaren tot de opkomst van zelfhulpgroepen, patiëntenplatforms en consumentenorganisaties. PHC sluit hierbij aan: gepoogd wordt om de onderhandelingspositie van de patiënt op de gezondheidsmarkt te versterken door middel van democratisering en emancipatie.

De vraag van de gebruikers van de gezondheidszorg is niet gemakkelijk te definiëren. Patiënten zijn op de eerste plaats niet gewend hun stem te laten horen. Ook zijn vraag en aanbod niet zo goed te scheiden: het aanbod is niet alleen een antwoord op een vraag, het creëert ook vragen. Gebruikers vormen geen homogene groep: hun vragen zijn afhankelijk van klachten, sekse en sociale positie. Ook is er sprake van een mengeling van behoeftes die voortkomen uit de noodzaak om te overleven en van aangeleerde behoeftes.

Wolffers haalt Foster aan die zegt dat er een leerproces ten grondslag ligt aan patiëntengedrag: is een bepaalde behandeling effectief gebleken voor een bepaalde kwaal, dan zal men bij een volgende soortgelijke klacht dezelfde behandeling zoeken. In een pluralistisch medisch systeem heeft een patiënt de kans om te 'winkelen', d.w.z. achtereenvolgens of tegelijkertijd verschillende soorten genezers op te zoeken. In een samenleving met een sterk dominant medisch systeem is dit veel minder mogelijk. Bij dat 'winkelen' kunnen echter vergissingen gemaakt worden: soms worden behandelingen als effectief bestempeld terwijl slechts de tijd haar werk heeft gedaan. In arme landen is de eerste keus van de patiënten vaak niet

bereikbaar en/of onbetaalbaar. Dit geldt met name voor de moderne medische sector.

Bij toepassing van het uitgangspunt van PHC dat stelt dat de gemeenschap bepaalt wat de prioriteiten van het zorgsysteem zijn, kan men van alles verwachten en niet op de eerste plaats zaken zoals immunisatie en moeder- en kindzorg. Wolffers ziet echter als het belang van PHC dat een denkproces over ontwikkeling en verbetering van de levensomstandigheden op gang gebracht wordt en dat PHC in het teken staat van het formuleren van de vraag en niet van het aanbod.

Wat betreft de aanbodskant wordt het gedrag sterk bepaald door de mogelijkheid tot honorering. Uit eigen onderzoek van Wolffers in Sri Lanka blijkt dat gebruik van moderne geneesmiddelen de meest effectieve aanpassing van traditionele genezers aan de veranderende vraag van patiënten is. In ontwikkelingslanden, waar wel vraag naar moderne gezondheidszorg bestaat, maar het aanbod onvoldoende is, springen allerlei 'ondernemende lieden' in dit gat, met de nodige gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. Gezondheidswerkers (zowel in India als in de DDR) trekken weg naar plaatsen waar ze beter betaald worden. Door in te gaan op de vraag van de meest draagkrachtigen reageert de aanbodskant niet op de problemen van de allerarmsten.

In alle culturen wordt – met wisselend succes – gepoogd het beroep van genezer te professionaliseren, bijvoorbeeld door het tonen van de machtspositie (contact met geesten of wetenschap), door indrukwekkend gedrag (jargon, formules) en door de langdurige opleiding of initiatie. Wolffers zegt dat de aanbodskant er belang bij heeft een groot verschil in kennis te houden tussen gebruiker en zorgverlener. Het (vermeende) verschil in kennis is het kapitaal van de zorgverlener. Democratisering van de gezondheidszorg is daarom niet los te maken van alfabetisering van de gebruikers van de zorg. De auteur veronderstelt dat de hoge mate van professionalisering van de westerse geneeskunde de oorzaak is van haar dominante positie. De nauwe verwevenheid met de farmaceutische industrie speelt daarbij ook een rol. Specifiek voor moderne geneeskunde is de marketingtechnologie die de distributie en verkoop van moderne diagnostica en geneesmiddelen vergezelt. Aan de aanbodskant is één groep te onderscheiden die zonder meer wil leveren wat gevraagd wordt en zelf vragen creëert en één groep die zich zorgen maakt over het gebrek aan kennis van de gebruikers en probeert deze te beschermen tegen misbruik ervan. Deze laatste groep pleit voor het geven van aangepaste informatie, zodat gebruikers beter hun eigen vragen kunnen formuleren. Wat betreft het geneesmiddelengebruik richten gebruikers zich nog te veel naar wat de aanbodskant te bieden heeft. Wolffers spreekt van het verschijnsel 'compartilisatie'. Dit houdt in dat vanuit de veelheid van samenhangende factoren die ziekte en onwelbevinden veroorzaken of beïnvloeden, de arts er één selecteert en wel een die in relatie te brengen is met een daarop gericht medicijn. Het is een deels door de producenten van geneesmiddelen gestuurd fenomeen. Dit verschijnsel staat lijnrecht tegenover de PHC-benadering, die zoveel mogelijk factoren wil betrekken en voor een geïntegreerde aanpak staat.

In het slothoofdstuk herhaalt Wolffers dat het voor het evalueren van PHC van belang is vraag en aanbod te scheiden, ondanks hun gecompliceerde verwevenheid. De dynamiek is dan beter te begrijpen en de gevolgen van innovaties zijn dan te voorspellen. Er is behoefte bij gebruikers aan een betere onderhandelingspositie

en meer 'waar voor hun geld'. Alhoewel het volgens de auteur niet mogelijk zal zijn om alle idealen van PHC te verwezenlijken, is het baken duidelijk: democratisering van de gezondheidszorg zal ervoor zorgen dat de zorg beter toegankelijk wordt voor gebruikers en meer aansluit bij primaire behoeftes.

Wolffers laat in een schema zien hoe beslissingen op de gezondheidsmarkt genomen worden. Hij onderscheidt drie velden: de leefwereld van de patiënt, de praktiserende geneeskunde en de theorie van de geneeskunde. Interacties tussen de leefwerelden vinden plaats middels vertalingen. Bij de vertaling van de patiënt naar de professionele genezer worden steeds meer de begrippen van de genezer (virussen, bacteriën, stress) gehanteerd. De vertaling van de medische theorie naar de praktijk komt steeds meer in handen van de farmaceutische industrie. PHC heeft een belangrijke rol bij deze vertalingen. Dorpsgezondheidswerkers zouden een bijdrage kunnen leveren aan de vertaling van populaire begrippen naar de professionele hulpverlener. De overheid moet de beïnvloeding van de praktiserende artsen door de toeleverende bedrijven controleren. Emancipatie, alfabetisering en gezondheidsvoorlichting zijn noodzakelijk opdat patiënten mee kunnen praten. Begrijpelijke en onpartijdige informatie bestaat nog nauwelijks. Farmaceutische bedrijven zijn echter wel actief op de voorlichtingsmarkt. Communicatie is het geheim van goede geneeskunde en het begin van de emancipatie van de patiënt. Opleidingen zullen daarom meer aandacht moeten besteden aan maatschappelijke en culturele kanten van aandoeningen, aan betere voorlichting, enzovoort. Er is behoefte aan horizontale organisatie en inspraak van de gemeenschap om te voorkomen dat mensen opgezadeld worden met extra kosten waar ze niet om gevraagd hebben. Ook in Nederland bestaat zulk een horizontaal platform niet. De overheid moet zich niet beperken tot garantie van kwaliteit van de zorg, maar ook bemiddelen bij de ontwikkeling van medebeslissingsrecht van de zorggebruikers en het verzorgen van goede informatie. Overdreven privatisering zou dit laatste in de weg staan. Het bestaande verschijnsel in ontwikkelingslanden dat klachten die het meest lucratief zijn voor de aanbodzijde het meeste aandacht krijgen, ziet Wolffers in Nederland ook al enigszins. Hij zegt daarom ook dat we van de ontwikkelingslanden moeten leren wat er gebeurt als de overheid niet bemiddelt en reguleert. De moeilijkheden die gebruikers van de zorg moeten overwinnen zijn wereldwijd hetzelfde, vandaar zijn besluit: "Patiënten aller landen, verenigt u."

Wolffers' rede roept diverse vragen op. Ik beperk me tot de belangrijkste. Alhoewel hij zo nu en dan een onderscheid maakt tussen wat er in de Derde Wereld en in de rijkere landen gebeurt, constateert hij dat het probleem in wezen wereldwijd hetzelfde is. 'In wezen' mag dat dan zo zijn, maar feitelijk zijn de alfabetisatiegraad van de bevolking, de informatievoorziening, de interacties tussen vraag- en aanbodzijde, de beschikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen en daardoor ook de keuzemogelijkheden in de rijke landen zoveel groter en/of beter dan in Derde Wereldlanden, dat het ook misleidend kan zijn als alle landen in de wereld op één hoop gegooid worden. Er zijn nog steeds zeer grote verschillen in de problemen en belangen van 'patiënten aller landen'.

Trudie Gerrits

Signalementen

Andrew Chetley, *A healthy industry? World health and the pharmaceutical industry*. London/New Jersey: Zed Books, 206 pp. Prijs: £ 9.95 (paperback), £ 32.95 (hard cover).

Dit is een vlot geschreven en goed gedocumenteerd overzicht van de ontwikkelingen die zich de afgelopen dertig jaar hebben voorgedaan op het terrein van medicijnvoorziening aan de Derde Wereld door de farmaceutische industrie. Het is vooral de geschiedenis van het gevecht tussen de industrie, enkele consumentenorganisaties zoals Health Action International, de regeringen van de betrokken landen en de WHO. Het verhaal wordt verteld door een van de produktiefste penvoerders van genoemde organisaties en het is dan ook niet verwonderlijk dat de toon van deze geschiedschrijving uiterst kritisch is naar de industrie. In zeven hoofdstukken bespreekt Chetley de diepere oorzaken van ziekte in de Derde Wereld, de rol van de farmaceutische industrie en de pogingen van regeringen en organisaties om de medicijnvoorziening in deze landen onder controle te krijgen. Zes landen worden als case study gepresenteerd, waarbij vooral veel aandacht geschonken wordt aan de ontwikkelingen in Bangladesh. Het laatste hoofdstuk laat naast nieuwe problemen ook enkele gunstige ontwikkelingen zien. Chetley is van mening dat de industrie meer ontvankelijk is geworden voor de kritiek die het de afgelopen decennia over zich heen gekregen heeft en nu zelf stappen onderneemt om een verantwoord gebruik van haar produkten in ontwikkelingslanden te bevorderen. Het boek is voorzien van een uitvoerig notenapparaat, een indrukwekkende bibliografie en een gedetailleerde index waardoor het tevens als naslagwerk kan dienen.

Community Health and Primary Health Care. Bibliographic Analysis

Dit is een bibliografisch bulletin dat twee maal per jaar gaat verschijnen. De prijs van vier nummers is 240 FF. Het tijdschrift is te bestellen bij Centre International de l'Enfance, Château de Longchamp, Bois de Boulogne, 75016 Paris. Het eerste nummer van dit tweetalig (Frans en Engels) bulletin bevat 66 samenvattingen van artikelen over PHC. Deze zijn als volgt gerangschikt: (1) Professional health services; (2) Other health resources; (3) Interfaces between health services and society (hieronder valt: 'health seeking', 'community participation', 'communication between cultural models', 'financial and economic aspects', en 'drugs'). De meeste samenvattingen zijn vrij uitvoerig. Een verantwoording van hun selectie wordt niet gegeven.

Friedrich Hermann Fischer, *Der Missionsarzt Rudolf Fisch und die Anfänge medizinischer Arbeit der Basler Mission an der Goldküste (Ghana)*. Herzogenrath: Verlag Murken-Altrogge, 1991. 585 pp., 31 foto's, Engelse samenvatting. Prijs: 48 DM.

Deze lijvige studie is een biografie van de zendingsarts Rudolf Fisch die van 1885 tot 1911 in de toenmalige Goudkust verbleef. Hij is een van de belangrijkste pioniers van de Presbyteriaanse Kerk in Ghana. Zijn leven en werken wordt geplaatst in de geschiedenis van de ontwikkeling van de westerse geneeskunde en van het missionair denken. Bijzondere aandacht wordt gewijd aan de botsing tussen de westerse en lokale medische opvattingen en de uiterst negatieve houding van zendelingen ten opzichte van de Akan cultuur. In een later nummer van *Medische Antropologie* zal een uitgebreide bespreking van deze studie verschijnen. Het adres van de uitgever is: Brucknerstr. 13, D-5120 Herzogenrath-3, Duitsland.

Ronald L.I. Leeftang, *Hulpzoekgedrag van Turkse migranten en Nederlanders met gezondheidsklachten. Resultaten van een vooronderzoek*. Leiden: LIDESCO/Wetenschapswinkel, 1991. 141 pp. Prijs: f. 15,00.

Leeftang doet in deze publikatie verslag van zijn vooronderzoek naar het hulpzoekgedrag bij gezondheidsklachten van dertien Nederlandse en dertien Turkse gezinnen in Den Haag. Het onderzoek heeft een dubbel doel: enerzijds het verkennen van verschillen en overeenkomsten in de wijze waarop autochtone Nederlanders en Turkse migranten hulp zoeken en het identificeren van factoren die hier van invloed op zijn, anderzijds de theoretische en methodische voorbereiding van een grootschaliger hoofdonderzoek.

Uitgaande van het model voor hulpzoekgedrag van Igun (1979) identificeert Leeftang verschillende besluitvormingsstijlen in het hulpzoekgedrag van autochtonen en allochtonen. Door het oordeel van de zieke af te zetten tegen het oordeel van een relevante ander (de partner) over de handelingsbekwaamheid van de zieke, komt hij tot vier stijlen die zich kenmerken door autonomie, afhankelijkheid, conflict of samenwerking. De auteur komt tot de conclusie dat de opbouw en het verloop van het hulpzoekgedrag van Turken en Nederlanders niet fundamenteel anders is. Dezelfde stappen worden genomen, dezelfde typen zorg wordt gezocht. Verschillen tussen categorieën lopen daarbij niet steeds langs etnische lijnen. Scheidslijnen liggen niet tussen beide bevolkingsgroepen, maar doorsnijden ten dele deze populaties.

Alhoewel overeenkomsten worden geconstateerd, zijn er ook verschillen. Het hulpzoekgedrag wordt door vergelijkbare factoren beïnvloed, maar de uitwerking van deze factoren op het hulpzoekgedrag is niet gelijk, waardoor verschillen in opbouw, inhoud, ontwikkeling en uitkomst ontstaan. Vooral bij chronische klachten zijn verschillen te zien in tijdsduur, in de plaats en de aard van hulpverleningsinstellingen die men bezoekt. Zo dokteren Nederlanders langer zelf en roepen Turken sneller professionele hulp in. Duidelijk wordt ook dat maatschappelijke omstandigheden waarin de respondenten verkeren, zoals het hebben van betaald werk en

daarmee samenhangend de angst voor ontslag, van invloed is op het ziektegedrag. Verhelderend tenslotte is de analyse van verschillen in beoordeling van het handelen van de huisarts. Nederlanders, zo stelt Leeftang, beschouwen de kwaliteit van de medische kennis van de arts als een gegeven en klagen meer over de kwaliteit van het contact met hem; Turken daarentegen klagen niet over de kwaliteit van het contact, maar over de geringe kennis die zij bij de Nederlandse arts veronderstellen. De ene groep legt de nadruk op het persoonlijk contact; de ander op het diagnostisch vermogen.

Door het genuanceerde beeld dat ontstaat van het hulpzoekgedrag van twee bevolkingsgroepen met een verschillende culturele achtergrond, biedt het verslag naast de bevestiging van reeds eerder gemelde aspecten van dit gedrag nieuwe gezichtspunten en benaderingswijzen. Het onderzoeksverslag schept in ieder geval hoge verwachtingen van het hoofdonderzoek, dat inmiddels van start is gegaan.

Rob van Dijk

L. Lewis Wall, *Hausa medicine: Illness and well-being in a West African culture*. Durham/London: Duke University Press, 1988. 369 pp. Prijs: \$ 32.50.

De auteur van deze studie heeft in 1976 en 1977 als antropoloog onderzoek gedaan in een dorp in Noord-Nigeria en is daarna geneeskunde gaan studeren. De sporen van deze 'dubbele identiteit' zijn terug te vinden in deze publikatie. Hoewel het op de eerste plaats om een antropologische case study gaat, verbergt Wall zijn opvatting over de superioriteit van de westerse geneeskunde niet, ongetwijfeld tot teleurstelling van sommigen en tot voldoening van anderen. Het volgende citaat is kenmerkend voor de houding die hij aanneemt ten opzichte van beide medische tradities: "... a Hausa patient may be more comfortable with a *boka* who fumigates him with medicinal smoke and fills his food with hot, spicy substances than ... standing in line for hours at a dispensary only to receive a sharp word and a handful of pills from an unhappy and overworked attendant, in spite of the fact that the latter may actually be more effective for his ailment in the long run" (p. 335). De belangrijkste waarde van de Hausa geneeskunst ligt volgens Wall in het gebruik van bekende objecten en symbolen en in de vertrouwde relatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Walls voornaamste doelstelling is – naast het presenteren van een etnografie – de lezer ervan te overtuigen dat het denken en handelen van de Hausa met betrekking tot ziekte en gezondheid volkomen rationeel is als men de premissen van hun denken accepteert. Daarmee plaatst hij zich bescheiden in de voetsporen van Evans-Pritchard.

Walls boek is belangrijk, te meer daar het de eerste medisch-etnografische studie van de Hausa is. Het werk valt in twee grote delen uiteen. Het eerste (vier hoofdstukken) bevat een algemene beschrijving van de Hausa cultuur waarin hij aandacht schenkt aan het dagelijks leven in het dorp (verwantschap, landbouw, economie), de levenscyclus van het individu, de morele orde zoals die door de islam wordt

opgelegd en de krachten die deze orde dreigen te verstoren, waaronder hekserij, bezetenheid en vrouwen (!).

Het tweede deel (eveneens vier hoofdstukken) richt zich op de medische tradities. Eerst bespreekt hij concepten van anatomie, fysiologie en etiologie, waarbij hij onderscheid maakt tussen natuurlijke, door God gezonden oorzaken van ziekte en sociaal-spirituele oorzaken. Vervolgens geeft hij een overzicht van de verschillende traditionele medische specialisten, waaronder de *magori* en *kantankar* (twee typen medicijnverkoper), de *wanzani* (het best te vertalen als 'kapper/chirurgijn'), de *ma'dori* (bottenzetter), de *ungozoma* (vroedvrouw), de *mallam* (Korangeleerde), de *boka* (kruidendokter) en ingewijden in de *Bori* bezetenheidscultus. Daarna bespreekt hij twee stijlen in het praktiseren van kruidengeneeskunde en tot besluit onderzoekt hij de uitgangspunten van het medisch denken in het kader van de Hausa symboliek en conceptualisering van *lafiya* (gewoonlijk vertaald als 'gezondheid', maar het begrip is veel breder dan de Nederlandse term).

Wat ontbreekt in deze, overigens zeer rijke, studie is een beschrijving van de aanwezige westerse geneeskunde, zowel de formele (ziekenhuizen en dergelijke) als de informele voorzieningen (bijvoorbeeld vrije verkoop van medicijnen). Hun aanwezigheid heeft immers geleid tot geheel nieuwe vormen van 'Hausa medicine', waarbij westerse produkten worden ingepast in het eigen begrippenkader, zoals onder meer door auteurs als Etkin en Ross is aangeduid. Dit neemt niet weg dat Walls studie vooral in etnografisch opzicht van groot belang is. Met name zijn poging om de medische ideeën en praktijken te plaatsen in de context van de algemene Hausa cultuur is waardevol.