

Bookreviews / Boekbesprekingen

David Baronov, *The African transformation of Western medicine and the dynamics of global cultural exchange*. Philadelphia: Temple University Press, 2008. 249 pp. \$54.50 (cloth). ISBN 978 1 59213 915 6.

Much has been written about how biomedicine changed Africa; the author of this book has set himself the opposite task: to describe how Africa has changed biomedicine. His study raises the question: "What the West can learn about Western medicine, by understanding the African contributions to the development of biomedicine" (p. 3).

In the first chapter, about the origins of African biomedicine, the author argues that biomedicine was not a "benevolent gift" that was gratefully welcomed and accepted by Africans and as a result effectively replaced traditional 'primitive' and 'superstitious' medical practices. Africa rather appropriated biomedicine and made it into its own thing. The author describes the cultural reinterpretations to which biomedicine was subjected: disease aetiology shifted from physical to holistic; the African approach was characterised by pragmatism that freely combined and mixed local elements with biomedical ones; biomedicine became a valuable item of exchange and social obligation. These and other developments move the author to refer to African (transformed) medical traditions as 'pluralistic medicine' and its practitioners as 'pluralistic medical practitioners.'

The second chapter dissects Western biomedicine as a scientific enterprise that at the same time expresses social-cultural realities and power. The 'dissection' lies in the author's challenging biomedicine's universalistic claims and pointing out its historical contingency. His goal is to expose the biomedical worldview that "uncritically reifies the norm and values of the physical sciences." (He approvingly adds a footnote with a quote from Chalmers that "... perhaps [only] five percent of procedures currently [1993] in use in [bio]medical practice are supported by solid evidence such as randomised clinical trials," p. 49). Thus, biomedicine became a convenient tool for "aligning African sociocultural beliefs and practices with the global structures and processes that comprised the capitalist world-system" (p. 76).

That 'civilizing' role of biomedicine in the colonization of Africa is the topic of the third chapter. It describes the ruthless exploitation of African populations and the work of missionaries and shows how these and other colonial enterprises were backed up by biomedicine.

In the fourth and fifth chapters that author comes to his central idea: biomedicine was in return transformed by African beliefs and practices. I am not sure, however, that he succeeds in doing so. What he does show is that the biomedical presence did not supplant local medical traditions. Both African healers and the general population

retained their own medical views and practices while borrowing countless elements from the imported medical tradition. The chapters do show that parts of biomedicine were used, mixed and diluted by non-biomedical practitioners and 'lay people' (which has already been described by others) but they say nothing about how biomedicine is practised in centres of African biomedicine: hospitals, laboratories and clinics.

Baronov provides four case studies of African 'pluralistic medicine' to give his rather general argument local flesh and blood. Unfortunately, these cases also do not deal with the practices of representatives of biomedicine such as doctors and nurses. They rather show how African 'pluralistic medicine' works; not how biomedicine in Africa becomes 'pluralistic medicine.'

This is not to say that this does not happen. On the contrary, I am convinced that biomedical hospitals and health centres in Africa are not 'identical clones' of hospitals and health centres in other parts of the world; they have a distinct local character. How and to what extent, has hardly been recorded, however. Studies that begin to appear suggest, for example, that the paternalistic style of traditional practitioners is found back in the overbearing attitude of African doctors and nurses. It has also been remarked that the traditional focus on social and religious aetiology and treatment has entered African hospitals and that doctors are as non-communicative about their treatment as traditional healers. Finally, rumours have it that at night, when doctors are absent and nurses asleep, spiritual healers take possession of wards to treat patients for problems that doctors cannot handle. In some cases nurses take part in those spiritual activities.

Baronov's study is extremely interesting in its description of the intertwinement of medicine, mission, politics and trade but he does not keep his promise boldly made in the title and throughout the book.

Sjaak van der Geest, medical anthropologist
University of Amsterdam

João Biehl, *Will to live: AIDS therapies and the politics of survival*. Princeton: Princeton University Press, 2007. 466 pp. (with photographs by Torben Eskerod). Index. \$30.50 (hard cover). ISBN 978-0-691-13008-8.

Will to live discusses Brazilian AIDS policy but more particularly the history of Caasah, a small community of people with HIV/AIDS in the city of Salvador in the poor North-East region of Brazil. João Biehl was accompanied by a Danish photographer who made penetrating portraits of the main characters of the dramatic events described by him.

Brazil was the first 'third-world country' that succeeded in making antiretroviral medicines available to the entire population. That fact gives particular relevance to Biehl's study. He describes not only how the Brazilian government achieved this through negotiations with the pharmaceutical industry but also how it tried to bring the medicines to the poorest and most marginal groups of the society.

When Biehl visited Caasah in the 1990s it was something between a community of squatters and a hospice of homeless AIDS patients, former prostitutes, transvestites, and drug users who had occupied a deserted clinic. Caasah became a showcase for local and national politicians. It managed to give the most marginal inhabitants of the city their dignity back and it helped them take the new medicines that could change their lives entirely if used well. Biehl spoke to the inhabitants and the leaders of Caasah and recorded their stories. By placing their stories – together with their portraits – on the first pages of his book, Biehl takes the reader immediately to the thick of the AIDS drama.

Five years later, when Biehl returns, Caasah has become a well-organised clinic which only treats people who obey the rules and take their medicines exactly as they should. Most of the first inhabitants have died of AIDS or have resumed their previous life. Only one of them has succeeded in turning his disease into an ‘asset’. He visits schools to educate the students on HIV/AIDS and is proud of his new position. But he is an exception. All the others turned out to be ‘hopeless cases’, useless people for whom nothing could be done. The fact that the promising approach of five years ago failed to assist the others in finding a better life characterises the profound tragedy of AIDS according to Biehl.

The ‘pharmaceuticalisation’ of HIV/AIDS, as Biehl calls it – reducing AIDS to taking or not taking medicines – simplifies the problem and has serious consequences for the most vulnerable in the society. AIDS policy, which does not address poverty, stigmatisation and social exclusion leaves people to fend for themselves in conditions that destroy them.

Biehl has written an ethnography that dissects the discouraging complexity of AIDS. He switches from national and international developments to local events and individual lives. That multi-level approach reveals the contradictory effects of policy. One moment government policy has far-reaching consequences for people in their insecure existence; another moment the authorities prove entirely unable to help create conditions that prevent people’s collapse. Biehl’s study raises unsettling questions about the quality and possibility of HIV/AIDS – and any other – policy.

His study also demonstrates that the problem of HIV/AIDS is hard to understand – and therefore hard to fight – unless it is studied from a historical perspective. Explanations of failures or successes of interventions and of unexpected developments can often be found in the past. Solid anthropological research needs more than a thick description of the present.

This review appears in a special issue on the translation of research to practical action. It raises the question whether Biehl’s voluminous study will ever arrive at the addresses of those who have the means to bring about change in policy and practical care. *Will to live* seems first of all a book written for anthropological colleagues. It obliges the author to make a serious attempt to translate the complexity and bulkiness of his findings into concrete and clear suggestions for a better policy and practice to help the most vulnerable realize their will to live.

Sjaak van der Geest, medical anthropologist
University of Amsterdam

Robbie Davis-Floyd, Lesly Barclay, Betty-Anne Daviss & Jan Tritten (eds.), *Birth models that work*. Berkeley: University of California Press, 2009. x+484 pp., £16.95. ISBN 978-0-520-25891-4.

Birth models that work is een lijvig werk waaraan 29 auteurs hebben meegewerkt. De auteurs beschrijven en beoordelen 'baarmodellen' uit een groot aantal landen: Nederland, Verenigd Koninkrijk, Verenigde Staten, Canada, Japan, Australië, Nieuw Zeeland, Samoa, Filipijnen, Mexico en Brazilië. Doordat ze in hun bijdragen refereren aan literatuur uit allerlei andere landen komt ongeveer de hele wereld voorbij. Kortom, dit is meer een naslagwerk dan een boek om in een ruk uit te lezen.

Er is veel interessante informatie, bijvoorbeeld dat in Nieuw Zeeland vroedvrouwen bijna waren uitgestorven, maar in de jaren negentig een comeback maakten en sindsdien volledig zijn geïncorporeerd in het nationale gezondheidsstelsel. En zo is in Samoa teruggегrepen op traditionele ideeën over zwangerschap en baren.

Birth models that work bestaat uit verschillende delen: nationale en regionale verloskundige systemen, lokale modellen in ontwikkelde landen (in ziekenhuizen en geboortecentra) en in ontwikkelingslanden (waar de samenwerking tussen traditionele, 'professionele' vroedvrouwen en vrouwenartsen centraal staat). Het laatste deel getiteld *Making models work* bevat drie gevallen van pogingen om slecht functionerende systemen te verbeteren.

Centraal staat de opdracht de geboorte menselijker te maken ("the humanization of birth") door middel van systemen en modellen die vrouwen een 'normale' of 'natuurlijke' bevalling bieden, bij voorkeur thuis en bijgestaan door een vroedvrouw en een of meer dierbaren. Artsen dienen stand-by te zijn voor risico-bevallingen en voor het geval dat er onverwacht iets mis dreigt te gaan. Verloskundige zorg die 'werkt', resulteert in lage mortaliteit- en morbiditeitscijfers (inclusief psychosociale morbiditeit). Systemen die niet werken, gaan gepaard met veel interventies en een overvloedig gebruik van medicijnen en andere medische technologie.

Hoofdstuk 1 geeft een geïdealiseerd beeld van het Nederlandse systeem, als lictend voorbeeld voor de rest van de wereld en is een rommelig verhaal. Er wordt twee maal gerefereerd aan de (ik meen onterecht) aan Heine toegeschreven bewering dat veranderingen hier later zouden plaatsvinden dan elders. Toch is allang beschreven dat de positie van de Nederlandse vroedvrouwen historisch juist verband hield met de vroege verstedelijking en de vroege scheiding van Kerk en Staat. Daardoor stonden zij niet langer onder het regiem van de Kerk en werden de stadsbesturen verantwoordelijk voor hun opleiding en praktijkvoering. Als autoriteit wordt in dit hoofdstuk Beatrijs Smulders opgevoerd, een bijzondere vrouw die ongetwijfeld veel voor de Nederlandse thuisbevalling heeft gedaan, maar volgens veel vroedvrouwen allang niet meer representatief is voor hun beroep. Het werk van Nederlandse onderzoeksters en schrijfsters over vroedvrouwen en verloskunde, zoals Simone Buitendijk, Anja Hiddinga, Bernike Pasveer en Lidy Schoon, ontbreekt. Evenmin worden de invloedrijke Kloosterman en zijn opvolger Treffers genoemd.

Het, vergeleken met omringende landen, nog altijd hoge percentage thuisbevallingen wordt gerelateerd aan een onduidelijke Nederlandse mentaliteit. Wat niet vermeld

wordt, is dat de Nederlandse verloskundige resultaten, de laatste twintig jaar achteruit zijn gegaan en de vroegere eerste plaats is verloren. Die achteruitgang hangt samen met allerlei veranderingen, zoals de hoge gemiddelde leeftijd van Nederlandse vrouwen bij de geboorte van hun eerste kind, het toegenomen aantal vrouwen met bijvoorbeeld hartafwijkingen of obesitas die toch een kind wensen, en degenen die gebruikmaken van moderne reproductiemethoden om zwanger te worden en wier bevalling dikwijls met meer risico gepaard gaat. Een andere factor is etniciteit. Uit onderzoek blijkt dat Surinaamse, Antilliaanse en Afrikaanse vrouwen van bezuiden de Sahara, en onder de laatsten in het bijzonder de asielzoekers, een verhoogde kans hebben op complicaties. Ook is er recent op gewezen dat de Nederlandse afwachtende houding (het fysiologische denken dat mede berust op angst voor schade aan het kind), beschermt tegen een overhaast uitgevoerde keizersnede, maar bij hoge bloeddruk (wat in bovengenoemde groepen relatief veel voorkomt) kan leiden tot te laat ingrijpen. Gemiddeld duurt een zwangerschap in Nederland dan ook drie weken langer dan in Engeland!

Aandacht voor de natuurlijke bevalling is belangrijk. Dat blijkt in de Verenigde Staten onder andere uit de enorme belangstelling voor een documentaire van de actrice Ricki Lake over dit onderwerp uit 2007. Wereldwijd stijgt de moedersterfte, evenals het aantal keizersneden. Ik sta dan ook aan de kant van de auteurs van *Birth models that work*, maar hun toon is soms drammerig en ze geven teveel citaten die exclusief de 'rose wolk' van het moederschap tonen. Bovendien ontbreekt aandacht voor de keuzevrijheid van vrouwen. Het meest dramatische bericht las ik in *Anthropology Today* (oktober 2009). Het ging over Afghanistan, waar verloskundige zorg voornamelijk in handen van de oudere vrouwen in de familie ligt. Vrouwen zijn er gemiddeld 14 keer in hun leven zwanger en de gemiddelde levensverwachting is 42 jaar. De conclusie luidde: 'women in these areas have babies until they die'.

Eva Abraham, medisch antropoloog
Amsterdam

Ditta op den Dries, *De tweede helft. Hoe een bijna-dood ervaring levens verandert*. Kampen: Ten Have, 2009. 149 pp., €15,90. ISBN 978-90-259-5963-0.

In *Eindeloos bewustzijn* stelt Pim van Lommel dat in Nederland 600.000 mensen een bijna-dood-ervaring hebben meegemaakt. Acht van deze mensen komen in *De tweede helft* van de journaliste Ditta op den Dries aan het woord. Ze heeft interviews met ervaringsdeskundigen gehouden en hun verhalen gepubliceerd. Acht hoofdstukken dragen doorgaans de naam van een interviewpartner verbonden met een typerende uitspraak. Ieder hoofdstuk heeft dezelfde opbouw. Vooraf is de interviewpartner op een foto te zien, dan volgt de typerende uitspraak, iets uitgebreider dan in de inhoudsopgave, vervolgens noemt de auteur nog enkele korte biografische gegevens en geeft ook aan, hoeveel jaar na de bijna-dood-ervaring het interview plaatsgevonden heeft. Het verhaal zelf bestaat uit drie delen: Eerst wordt in de derde persoon het leven van de interviewpartner voor de bijna-dood-ervaring verteld. Vervolgens komt de geïn-

tervieuwde zelf aan het woord en worden de bijna-dood-ervaring en het leven daarna in de eerste persoon verteld. Deze acht hoofdstukken worden ingeleid met een korte beschrijving van de twaalf elementen van een bijna-dood-ervaring volgens Raymond Moody en ze worden afgerond met een nabeschouwing, een interview met Pim van Lommel. Daarin geeft hij de definitie van een bijna-dood-ervaring zoals die ook in *Eindeloos bewustzijn* te vinden is: “Een bijna-dood-ervaring is een gemelde herinnering van alle indrukken tijdens een bijzondere bewustzijnstoestand met enkele specifieke kenmerken, zoals het ervaren van een tunnel, het licht, een levenspanorama, het ontmoeten van overleden personen of het waarnemen van de eigen reanimatie” (p. 141).

De tweede helft is geen wetenschappelijk boek. Zoals de auteur zelf zegt, deed ze geen wetenschappelijk onderzoek. Dat betekent helaas dat er geen sprake is van een methodische dataverzameling en een analyse van deze data. Er ontbreekt ook iedere informatie, hoe de auteur tot haar interviewpartners gekomen is en hoe ze uiteindelijk de interviews bewerkt heeft. Heeft het boek van Op den Dries daarom voor een sociale wetenschapper dan geen waarde? Dat wil ik niet beweren. Iedereen die zich vanuit een sociaal-wetenschappelijk perspectief met bijna-dood-ervaringen bezig wil houden, zou dit boek als een bron voor inspiratie kunnen gebruiken. Ook voor een gefundeerde theoriebenadering kan het materiaal voor de procedure van het open coderen bieden.

Het is ongetwijfeld interessant om deze unieke levensverhalen te lezen, die door een bijna-dood-ervaring als kernepisode gestructureerd worden. Voor de interviewpartners van Op den Dries was deze ervaring een kernervaring, soms zelfs dé kernervaring in hun leven. Het leven daarna is in ieder geval veranderd. Iemand vertelt dat ze na deze ervaring helende krachten gekregen heeft, meerdere mensen zien zich daarna min of meer als helderziend, velen kennen een soort doodshunkering of zijn sindsdien tenminste niet meer bang voor de dood. Een van de geïnterviewden verwoordt zijn ervaringen als volgt: “Mijn leven voor de bijna-dood-ervaring was een overlevingstocht. Mijn leven na de bijna-dood-ervaring is een ontdekkingsreis” (p. 125).

De tweede helft is sterk georiënteerd op het onderzoek en de opvattingen van Van Lommel. Van de geïnterviewde ervaringsdeskundigen hebben sommige het boek gelezen, sommige met hem gesproken en andere zijn betrokken bij de Stichting Merkawah, die het doel heeft om de kennis over bijna-dood-ervaringen uit te dragen. Van deze stichting is Van Lommel medeoprichter en bestuurslid. Ook dit maakt het boek niet waardeloos. Het zou juist aanleiding kunnen geven voor methodische vragen omtrent een narratieve analyse en een vertooganalyse van dergelijke, in de mediale belangstelling staande, buitengewone ervaringen. En Van Lommel's opvatting dat zijn onderzoek aantoont, “dat er een andere werkelijkheid is dan we tot nog toe dachten” (p. 143), een opvatting die we ook in sommige verhalen terug vinden, hoort voor een sociaal-wetenschappelijk onderzoek gewoon bij de 'data', die we als zodanig vanzelfsprekend ook serieus moeten nemen.

Ulrike Popp-Baier
Kunst-, Religie en Cultuurwetenschappen, Universiteit van Amsterdam

Sharon R. Kaufman, ...*And a time to die: How American hospitals shape the end of life*. Chicago & London: University of Chicago Press, 2006. 412 pp., \$18.00 (paperback). ISBN 0-226-42685-8.

“... And a time to die” is a direct quote from the book Ecclesiastes where the biblical philosopher argues that in life there is time for everything: for planting and uprooting, for breaking down and building up, for mourning and dancing, etcetera. He starts that list with the two fundamental life events: there is a time to be born and a time to die. The title of Kaufman’s book seems misleading, therefore, because it is mainly about ‘no time to die.’ Or is it irony? Or an attempt to ward off what she encountered in the hospitals where she did her research? Death, which used to be a natural part of human life, has become a technical event that one must choose or not choose. Most people in her study prefer not to choose death.

Sharon Kaufman has written a moving study about life and death in three American hospitals. She has captured the viewpoints (and their absence) of physicians, nurses, patients and, in particular, relatives of patients. The central intuition of her book is well expressed in a quote from Paul Rabinow:

‘Life’ is problematic today because new understandings and new technologies that are involved in giving it a form are producing results that escape the philosophical self-understanding provided by both the classical world and the Christian tradition. No new political or ethical vocabularies have adequately come to terms with it either (p. 273).

In other words, medical technology has created a new type of death. Death used to be the end of human responsibility; now it is the epitome of it. Hospitals have become stages where characters argue and fight over death as in classic Greek tragedies. Kaufman has described those dramas with patience, respect and empathy. She followed the course of more than hundred critically ill patients who died or did not die during a period of two years in 1997 and 1999-2000. She accompanied them through countless procedures and spoke with about one third of them. She stood with family members at patients’ bedsides, kept them company in waiting rooms and met them over coffee in hospital cafeterias. The most telling episodes in her book are the 27 narratives of patients and the people that surround them. The stories demonstrate more than anything else the near impossibility of making decisions about something that no one knows about: death.

The book is also an ethnography of the place where this impossible decision-making takes place. The hospital, quoting a patient’s relative, is a space of disorder:

Two in a room is disordered, especially when your relative is lying next to a dying person. Even the cleaning process is disordered – this is crucial. You’re not supposed to hear certain conversations, or see body fluids. But there is nowhere not to. It is a place of smell, sound, space, and time disorientation. You see these tubes, bags, fluids, and overflowing wastebaskets, with unsettling debris, with blood. And it is all over the place. Swabs and waste are everywhere. And old food trays, waiting for someone to take them

away. It's a boundaryless place. There is no classification, yet it is all about classification – charts, bureaucracy... (p. 85-86).

Kaufman has divided her study into three parts. In the first part she poses the problem of death in modern society. Thanks to medical technology, aging and death have been turned into experiences that are neither normal nor natural. This new situation raises the questions that prompted her to undertake the study.

The second part is the ethnographic body of her book. She discerns three 'pathways' of managing death in the hospital. All the pathways are characterised by uncertainty and contradiction: people doing things they had previously decided not to do. One pathway is the 'heroic intervention,' or the continuation of life supporting treatment. A long fragment from Philip Roth's novel *Patrimony* illustrates this pathway's major dilemma. Roth must decide on whether or not to extend his father's life with machines, or else essentially choose death:

How could I say no to the machine if it meant that he needn't continue to endure this agonizing battle to breathe? How could I take it on myself to decide that my father should be finished with life, life which is ours to know just once? Far from invoking the living will [which his father had made], I was nearly on the verge of ignoring it and saying, "Anything! Anything!" (p. 101).

Kaufman's observations show the same dilemmas. Ironically, patients and their relatives often demand more 'heroism' than doctors are prepared to give.

The heroic pathway reaches a 'climax' when the patient dies and CPR (cardiopulmonary resuscitation) is applied (the second pathway). Only eight to fifteen percent of patients that survive CPR are finally discharged, and hardly anything is really known about post-CPR life. Television and other media tend to present a return to life of people who once were dead, thus elating the miracles of modern medicine. But Kaufman remarks that CPR is rather one of the technologies that may bring death into life. Again several detailed case histories demonstrate how difficult decisions around CPR are. Family members disagree among each other and may even decide to take a vote; doctors prefer to wait for a family decision or "try to err on the side of giving more treatment."

Another pathway Kaufman identifies is that of the 'revolving door,' that is, the heroic postponement of death consists of repeated admissions to hospitals and other institutions that lead to more heroic interventions, often at the family's request and sometimes even against the patient's own wish. A complicating factor that enters the decision-making is the limited coverage of long-term care by the American insurance system.

The corollary of heroic intervention is 'waiting.' Kaufman describes three varieties of waiting for death. The main question here is what strategies health professionals employ to manage waiting that does not make sense to them: how do they communicate this to relatives? And how do relatives react? Again, Kaufman portrays the many nuances of waiting in elaborate and moving narratives. The uncomfortable complica-

tion of the waiting scenario is that active intervention to end the waiting is not only not 'heroic', but mostly against existing human and medical ethics. One wonders, however, if helping people to die in order to end their suffering is perhaps more heroic – especially if the alternative is endless rounds of treatment.

Kaufman broadens the problem of *a time to die* in part three of her book by posing questions back onto society, outside the hospital, and linking them to public discussion. She also confronts her readers with the consequences of heroic pathways and indecisive waiting by taking them to the 'Zone of Indistinction', institutions where patients are nursed who are doomed to 'live on' as a result of doctors and relatives making wrong decisions or not making a decision at all. About one third of them are in what is called PVS (persistent vegetative state).

Kaufman refrains from making explicit recommendations; she just describes. The reader must decide for himself. That restraint seems correct to me. Death remains the 'Great Unknown.' Of course, the patient should be the ultimate decision-maker but – as Kaufman points out – a terminally ill person may be incapable of making a decision. Researchers and others often overestimate the autonomy of patients. The ethnographer may not have any other choice than to 'wait' as well. On the other hand, I believe that Kaufman's incisive and empathic description of the suffering that occurs during and after heroic interventions and senseless waiting can not but raise people's awareness of the need for alternative pathways to death.

Sjaak van der Geest, medical anthropologist
University of Amsterdam

Winy Koster, *Secret strategies: women and abortion in Yoruba society, Nigeria*. Amsterdam: Aksant, 2003. 385 pp., €35,00. ISBN 978-90-5260-103-8.

Toyin is a 16-year-old Nigerian secondary schoolgirl who died tragically after a late, secret, and unsafe abortion. In *Secret strategies* medical anthropologist Winy Koster poses the question why so many Nigerian women like Toyin resort to abortions, while these are often (known to be) unsafe due to their illegal status and could have been prevented by using effective contraception. She explores women's motivations and experiences and situates these within complex social, economic, political, and health-care contexts. Combining various qualitative and quantitative research methods in both an urban and rural area in Southwest Nigeria, this study is not only extremely *comprehensive*, but also explicitly *applied* – which, according to the author, is almost an unpreventable stance in research on moral and crucial issues like abortion. The book thus not only presents a general overview of the reproductive health situation and prevalence of abortion in Nigeria, but also describes the daily life dynamics underlying these statistics through numerous personal accounts from women, men, youngsters, traditional birth attendants, and biomedical staff. It ends with some recommendations to improve women's reproductive health in these settings. This is done in three subsequent sections.

The first part of the book explores the different normative contexts surrounding women's sexuality and fertility. The author describes how Yoruba women are supposed to initiate sexual activities and childbearing only when they marry. Once bridewealth has been paid and they have moved into the house of their husband (and his family), they are expected to produce offspring for the latter's patrilineage. A first consequence of this specific ideal of woman- and motherhood is that premarital sexual relationships and pregnancies conceived out of wedlock are heavily frowned upon – bringing shame over a woman and her family when publicized and devaluing her worth as a (future) wife. Secondly, this specific portrayal of women as wives and mothers enhances public disapproval and condemnation of induced abortions. Not only are these considered immoral in a religious and social sense, but they are also acknowledged to imply considerable health risks, such as infertility and death.

Norms like these do however clash with daily life realities, in which many single and married women have pre- and extra-marital sex, try to regulate their fertility, are faced with unwanted pregnancies, resort to unsafe abortions, hide subsequent complications, and, in the worst case, die tragically like Toyin. The different situations and motivations of single and married women are separately presented in the second part of the book. Where pregnancies are described to be extremely stressful for single women – exposing their forbidden premarital sexual behaviour and, in the case of secondary schoolgirls, interfering with much valued education and future job and marriage perspectives. Married women who are within the socially acknowledged framework for motherhood, are shown to resort to abortions for various reasons as well, although they may experience more help from outsiders and resort to safer abortion methods than their single counterparts. For both groups of women, it becomes clear that abortion is a form of problem-focused coping. Unwanted pregnancies form an unexpected emergency problem that should be dealt with within the existing web of social forces, economic constraints, unsafe abortion services, and normative disapproval of these 'secret strategies' – often with terrible health complications or death as a consequence.

Why do women then not prevent this emergency situation by using effective contraception, is the logical follow-up question posed in the last part of the book. By defining contraception in terms of women's intentional attempts to prevent a pregnancy (with whatever means they deem effective), Koster shows that most women who are faced with an unwanted pregnancy, had in fact tried to prevent it – often with ineffective or less effective methods. The relatively low use of modern contraceptives, then, is mostly due to their inherent immorality and ambiguity. Not only would an assertive use of modern contraceptives run counter the ideal of a sexually submissive woman without pre- or extra-marital sex, but also the contraceptives themselves are believed to cause negative side-effects and impair future fertility. In a society where fertility is highly valued and where the burden and stigma of infertility fall almost exclusively upon women, it is not surprising that this fear of infertility underlies the non-use of modern contraceptives.

Paradoxically, however, this avoidance of modern contraceptives out of fear for future infertility exposes women more to unwanted pregnancies and unsafe abortions,

which may bring about exactly the fertility problems that are so heavily dreaded. But, as the author argues in her conclusion and as the many personal accounts throughout her book show, in the on-the-spot decision-making around unwanted pregnancies, the immediate advantages of abortion – allowing to prevent financial problems or to maintain current social position and future perspectives – mostly outweigh longer-term disadvantages in terms of future health and reproduction. Abortion thus appears to be the most appropriate emergency strategy within the given circumstances. Moreover, within the particular gender- and inter-generational relationships of Yoruba society, it also forcibly remains a secret strategy for most women. Rather than only interpreting this hiddenness as a sad confirmation and perpetuation of the existing norms and relative subordination of women, however, Koster concludes that secrecy itself can also be seen as a strategy for women who, within these constraining environments, attempt to manage their reproductive lives and pursue their own goals. Some women achieve these goals successfully; others unfortunately do not.

The contents and conclusions of *Secret strategies* are detailed and multi-layered, rendering the book interesting for a large public. Where the statistical background – showing exceptionally high rates of abortions and contraceptive efforts for Yoruba women – makes the argument convincing for reproductive health workers and policy-makers, it is especially the conclusions on the situationality and sociality of reproductive decisions that interest me as a medical anthropologist. Both insights, while forming the greatest contribution of this book in my eyes, could even have been elaborated a bit more. For, where the author describes in a wonderful way the situationality of abortion *practices*, we do not see the situationality of its meanings and definitions. It would be interesting to explore in which situations women designate their reproductive interventions as abortion, post-coital contraception, or just menstrual regulation – and how they do so strategically. Although the author states that ‘abortion’ is approached emically, it remains unclear how it gets defined by women themselves. And although it is argued that, even in women’s own definitions and experiences, abortion is not to be seen as just another form of (post-coital) contraception, one is left to wonder where and how women draw the boundary and in which situations they talk in terms of the one or the other. An in-depth understanding of this kind of situationality would shed light on, and is inherently related to, emic notions of conception, pregnancy development, and embryology – notions which are remarkably absent in the book.

The important insights about the sociality of abortion practices offer wonderful material for an elaborate reflection on the relationship between (social) structure and agency, but this theoretical discussion remains somewhat meagre and takes an unexpected turn in the conclusion – focusing on whether abortions should be seen as individual strategies or as women’s counter-hegemonic group resistance against ‘the patriarchal system’. Although this is an interesting question, I think the book’s demonstration of how women’s abortion decisions depend on their specific positions within different social relationships – and the concomitant behavioural norms and expectations these imply – would rather allow for a critical reflection on the relevance of exactly these individualist notions of agency, autonomy or individual strategy. To

what extent are these able to take into account the inherent social contingencies of abortion choices that have been so well described? Relatedly, exactly because the author has so convincingly shown the complex sociality of daily life reproductive decision-making, one is left to wonder whether the proposed recommendations – of targeting young women, promoting modern contraception, providing safe (post-) abortion and infertility services, integrating ethno- and biomedical systems, and involving acknowledged leaders – are not too simplistic to be effective in a socially complex and dynamic world. Nevertheless, the clearly involved approach of the author and the many personal accounts in the book affect the reader in such a way that, if not entirely convinced by these recommendations, one would at least want to believe that something can, and should, be done to prevent women like Toyin from dying.

Erica van der Sijpt, medical anthropologist
University of Amsterdam

Benedicte Ingstad & Susan Reynolds Whyte (eds.), *Disability in local and global worlds*. Berkeley: University of California Press. 334 pp., €17,99. ISBN 978-0-520-24617-1.

This second anthology of comparative disability research in anthropology fills a gap in the literature. It brings together eminent medical anthropologists known for their research among people with physical, mental, occupational and age-related impairments, but who mostly do not refer to disability theory or literature. It shows what medical anthropology has to offer to disability studies: a rich and contextualised understanding of what it means to live with physical and mental differences in particular local contexts. It also raises important disability issues and shows how the experience of disability intersects with gender, religious beliefs and socio-economic and political circumstances.

The first two essays show how a change of geographical location and context may influence people's experiences of impairment and disablement. Talle's comparison of feelings of completeness versus feelings of impairment among circumcised women who migrate from Somalia to the United Kingdom is a fine example of the relativity of impairment and disability. She illustrates how the circumcised female body at one time and place may be valued as a socio-cultural asset and at another time and place be viewed as a mutilated, impaired body in need of rehabilitative surgery. It also shows that circumcised women do adapt to their new socio-cultural situation. Haualand describes the opposite process in her contribution *The two-week village: the significance of sacred occasions for the deaf community*. The two week village is a temporarily space created outside of everyday reality of most deaf signers to celebrate shared experiences as deaf people. In this space being deaf is an asset not a disability. This is done by presenting signing fluencies as part of the (performance) of international deaf citizenship. A practice that is also threatened because sign language is increasingly inaccessible as a first language to deaf children. Future deaf adults may

neither be fluent in spoken nor in sign languages disabling them unnecessarily. *Wheels and new legs: Mobilization in Uganda* is the third contribution that sheds yet another light on the opportunities and limitations of geographical location to mobilize people with impairments. According to Muyinda and Whyte Ugandans consider economic self-sufficiency more important than physical difference itself. At least this holds for men whether this is also true for women remains to be seen.

Three essays deal with 'new' disabilities. Inhorn and Bharadwaj persuasively argue that infertility is not only an age-related impairment, but also a disability in India and Egypt. In many western countries infertility is considered an impairment but it is rarely considered a disability in the discriminatory sense: women and men are not excluded, stigmatized or shunned because of infertility. In India and Egypt however women who fail to become mothers, risk abandonment and social stigma. Ethnographic research into infertility could offer interesting insights to disability studies and vice versa. In particular because there is ample disability research on reproductive rights of women with impairments.

Two other essays show that disability in some contexts is more about being noticeably different than about functional limitations. Weiss claims in her contribution on the rejection of disability in Israeli society that babies who look normal at birth but turn out to be severely impaired later in life have better survival chances than babies that have a superficial 'abnormality' at birth. Also the abortion of malformed babies in uterus knows no restrictions in Israeli society. Lock questions in her essay the *laissez-faire* eugenics when it comes to unborn babies for genetic illnesses and afflictions. She argues that genetic testing is presented as individual choice of couples, but that these 'individual choices' are also socially and culturally informed and may well have societal consequences. Maybe we are not that far removed from Nazi eugenics as we would like to think. Lock also problematizes genetic testing itself by pointing out that genetic tests often cannot predict disease severity or even whether the unborn baby with the 'illness gene' will develop the disease at all. The practice of genetic testing may well change existing disability categories and hierarchies that are partly informed by severity and expression of illness.

Kohrman's stand-alone essay is a fine example of how disability categories are politically constructed and motivated. He problematizes the de-contextualisation and uncritical importation of Western disability rights discourses in non-Western countries, as does Ingstad in her essay *Seeing disability and human rights in the local context: Botswana revisited*. Ingstad is more successful than Kohrman in preserving the lived experience of disability. She refers to a WHO manual on how to use white canes in a local setting to criticize the 'agendas of activists of the developed world'. In Botswana the use of white canes does not signify independence, on the contrary, it signifies that the white cane user's family is not taking proper care of their blind relative. Ingstad has here a valid argument, unfortunately she also de-contextualizes the experiences and actions of disability activists.

On the whole, *Disability in local and global worlds* offers rich accounts how in different places and cultural contexts disability intersects with gender, age, race and economic inequalities. It made me curious about how in a particular cultural context

existing categorizations and hierarchies of physical and mental differences may contradict or compete with one another in the lives of the so-called disabled. Secondly, the anthology's value for disability studies research is limited unnecessarily. Most authors make little use of available disability literature and hardly contribute to disability theory. An opportunity is missed especially in cases that address well-known disability research topics such as eugenics and reproductive health issues of people with impairments.

Furthermore, the book raises the question to what extent medical anthropology and disability studies research intersect and should work together. For instance, the essay of Scheper-Hughes and Ferreira on transplant medicine and Suyá Indian cosmology is an excellent medical anthropological paper that beautifully illustrates the adaptive capacity of a non-Western culture and explanatory illness narratives at work, but it has little to do with the experience of disability as such. Domba, the main character in this contribution, undergoes a kidney transplant, but is not disabled by it. Scheper-Hughes and Ferreira even hint that the transplant may enhance Domba's status. Nevertheless, stories such as Domba's could contribute to a better understanding of how processes of disablement may be modified or reversed if only more ethnographic researchers would adopt an emancipatory approach instead of limiting themselves to mostly descriptive studies.

Karen Mogendorff
anthropologist and communication scientist

Steven Macrander, *Een huisarts vertelt. 1957-1989*. Zutphen: Walburg Pers, 2009. 176 pp., €19,50. ISBN 90-5730-588-7.

Steeds meer huisartsen zien het als een uitdaging om over hun vak te schrijven. Dat leidt tot mooie inkijkjes in de huisartsenpraktijk. Zo schreef Wouter van Kempen *Vreemde vogels* (2004), Ignace Schretlen *Eet jouw dokter ook patat?* (2005) en verscheen van Jos van Bommel onlangs *Dagelijkse praktijk* (2009). Ook Steven Macrander, voormalig huisarts in Zutphen, heeft na zijn pensioen de pen opgepakt en zijn belevenissen in een solopraktijk van drieduizend patiënten vastgelegd. Zijn relaas verscheen in boekvorm kort voor zijn overlijden. Het is een goede ontwikkeling dat huisartsen vanuit hun eigen praktijkervaring hun werk beschrijven. Dat geeft meer inzicht in de veelzijdigheid van het vak en de verschillende manieren waarop zij daaraan invulling geven.

Macrander biedt aan de hand van portretten van twintig patiënten inzicht in het veelzijdige huisartsenvak. Hij schrijft over patiënten met meervoudige chronische ziekten, dementie, psychiatrische stoornissen, ernstige verslavingsproblematiek en levensbedreigende ziekten zoals kanker en infarcten. Ook patiënten die hem bij nacht en ontij uit bed halen vanwege een rokershoestje of een kater, hypochonders, vrouwen die op het punt staan te bevallen, en verongelukte patiënten passeren de revue. De dood is daarbij een regelmatig terugkerend thema. De zorg aan deze uiteenlopende

groep patiënten vraagt veel overleg met specialisten en instanties. Macrander komt naar voren als een maatschappelijk betrokken huisarts met veel liefde voor zijn vak. In de bejegening van zijn patiënten is hij niet alleen huisarts. Zonodig neemt hij ook de rol van maatschappelijk werker, psychiater en pleitbezorger op zich. Hij schroomt niet de burgemeester tijdens een dienst uit de kerk te halen voor een in bewaring stelling. Hij zit soms op de stoel van de bedrijfsarts, functioneert desnoods als forensisch arts, vecht voor goede huisvesting en gaat het conflict met de uitkeringsinstantie als arbeidsongeschiktheid in het geding is. Daarnaast doet hij bevallingen, heeft hij een apotheek aan huis en gaat ook intensieve stervensbegeleiding niet uit de weg.

Macrander geeft af en toe ook zijn mening over het huisartsenvak, de gezondheidszorg en de maatschappij:

Wegrijdend overwoog ik dat ik me weer voor de uiterst moeilijke taak van stervensbegeleiding geplaatst zag. In onze cultuur was de dood taboe. De mensen dachten en spraken er zo min mogelijk over. De doden werden haastig begraven, of nog haastiger, en eleganter gecremeerd. De achtergeblevenen werden even gecondoleerd en dan ging ieders zijn weegs. Er waren maar weinig mensen die in staat waren een stervende te begeleiden. (...) Artsen, verpleegsters of verplegers demonstreerden maar al te vaak hun onvermogen door snel een kamer met een stervende binnen te gaan, om er even snel weer uit te trekken, dan wel er met een grote boog omheen te lopen.

Het is hier en op andere plaatsen niet duidelijk of hij zijn toenmalige opinie weergeeft of dat hij er nog steeds zo over denkt. Juist in de beleving van de dood en stervensbegeleiding is er in de loop der jaren veel veranderd. Bovengenoemde persoonlijke bespiegelingen borrelen af en toe op uit de tekst, worden niet vanuit de portretten onderbouwd en doen afbreuk aan zijn verhaal.

De auteur laat overtuigend zien dat de huisarts bij uitstek de spil is in de Nederlandse gezondheidszorg. Zijn boek vormt in feite een warm pleidooi voor een integrale benadering van de huisartsenzorg zoals die ook door de Landelijke huisartsen Vereniging (LHV) in haar toekomstvisie (2012) wordt verwoord:

De huisarts is de poortwachter en ook de aangewezen regisseur die de patiënt deskundig kan begeleiden bij ziekte en gezondheidsvragen. Huisartsen bieden zorg op maat, dicht in de buurt van de patiënt. Klachten worden niet geïsoleerd, maar gezien in hun onderlinge relatie en geplaatst in de levensloop van een patiënt met eigen culturele, persoonlijke en existentiële opvattingen binnen zijn/haar sociale systeem.

Met zijn werkwijze kan men Macrander dus als een pleitbezorger beschouwen voor een integrale benadering die later door de LHV als beleidslijn is gekozen.

Een huisarts vertelt doet begrijpen waarom huisartsen steeds meer behoefte kregen aan taakdifferentiatie en -afbakening, specialisatie, samenwerking in diverse vormen van groepspraktijk en huisartsenposten voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Hierover is de afgelopen jaren veel discussie gevoerd en dit heeft ook geleid tot een ingrijpende innovatie van de huisartsenzorg en verdere professionalisering van het

vak. Op die ontwikkelingen gaat het boek jammer genoeg nauwelijks in. Macrander verzucht weliswaar dat het werk hem echt boven het hoofd groeit en zijn gezinsleven gevaar loopt, wanneer hij voor de zoveelste keer uit zijn bed wordt gebeld, tijdens een verjaardagsvisite wordt opgeroepen of een spoedgeval het kerstdiner wreed verstoort. Hij blijft echter een maatschappelijk betrokken huisarts met veel oog voor de noden van zijn patiënten die soms grenzeloos ingaat op de oneindige nood en zorgbehoefte. Het boek biedt de lezer vooral casuïstiek en persoonlijke bespiegelingen.

Een huisarts vertelt heb ik met plezier gelezen. Het biedt een levendige inkijk in het veelzijdige werk en alledaagse leven van een huisarts in de provincie in de jaren zestig tot negentig, maar slechts beperkt inzicht in de beleidsmatige ontwikkelingen rond het huisartsenvak in die periode. Evenals Macrander gaan binnenkort vele huisartsen die jarenlang dit vak beoefend hebben, stoppen. Daarmee dreigt veel ervaringsdeskundigheid van huisartsen te verdwijnen die inzicht kunnen geven hoe het vak zich in de loop der jaren ontwikkeld heeft. Het is mijns inziens tijd voor een gedegen medisch-antropologisch onderzoek naar de ontwikkelingen en veranderingen in de Nederlandse huisartsenzorg de afgelopen veertig jaar. Daarover is natuurlijk wel het een en ander vastgelegd in beleidsnota's. Hoe huisartsen zelf deze ontwikkelingen en verschuivingen in hun vak hebben ervaren, is nog nauwelijks onderzocht. Er zijn genoeg huisartsen die daarover willen verhalen. Nu de antropologen nog!

Jos Schoenmakers, cultureel antropoloog
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Chandra Mehrota & Lisa Wagner, *Aging and diversity. An active learning experience*. 2nd edition. London: Routledge, 2009. xxi+426 pp., £24.95. ISBN 978-0-415-95214-9.

De Nederlandse samenleving vergrijst. Er zijn op dit moment ongeveer 2,4 miljoen mensen van 65 jaar of ouder, ofwel 14 procent van de bevolking. De verwachting is dat het aantal toe zal nemen tot ongeveer 4 miljoen ouderen in 2030. Niet alleen komen er meer ouderen; ze worden ook ouder.

Met de vergrijzing groeit de aandacht voor ouderen en het besef dat de kwaliteit van de ouderenzorg versneld beter moet en kan. Er wordt vanuit verschillende professionele perspectieven onderzoek gedaan naar ouderen(zorg). De medische wetenschappen, epidemiologie, gerontologie, psychologie, verpleegkunde, sociologie, medische technologie en ethiek produceren inzichten gebaseerd op kennisvragen en theoretische concepten uit genoemde disciplines. In de Verenigde Staten is een vakgebied in ontwikkeling dat zich specifiek richt op ouderen en diversiteit. Diversiteit wordt hierbij begrepen als de gedeelde verschillen van een bepaalde groep (allemaal ouder) welke invloed hebben op de ervaringen van een persoon uit die groep en die bepalend zijn voor hoe iemand uit die groep wordt gezien en behandeld door anderen. Diversiteit wordt dus gebruikt om sociale categorieën binnen de grotere populatie aan te duiden, bijvoorbeeld ouderen binnen de Nederlandse samenleving. Binnen groepen met

gedeelde sociale kenmerken treft men natuurlijk ook weer verschillen aan, deze worden aangeduid als heterogeniteit. Te denken valt aan onderscheiden leeftijdsgroepen (jongere en oudere ouderen), gender, SES, huwelijks staat, woonsituatie en etniciteit/ras. Voorts wordt ervan uitgegaan dat deze dimensies van verschil op elkaar in werken en voor ieder individu een unieke set van behoeften creëren. Een witte oudere man die arm is, in Heerlen woont en een arbeidsverleden heeft in de mijnen, staat driedubbel op achterstand zou je kunnen zeggen.

Oog hebben voor diversiteit onder ouderen is van belang, zo menen Chandra Mehrota en Lisa Wagner, omdat dit leidt tot meer inzicht in het ouder worden in zijn algemeenheid en tot meer kennis van de vele, uiteenlopende situaties waarin mensen oud worden. Voorts kan deze kennis over diversiteit bijdragen aan meer inzicht in de wensen en behoeften van verschillende groepen ouderen en leiden tot beter op hun wensen afgestemde (zorg)voorzieningen. Omgekeerd, geen oog hebben voor diversiteit, brengt ongelijkheden voort in termen van gezondheid (*health disparities*), welzijn en (zorg)voorzieningen. Bepaalde gezondheidsklachten, zoals een depressie, worden bijvoorbeeld onvoldoende behandeld. Kijken vanuit diversiteit betekent het afleggen van de neutrale blik. Een neutrale manier van kijken naar ouderen, zoals we gewend zijn, impliceert dat iedere oudere hetzelfde is en dat iedere oudere dezelfde behoeften heeft, dat dezelfde concepten en principes van toepassing zijn bij het bestuderen van ouderen los van hun specifieke sociale situatie. Dat die manier van kijken niet altijd werkt, dringt wel steeds meer door. Denk aan het openen van speciale units in verzorgings- en verpleeghuizen voor Marokkaanse of Turkse ouderen. Het is bekend dat deze ouderen zich minder thuis voelen in een wit huis en typische eigen geuren en gebruiken missen. *Ageing and diversity* spreekt in dat verband over cultureel sensitieve voorzieningen en geeft een aantal aansprekende voorbeelden die door ouderen zelf worden gestuurd. Zo ontwikkelde de Amerikaans-indiaanse gemeenschap in Minnesota *Wisdom Steps*. Dit is een gezondheidsbevorderend programma waarbij een oudere gekoppeld wordt aan een jonger iemand om samen de favoriete oefeningen te doen van de oudere en om het belang van bewegen uit te leggen aan de jongere persoon.

Ageing and diversity is geschreven door auteurs die geschoold zijn als psycholoog. Het boek is echter veel breder opgezet en bevat negen hoofdstukken waarbij achtereenvolgens aan de orde komen diversiteit, onderzoeksmethoden, psychologie, gezondheidsopvattingen, gezondheidsongelijkheden, zorg, werk, religie en dood. Ofschon bedoeld voor studenten zijn de meeste hoofdstukken ook interessant voor onderzoekers op het terrein van ouder worden. Zo besteedt het hoofdstuk over onderzoeksmethoden een groot deel aan de vraag hoe onderzoek met ouderen uit diverse groepen te verbeteren is. De auteurs maken duidelijk hoe belangrijk het is om vertrouwen te krijgen en dat dit niet altijd eenvoudig is als groepen in het verleden negatieve ervaringen hebben opgedaan met onderzoek. Ze zien universiteiten vaak als grote elitaire instituten die alleen onderzoek doen voor het eigen gewin en geen speciale interesse hebben in gemeenschappen die buiten de hoofdcultuur staan. Men kan ook deelname weigeren, omdat er vrees bestaat dat uitkomsten risicovol voor de persoon of de groep zijn. Het ontwikkelen van een positieve relatie, deel worden van en een vertrouwd gezicht worden in de gemeenschap kan helpen om de deelname van oude-

ren aan onderzoek te verbeteren. Ook het werken met *cultural brokers* (mensen die van binnenuit kennis hebben van de groep en die barrières kunnen wegnemen) en belanghebbenden draagt eraan bij. Deze intermediairen kunnen onder meer zorgen voor het bekrachtigen van mensen die allerlei inspanningen leveren zonder ervoor betaald te worden.

Aging and diversity is bedoeld als een studieboek. Het bevat vele vignettes, opdrachten, quizen en vragen. Deze zijn niet alleen gericht op kennisoverdracht (en -toetsing), maar ook op bewustwording. Om bijvoorbeeld meer bewust te worden van de achteruitgang van de zintuigen wordt studenten aangeraden om eens met oordopjes een bijeenkomst bij te wonen en daar dan over te rapporteren (wat miste je, hoe voelde dat). Een andere opdracht die bedoeld is om meer bewust te raken van de verandering van culturele gewoonten luidt: spreek een ouder familielid en vraag deze naar de gerechten die werden gegeten en het eten dat je kreeg als je ziek was. Verder wordt uitvoerig stilgestaan bij de beelden over ouderdom en vooroordelen ten aanzien van ouderen. Ouderen worden of voorgesteld als passief, zeurderig en traag, dan wel als actief, fit en vol levenslust (de succesvolle oudere). Beide beelden zijn eenzijdig. De beelden over succesvolle oudere verhullen dat ouder worden gepaard gaat met verliezen. De beelden over afhankelijke, ziekelijke ouderen verhullen dat ouderdom ook een rijkdom aan ervaringen geeft. Meer genuanceerde beelden houden de ambiguïteit in tact. In het boek wordt er daarom bijvoorbeeld op gehamerd dat er vele stadia van ouder worden zijn, als ook verschillende cohorten ouderen. Zo verschillen de baby-boomers verschillen in vele opzichten van de generatie van voor de oorlog en hebben andere levenservaringen.

Aging and diversity is een omvangrijk en zeer informatief boek. Vele studies worden in detail beschreven en er zijn vele verwijzingen in te vinden voor verdere studie. Ook treft de lezer een gedetailleerde index aan. Het boek is wel sterk geënt op de situatie in de Verenigde Staten waardoor bepaalde hoofdstukken wat minder passend zijn voor Nederland. Het betreft die hoofdstukken die vrij uitvoerig ingegaan op de verschillende culturele groepen (Black, Latino, Islanders, Native Americans, Asians) en hun informele netwerken, religies en spiritualiteitbeleving. Maar ook daar is toch wel weer relevante informatie te vinden. Zo vond ik, op zoek naar de overbelasting van de dochters, relevante onderzoeksgegevens. Ouderen van andere culturele afkomst hebben meer beperkingen op jongere leeftijd, terwijl ze minder gebruik maken van verpleeghuizen. Vrouwen uit minderheidsgroepen hebben dus zwaardere, conflicterende verantwoordelijkheden (opvoeding, werk, zorg). Wat ik niet vond, is informatie over mishandeling van ouderen. Racisme en discriminatie komen daarentegen wel weer uitvoerig aan bod. Ook is een hoofdstuk geheel gewijd aan ouderen en werk en leeftijdsdiscriminatie door werkgevers; nog zo'n thema dat veel politieke aandacht krijgt. Kortom, een uitstekend studieboek dat niet alleen veel informatie geeft over ouder worden in het algemeen en diversiteit onder ouderen meer in het bijzonder, maar dat ook aanzet tot denken en de bewustwording en reflectie op het eigen handelen stimuleert.

Tineke A. Abma,
Afdeling Metamedica, EMGO. VU Medisch Centrum

Walter Moczynski, Hille Haker & Katrin Bentele (eds.), *Medical ethics in health care chaplaincy: Essays*. Berlin: LIT Verlag, 2009. 336 pp., €39.90. ISBN 3825815501.

Alternative avenues to healing in modern day medicine have been an on-going topic of interest and scrutiny for several decades. As critics both inside and on the boundaries of medicine have come to explore the role of spirit and faith in health and healing, chaplaincy has only recently come into focus. It is an important topic for those interested in the role of alternative healing, however, particularly because it is one example of alternative healing that has been growing *within* and not just on the outskirts of a healthcare system that continues to be dominated by a medical model of health and wellness. This is why *Medical ethics in health care chaplaincy* is such an important and timely collection of essays. It explores that critical juncture of chaplaincy and religion with medicine and medical ethics. It is also one of only a few full-length books exploring the role of chaplaincy in modern day medicine.

Written by chaplains, theologians, medical ethicists, and physicians from both Germany and the United States, the collection is divided into four parts examining: the role of chaplains and other spiritual care providers, chaplaincy from an interreligious and intercultural perspective, the place of medical ethics in health care chaplaincy, and, finally, the role of health care chaplains on medical ethics committees. Editors Walter Moczynski, Hille Haker and Katrin Bentele attempt to put together a collection that “argues that in spite of many works addressing ethical questions and spirituality, health care chaplaincy needs a more explicit and sophisticated approach in the overall fields of medical ethics.” Indeed, this volume delivers what editors intended – a valuable resource for chaplains, medical ethicists and other health care practitioners wishing to better understand the relationships of chaplaincy training and practice with the role of medicine and medical ethics in the care of patients, families and fellow health care practitioners.

There are a number of essays that stand out in this volume. Harvard professor Cheryl Giles delivers an important piece on how to deliver quality chaplain care and healthcare to culturally and ethnically diverse patient populations. I particularly liked her use of case study examples. Most of the essays in Part III were exceptional and could be used as a resource for any clinical pastoral education program. Essays in this section break down the role of ethics in relation to chaplain care from a number of different perspectives. German theologian and medical ethicist Katrin Bentele looks at some of the similarities and differences between Christian ethics and medical ethics, a great resource for chaplains wishing to understand some of the linkages between their religious training and the requirements of a medical ethics committee. Frankfurt University theology professor Hille Haker explores the link between hospital medical ethics and chaplaincy training by looking at how chaplains can use narrative analysis as a tool in developing a kind of narrative-ethical competency in their work. Boston Director of Pastoral Care and Education Walter Moczynski looks at spiritual healing as an alternative or complementary therapy and makes great use of case studies in his essay. Harvard chaplain Webb Brown writes an informative essay

on chaplains, hospice and palliative care at the end-of-life. Brown outlines the main tenants of hospice, palliative care, and medical ethics in relation to chaplain work, making use of case studies to demonstrate some of the intricacies that must be negotiated in order to help families and health practitioners alike achieve good death. The book closes with an essay by Boston chaplain Nancy Cahners who talks about the value chaplains bring to any hospital setting or medical ethics committee and how to delineate the unique role that chaplains play as critical additions to healthcare teams and to ethics committees.

What the collection is missing, however, is a thorough introduction. It would have been helpful to have an introductory chapter to this volume that gave an overview of medical ethics and chaplaincy, perhaps something on the history, development, and linkages of medical ethics and chaplaincy in hospital medicine. While Cambridge chaplain Corey O'Brien provides some information in his essay in Part I on current day chaplaincy and while a handful of individual essays provide definitions of medical ethics, it would have been helpful to have an overview discussion of ethics and chaplaincy in the opening of this volume. Even so, this book will stand as a great resource for chaplains, medical ethicists and healthcare practitioners alike.

Frances Norwood, medical anthropologist
Inclusion Research Institute, Washington, DC

Frances Norwood, *The maintenance of life: Preventing social death through euthanasia talk and end-of-life care – Lessons from the Netherlands*. Durham: Carolina Academic Press, 2009. 293 pp., \$35.00. ISBN 978-1-59460-518-5.

De Amerikaanse Frances Norwood kwam in de zomer van 2000 naar Nederland om een vijftien maanden durende etnografische studie naar euthanasie uit te voeren. Tijdens een eerder voorbereidend bezoek had zij zich reeds de Nederlandse taal machtig gemaakt. Uit de gesprekken die zij toen met Nederlandse onderzoekers (in het Nederlands) voerde, kwam al snel naar voren dat er een grote behoefte bestond aan een etnografische studie. Immers, de meeste studies die tot dan toe naar euthanasie waren gedaan hadden een kwantitatief karakter. De meerwaarde van etnografisch onderzoek bestaat daarin dat het licht kan werpen op de wijze waarop met euthanasie wordt omgegaan in een heel concrete omgeving en wat de ervaringen daarbij zijn van de artsen, de patiënten en hun naasten. De eerdere etnografische studies van Robert Pool en Anne-Mei The waren in een ziekenhuissetting uitgevoerd. Reden voor Norwood om haar studie in de thuissetting uit te voeren. Aldus heeft zij observaties gedaan bij veertien huisartsen en één verpleeghuisarts (de laatste wordt consequent aangeduid als 'verpleegarts'). Daarnaast heeft zij 25 terminale patiënten in de thuissituatie intensief gevolgd en interviews gehouden met 35 onderzoekers en andere woordvoerders in het euthanasiedebat.

Het resultaat mag er wezen. Omdat Norwood met de ogen van een buitenstaander heeft kunnen observeren wat er gebeurde en hierbij tevens de nodige openheid

heeft betracht, heeft haar studie nieuwe aspecten van het Nederlands euthanasiebeleid aan het licht gebracht. Zo ziet zij de Nederlandse euthanasiepraktijk voornamelijk als gespreksvoering. Immers in slechts tien procent van de gevallen waarin de patiënt een euthanasieverzoek uit, komt het daadwerkelijk tot een euthanasie. Gesprekken over euthanasie (*euthanasia talk*) laten een typisch discours zien dat is gebaseerd op culturele waarden en normen die de Nederlanders ten diepste hebben gevormd. Gebruikmakend van de Franse filosoof Michel Foucault stelt zij dat discourses toegang verschaffen aan bepaalde deelnemers. Aldus sluiten discourses mensen in, maar eveneens worden mensen buiten gesloten. Het discours beperkt wat mag worden gezegd en onthult aldus informele regels waaraan patiënten die om euthanasie verzoeken, moeten voldoen. Wanneer patiënten buiten het discours treden, gaat er bij huisartsen een alarm af (*red flag*). Zo vertelt zij het verhaal van een patiënte die op de vraag waarom zij om euthanasie verzoekt, geen goed antwoord kan geven. Hierop reageert de huisarts door het proces te vertragen en te wijzen op de noodzaak van meer overleg. Ook de manier waarop patiënten om euthanasie verzoeken, is van belang. Zo blijkt uit de studie dat patiënten die zeggen dood te willen, min of meer buiten het discours vallen. Een betere formulering met meer kans op daadwerkelijke euthanasie, is: 'ik wil dit niet meer'. Euthanasie, zo stelt Norwood, is geen *death wish*. Wat Norwood is opgevallen, is de cruciale rol die naasten spelen in de procedure. Informeel, niet wettelijk, moeten de naasten zich kunnen verenigen met het euthanasieverzoek. Wanneer dit niet het geval is, zal de procedure zelden in een daadwerkelijke euthanasie eindigen. Andere *red flags* zijn tekenen van depressie, psychologisch lijden en, opvallend genoeg, patiënten van allochtone afkomst die niet geheel zijn geïntegreerd in de Nederlandse samenleving.

Terwijl Norwood met behulp van Foucault de informele regels van het Nederlandse discours aan de oppervlakte brengt, gebruikt ze het werk van de Engelse socioloog Clive Seale om iets meer te zeggen over de inhoud van het Nederlandse discours. Sterven is volgens Seale vooral een kwestie identiteitsverlies welke onherroepelijk ook leidt tot het verlies van sociale relaties. Uiteindelijk kan dit zelfs leiden tot *social death*, terwijl het biologische lichaam nog in leven is. *Social death* is volgens Seale een "fall from culture": steeds minder maakt de stervende op zinvolle wijze deel uit van de samenleving. Samenlevingen worden gedwongen op dit verlies te reageren en doen dat op ten minste twee wijzen. De eerste wijze is het sociotherapeutische verhaal waarin sterven wordt gezien als betekenisvolle mogelijkheid tot innerlijke groei. Dit verhaal overweegt bijvoorbeeld in de Engelse hospicebeweging. De tweede wijze is het proberen enige controle tem behouden waarbij het moment van de sociale dood min of meer komt samen te vallen met de biologische dood. Dit betekent dat het moment van de biologische dood wordt gemanipuleerd. Norwood onderschrijft de Nederlandse neiging tot controlebehoud. Nederlanders, zegt zij, willen hun boodschappen blijven doen, het liefst op de fiets. Opname in een zorginstelling is een teken van controleverlies. Incontinentie, maar met name sociaal isolement worden in Nederland bijzonder moeilijk verdragen, omdat zij in contrast staan met een samenleving die is gebaseerd op communitaristisch gedachtegoed. "In the Netherlands, being an independent, yet socially connected and useful member of society, is core" (p.65).

Vandaar dat het moment van *social death* in Nederland idealiter samenvalt met het moment van de biologische dood.

Norwood slaagt erin de ervaringen van artsen, patiënten en hun naasten te verwoorden en met behulp van filosofen, historici en sociologen (ook Dürkheim komt aan de orde) te verdiepen en te verklaren. *The maintenance of life* leest soms als een roman, soms ook als een filosofische verhandeling, welke echter direct wordt verbonden met de concrete praktijk. Alhoewel het boek als geheel erg prettig leest, vallen de vele letterlijke herhalingen, soms alinea's lang, in negatieve zin op. Soms beweert Norwood ook dingen die op zijn minst discutabel zijn, zoals bijvoorbeeld de stelling dat de ontwikkeling van het Nederlandse euthanasiebeleid "physician-led" is geweest. Op pagina 81 lezen we dat abortus in 1971 is gelegaliseerd. Een paar zinnen verderop lezen we dat de Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Gezondheidsbevordering de *voormalige* KNMG is, en dat deze vereniging (voor gezondheidsbevordering dus) in de jaren tachtig euthanasie heeft gepromoot. De stelling dat in België hulp bij zelfdoding is gelegaliseerd is te simplistisch, omdat hulp bij zelfdoding niet onder de Belgische euthanasiewet valt. Een kritische redactie had deze missers moeten opmerken.

Wel weer interessant zijn de vergelijkingen die Norwood trekt tussen Nederland en de Verenigde Staten. Een calvinistische ethiek wordt geplaatst tegenover een puriteinse. De praktijk in Oregon, waar hulp bij zelfdoding gelegaliseerd is, wordt kritisch vergeleken met de Nederlandse euthanasiepraktijk. Altijd kiest Norwood partij voor Nederland, hetgeen bij mij de vraag oproept of er wellicht toch iets is dat Nederland kan leren van de Verenigde Staten. Prachtig, maar ook bijzonder schrijnend is het laatste verhaal, waarin zij vertelt over de dood van haar moeder en de aftakeling van haar vader. Omdat moeder niet verzekerd was, is zij niet naar een arts gegaan op het moment dat dit nodig was. Toen de diagnose werd gesteld, was het al te laat. Haar vader moest, om over minimale zorg te kunnen beschikken, eerst zijn hele vermogen opsouperen.

Voor het Nederlandse lezerspubliek is *The maintenance of life* een spiegel. Wie er in kijkt, krijg je meer inzicht in wie hij/zij is. Voor het Amerikaanse lezerspubliek zal dit boek wellicht verbazing oproepen over het Nederlandse levenseinde. Gezien de beleidsvoornemens van president Obama komt de publicatie op een geschikt moment. Heel langzaam begint men ook daar in te zien tot welke drama's een geïndividualiseerd gezondheidszorgsysteem, met haar nadruk op eigen verantwoordelijkheid, kan leiden.

Rien Janssens, ethicus
Afdeling Metamedica VUmc Amsterdam

Jacques-Emmanuel Schaeffer (Hrsg.), *Alter und Migration. Tagungsband er 15. Gerontopsychiatrische Arbeitstagung des Geriatrischen Zentrums an der Universitätsklinik Tübingen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, 2009. 132 pp., €19,90. ISBN 978-3-938304-03-7.

Het Duitse Mabuse Verlag geeft regelmatig publicaties uit waarin bijdragen aan conferenties over de gezondheidszorg aan migranten gebundeld zijn. *Alter und Migration*

past in deze traditie. Bijzonder is dat voor het eerst oudere migranten het onderwerp zijn. Zowel in Duitsland als in Nederland krijgt de gezondheid van en de gezondheidszorg aan deze groep nog weinig aandacht. Jacques-Emmanuel Schaeffer brengt in dit boek negen artikelen bijeen, deels bewerkingen van plenaire lezingen, deels van bijdragen aan workshops.

Alter und Migration gaat over migranten van zestig jaar en ouder. Daarbinnen worden in Duitsland verschillende groepen onderscheiden, ieder met een eigen migratiegeschiedenis. Naast arbeidsmigranten gaat het over vluchtelingen, *Aussiedler* (migranten uit Oost-Europa met Duitse wortels) en *Übersiedler* (voormalige Oost-Duitsers woonachtig in voormalig West-Duitsland). De focus van het boek ligt vooral op de oudere Turkse arbeidsmigranten en *Aussiedler*. Het probleem is volgens Schaeffer dat de gezondheidszorg sensitiviteit en kennis mist om te kunnen gaan met psychosociale aspecten van ziekten van oudere migranten.

In de openingsbijdrage constateert Dorothea Grieg dat het *healthy migrant effect* (vooral gezonde mensen migreren) uitgewerkt is. Het weinige onderzoek laat zien dat er weliswaar onder oudere migranten minder kanker en hart- en vaatziekten voorkomen, maar ook dat zij vaker en vroeger te maken krijgen met geriatrische stoornissen. Of er voor migranten specifieke ziektefactoren zijn, is niet duidelijk. Volgens Grieg is het noodzakelijk de toegankelijkheid ofwel de *interkulturelle Öffnung* van de ouderenzorg te bewerkstelligen. Culturele sensitiviteit is daarvoor in de ouderenzorg nodig, maar ook veranderingen in de organisatiestructuur en de samenstelling van het personeel.

Dietmar Czycholl geeft aan dat de migratie migranten voor nieuwe ontwikkelingstaken stelt. Van belang is dat zij weer samenhang brengen in hun binnenwereld en hun beeld van de buitenwereld opnieuw construeren. In de derde en vierde levensfase wordt dat voor migranten ouder moeilijker, omdat ze over onvoldoende competenties beschikken of die verloren hebben (bijvoorbeeld de tweede taal). Het verleden, de tijd voor de migratie, blijft of wordt een belangrijk referentiepunt, zoals in het geval van regressie door dementie. In ieder geval confronteren deze levensfasen oudere migranten opnieuw met de achterhaalde realiteit van de migratie. Czycholl eindigt zonder dit uit te werken met de stelling dat interculturele competentie geen specialisatie is, maar een grondhouding. In navolging van Hegel is voor hem het bijzondere niet het tegendeel van het algemene, maar de verdieping ervan.

Volgens Angelika Ertl hebben oudere migranten aanzienlijke problemen om levensfasegebonden taken uit te voeren. Een daarvan is dat zij geen rolmodellen hebben. Ze kunnen bij de beeldvorming over het ouder worden niet of nauwelijks terugvallen op hun ouders of grootouders. Dat oudere migranten na veertig jaar in Duitsland nog vreemden blijven en beperkt geïntegreerd zijn, ligt niet alleen aan hen. Ze worden in Duitsland ook nog steeds als vreemde betiteld en tegemoet getreden. Discriminatie bindt migranten aan 'daar' en belemmert binding aan 'hier'. Zolang wij blijven spreken over het leven in den vreemde, produceren we vreemdheid als barrière voor de oudere migranten die hier al jaren wonen. In het omgaan met ontwikkelingstaken in deze levensfasen spelen ook stabiliserende en destabiliserende factoren in het migratieland een rol, waaronder de hulpverleners in de ouderenzorg. Daarop baseert Ertl haar pleidooi voor een cultuursensitieve ouderenzorg.

Andrea Zielke-Nadkarni gaat in op een bijzondere groep met verhoogde kwetsbaarheid, de oudere joodse *Aussiedler* afkomstig uit de voormalige Sovjet-Unie. Ze schetst hoe de Holocaust nog steeds zijn uitwerking heeft in ziektebeleving en welke eisen dit stelt aan de verzorging. Ze wijst onder meer op de verhoogde gevoeligheid van deze ouderen voor uniform-achtige kleding en officiële personen, op *survivor guilt* en problemen met afscheid nemen en loslaten. Drie zaken kenmerken deze groep: een intensieve binding met de overgebleven familieleden, de collectieve geschiedenis van segregatie, vervolging en armoede en het religieuze kader dat zijn stempel op het leven drukt. Daardoorheen zijn angstgevoelens doorlopend op de achtergrond aanwezig.

Inhoudelijk is Andrea Riecken's bijdrage het meest interessant. Ze begint met te stellen dat interculturele competentie voor de gezondheidszorg zowel een uitdaging als een plicht is. Ze presenteert een migratie-psychologisch model voor intercultureel werken gebaseerd op de acculturatietheorie van John Berry. Ze legt een verband tussen acculturatiestrategie (integratie, assimilatie, separatie, marginalisatie) enerzijds en ziekteopvattingen, ziektegedrag en therapeutische mogelijkheden anderzijds. In een gedetailleerd schematisch overzicht geeft ze aan hoe de vier acculturatiestrategieën zich manifesteren in verschillende vormen van ziektebeleving, ziektegedrag en therapeutische mogelijkheden in het geval van de *Aussiedler*. Uit het schema komt naar voren dat de vier groepen *Aussiedler* op alle punten zich van elkaar onderscheiden. Het valt op dat het tijdstip waarop klachten aanvangen, gaande van marginalisatie, via separatie en assimilatie naar integratie steeds verder weg ligt van het moment van migratie: van twee jaar naar tien tot vijftien jaar. Integratie komt naar voren als de strategie die voor de gezondheid het meest succesvol is en het meeste aansluiting met de gezondheidszorg oplevert.

Het schema dat Riecken presenteert, veronderstelt dat mensen voor één acculturatiestrategie kiezen en deze blijven hanteren. Professionals zijn voor Riecken culturele competent als zij migranten met inachtneming van hun culturele bijzonderheden indelen naar acculturatiestrategie en op grond hiervan hun aanpak ontwikkelen. Acculturatiestrategie fungeert dan als indicator voor diagnose en therapie. De vraag is echter of mensen één acculturatiestrategie ontwikkelen en deze blijven hanteren. Van de kritiek op Berry's vierdeling is in Riecken's betoog weinig te merken. Ook zij lijkt een statisch cultuurconcept en afbakenbare groepen te veronderstellen. Opvallend is dat de overgangen tussen de vier onderscheiden groepen *Aussiedler* ondanks het rigide kader toch vloeiend blijken te zijn.

In *Alter und Migration* komen oudere migranten zelf niet of nauwelijks aan het woord. Dat is jammer, want de lezer krijgt zo slechts een beeld van hen door de ogen van medische professionals. Inbreng van antropologen in het debat zoals in Nederland ontbreekt. De bijdragen zijn verder inleidend van karakter. Ook in Duitsland staat de ouderenzorg voor migranten nog in de kinderschoenen. De pogingen verbanden te leggen tussen ontwikkelingstaken van ouderen enerzijds en migratie en acculturatie anderzijds en hun betekenis voor de ouderenzorg zijn desalniettemin voor Nederlandse hulpverleners als gedachtenoefening leerzaam en een bron van inspiratie.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Parnassia Bavo Groep, Rotterdam

Annemiek Stoopendaal, *Zorg met afstand: betrokken bestuur in grootschalige zorginstellingen*, Academisch proefschrift Erasmus Universiteit. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2008. 225 pp. €36,00. ISBN 978-90-2324456-1.

Stijgende kosten en vermeende efficiëntie door schaalvergroting hebben de laatste twintig jaar geleid tot tal van fusies in de gezondheidszorg. In dezelfde periode komen in een aantal zieken- en verzorgingshuizen misstanden aan het licht. In 2003 toont een landelijk onderzoek aan dat de basiszorg in Nederland onvoldoende is: ondervoeding, incontinentie en ander vermijdbare ellende komt nog veel te vaak voor. In krantenkoppen, opiniestukken en in de politiek worden deze twee fenomenen vaak als vanzelfsprekend verbonden. Verzakelijking en de daarmee gepaarde afstand worden opgevoerd als reden voor de verbrekking van de zorg. Maar is dat ook zo? Annemiek Stoopendaal, organisatie-antropologe verbonden aan de Erasmus Universiteit deed kwalitatief onderzoek in verschillende typen zorginstellingen. Ze liep mee met bestuurders, nam interviews af in alle lagen van deze organisaties en vergeleek jaarverslagen, brochures en beleidsnota's.

Zorg met afstand begint met de stelling dat zorgbestuurders zorgen dat er gezorgd wordt voor anderen. Dat is volgens Stoopendaal een complexe taak. Bestuurders worden aangesproken op hun eindverantwoordelijkheid voor de zorg die hun instellingen leveren, maar zij kunnen de zorgverleners niet direct aansturen. Zorgverleners hebben armslag nodig, ook wel discretionaire ruimte genoemd, om hun kennis en kunde toe te passen in het contact met cliënten en patiënten.

Stoopendaal noemt vier redenen voor de toenemende afstand tussen bestuurders en zorgverleners. Ten eerste is er de schaalvergroting die onverstoort door gaat. Bij aanvang van haar studie definieerde Stoopendaal een grote zorgorganisatie als een bedrijf met meer dan duizend medewerkers. Inmiddels bestaan er zorgorganisaties van twintigduizend medewerkers. Daarnaast, maar ook als reactie op de almaar groeiende organisaties, werd meer en meer gesproken over standaardisatie van de zorg. Zorg wordt gezien als een dienstverlening tussen klant en zorgverlener, vergelijkbaar en met gewaarborgde kwaliteit, hetgeen voorschriften ofwel protocollen dienen te bewerkstelligen. Extra administratie is het gevolg en dat versterkt het gevoel van afstand tussen beleid en uitvoering van de zorg. Ten derde zijn zorgbestuurders zelf gespecialiseerd en geprofessionaliseerd. Ingebedde geneesheer-directeuren zijn veranderd in meer hybride bestuurders. Als laatste, worden door de onstuitbare privatisering zorginstellingen als bedrijven gezien. Onder het New Public Management veranderden instellingen die publieke waarden nastreefden, in bedrijfsmatig outputgedreven organisaties en bestuurders in publieke ondernemers.

Drie casestudies met soms verrassende conclusies staan centraal in het boek. Een daarvan is dat fysieke afstand, ver van elkaar liggende locaties, niet automatisch leidt tot sociale afstand tussen bestuurslaag en zorgverleners. Vaak is het meer de mentale afstand, bijvoorbeeld in de vorm van verschillende soorten kennis die de verschillende lagen hanteren en de waarde die daaraan wordt toegekend. Of is er sprake van temporale afstand: als iets te lang duurt of te snel gaat, wordt afstand ervaren. Ook kunnen structuren die bestuurders ontwikkelen om afstand te overbruggen, juist

afstand scheppen. Een visie over een betere verzorging van cliënt of patiënt, bedoeld als betrokkenheid, kunnen zorgverleners ervaren als het overschrijden van de grenzen van zijn of haar discretionaire ruimte.

Stoopendaal ziet het omgaan met afstand in organisaties als een algemene besturingskwesitie die van alle tijden is, maar die door de nadruk op betrokkenheid in de zorg specifiek wordt. Voor het omgaan met afstand beschrijft zij vier besturingsmethoden waarbij niet *op* afstand wordt bestuurd, maar *met* afstand. De eerste noemt zij extensies, waarbij bestuurders afgezanten of ideeën – denk aan managers of beleidsnota's – de organisatie in sturen om de uitvoering van besluiten te bewerkstelligen. De tweede methode is het inzetten van bruggenbouwers of intermediairs die de verschillende werelden binnen en buiten de organisatie kennen. Het creëren van ontmoetingsplaatsen, de waterput uit etnografische studies, is een derde bestuursmethode om een gevoel van samenhang te bevorderen. Het gaat om samenkomst op fysieke plaatsen, zoals het kopieerapparaat, de koffieruimte of scholingsbijeenkomsten, maar ook om mentale ontmoetingsplaatsen zoals gedeelde visie op zorg. En als laatste beschrijft zij besturen door middel van begrenzing, waar de discretionaire ruimte juist wordt gerespecteerd door verlening van autonomie.

Stoopendaals overkoepelende bevinding is dat afstand niet passief wordt ervaren, maar vaak actief is geconstrueerd en soms zelfs wordt gecultiveerd. Zij beschrijft helder en overtuigend dat er ten eerste een relatie nodig is om afstand te kunnen ervaren, en dat afstand evengoed betrokkenheid kan bevorderen als in de weg kan staan. Ten tweede is niet de schaalgrootte de grootste oorzaak van afstand tussen partijen in de organisaties, maar de schaarste aan financiële middelen. Belangrijk is ook haar laatste bevinding, namelijk dat het kloofdenken tussen management en medewerkers niet bij bestuurders ligt, maar ontstaat op de eerste laag van leidinggevend.

Sturen met afstand betekent aandacht geven aan de processen van distantiëring die zich voortdurend in organisaties afspelen. Juist doordat zorgbestuurders zich lossen, hebben zij de mogelijkheid om als verbindende buitenstaanders hun dubbele opdracht van sturen op afstand én in betrokkenheid vorm te geven. Toch kan men zich afvragen of Stoopendaal niet af en toe last heeft van het onder antropologen bekende *going native*. Ze toont vaak wel erg veel begrip voor de complexiteit van de taak van zorgbestuurders, hoe zij hun best doen de boel bij elkaar te houden in maatschappelijk woelige tijden. Neem bijvoorbeeld haar bevinding dat de hevigste worsteling tussen afstand en betrokkenheid zich afspeelt op de eerste laag van leidinggevend bij de vraag hoe het beste de schaarse middelen in te zetten voor het grootst mogelijke resultaat. Deze groep bestaat uit mensen die vaak net de overstap gemaakt hebben van zorgen *voor* – wat een betrokkenheid vergt die vaak met overgave beoefend werd – naar zorgen *dat*, een managementtaak die een meer afstandelijke blik eist. Is zorgen dat juist *die* laag goed functioneert ook geen bestuurlijke taak? En kan het achterwege laten daarvan kan niet gezien worden als bestuurlijk gemakzucht, of op zijn minst een lacune, door het verschuiven van een taai probleem?

Al met al is *Zorg met afstand* een gedegen en ook voor de leek interessante studie die een belangrijk thema belicht. Dat komt voornamelijk door de antropologische benadering die voorbij gaat aan kortzichtige en uiteindelijk lege tegenstellingen tus-

sen bestuur en specialisten. Stoopendaal bestudeert zorginstellingen als een organisch en dynamisch geheel en analyseert (veranderings)processen langs een continuüm tussen afstand en betrokkenheid zonder een waardeoordeel te geven. *Zorgen met afstand* is voor eenieder die in de zorg werkt, bestuurders, verpleegkundigen, medisch specialisten, maar ook administratief, technisch en logistiek medewerkers, een bruikbare lens om naar anderen en naar zichzelf te kijken, als een onderdeel zijnde van een geheel. Ook beleidsmakers kunnen van dit boek gebruikmaken als voorzorg tegen het te gemakkelijk invoeren van veranderingen, maar ook om vanuit een nieuwe invalshoek deze cruciale tak van de samenleving te ondersteunen.

Marianne Vysma, psychotherapeut en medisch antropoloog

Michel Thys & Wouter Gomperts (red.), *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse*. Apeldoorn: Garant, 2009. 299 pp. €30,00. ISBN 978-90-441-2406-4.

In de gezondheidszorg maken hulpverleners en wetenschappers gebruik van het antropologisch gedachtegoed. Vakgebieden als interculturele psychologie en transculturele psychiatrie liggen voor de hand, maar transculturele psychoanalyse roept meer vragen op. Op de omslag van *Vergezichten. Over transculturele psychoanalyse* staan dan ook epistemologische vragen over dit vakgebied. Op de vraag of transculturele psychoanalyse wel mogelijk is, omdat het een westerse uitvinding is, geeft het verschijnen van het boek natuurlijk al antwoord. Het zou bijzonder zijn als de dertien auteurs tot de conclusie zouden komen dat de afstand tussen verschillende culturele achtergronden van patiënt en hulpverlener a priori te groot is. *Vergezichten* belooft de transculturele uitdaging aan te gaan en laat zien hoe in de psychoanalyse wordt geprobeerd verder te kijken dan de westerse neus lang is.

Vergezichten is een Nederlands-Vlaams product. De Nederlander Wouter Gomperts en de Vlaming Michel Thys zijn vakgenoten: klinisch psycholoog, psychoanalyticus en psychoanalytisch psychotherapeut, al is de eerste gepromoveerd in de psychologie en de laatste in de filosofie. Het boek bestaat uit een voorbeschouwing van Gomperts, negen hoofdstukken met veel klinische casus en een nabeschouwing van Thys. In de voorbeschouwing laat Gomperts al veel termen vallen, waar antropologen misschien aan moeten wennen: het onderscheid tussen de binnen- en de buitenwereld van een patiënt, splitsing van binnenuit en van buitenaf, overaanpassing, mummificatie en reconnecting, verdubbeling, continuïteit en verbinding. Aan de hand van de casus van de 32-jarige Marokkaanse Samira brengt hij deze termen tot leven: de pijn die zij voelt in het continu heen en weer schakelen tussen twee culturele werelden die soms haaks ten opzichte van elkaar staan, en de consequenties die dit heeft voor haar denkprocessen en daaruit voortvloeiend gedrag. Door haar geheimen, halve waarheden, schaamte en de verschillende maskers in beide werelden in openheid met haar te bespreken, ontstaat meer duidelijkheid tussen twee parallelle werkelijkheden. Zelfs als de therapie per telefoon moet worden voortgezet, omdat Samira naar Amerika verhuist, ontstaat er een groot gevoel van nabijheid en vertrouwen tussen patiënt en psychotherapeut.

Mohsen Edrisi, klinisch psycholoog, psychotherapeut en directeur zorg van I-psy in Leiden, stelt aan de hand van een casus van de 50-jarige politiek activiste Miryam uit het Midden-Oosten een heroriëntatie van het traumaconcept voor. Dat doet hij in vier fasen van affectontwikkeling: levensmoeheid, depressie, haat en rouw. In therapeutische sessies doorlopen patiënt en therapeut deze opeenvolgende fasen, waarin de culturele context een belangrijke rol speelt. Achter de levensmoeheid gaat een sluimerende depressie schuil, waarin Miryam de angst om controle te verliezen openbaart. Door dat te bespreken is zij in staat om haat tegen de daders toe te laten, waardoor vrede met duurzaam verdriet ontstaat. Daaruit vloeit voort dat de patiënte kan beginnen met rouwen over haar vreemdelingschap in het hier en nu. De therapeutische implicatie is dat toestaan, hanteren en dragen van de haat aan de hand van een reconstructie van betekenisvolle herinneringen een reorganisatie van het zelfgevoel bewerkstelligt.

Mark Kinet, hoofdgeneesheer van de Kliniek Sint-Jozef in het Belgische Pittem, voert de geadopteerde Koreaanse dertiger Kim op om zowel klassieke psychoanalytische als transculturele elementen aan de orde te stellen. Volgens Kinet, die een keur aan psychoanalytische klassiekers zoals Lacan en Freud, de revue laat laten, vormen beide elementen een dualiteit waarin ze niet los van elkaar te zien zijn. Klassieke elementen als seksualiteit en de kind-moeder-relatie gaan samen met een overaanpassing van Kim aan zijn Belgische adoptiemoeder. Interessant in Kinets verhoog is Lacans gedachtegoed over cultuur als 'de grote Ander', een symbolische orde waaraan de patiënt zich continu spiegelt.

In *Vergezichten* komen nog vele andere thema's aan bod, zoals etnische identiteit in de casus van de 25-jarige Turkse studente geneeskunde Fatma, de transmissie van een transgeneratieel trauma bij de 32-jarige Congolese vluchteling George, de dynamiek tussen Tsjechische migranten en thuisblijvers, de gezinsdynamiek van het Marokkaanse gezin O, wij-cultuur, migratie en op mentaliseren gebaseerde therapie van Fonagy bij een 35-jarige Turkse man, droomduiding en interculturele impasse van een 48-jarige man van de Yaka-stam uit Congo-Kinshasa en de geracialiseerde innerlijke wereld van een 32-jarige Surinaamse internist.

De kracht van een samengesteld boek ligt meestal in de voorbereiding, waarin de samenhang tussen de onderlinge hoofdstukken zo sterk is dat er een synergetische meerwaarde ontstaat. Of de eindredactie moet zo goed en scherp zijn dat de meerwaarde achteraf uit de teksten wordt geput, maar die kans lijkt kleiner. Hoe dan ook, hoewel de hoofdstukken verre van uniform zijn, zijn de redacteurs er mijns inziens uitstekend in geslaagd om een veelzijdig boek samen te stellen dat op verschillende niveaus de geest prikkelt. De bijdrage van Edrisi is voor mij toegankelijker dan het daaropvolgende erudiete stuk van Kinet, maar dat valt goeddeels weg tegen hetgeen beiden betogen. Verder kijken dan de westerse neus levert in hun bijdragen indringende, prachtige, krachtige en inspirerende passages op. De transculturele psychoanalyse is een spannend jong vakgebied; *Vergezichten* is voer zowel voor antropologen die psychoanalytisch aan het werk (willen) gaan, als voor psychoanalytici die hun ogen en oren open stellen voor antropologische deskundigheid.

Simon Groen, cultureel antropoloog
Centrum voor Transculturele Psychiatrie De Evenaar, GGZ Drenthe

Evelien Tonkens, Jennifer van den Broeke & Mark Hoijtink, *Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*. Den Haag: NICIS, 2008. 100 pp. ISBN 978-90-77393-57-7 (Te verkrijgen op www.nicis.nl).

In deze publicatie ligt nu eens niet de nadruk op de lastige kant van mantelzorg, maar op de waarde die mantelzorgers toekennen aan de zorg die ze verlenen. Zorgen is niet alleen een last, maar kan ook veel voldoening, zingeving en plezier geven. *Op zoek naar weerkaatst plezier* geeft inzicht in de samenhang tussen een soepele samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, cliënten enerzijds en de betekenis die mantelzorgers toekennen aan zorg anderzijds. De auteurs spreken van soepele samenwerking als aan drie voorwaarden is voldaan: voorkomen van overbelasting, waarborgen van de kwaliteit van zorg en recht doen aan de motivatie en het plezier van (informele) zorgverleners. De auteurs spraken met 75 cliënten, professionals, vrijwilligers en mantelzorgers behorend tot 25 zorgnetwerken in Amsterdam. De interviews varieerden in duur van twintig minuten met huisartsen tot vier uur met mantelzorgers.

Om grip te krijgen op de betekenis van zorg in netwerken maken de auteurs gebruik van het concept zorg- of draaglast: de beleving van zorgtaken en normen over wat mantelzorgers van zichzelf, van anderen en van de verzorgingsstaat mogen verwachten. In navolging van de Amerikaanse sociologe Arlie Hochschild gaan ze ervan uit dat *framing rules* en *feeling rules* de zorg- of draaglast bepalen. *Framing rules* hebben betrekking op hoe een situatie wordt begrepen, wat burgers mogen verlangen en eisen. *Feeling rules* zijn normen over wat we mogen voelen. Tonkens, Van den Broeke en Hoijtink. maken onderscheid tussen morele, historische en pragmatische *framing rules*. Een historische *framing rule*, gebaseerd op individuele en collectieve geschiedenis, is bijvoorbeeld: 'Ik heb het veel beter dan mijn moeder, want die mocht helemaal niet werken, terwijl ik wel veel zorg, maar ook nog tijd heb voor mezelf'.

De auteurs hebben de onderzochte netwerken ingedeeld in vijf typologieën: gemengde netwerken, familienetwerken, professionele netwerken, geïsoleerde en teleurgestelde spilzorgnetwerken. De risico's op overbelasting en gebrek aan kwaliteit van zorg doen zich vooral voor in de twee soorten spilzorgnetwerken. De auteurs adviseren beleidsmakers dan ook om deze netwerken om te buigen naar een minder risicovol type netwerk. Een tweede uitkomst van het onderzoek is dat kansen voor goede samenwerking en het risico op overbelasting vooral samenhangen met de dominante *framing rules* en *feeling rules* en slechts indirect met leeftijd, sekse en etnische achtergrond, opleidingsniveau en de ziekte of beperking van de cliënt. Om zorgnetwerken beter te ondersteunen is het dus zinvol naar de dominante regels van een netwerk te kijken.

De zwakte van de studie is dat conclusies en aanbevelingen gebaseerd zijn op interviews met betrokkenen bij 25 verschillende netwerken. In de publicatie geven de auteurs niet aan hoe de interviews zich verhouden tot de omvang en samenstelling van de netwerken. Ze geven wel aan dat ook zorgverlenende vrienden, burens en dergelijke geïnterviewd zijn, maar dit zegt weinig over hoe de interviews over de onderzochte netwerken zijn verdeeld. Het blijft daardoor onduidelijk of met de interviews

de diversiteit aan relevante opvattingen en visies is gevangen. Een tweede vraag is of alle relevante netwerktypen opgespoord zijn, het onderzoek is immers niet representatief. Een vraag die het onderzoek ten slotte bij me oproept, is of er tussen zorgdragers en zorgvragers in het oogspringende verschillen waren in regels en opvattingen over samenwerking, risico's en kansen. En zo ja, hoe zij met deze verschillen omgaan.

Los van deze kanttekeningen is de kracht van het onderzoeksrapport dat het complexe zaken helder en overzichtelijk weet neer te zetten en, belangrijker nog, meerdere partijen wat te bieden heeft. Voor beleidsmakers zijn er aanknopingspunten voor beleid; professionals, zorgverleners en cliënten kunnen de gepresenteerde netwerktypologieën gebruiken om impliciete regels in het eigen netwerk bespreekbaar te maken en te anticiperen op kansen en bedreigingen.

Karen Mogendorff
communicatiewetenschapper en antropoloog