

Waarom Cambodjanen weinig gebruik maken van hun gezondheidsdiensten

Willem van de Put¹

Het gebruik van geïnstitutionaliseerde medische voorzieningen op het Cambodjaanse platteland is gering. Artsen zonder Grenzen stelde een onderzoek in naar de redenen hiervoor, met het oogmerk de doeltreffendheid van haar programma's in Cambodja te verbeteren. Een aantal resultaten van dat onderzoek wil ik hier weergeven. Ik neem als uitgangspunt voor dit artikel de problemen die bestaan bij het functioneren van een gebrekkig ondersteund publiek systeem van gezondheidszorg, dat moet concurreren met informele en traditionele alternatieven op de gezondheidsmarkt. Tevens komt een aantal Cambodjaanse moeilijkheden bij het introduceren van primary health care aan de orde.

5 maart 1992, Phum Ambul, District Romeas Heck:

Gesprek met een echtpaar (man 34, vrouw 39). Het echtpaar heeft een huis op palen, wat duidt op redelijke welstand. Vlakbij staan nog ongeveer tien huizen, voornamelijk bewoond door familieleden van de vrouw. De vrouw is herstellende van een 'abortus' die ze twee maanden geleden onderging. Op het moment van de ingreep was ze negen maanden zwanger. Het kind zou dwars gelegen hebben, en moest daarom volgens de familie geaborteerd worden. De geraadpleegde genezer kon niets doen: bij dwarsligging verbiedt de traditie hem in te grijpen. De vrouw ontbood een 'privé-dokter' (ongeschoold) uit de volgende *phum*, die het kind in stukken aborteerde. Het zou het eerste kind van de vrouw geweest zijn, en ze hoopte maar dat ze nog eens zwanger kon worden. Aan mij vroeg ze wat ze een volgende keer kon doen om abortus te voorkomen.

Ik adviseerde haar dan naar het ziekenhuis te gaan, dat acht kilometer verderop lag. Ze toonde daar niet veel zin in te hebben. Op mijn vraag wat haar zo afschrok in het ziekenhuis, antwoordde ze dat ze dat niet wist (ze was er nog nooit geweest), maar dat het haar onmogelijk was naar het ziekenhuis te gaan. Ze had nu eenmaal haar huishouden waar ze voor zorgen moest. Toen ik vroeg of daar geen oplossing voor te bedenken was, juist omdat ze nog geen kinderen had en veel familie om haar heen, begreep ze niet wat ik bedoelde. De mogelijkheid dat de familie op het huis en de bezittingen zou passen in haar afwezigheid viel buiten de oplossingen voor dit probleem. Daarom was ze ook de laatste keer niet naar het ziekenhuis gegaan.

Een van de grote problemen in Cambodja is de gezondheidszorg. Na het bewind van de Rode Khmer, dat zoals elke Cambodjaan weet drie jaar, acht maanden en twintig dagen duurde, was van het oorspronkelijk op Franse leest geschoeide systeem niets meer over. Terwijl in het oude systeem publieke gezondheidszorg niet verder reikte dan de provinciesteden (Kadeva 1974, Sarre 1979, Martel 1975), worden de gezondheidszorgfaciliteiten tegenwoordig nauwelijks gebruikt.

Het systeem dat na de Vietnamese inval in 1979 werd ingevoerd kent weliswaar een organisatiestructuur die overeen lijkt te komen met PHC uitgangspunten, maar functioneert nauwelijks. Districtsziekenhuizen zijn leeg. Gezondheidsposten worden niet gebruikt, en zijn tot krotten vervallen. Voor elke medische handeling moet betaald worden. Dat gebeurt vooral aan huis, waar de verpleger of vroedvrouw ontboden wordt door de gezinnen die zich dat kunnen veroorloven.

Ook wanneer een buitenlandse medische organisatie zoals Artsen zonder Grenzen in het districtsziekenhuis een aantal lacunes opvult die de overheid openlaat (bevoorrading met medicijnen, eenvoudige medische apparatuur, herstel van gebouwen, training, begeleiding, et cetera) valt de belangstelling van de bevolking tegen. Via het districtsziekenhuis wordt uiteindelijk niet meer dan een tiende van de bevolking bereikt.²

Hoe komt dit? Waarom ligt het gebruik van de publieke gezondheidsvoorzieningen zo laag? Waarom lijkt het wel of mensen die voorzieningen mijden? Om een antwoord op deze vragen te krijgen heeft Artsen zonder Grenzen een medisch antropologisch onderzoek ingesteld. Het gebrek aan belangstelling voor de publieke gezondheidszorg werd bestudeerd in de context van het totale aanbod van gezondheidszorg en de vraag van de bevolking, zoals die tot uitdrukking kwam in het algemene 'health seeking behaviour'. Tegelijkertijd was het onderzoek een experiment in toegepaste medische antropologie voor een praktisch ingestelde medische organisatie.

Dit artikel is gebaseerd op dat onderzoek, en pretendeert een beeld te geven van de gezondheidszorg op het Cambodjaanse platteland. Ik wil een beeld schetsen van het aanbod van en de vraag naar 'gezondheidszorg'. Daarmee bedoel ik alle handelingen die te maken hebben met gezondheid en ziekte, zonder daarmee het bestaan van een expliciet medisch systeem te suggereren. Gezondheid behoort in Cambodja niet tot een aparte enclave waar wij een medisch systeem lokaliseren, maar is deel van de leefwereld die alle domeinen omvat en waarin geen scherpe scheidslijnen aan te brengen zijn. Dat is van belang voor het begrip van gedrag rond ziekte en gezondheid.

Methodologie

Bij de uitvoering van het onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende bekende antropologische technieken als observatie, interviews met sleutelinformanten, groepsinterviews, en survey-technieken. De gevolgde methodiek komt het meest overeen met wat Richard Chambers "participatory rural appraisal" noemt (Chambers 1989).

Ik wil laten zien door welke omstandigheden het functioneren van de publieke gezondheidszorg in Cambodja belemmerd wordt. Door een model van vraag en aanbod te hanteren kunnen de verschillende factoren die een rol spelen op een overzichtelijke wijze gerangschikt worden. Aan de aanbodkant komen de karakteristieken van de verschillende sectoren van gezondheidszorg aan bod, terwijl aan de vraagzijde aandacht besteed wordt aan karakteristieken van de bevolking. Vraag en aanbod komen samen in de rol die gespeeld wordt door kosten en afstand.

In het aanbod wil ik vier gebieden onderscheiden. Aan de ene kant is er de moderne, op bio-medische inzichten gebaseerde gezondheidszorg, die in drie sectoren uiteenvalt: de privé-sector, de publieke sector en de zelfmedicatie sector. Anderzijds bestaat er de lokale, traditionele wijze van omgaan met problemen waaronder ook gezondheidsproblemen vallen. Aan alle vier sectoren, die tezamen het aanbod op het gebied van

gezondheid vormen, wil ik eerst aandacht besteden alvorens in te gaan op de vraagzijde: de bevolking.

Teneinde deze zaken in het juiste perspectief te kunnen plaatsen volgt eerst een korte behandeling van de belangrijkste kenmerken van het Cambodjaanse leven op het platteland.

Het Cambodjaanse district

Dit onderzoek heeft zich beperkt tot twee Cambodjaanse districten: Bantieh Meas in de provincie Kampot, en Romeas Heck in de provincie Svay Rieng. Deze districten zijn vergelijkbaar in oppervlakte (650 km) en bevolking (78.000 vs. 110.000). Ze grenzen beide aan Vietnam en kennen een zeer slechte infrastructuur. Om het provinciaal ziekenhuis in respectievelijk Kampot en Svay Rieng te bereiken zijn de inwoners van deze districten aangewezen op lokaal vervoer over een moeilijk begaanbare weg.

Kenmerkend voor Cambodja is de lage graad van sociale integratie. Een district is opgedeeld in *khums*, die weer onderverdeeld zijn in *phums*. Het zijn louter administratieve begrippen: een *khum* is een subdistrict, dat gemiddeld 5000 inwoners telt in vier tot negen *phums*.³ Een *phum* bestaat uit een aantal groepen huizen (*kroms*). Binnen deze groepen van telkens acht tot twaalf huizen leidt elk huishouden zijn eigen leven. In veel *kroms* is een matrilokaal vestigingsbeginsel nog herkenbaar: zusters wonen met hun gezinnen dicht bij hun ouders. Ondanks deze familieverbanden gaan de aparte huishoudens geheel hun eigen weg.⁴ Buiten markt en pagode vindt men nauwelijks publieke ruimtes of publieke gebouwen. Mensen organiseren zich niet in verbanden buiten het familieleven. Grotere organisaties zijn door de overheid opgezette ideologische clubs als het vrouwencomité of het jongerencomité. Alle vrouwen en alle jongeren zijn daar lid van, en van enige activiteit is niets te bespeuren.

Loyaliteit en gevoel van geborgenheid blijven beperkt tot de onmiddellijke omgeving. Het direct daaropvolgende niveau van sociale integratie is de notie van het Cambodjaan zijn. Shihanoek speelt daarin een bijzondere rol. Hij is de god-koning, het centrale symbool van Cambodjaanse eenheid. Al is hij sinds 1955 om politieke redenen prins in plaats van koning, zijn goddelijke status is daardoor nauwelijks aangetast. Shihanoeks aanwezigheid in het paleis in Phnom Penh is noodzakelijk voor het goed functioneren van Cambodja.⁵ Men kan zich Cambodja voorstellen als een verzameling huishoudens, alle gericht op het centrale symbool van eenheid, maar zonder hechte sociale banden onderling. Tussen de sterk ontwikkelde notie van Cambodjaan zijn, die gevoed is door een eeuwenlange geschiedenis van strijd met de Thais en de Vietnamezen, en de leefwereld van het eigen huishouden vindt men nauwelijks een operationeel niveau van sociale integratie. De markt is het terrein voor de uitwisseling van materiële produkten, en de pagode beheert de immateriële reproductie: de domeinen van religie en onderwijs. Voor het dagelijks leven is vooral de wereld van de geesten en de voorouders belangrijk. Tussen dit bovennatuurlijke gebied en de dagelijkse werkelijkheid bemiddelt de *kruu khmer*. Het onderhouden van de relaties tussen de twee werelden en het voorkomen of herstellen van misverstanden gebeurt thuis, door de leden van het huishouden samen met de *kruu khmer*.

Verklaringen voor Cambodja's geringe mate van sociale samenhang zijn wellicht te vinden in het ontbreken van grootgrondbezit, de afwezigheid van een middenklasse

tussen koning en boeren in de afgelopen eeuwen, de gelijkmatige verdeling van natuurlijke hulpbronnen over het land, en de individualistische tendens in het Theravada boeddhisme. Wat de precieze oorzaken ook zijn, deze beperkte gemeenschapszin speelt een belangrijke rol in het gedrag rond ziekte en gezondheid, zoals ik hieronder zal laten zien.

Aanbod: de vier sectoren van gezondheidszorg

De publieke sector

Het systeem dat gratis gezondheidszorg aan alle Cambodjanen wil bieden, bestaat op districtsniveau uit een ziekenhuis, dat als gezondheidscentrum zou moeten functioneren, en gezondheidsposten in elke *khum* vanwaaruit een verpleger en een vroedvrouw met een basistraining van negen maanden curatief en preventief werk verrichten. In de *phums* worden zij bijgestaan door vrijwilligers en traditionele vroedvrouwen. De bevolking participeert in de gezondheidszorg door middel van gezondheidscomités, die op alle niveaus samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de gemeenschap. Dit is het model, de realiteit is anders.

De rol van de comités is overgenomen door politieke functionarissen. Op provinciaal niveau bestaan gezondheidscomités, die zich dankzij de zwakke nationale overheid een grote mate van autonomie hebben kunnen toeëigenen. Op districtsniveau en lager zijn de taken van het gezondheidscomité overgenomen door de volkscomités.

In veel *khums* bestaat weinig belangstelling voor publieke diensten van welke aard dan ook. Het *khum* comité houdt zich voornamelijk bezig met consolidatie van zijn eigen macht via patronage relaties. In enkele *khums* is evenwel een comité werkzaam dat politiek en 'natuurlijk' leiderschap, 'macht' en 'gezag' bundelt. De autoriteiten genieten daar een zekere mate van populariteit. Zij worden niet als zetbazen van de partij gezien (die te nauw verbonden was met de Vietnamezen). In die *khums* vindt men *khum* verplegers en vroedvrouwen die naast hun privé-praktijk een zekere sociale functie vervullen. Gezinnen die de diensten van deze gezondheidswerkers niet kunnen betalen worden in ernstige gevallen toch geholpen.

De *khum* verpleger en de vroedvrouw worden in de eerste plaats gecontroleerd door het *khum* comité. De supervisie vanuit het districtsziekenhuis heeft geen effect als het *khum* comité geen stimulerende rol speelt. De medische supervisie wordt tevens ondergraven door de lage salariëring: wanneer het salaris regelmatig betaald zou worden zou een gezondheidswerker voor één vijfde in het levensonderhoud van zijn gezin kunnen voorzien. Zowel ziekenhuis- als *khum* personeel moet daarom extra verdiensten zoeken om het hoofd boven water te kunnen houden. Officieel is het houden van een privé-praktijk alleen toegestaan aan artsen en gepensioneerde medisch assistenten. Omdat een medisch assistent als fungerend ziekenhuisdirecteur de hoogst opgeleide functionaris in het district is, zou daar geen privé-praktijk mogelijk zijn. In werkelijkheid echter vullen de meeste werkers in de gezondheidszorg hun inkomen aan door mensen thuis te behandelen, of in het ziekenhuis geld te vragen voor hun diensten.

De medicijnvoorziening die van nationaal via provinciaal naar districtsniveau loopt is onregelmatig. Sommige districten ontvangen meer dan andere, waarbij de plaats van herkomst van de provinciaal bestuurders vaak de doorslag geeft. Medicijnen raken zoek

op hun weg van nationaal naar lokaal niveau, om op de markt weer op te duiken. Binnen het district betekent dit dat patiënten vaak naar de markt verwezen worden, omdat het ziekenhuis of de *khum* verpleger een tekort heeft.

In elke *khum* zou zich een verpleger en een vroedvrouw moeten bevinden. Een *khum* telt gemiddeld zo'n 5000 inwoners, die verspreid wonen op een oppervlakte van 15 tot 45 km. Vrijwilligers die in de *phums* als 'community health workers' het *khum* personeel assisteren, functioneren slechts bij hoge uitzondering. De bevolking komt niet naar de gezondheidspost, en het *khum* personeel zoekt patiënten onder de financieel draagkrachtigen die niet te ver weg wonen. Zij worden thuis bezocht, en het bereik van het *khum* personeel blijft beperkt tot een kleine groep betalende gezinnen. In de *khums* waar het comité wel macht, maar geen 'gezag' heeft, komt het voor dat het *khum* personeel alle activiteiten op het gebied van gezondheidszorg staakt. Daar hebben vroedvrouw en verpleger de concurrentie met medicijnverkopers en 'privé-dokters' opgegeven.

De opleiding van het personeel van het publieke systeem laat te wensen over. Vaak worden de kandidaten aangewezen via het patronagesysteem. Beschermelingen en familieleden krijgen zo de kans een opleiding te volgen. Zij zijn vaak niet afkomstig uit de *khums* waar zij zich uiteindelijk zullen moeten vestigen. Onbekend als ze daar zijn, is het vooral voor de jonge vroedvrouwen erg moeilijk zich een klantenkring te veroveren in zo'n nieuwe *khum* – vooropgesteld dat ze op het laatste moment niet terugschrikken voor de feitelijke verhuizing. En dat is meestal het geval. Een ongehuwde jonge vrouw gaat niet gemakkelijk in een andere *khum* wonen, alleen maar om daar werk te verrichten. De opleiding zelf duurt voor de 'sage femme primaire' negen maanden, evenals voor de 'infirmière primaire'. Doordat provinciale comités elkaar de loef af willen steken door hoge aantallen getrainde gezondheidswerkers te laten zien, nemen te veel studenten deel aan een deze erg korte cursus. Het kennisniveau is dan ook niet hoog, waarbij vooral praktische kennis ontbreekt.

Concluderend kan gezegd worden dat het publieke systeem onvoldoende steun ondervindt van de hogere overheden: niet alleen de salariering is onvoldoende, ook de voorziening in opleidingen, supervisie, geneesmiddelen, materialen en de benodigde infrastructuur schiet ernstig tekort. Dat ondanks al deze problemen de publieke sector niet geheel verdwenen is, komt door de politieke druk die door de districtsautoriteiten wordt uitgeoefend op het personeel. Met de directeur van het districtsziekenhuis als sleutelfiguur wordt ook hier het systeem van patronage toegepast. De machtspositie van de directeur berust op het beheer van de publieke geneesmiddelenvoorraad en het oogluikend toestaan van werkzaamheden voor eigen rekening. Een groot deel van het personeel blijft zo gebonden aan de publieke sector, en kan opgeroepen worden als bewijs dat het districtscomité de zaken naar behoren regelt.

Zelfmedicatie

Iemand die ziek is zal in eerste instantie proberen daar zelf iets aan te doen (zie tabel 1). Het Cambodjaans gezin beschikt over een aantal technieken die men aan zal wenden in een poging te voorkomen dat duurdere andere maatregelen nodig zijn. De bekendste hiervan zijn pogingen om 'de wind te vangen', de hete of koude lucht die in de borst huist. Dit gebeurt door met een munt over de borst te wrijven, flesjes met hete lucht op

de huid te plaatsen of aan de huid op het hoofd en onder de oksels te trekken. Lucht dit niet op, dan is er de markt.

Op het Cambodjaanse platteland is een grote verscheidenheid aan medicijnen verkrijgbaar. Handelaars kopen medicijnen in Phnom Penh, in Vietnam en Thailand. Een deel van de geneesmiddelen van het publieke gezondheidszorgsysteem belandt op de markten. Gezinnen ontvangen van familieleden in het buitenland medicijnen, omdat die gemakkelijk verhandelbaar zijn en minder snel 'verdwijnen' dan baar geld dat opgestuurd wordt. De overheid probeert met strengere maatregelen de medicijnenstroom in te dammen. Daartoe is in juli 1991 een nieuw systeem van vergunningen voor apotheken ingegaan, zodat alleen erkende apothekers een volledige apotheek mogen beheren, medisch assistenten een 'depot A' en tweede-graads verpleegkundigen een 'depot B' mogen exploiteren. Voor alle categorieën is een lijst van toegestane producten opgesteld.

Op het platteland is van deze indeling weinig te merken. Op de centrale markt van een district is een enorm assortiment geneesmiddelen te verkrijgen in elkaar beconcurrerende marktstallen. Op kleinere markten op kruispunten van wegen, tot in de meest afgelegen verkooppunten toe, neemt het volume, maar niet de variatie aan vrij verkrijgbare geneesmiddelen af. De overgrote meerderheid van medicijnverkopers heeft nauwelijks enige kennis van zaken. Enkel van hen ontvangen medicijnen (en patiënten!) van familieleden met een baan in het publieke gezondheidszorgsysteem. Toen enkele jaren geleden de stroom van medicijnen naar Cambodja betrekkelijk gering was, waren het de districtsziekenhuizen van waaruit de handel plaatsvond. Sinds ook leken gemakkelijk aan medicijnen kunnen komen heeft de handel zich naar de markt verplaatst. De praktijk van veel medici, die welhaast zonder onderzoek te verrichten de patiënt geneesmiddelen voorschrijven, is niet veranderd. Vaak wordt nu de patiënt naar de markt gestuurd om geneesmiddelen aan te schaffen. Door patiënten met een recept naar zijn familieleden op de markt te sturen verdient de behandelend medisch assistent of verpleegkundige wat extra zonder zijn privé-praktijk binnen de muren van het ziekenhuis te hoeven halen.

De rol van de medicijnverkoper als raadsman bij problemen is beperkt: in twee districten bleken 26 en 40 procent van de klanten advies te vragen over de aanschaf van geneesmiddelen. Daar staat tegenover dat slechts vijf procent van de ondervraagden wist welk medicijn aangeschaft werd. Dat roept de veronderstelling op dat zowel klant als verkoper weten wat bedoeld wordt met medicijnen tegen hoofdpijn, tegen koorts et cetera. De verkoop van een 'totale kuur', een cocktail van pillen en capsules voor een ziekte, komt ook veel voor.

De vraag naar geneesmiddelen is enorm. Injecties en intraveneuze vloeistof zijn meer in trek dan pillen. De directe werking van deze middelen wordt veel krachtiger geacht dan van traditionele medicijnen. Er bestaat een enorme angst om kracht te verliezen, die ook tot uitdrukking komt in de vaak absolute weigering bloed af te staan voor transfusiedoeleinden. Bij bloedverlies, na een bevalling, maar ook na zwaar gedronken te hebben, is de behoefte aan versterkende middelen enorm. Bij voorkeur koopt men dan een fles intraveneuze vloeistof, waarna een 'privé-dokter' betaald wordt om het infuus aan te brengen. Aangezien de 'privé-dokter' vaak ook een baan in de publieke sector heeft, is dit een treffend voorbeeld van de vermenging van zelfmedicatie, privé-praktijk en de publieke sector.

Traditionele geneeswijzen

In de Cambodjaanse leefwereld worden ziekte en gezondheid niet als een apart domein gezien. Ziekte is iets van dezelfde categorie als een slechte oogst of een moeizaam huwelijk. Voorouders en geesten bevolken de directe omgeving van het huis, en vormen de bovennatuurlijke wereld waarmee men dagelijks contact heeft. Deze bovennatuurlijke wereld vormt een continuüm met de alledaagse realiteit, waarin allerlei regels gelden waaraan men zich houden moet om ongemak en last te voorkomen. Het is even belangrijk om de placenta na de geboorte op de juiste plaats te begraven, als om offerandes op de juiste hoek van het kruispunt te plaatsen, of om een rode doek in de nok van het huis te hangen. Worden er vergissingen gemaakt in deze preventieve maatregelen, dan zal men de verstoorde relatie met de wereld moeten herstellen. De '*kruu khmer*' is de man die helpen kan: hij kent de preventieve maatregelen, en helpt bij het corrigeren van vergissingen: het curatieve werk. De term 'traditionele genezer' heeft in feite slechts betrekking op dat onderdeel van zijn werkzaamheden waarbij ziekte in het spel is: een van de manieren waarop een verstoorde relatie met de omringende wereld tot uiting kan komen.

Kruu khmers zijn altijd mannen, en komen vaak uit een familie waarin meerdere *kruu's* voorkomen. Afhankelijk van hun plaats in de hiërarchie van *kruu's* zijn zij door hun vaders opgeleid of hebben ze vele jaren rondgetrokken van de ene opleidingsplaats naar de andere. Ze kennen een onderling verwijzingssysteem, en een aantal specialismen. De bekendste zijn de specialisten voor botbreuken, verstuingen, aambeien, slangebieten, geestelijke problemen en vrouwenziekten.

Op elke duizend inwoners vindt men minstens één *kruu khmer*. Zij zijn de voornaamste vertrouwensmannen voor de huishoudens in de directe omgeving. Voor hun diensten ontvangen zij een vergoeding in natura of geld. Veel meer dan in de andere sectoren het geval is, wordt de hoogte van deze vergoeding bepaald door de financiële situatie van het gezin van de zieke.

Tijdens het bewind van de Rode Khmer werden de *kruu khmers* verplicht zich te beperken tot het verzamelen van medicinale planten. De poging om traditionele genezers in het huidige publieke gezondheidszorgsysteem te integreren is misschien om die reden niet geslaagd, misschien omdat de *kruu khmers* weer beperkt werden tot kruidendokters. Oorspronkelijk zou in elk districtziekenhuis een *kruu khmer* aanwezig zijn, om deze traditionele kennis toe te voegen aan de moderne medische wetenschap. Wat echter gebeurde is dat de *kruu khmer* patiënten toegewezen kreeg die door de artsen opgegeven waren. Hij werd verplicht zijn holistische aanpak als een specialisme onder te brengen in het systeem van de moderne medische wetenschap. De plaats in het ziekenhuis strookte ook niet met de gangbare praktijk waar de *kruu khmer* altijd dichtbij was, als boer tussen de boeren. De integratie van traditionele genezers in het publieke systeem is dan ook een 'natuurlijke dood' gestorven: men treft nauwelijks meer *kruu khmers* in ziekenhuizen aan.

De privé-sector

Op dit moment verleent praktisch iedereen in Cambodja gezondheidszorg tegen betaling die aan hemzelf ten goede komt. In die zin is de privé-sector dus alomvattend. Ik maak hier echter toch een onderscheid, en definieer de privé-sector als de groep gezondheidswerkers die geen traditionele zorg verleent; meer doet dan alleen medicijnen verkopen;

zich laat betalen voor haar activiteiten en haar eigen prijzen stelt. Volgens deze definitie vindt men op het Cambodjaanse platteland drie verschillende types privé-gezondheidswerkers.

De eerste groep bestaat uit de mensen zonder enige formele opleiding. Vaak zijn dit de mensen die in de jaren 1975-1979 met 'gezondheidszorg' belast werden, en die nu niet veel meer doen dan beantwoorden aan de vraag naar injecties en infusies. Zij zijn in feite een verlengstuk van zelfmedicatie, door de handelingen te verrichten waartoe mensen zelf niet in staat zijn. Deze injectie-gevers zijn vooral te vinden in de meer afgelegen *phums*, waar weinig concurrentie te vinden is. De tweede groep wordt gevormd door mensen die vóór 1975 getraind zijn en die niet in de publieke sector werken, plus een enkeling die de publieke sector verlaten heeft en nu voor zichzelf werkt. Op districtsniveau vindt men dan verpleegkundigen (terwijl de verpleegkundigen van na 1979 allemaal mannen zijn, is deze groep gemengd) die gewaardeerd worden als goed opgeleide, maar erg dure gezondheidswerkers. Zij leveren behandeling en geneesmiddelen, en voorzien in een behoefte van het beter gesitueerde deel van de bevolking.

Tenslotte is er het personeel van het publieke systeem. Officieel is het alleen artsen en gepensioneerde medische assistenten toegestaan er een privé-praktijk op na te houden. Door het zeer lage en onregelmatig betaalde salaris voelt echter een groot deel van het personeel zich gedwongen dit inkomen aan te vullen als privé-gezondheidswerker. Hoe hoger de functie in het ziekenhuis, hoe hoger de status van de privé-praktijk van deze persoon. Lager personeel vindt klanten vaak rondom de eigen woning, en langs de route van daar naar het ziekenhuis.

De vraagzijde

Uit het bovenstaande mag blijken wat het aanbod aan gezondheidszorg op districtsniveau behelst. Om het relatieve belang van de verschillende sectoren in kaart te brengen werd aan 600 gezinnen gevraagd welke actie zij ondernamen in het laatste ziektegeval binnen het gezin.

Tabel 1: Gebruik van medische voorzieningen voor alle klachten. ⁶	
district ziekenhuis	9%
<i>khum</i> personeel	10%
privé-sector	18,4%
zelfmedicatie	47,2%
<i>kruu khmer</i>	9,6%
niets, of buiten district	5.8%

Gezien de aard van het aanbod, is het nu de vraag om welke redenen mensen kiezen voor de verschillende sectoren – en meer in het bijzonder, om welke redenen men niet kiest voor de publieke gezondheidszorg. De verschillende factoren die een rol spelen bij therapiekeuze kunnen onderscheiden worden in voorwaardescheppende factoren, praktische mogelijkheden als kosten en afstand, en veronderstelde behoeften en verwachtingen.

Conditioneel

Bestaande ideeën over ziekte en gezondheid, de beschikbaarheid van kennis en informatie omtrent de verschillende mogelijkheden, en kenmerken van het alledaagse leven zijn van belang voor de therapiekeuze.

– Ideeën rond ziekte en gezondheid

Het onderzoek naar het gebruik van de verschillende sectoren liet geen duidelijk verband zien tussen de *aard* van de gerapporteerde ziekte en de eerste keuze van een sector. De vraag of de *ernst* van de aandoening wellicht bepalend is, is op basis van de enquête moeilijk te beantwoorden. Slechts negen procent van alle ondervraagden is in het districtsziekenhuis geweest, en daar zijn lang niet alle patiënten lichamelijk onderzocht: een veelgehoorde klacht is het gebrek aan belangstelling van de behandelend medisch assistent of verpleger. Dat betekent dat een zeer gering aantal mensen beschikt over een correcte diagnose van hun klacht. Om inzicht te krijgen in de samenhang tussen de ernst van de aandoening en de therapiekeuze is een blik op de Cambodjaanse ideeën omtrent ziekte en gezondheid echter interessant.

Een belangrijk onderscheid binnen de traditionele geneeswijzen heeft te maken met de veronderstelde oorzaak van de ziekte. Een ziekte kan een natuurlijke of een bovennatuurlijke oorzaak hebben.⁷ Daarbij passen natuurlijke en bovennatuurlijke remedies. Een natuurlijke remedie betekent actief ingrijpen in het lichaam. Dat kan met uit allerlei middelen bereide drankjes (planten, schraapsel van horens en beenderen, kruiden), maar ook door bepaalde technieken te gebruiken om de 'wind te grijpen'. Wanneer van een bovennatuurlijke oorzaak wordt uitgegaan, dient de relatie met de bovennatuurlijke wereld onderzocht te worden, en moet men het lichaam, met de geest die er bezit van genomen heeft, met rust laten. Ziektes met een bovennatuurlijke oorzaak kunnen niet worden genezen door natuurlijke remedies. Het ingrijpen in het lichaam kan de bovennatuurlijke wereld zo storen dat de rest van het gezin ook niet veilig meer is. Dat betekent dat, wanneer het ziekteverloop in de ogen van de *kruu khmer* daar aanleiding toe geeft, overgestapt moet worden van een natuurlijke naar een bovennatuurlijke remedie of omgekeerd. Het komt dan ook regelmatig voor dat een bio-medische behandeling afgebroken wordt zonder dat de patiënt daarover met de behandelend arts wil spreken. De veelgehoorde klachten over 'therapietrouw' (compliance) kunnen hieruit worden verklaard. De ideeën omtrent de oorzaak van de ziekte spelen een grote rol bij 'health shopping'.

– Kennis, informatie

Om een keuze tussen verschillende sectoren te kunnen maken hebben mensen behoefte aan informatie. Het kiezen zelf is afhankelijk van de gehanteerde criteria, en van het beslissingsproces: op welke wijze wordt de informatie gebruikt om tot een keuze te komen (Young 1981: 10)?

Het kennisniveau omtrent de mogelijkheden van de moderne gezondheidszorg is laag. Moderne gezondheidszorg wordt vereenzelvigd met geneesmiddelen. Geneesmiddelen gelden als natuurlijke remedie tegen ziektes met een natuurlijke oorzaak, maar worden als veel krachtiger beschouwd dan traditionele medicijnen. Injecties en infusies hebben de reputatie nog directer in te grijpen dan orale middelen, en ondanks de hoge prijzen is de vraag ernaar groot. Commerciële druk dwingt de diverse gezondheidswerkers in deze

vraag te voorzien. In 87 procent van alle contacten met privé-practicanten ontvangen mensen injecties. Het medicijn is gelijk aan de behandeling, en de gewoonte van medisch assistenten om zonder veel onderzoek recepten uit te schrijven, versterkt deze opvatting.

Voor preventieve acties zoals vaccinaties of hygiënische maatregelen bestaat weinig begrip. De overtuiging dat ziektes veroorzaakt worden door fouten in de omgang met de leefwereld staat het succes van gezondheidswerkers om preventief gedrag te bevorderen in de weg. Wanneer er geen gedeeld begrip bestaat over de herkomst van ziekte ontstaan er misverstanden tussen Cambodjanen en buitenlanders in de gezondheidszorg. Zo kan bijvoorbeeld de buitenlandse gezondheidswerker wanhopig worden over de 'onwil' van het ziekenhuispersoneel om materiaal te steriliseren, terwijl de Cambodjanen geen relatie zien tussen een vuile naald en het ontstaan van ziekte.

Van de mensen die gebruik gemaakt hebben van het districtsziekenhuis is 56 procent niet tevreden met de behandeling. Zij achten zich niet genezen en als ze nog middelen hebben, kopen ze op de markt meer geneesmiddelen of roepen de hulp in van *kruu khmer* of de privé-sector. De districtsziekenhuizen waar deze gegevens vandaan komen, beschikken al maanden over de assistentie van teams van Artsen zonder Grenzen. Als op grond daarvan verondersteld mag worden dat de kwaliteit van de zorg verbeterd is, is dit een veeg teken voor de mate waarin overeenstemming bestaat omtrent genezing tussen personeel en patiënten. Een meerderheid van de mensen die alle barrières naar het districtsziekenhuis weten te nemen, blijkt uiteindelijk geen vertrouwen te hebben in de daar ontvangen behandeling. Een veel grotere meerderheid beschikt niet over de informatie op grond waarvan ze die zorg kunnen beoordelen.

– Voorkeur voor behandeling aan huis

Het verhaal aan het begin van dit artikel is een van de vele gevallen waaruit blijkt dat patiënten niet naar het districtsziekenhuis willen gaan. Daarvoor zijn twee oorzaken aan te wijzen die elkaar versterken. De eerste oorzaak is een slechte relatie tussen patiënt en behandelaar in het ziekenhuis, waarop ik hieronder terugkom. De tweede oorzaak is te vinden in de bijzondere waarde die gehecht wordt aan de band met de bovennatuurlijke wereld van geesten en voorouders, die alleen thuis onderhouden kan worden. Dit hangt samen met het vrijwel geheel ontbreken van sociale verbanden die het gezinsverband overstijgen, zoals hierboven al werd gesignaleerd, en de daarmee samenhangende aarzeling vreemd terrein te betreden. Het gezin regelt zoveel mogelijk z'n eigen zaken, ook binnen de 'extended family'. Als er hulp van een deskundige nodig is, wordt die thuis ontboden. Wanneer vastgesteld wordt dat de oorzaak van de ziekte een bovennatuurlijke is, heeft de patiënt thuis immers de beste kans de relatie met de bovennatuurlijke wereld te herstellen. Bovendien vermijdt de patiënt de interactie buiten de beperkte kring van bestaande sociale contacten op het onbekende terrein van het ziekenhuis. Het vereist voor een zieke extra inspanning om het rollenspel vol te houden dat noodzakelijk is om gezichtsverlies te voorkomen. De beperkte sociale integratie in Cambodja versterkt de tendens om in gevallen van ziekte en nood de bescherming van de eigen omgeving zwaar te laten wegen.

De lage graad van sociale integratie is overigens niet veroorzaakt door de Rode Khmer-terreur. In onderzoek van vóór 1975 wordt hier ook op gewezen (Steinberg 1959, Delvert 1961, Porée-Maspero 1962, Martel 1975). Dit lage niveau van sociale integratie kan zelfs omgekeerd gebruikt worden in pogingen tot verklaring van de excessen van

het Rode Khmer bewind (Kleinen 1989: 21). Het verschijnsel is hier vooral interessant omdat het van invloed is op de keuzes die gemaakt worden bij ziekte. Het feit dat sociale verbanden niet veel verder reiken dan de eigen huishouding is een wezenlijk element van de Cambodjaanse samenleving, dat als zodanig erkend en gerespecteerd moet worden. Vooral bij het overwegen van de mogelijkheden tot gemeenschapsparticipatie in de gezondheidszorg moet dit element worden onderkend.

Praktische mogelijkheden: kosten en afstand

Afstand en kosten blijken een minder grote rol te spelen in het vermijden van de publieke sector dan werd aangenomen. De diensten van het districtsziekenhuis en *khum* personeel zijn niet gratis, maar in vergelijking met de kosten van zelfmedicatie en de privé-sector laag.⁸ Vrijwel alle bezoekers van districtsziekenhuizen wonen binnen een straal van ongeveer twaalf kilometer rond het ziekenhuis. In deze twee districten betekent dat een maximale reistijd van ongeveer drie uur. Dat is de afstand die men in een dag heen en terug af kan leggen, wanneer daar ook de gemiddelde wachttijd in het ziekenhuis bij gerekend wordt.

Behoeften en verwachtingen

Ziekte kan een symptoom zijn van een verstoorde relatie met de bovennatuurlijke wereld, en ziekte heeft een direct effect op de overlevingskansen van het hele gezin. In geval van ziekte is er dan ook behoefte aan een vertrouwensrelatie met de behandelaar. Daarnaast wil men verschillende remedies kunnen gebruiken wanneer dat nodig wordt geacht. Het personeel van de publieke gezondheidszorg komt aan deze behoeften, vertrouwen en vrijheid van therapiekeuze, nauwelijks tegemoet. De gang van zaken in het districtsziekenhuis bijvoorbeeld wordt door de meeste patiënten als vernederend ervaren.

Patiënten kunnen in drie categorieën ondergebracht worden:

(1) Mensen met een zeker opleidingsniveau en de beschikking over de positie of middelen om zich het gebruik van moderne medische zorg te veroorloven; (2) Mensen die zich het gebruik van privé-klinieken of zelfs *kruu khmers* niet kunnen veroorloven (dat is immers duurder dan een consultatie in het districtsziekenhuis) en die het aan de kennis ontbreekt om de ernst van hun klacht te onderkennen. Hier treft men dan ook wel onnodig gebruik aan; en (3) Mensen die zo ernstig ziek of gewond zijn dat ze als laatste redmiddel naar het districtsziekenhuis gebracht worden. Voor deze groep is het vaak te laat: zij komen na alle andere mogelijkheden thuis geprobeerd te hebben.

De medisch assistent of verpleegkundige die de patiënten in het ziekenhuis ontvangt heeft er geen baat bij zijn bezigheden in het publieke domein te perfectioneren. Hij wil mensen aanmoedigen om gebruik te maken van zijn privé-kliniek. De behandeling van de tweede groep blijft zo beperkt tot een vluchtig gesprekje, waarna men doorverwezen wordt naar de markt voor geneesmiddelen. Dit is in tegenspraak met wat men verwacht: bij een klacht met een natuurlijke oorzaak moet de behandelaar iets 'doen'.

Deze patiënten, die een flinke sociale drempel hebben moeten overwinnen om het ziekenhuis te bezoeken, worden in hun communicatie met de gezondheidswerker geremd door een verschil in status. Dat wordt nog benadrukt doordat deze patiënten de gezondheidswerker maar erg weinig kunnen betalen. Het daarbij passende bescheiden, conflict-vermijdende gedrag van de patiënt staat tegenover het gedrag van de gezondheidswerker,

die publiekelijk deze patiënten door een mindere behandeling wil onderscheiden van zijn privé-klanten. De patiënt lijdt hierbij gezichtsverlies, en zal voortaan het districts-ziekenhuis mijden.

De lage graad van sociale integratie brengt deze belangentegenstelling onverbloemd naar voren. Gezondheidswerkers in de publieke sector hebben weinig belangstelling voor de problemen van mensen waarmee ze geen sociale band onderhouden. De behoefte van de patiënt aan een vertrouwelijke band staat hier haaks op. Daarbij komt dat de status van de gezondheidswerker hem niet toestaat in te stemmen met de verlangde vrijheid om van therapie te wisselen.

De relatie tussen de gezondheidswerker in de publieke sector en de patiënt staat onder aanzienlijk grotere druk dan in de andere sectoren, waar sprake is van een vertrouwensrelatie (traditionele sector) of minstens een commerciële band (privé-sector).

Conclusies en discussie

Het gebrekkig functioneren van het publieke gezondheidszorgsysteem in Cambodja heb ik proberen te verklaren door karakteristieken van zowel de vraag- als de aanbodzijde te noemen. Aan de aanbodzijde zijn de zwakke ondersteuning van het publieke systeem door de overheid, een enorme informele sector en de ruime beschikbaarheid van geneesmiddelen op de markt de belangrijkste factoren. Een ruim aanbod van slecht opgeleid personeel dat niet of nauwelijks gesalarieerd wordt, verzwakt de positie van de publieke sector. Aan de vraagzijde vindt men de specifieke kenmerken van de Cambodjaanse bevolking, die een voorkeur voor genezing aan huis combineert met een afkeer van de houding van het personeel in de publieke sector. Gebrek aan vertrouwen, kennis en informatie belemmert het gebruik van de publieke voorzieningen. De verschillende factoren creëren samen een vicieuze cirkel met als resultaat dat de bevolking veel geld besteedt aan slechte gezondheidszorg.

De publieke gezondheidszorg is voor verbetering vatbaar, en kan assistentie gebruiken op het gebied van management en training. Organisaties als Artsen zonder Grenzen zijn werkzaam op het gebied van het beheer van geneesmiddelen, organisatie binnen de ziekenhuizen, en praktisch onderwijs. In afwachting van de vorming van een meer stabiele overheid, die in staat is aan haar verantwoordelijkheden voor de publieke zorg te voldoen, wordt incidenteel assistentie geboden in herstel en bouw van ziekenhuisvoorzieningen en de meest essentiële medische apparatuur. Daarmee wordt voorkomen dat het systeem van publieke gezondheidszorg, onmisbaar als middel voor preventieve activiteiten, geheel verloren gaat. De publieke sector hoeft echter niet het enige werkterrein te zijn. De privé-sector is enorm en bestaat voor een belangrijk deel uit mensen die ook in de publieke sector werkzaam zijn. Verbetering van de vaardigheden van deze mensen komt dan ook aan beide sectoren ten goede.

Dat het verbeteren van het aanbod op zich niet voldoende is blijkt uit het geringe gebruik dat gemaakt wordt van de districtsziekenhuizen waar Artsen zonder Grenzen werkt. De vraagzijde, dat wil zeggen de bevolking, verdient eveneens aandacht als men een optimaal gebruik van de verschillende mogelijkheden voor gezondheidszorg wil bevorderen. Nu de veranderende politieke situatie in Cambodja leidt tot een groeiende invloed van organisaties die willen werken aan 'primary health care,' is de vraag hoe PHC in Cambodja toegepast kan worden extra actueel. Als volgens klassiek PHC-model

de bevolking meer zeggenschap dient te hebben over gezondheidszorg, dan is in de eerste plaats duidelijkheid vereist over een draagvlak voor deze zeggenschap in de bevolking, een operationeel niveau van sociale integratie.

De recente geschiedenis heeft participatie van de gemeenschap bemoeilijkt: tallozen zijn gestorven onder een systeem dat het individu en het gezin ondergeschikt maakte aan het Cambodjaanse collectief. Dat is niet vergeten, en de traditionele argwaan tegen sociale verbanden die boven het gezin uitstijgen is erdoor versterkt. Op dit moment is de deelname van de bevolking alleen passief uit te drukken in de hoeveelheid geld die men voor de verschillende diensten over heeft.

Op korte termijn zal een betere relatie tussen het personeel van de publieke sector en de bevolking het gebruik van deze sector bevorderen. De geprivatiseerde wijze van 'ambulante gezondheidszorg' die nu bestaat, bereikt een te kleine groep, is van slechte kwaliteit en te duur. Om die relatie daadwerkelijk te verbeteren, zijn inspanningen op verschillende niveaus vereist. Op nationaal en provinciaal niveau dient de overheid oplossingen aan te dragen voor de problemen die inherent zijn aan de aanbodzijde, zoals betere opleidingen en vooral een financiële ondersteuning van de publieke gezondheidszorg. Op lokaal niveau kan evenwel een begin gemaakt worden met het verbeteren van de relaties tussen gezondheidswerkers en de bevolking. Er van uitgaande dat beide groepen gebaat zijn bij kennis van de aard van de problemen en mogelijke oplossingen, zou men kunnen beginnen met het samenstellen van informatie-netwerken op districtsniveau.

Een informatie-netwerk waarin alle soorten gezondheidswerkers samenwerken, dient verschillende doelen. Privé-werkers, de werknemers in de publieke gezondheidszorg en traditionele genezers hebben baat bij uitwisseling van informatie, omdat de verschillende groepen bereid zijn naar elkaar te verwijzen. Dat levert voor ieder een groter aantal mogelijke klanten op. Als de samenwerking erkenning, begeleiding en steun oplevert van het districtsziekenhuis, wordt de status van deelnemers in het netwerk verhoogd, terwijl zij kunnen profiteren van materiaal dat hun door het ziekenhuis ter beschikking wordt gesteld. Bij het vaststellen van deze materiële steun aan individuele gezondheidswerkers kan gedacht worden aan een systeem waarbij gezondheidswerkers contracten afsluiten met huishoudens. Tegen betaling, zoals nu ook het geval is, biedt de gezondheidswerker het huishouden een 'pakket' medische zorg, dat naast behandeling ook preventieve zorg omvat. Zo'n contract kan afgesloten worden naar aanleiding van zwangerschapscontrole, assistentie bij een geboorte, of een zieke in het gezin. De hoeveelheid contracten van elke gezondheidswerker bepaalt dan de mate waarin hij ondersteund wordt. Hij kan met die steun zijn voordeel doen, maar dient in zijn prijsstelling te concurreren met de andere gezondheidswerkers. Door deel te nemen aan het informatienetwerk, versterkt zo eenieder zijn positie.

Het netwerk verschaft omgekeerd informatie aan het districtsziekenhuis omtrent de werkelijke problemen op het gebied van de gezondheid. Terwijl gegevens nu gebaseerd zijn op de kleine groep mensen die in contact staan met de publieke sector, kan door de bijdrage van de traditionele genezers (die bereid zijn mensen te verwijzen in ruil voor de erkenning van hun specifieke vaardigheden), en de privé-sector (die gebaat is bij ondersteuning van de eigen praktijk) een veel scherper beeld ontstaan van de behoeften van de bevolking.

De bevolking tenslotte heeft baat bij een dergelijk netwerk doordat de verschillende deelnemers de kennis die zij door de begeleiding opdoen, door kunnen geven aan de

huishoudens. Met behulp van deze informatie kunnen mensen een beter gefundeerde keuze maken tussen de verschillende sectoren. De kosten van gezondheidszorg nemen niet toe, zeker niet wanneer door betere informatie het aandeel van zelfmedicatie met behulp van de geneesmiddelenmarkt afneemt.

Het districtsziekenhuis neemt een centrale plaats in een dergelijke opzet in, waardoor tevens de status van het personeel wordt veilig gesteld. In curatief opzicht worden patiënten ernaar verwezen, maar vooral in begeleidend, ondersteunend en preventief opzicht speelt het ziekenhuis een cruciale rol. De bevolking zal door een betere informatiespreiding in twee richtingen zowel haar behoeften kenbaar kunnen maken als beter in staat zijn keuzes te maken. De relatie tussen de bevolking en het personeel van de publieke sector wordt vergemakkelijkt: enerzijds door het gebruik van contracten tussen huishoudens en gezondheidswerkers, en anderzijds door betere voorlichting van beide partijen. En een wezenlijk kenmerk van Cambodja wordt gerespecteerd in een poging om tot medezeggenschap op het niveau van de huishoudens, ofwel 'gezinsparticipatie' te komen.

Noten

Willem van de Put studeerde wijsbegeerte en culturele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam. Momenteel is hij als medisch antropoloog verbonden aan Artsen zonder Grenzen, waarvoor hij onderzoek verrichtte in Nicaragua en Cambodja.

1. Ik dank de redactie en John Kleinen voor hun commentaar op eerdere versies van dit artikel.
2. Gebaseerd op survey-resultaat en districtsziekenhuis registraties: gemiddelde 'utilisation rate' (= aantal nieuwe contacten per jaar gedeeld door aantal inwoners) van vier districtsziekenhuizen is 0,10 na een jaar aanwezigheid van teams van Artsen zonder Grenzen.
3. De concepten *khum* en *phum* zijn aan het begin van de eeuw ingevoerd door het Franse koloniale bestuur als administratieve eenheden (Delvert 1961: 158).
4. Het begrip 'loosely structured society', dat wel voor Thailand wordt gebruikt (Evers 1969), is zeer wel van toepassing op Cambodja.
5. Het Cambodjaanse koninkrijk komt in dit opzicht in essentie overeen met de 'theatre-state' van Bali zoals beschreven door Geertz (1983).
6. De *kruu khmer* wordt vaak om advies gevraagd. Een *kruu* is nooit ver weg: binnen een straal van enkele kilometers is er altijd wel een te vinden. De *kruu* is de vertrouwenspersoon in de samenleving (zie de artikelen van Eisenbruch). Gebruik maken van de diensten van de *kruu khmer* wordt dan ook nauwelijks gezien als 'health seeking behaviour'. In combinatie met een zekere aarzeling in het spreken over de traditionele genezer tegenover een buitenlander, die gezien wordt als gelieerd aan een medische organisatie, mag aangenomen worden dat het gebruik van de traditionele sector ondervertegenwoordigd is in de survey-resultaten.
7. Een voorbeeld van een natuurlijke oorzaak van een ziekte: wanneer baby's scabies hebben, wordt aangenomen dat de placenta ten prooi is gevallen aan mieren.
8. Voor de diensten van de privé-sector en de aanschaf van geneesmiddelen werd gemiddeld drie maal zo veel uitgegeven als voor de traditionele en de publieke sector.

Literatuur

- Chambers, R.
 1990 Rapid, but relaxed and participatory rural appraisal: towards applications in health and nutrition. Paper for the international conference on rapid assessment methodologies for planning and evaluation of health related programmes. Washington. Ongepubliceerd.
- Delvert, J.
 1961 *Le paysan Cambodgien*. Paris: Le monde d'outre-mer passé et présent, 1ere serie, études no. X.
- Eisenbruch, I.M.
 1992 Towards a culturally sensitive DSM: Cultural bereavement in Cambodian refugees and the traditional healer as taxonomist. *Journal of Nervous & Mental Disease* 181(1): 8-10.
- Eisenbruch, I.M. & L.H. Handelman
 1989 Development of a culturally appropriate Explanatory Model Schedule for Cambodian refugee patients. *Journal of Refugee Studies* 2(2): 243-56.
- Evers, H. (ed.)
 1969 *Loosly structured social systems: Thailand in comparative perspective*. Cultural report series no. 17, New Haven: Yale University.
- Geertz, C.
 1983 *Negara: the theatre state in nineteenth-century Bali*. Princetown: Princetown University Press.
- Kadeva, H.
 1974 *Reflexions sur l'organisation actuelle du ministère de la santé publique au Cambodge*. Rennes: Ecole National de la Santé.
- Kleinen, J.
 1983 Het gevecht om de staat. *De Gids* 146(8/9): 605-18.
 1989 *Cambodja*. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen.
- Martel, G.
 1975 *Lovea, village des environs d'Angkor: aspects démographiques, économiques et sociologiques de monde rural cambodgien dans la province de Siem Reap*. Paris: Publications de l'Ecole Française d'Extrême-Orient, vol. 98.
- Porée-Maspero, E.
 1962 *Étude sur les rites agraires des cambodgiens*. Paris/Den Haag: Mouton.
- Sarre, Th.
 1983 *Le système sanitaire Cambodgien de 1963 à 1975, et sa relation avec la mentalité Khmer*. z.p.
- Steinberg, D.
 1959 *Cambodia: its people, its society, its culture*. New Haven: Hraf Press.
- Young, J.C.
 1981 *Medical choice in a Mexican village*. New Brunswick: Rutgers University Press.