

Bookreviews / Boekbesprekingen

Felicitas Becker & Wenzel Geissler (eds), *Aids and religious practice in Africa*. Supplement to the Journal of Religion in Africa, Leiden: Brill, 2009. 404 pp. € 120.-/ US\$ 184.-. ISBN: 978 90 04 16400 0 (Hardcover).

No disease in the contemporary epidemiological, social and public health discourses has generated such diverse worldviews as the AIDS epidemic; this is even more poignant in Sub Saharan Africa with its many cultures and mix of religious beliefs. Since the initial emergence of HIV/AIDS so many myths have been coined to explain the occurrence of the disease; from Uganda (HIV/AIDS being the disease associated with witchcraft, truck drivers and or a disease of prostitutes who perpetuate behaviours opposed to society's beliefs and norms) to the USA (where it was considered the disease of gay men). HIV has engendered many responses from affected populations to deal with the phenomenon.

One thing about the AIDS virus and disease is that it caught people really unaware. Its main mode of spread (sexual intercourse) contributed to its 'private' character, indeed as anything related to sex. The many myths and untruths about the disease partly resulted due to this predicament about the AIDS virus. The stigmatization towards sufferers that ensued was related to morality values around sex and religion.

AIDS and religious practice in Africa is a book that once you start to read, is hard to put down due to the gripping narratives in the various chapters. Reading this book, I felt that it was long overdue considering the influence that religious practices exert on people's worldviews about AIDS and the response accorded to it.

This book is the harbinger of the new interest in the role religion plays in understanding, confronting and living with AIDS in the African environment rife with poverty, political instability, and government response that is less than adequate in answering the call of those afflicted by the disease. Apart from the rich introductory and concluding chapters, the book is presented in four sections of three chapters each resulting from ethnographic field experience of the contributors.

The first section, 'New departures in Christian congregation of long standing' offers the convergence of the AIDS epidemic and its explanation by specific groups within the context of traditional beliefs and Christian interpretation of the AIDS crisis. The chapter by Behrend offers insight into the notion of witchcraft in relation to social ills such as poverty, diseases and calamities. AIDS provided a perfect threat that needed explaining from the traditional wisdom as well as using the western religions that are re-emerging as sources of healing, opposing the traditional understanding. Prince's chapter on the other hand, looks at a powerful Luo tradition in western Kenya

versus the Christian enlightenment; it shows the dilemma that women face in choosing not to follow tradition as a way of keeping control of the AIDS disease. Similarly, Christiansen's chapter narrates the tough negotiation that is set in motion when faced with the task of abiding to Samia's tradition of widow inheritance yet attaining one's ultimate desire of a fulfilling Christian faith.

In contrast, the second section 'Convergences and contrasts in Muslims' responses' show how Islamic teachings are used to explain the AIDS scourge within political and secular dispensations. Beckmann, shows how the political tension between Zanzibar and mainland Tanzania, the intrusion of western lifestyle embodied in tourism, globalisation, literature and arts manifested through satellite televisions etc are blamed for the spread of AIDS. On a similar note Becker shows, how Muslims in mainland Tanzania battle to understand AIDS and cope with it in the Islamic context while at the same time they try to appreciate the treatment options that are on offer based on biomedical sciences. Finally, Svensson ponders how Islamic teachings are packaged to guide Muslims communities especially school going youth in understanding AIDS through the Quranic lens in which the scriptures are touted as offering the answers to avoidance of the disease as well as relating to those affected.

The third section, 'Pentecostal congregations between faith healing and condemnation' is a rich presentation of how the phenomenon of Pentecostal churches delves into the HIV/AIDS discourse and influences it in a way that shapes the understanding and responses of its followers. Dilger's chapter presents how the teachings and guiding principles of a neo-Pentecostal church inspire its members to hope for prosperity and health in the face of the AIDS epidemic and socio-economic hardships, while the chapters by Sadgrove and Van Dijk evoke a scenario of expediency in which the Pentecostal teachings are tailored to suit already fractured social settings and offer a practical adjustment of members in the face of crises manifested through economic hardship and the AIDS disease.

The fourth and final section, 'Antiretroviral treatment: failures and responses' relates to the concept of disease perceptions informed by the cultural, socio-economic, political and both traditional and modern religious beliefs. The chapter by Niehaus discusses how AIDS is looked at by the local church as leprosy of a virulent kind leading to stigma. It thus offers a glimpse of the treatment responses in this South African community. Burchardt's chapter shows how religious teachings inspired the concept of care through counselling based on these teachings to help sufferers (subjects) to accept their status and live positively. Similarly, Nguyen's chapter on therapeutic evangelism demonstrates how once more, church structure is used to transmit ways to manage the scourge, build social relations and enable community to understand HIV and respond to it.

Lastly, Lonsdale's concluding chapter highlights how a twist of fate relating to the publication of John Iliffe's book, 'The African AIDS epidemic: A history' led to the Faith and AIDS workshop which resulted in the publication of this book.

In summary, this book provides a rich mix of lived experiences obtained through ethnographic assessment of how religion is a powerful medium influencing the world-views of African people faced with HIV/AIDS within the context of traditional, socio-

economic, political and a globalised 'AIDS industry'. It is a work in progress that calls for more in-depth analysis of this discourse as a way of negotiating through the myriads of complex perceptions and finding best practices that alleviate people's suffering. It is a stimulating and a must for students, researchers and agencies involved in the fight against HIV/AIDS.

Constantine Steven Loum Labongo
Community Network for Social Justice, Gulu, Uganda

Elly Engelkens, *Tropenjaren tellen dubbel. Leven en werken in Nigeria*.
Amsterdam: Mijn eigen boek, 2010. 266 pp. € 19,50. ISBN 9789059742529.

Elly Engelkens, werkte van 1976 tot 1980 als algemeen arts in het *Mater Hospital*, een missieziekenhuis in Afikpo in Zuidoost Nigeria. In dit boek beschrijft zij haar leven en werk daar, de politiek-sociale context, en haar bezoek aan hetzelfde gebied in 2004.

Haar proloog geeft een tijdsbeeld van hoe in de jaren zeventig van de vorige eeuw het bijzonder was om als vrouw te gaan werken in een ontwikkelingsland. Ze verantwoordt de bronnen van het boek: haar aantekeningen, haar eerdere verhalen en een ander boek, enkele studies van antropologen werkzaam in het gebied, informele gesprekken met lokale mensen en zelfs het plakboek van haar ouders.

Het hoofdstuk *Kennismaking* gaat over haar eerste kennismaking met het land, haar werkplek en de mensen. Het staat vol met korte anekdotes, bijvoorbeeld over het eten, de slechte wegen, het ziekenhuis op een heuvel, de hitte, de nonnen waarmee ze werkt, de mensen die ze leert kennen. Aan het eind staat een voor antropologen veelbelovende zin: "Overall leerde ik in deze vier en een half jaar hoe ik zelf was gevormd door mijn eigen cultuur en achtergrond. Het was een leerzaam proces, waarover in de volgende hoofdstukken meer" (p. 21).

Het is goed dat Engelkens de volgende twee hoofdstukken wijdt aan de context van Nigeria en Afikpo. Het is echter jammer dat ze geen enkele referentie geeft in de opsomming van feiten over de Nigeriaanse geschiedenis, bevolking, sociaal economische situatie, gezondheidstoestand en gezondheidszorg. De validiteit van haar statistieken over bevolking, etnische groepen, ziekte prevalentie, leeftijdsverwachting en beweringen kunnen daarom niet worden getoetst.

Het hoofdstuk over Afikpo bevat een uiteenzetting over sociale structuren, gebruiken, geloof, dorpsactiviteiten, en positie van vrouwen. Het is interessant dat ze merkt dat vrouwen in Nigeria werk en gezinsleven combineren wat destijds niet gebruikelijk was in Nederland waar de meeste vrouwen stopten met werken zodra ze getrouwd waren. In dit hoofdstuk trekt Engelkens meer vergelijkingen tussen Nederland en Nigeria in genderrelaties, huwelijk, enz. die dit gedeelte uittillen boven het niveau van feiten opsommen.

Het volgende hoofdstuk *Ziekte en zorg in Mater Hospital* is interessant voor mensen die in een dergelijk klein ruraal ziekenhuis gaan werken. Ik heb zeven jaar in

Nigeria gewoond en gewerkt in de gezondheidszorg en Engelkens beschrijvingen van de mensen en het ziekenhuis zijn herkenbaar. Ze beschrijft onder andere de organisatie van de zorg, de ziekten van kinderen, en medisch-technische handelingen bij gecompliceerde bevallingen. Ze wijst er op dat ze in het ziekenhuis zo weinig kunnen doen omdat oorzaken van problemen vaak buiten het ziekenhuis liggen en daar aangepakt zouden moeten worden (maar vermeldt niet hoe dat dan zou kunnen gebeuren – in haar epiloog komt ze hier op terug). Haar beschrijvingen in dit hoofdstuk raken aan de medische antropologie. Ze gaan over traditionele geneeskunde, hoe mensen symptomen beschrijven en verklaren, en hoe het ziekenhuis (niet) samenwerkt met traditionele genezers in de omgeving.

De rest van het boek vertelt over haar persoonlijke leven in Nigeria. *Mijn multi-culturele leven* gaat bijvoorbeeld over eten, haar relatie met huispersoneel, de mensen op het ziekenhuisterrein inclusief een soms lastige relatie met de nonnen, en haar contacten in het dorp en de omgeving. Het is aardig te lezen hoe ze zich eerst verbaast over hoe mensen op haar reageren en dat ze zich dan realiseert hoe ze het product is van haar opvoeding. Het laatste deel van dit hoofdstuk gaat over haar relatie met een Nigeriaanse man en hoe die relatie eindigde.

Het hoofdstuk *Mijn reizen in Nigeria* is een aaneenschakeling van korte observaties, indrukken, anekdotes en ontmoetingen met mensen. De bezochte plekken zijn geordend van dichtbij naar verder af van Afikpo. Het hoofdstuk *Weer thuis* laat de cultuurschok zien die zij beleefde toen ze terugkwam in Nederland. Ze voelt zich buiten de Nederlandse maatschappij staan en moet wennen aan het geordende drukke leven van vrienden en familie.

In 2004 maakte Engelkens een reis in Nigeria en ging terug naar Afikpo welke ze beschrijft in het hoofdstuk *Weerzien*. Ze geeft een korte ‘update’ van bevolkingscijfers en ziektecijfers en nieuwe omstandigheden in een bezocht ziekenhuis en lepra kolonie. Uitgebreid komen de reis en de bijkomende moeilijkheden aan bod. Een deel gaat over haar ontmoetingen met vrienden van toen en wat er van de mensen geworden is die ze 25 jaar geleden voor het laatst heeft gezien – inclusief de kinderen die naar haar vernoemd zijn.

De epiloog bevat een beschouwing over ontwikkeling en veranderingen in Nigeria, over onder meer de invulling van ontwikkelingshulp in de gezondheidszorg, over urbanisering en modernisering, en de opkomst van het nucleaire gezin.

Engelkens boek is geen antropologische studie maar het persoonlijke – lichtelijk zelfingenomen – verhaal van een rijk en avontuurlijk leven, geschreven voor een breed publiek, in het bijzonder voor hen die geïnteresseerd zijn in medische ontwikkelingsproblematiek en voor toekomstige tropenartsen. Mensen die in een klein ziekenhuis gaan werken leren over de ziektes en organisatie die ze kunnen tegenkomen. Degenen die na lange tijd in het buitenland weer thuis komen leren dat er een omgekeerde cultuurschok kan zijn: “Ik had moeite met het geklaag te midden van zoveel rijkdom” (p. 99). In de epiloog komt ze terug op de titel van het boek. In de koloniale tijd telden tropenjaren dubbel omdat ze zwaar waren vanwege klimaat en ziektes; ze telden ook dubbel voor de pensioenleeftijd en -opbouw. Engelkens legt uit dat haar tropenjaren voor haar dubbel tellen vanwege intensiteit van beleving en vanwege het leerproces

op persoonlijk en professioneel vlak. Die jaren hebben haar verdere leven en loopbaan bepaald.

Winy Koster,
Sociologie en Antropologie, Universiteit van Amsterdam

Andrea Kuckert & P. Esterhuizen (red.) ***Diversiteit in de verpleegkunde.***
Basiswerken Verpleging en Verzorging Niveau 5. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2010. 400 pp. € 52,50. ISBN 978-90-313-6237-0.

Het uiterlijk van het boek *Diversiteit in de verpleegkunde* doet vermoeden dat de lezer een studieboek in handen heeft. In zekere zin is dit ook het geval; het maakt deel uit van de serie Basiswerken, een serie leerboeken voor hbo-studenten verpleegkunde. Echter, redacteuren Andrea Kuckert en Philip Esterhuizen nodigen in de inleidende leeswijzer een breed publiek uit tot lezen. Niet noodzakelijkerwijs van voor naar achter. Er volgen suggesties voor lezers die vanuit verschillende achtergronden en met uiteenlopende vragen het boek openslaan.

Het uitgangspunt van dit boek is helder: diversiteit van mensen en dus van patiënten is niets nieuws noch heeft het alleen te maken met verschillen in 'culturele achtergrond'. Relatief nieuw is dat binnen de verpleegkundige opleiding en praktijk wereldwijd meer aandacht is gekomen voor de unieke wensen en behoeften van de individuele patiënt. Een goede hulpverlener is in staat deze te herkennen en zijn of haar manier van zorg verlenen aan de individuele patiënt aan te passen. Diversiteit in de verpleegkunde betekent aandacht voor de persoonlijke identiteit en ziektebeleving van het individu. Geen schokkend nieuwe visie voor de lezer met een medisch-antropologische achtergrond, maar voor een student verpleegkunde kan dit een eye opener zijn. Vooral voor deze student zal het boek ... "stimuleren en motiveren tot zelfreflectie, bewustwording en kritisch denken" (p. 20).

Hoofdstuk 1 (van medisch antropoloog Rob van Dijk) geeft inzicht in de ontwikkeling van het 'diversiteitsdenken' in het Nederlandse zorgbeleid. Terecht wordt dit hoofdstuk in de leeswijzer de 'paraplu' voor het gehele boek genoemd. Van Dijk beschouwt niet etnische herkomst of cultuur als belangrijke focus binnen het concept 'diversiteit', maar stelt dat men aandacht moet hebben voor diversiteit in wereldbeeld, ervaringen en diverse, soms overlappende, identiteiten die mensen ontleen aan diversiteitskenmerken zoals geslacht, leeftijd, opleidingsniveau en woongebied. Bovendien, stelt Van Dijk – wederom in lijn met het uitgangspunt van het boek – zou de hulpverlener die omgaat met een diverse patiëntenpopulatie moeten beginnen met het kritisch kijken naar de eigen waarden en ideeën die de manier bepalen waarop de wereld wordt ervaren (zelfreflectie en dialoog).

In hoofdstuk 2 stelt Rumay Alexander, verpleegkundige en verpleegkundig docent, dat een individuele benadering van en interesse in hoe door elke persoon op zichzelf de wereld ervaren wordt van groot belang is om deze persoon te kunnen helpen. De realiteit van de patiënt moet centraal staan en dit betekent dat erkend dient te worden dat de ervaring van elke persoon is opgebouwd uit specifieke levenservaringen die een

unieke context vormen. De hulpverlener moet nieuwsgierig zijn naar de individuele ervaring en moet constant durven af te wijken van de voorgeschreven patronen en vooroordelen.

In hoofdstuk 5 brengt verpleegkundige/antropoloog Paul M.J. Vleugels het onderwerp diversiteit in zorg terug naar de praktijk aan het bed. Dat er meer aandacht is voor diversiteit binnen beleid en academische theorievorming is duidelijk. Maar hoe ziet de werkelijke zorgpraktijk er in Nederland uit? Staat de gemiddelde zorgverlener ook daadwerkelijk open voor de individuele beleving van 'de ander'? Is de hedendaagse zorgverlener zich in het dagelijks werk bewust van deze verantwoordelijkheid en is er voldoende kennis aanwezig over diversiteit om de ander in zijn context te begrijpen? Deze vragen sluiten aan bij de door medisch antropoloog/verpleegkundige (en docent) Anita Ham geschreven reflectie op het hoofdstuk van Alexander (Ham voorziet alle hoofdstukken geschreven door niet-Nederlandse auteurs van een reflectie waarmee zij deze in de Nederlandse context probeert te plaatsen): een mooi ideaal, dit holistische perspectief op zorg dat de patiënt centraal stelt, maar hoe haalbaar is dit binnen de huidige bureaucratische Nederlandse zorgpraktijk?

Hoewel Larry Purnell in hoofdstuk 4 aangeeft ook de idee te omarmen dat diversiteit bekeken moet worden vanuit meer dan alleen verschillen in 'cultuur', categoriseert hij in zijn *Model for cultural competence* kenmerken waarin mensen uit verschillende bevolkingsgroepen kunnen verschillen. Purnell gaat uit van vier grote religies (christendom, islam, hindoeïsme en jodendom) en bespreekt culturele rituelen met betrekking tot ziekte en wat dit betekent voor de ervaring van ziekte en gezondheid. Dit hoofdstuk, met duidelijke definities van voor de hulpverlener relevante begrippen als *cultural self-awareness*, *cultural relativism* en *cultural leverage* biedt een praktische benadering voor zorgprofessionals.

In hoofdstuk 3 bespreekt Tessa Muncey, die zelf bijna veertig jaar als verpleegkundige heeft gewerkt, de diversiteit binnen het verpleegkundige beroep zelf. Zij houdt de verpleegkundige een 'ethnografische spiegel' voor en geeft inzicht in de mogelijke persoonlijke kenmerken en het zelfbeeld van een verscheidenheid aan verpleegkundigen. Muncey verbindt dit zelfbeeld van verpleegkundigen aan de ontwikkeling van het beroep in het Verenigd Koninkrijk en concludeert dat een kloof bestaat tussen het publieke beeld van de ideale verpleegkundige en de dagelijkse praktijk ervaring van verpleegkundigen.

In Hoofdstuk 6 bekijkt socioloog Jan Dimmers gezondheid en zorg op macro-niveau, namelijk de opbouw en werking van gezondheidssystemen in verschillende landen in de wereld. Na een bespreking van de van oudsher belangrijkste vormen van zorgsystemen (het Bismarck of Sociaal Verzekeringssysteem en het Beveridge of Nationaal Gezondheidszorgsysteem) laat Dimmers zien hoe een aantal verschillende landen deze systemen tegenwoordig vormgeeft in een poging om een toegankelijk en betaalbaar gezondheidssysteem te handhaven.

De laatste drie hoofdstukken sluiten goed op elkaar aan en worden in de leeswijzer dan ook achter elkaar genoemd. Hoofdstuk 7, geschreven door Kuckert en Esterhuizen, behandelt het in de medische antropologie welbekende onderscheid tussen *disease*, *sickness* en *illness* en welke culturele factoren van invloed zijn op de bele-

ving van ziekte en gezondheid. Het achtste hoofdstuk, door Dawn Freshwater en Jane Cahill, is een bespreking van de narratieve kracht van ziekteverhalen in de weergave, handhaving en vorming van identiteit en de manier waarop mensen door middel van het vertellen van (ziekte)verhalen het zelf en de ziekte betekenis geven. Het laatste hoofdstuk is een eerder in *Anthropology and Medicine* gepubliceerd artikel van de in 2009 overleden medisch antropologe Els van Dongen. Het vormt tegelijkertijd een *sickness* en een *illness narrative* omdat het vanuit persoonlijk perspectief het belang van op het oog alledaagse en simpele rituelen voor de sociale omgeving van een patiënt met een terminale ziekte beschrijft.

Dit boek is een interessante, waardevolle en diverse mix aan ervaringsverhalen, kwalitatieve data, filosofisch-wetenschappelijke artikelen en handvatten om het gelezene in praktijk te brengen en het toe te passen op de eigen (werk)situatie. De vraag die Purnell in hoofdstuk 5 stelt, of zorg professionals kennis nodig hebben over specifieke culturele kenmerken of juist een algemene cultuur-sensitieve benadering van zorg, zou gezien kunnen worden als een onderliggende discussie die door het hele boek loopt. Maar er is geen sprake van een dialoog. Een verzameling artikelen van verschillende auteurs die over hetzelfde onderwerp schrijven vanuit verschillende achtergronden zou een ultieme mogelijkheid kunnen zijn om deze discussie aan te gaan. In plaats daarvan worden ideeën en theorieën herhaald en ontbreekt echte samenhang. De verwijzingen tussen de hoofdstukken proberen wel samenhang te brengen, maar deze zijn niet consequent en lijken soms zelfs wat willekeurig gekozen. Voor de zorg-professional in de dop biedt het boek een goede introductie in de complexiteit van het diversiteitsbegrip, maar de lezer met een medisch-antropologische achtergrond vraagt mogelijk meer uitdaging en verdieping.

Anna Lisa Albers, medisch antropoloog
Trainer Letloa Community Health Team D'kar, Botswana

Philip Roth, *Nemesis*. London: Jonathan Cape, 2010. 280 pp. £ 16.99.
ISBN 9780224089531.

For many years Albert Camus' novel *La peste* (The plague) has been the classic tale of what a highly contagious disease brings about in society and in individual people. Philip Roth's recent novel *Nemesis* is going to be another 'classic' on this theme, more intrusive and overwhelming than Camus'. *Nemesis* tells the story of a young man, Bucky Cantor, in the setting of a virulent Poliomyelitis epidemic in the American town of Newark in the hot summer of 1944.

The most telling difference between Roth's and Camus' novels is that Roth writes from the perspective of the victims of the epidemic, while Camus' main characters are those fighting the disease: a doctor, a journalist, a priest and some volunteers. In both novels the reader cannot help but wonder who is speaking. It is only at the end of Camus' book that we find out that we have been reading the doctor's diary. Roth also keeps the reader in suspense as to who the 'I' – who briefly appears in the first part of

the novel – might be. That person turns out to be one of the victims, relating the story of the main character of the events, Bucky Cantor. I cannot help revealing the plot of the book, but I do not think it matters; knowing what is going to happen turns every sentence into an ominous prospect of the inevitable collapse of Cantor's world and intensifies the tragic outcome.

Cantor is a physical education instructor in a Newark high school. His friends are fighting in the war in the Pacific and in Europe, but he has not been drafted because of bad eyesight. He feels unjustly privileged and compensates his 'failure' by doing voluntary work with children during holidays. He is popular with the youth. When polio arrives in Newark he tries to calm the children and their parents and continues his work with extra devotion. But then, children start to fall ill and some die. Cantor's girlfriend, who is at a summer camp far away from the epidemic, is concerned about him and convinces him to leave the town and join her. That same moment he feels guilty for the second time, running away from danger.

The boys in the summer camp adore him but the closeness of his girlfriend fills him with a mixture of happiness and remorse. Then, polio strikes in the camp. A boy that had been particularly attached to Cantor falls ill and later dies. More children follow. Suddenly Cantor realizes that he may be the one who has carried the disease into this haven of safety. He is tested and his fear proves true. Some days later the sickness reveals itself, leaving him paralyzed for the rest of his life.

If the first two parts of the novel tell the story of the events that took place during that fateful summer, part three tells of Cantor's inner journey. It contains the most moving and disconcerting fragments of Roth's account. We find Cantor back, many years later: withdrawn and embittered, crippled physically and emotionally. There is an 'aura' of failure and shame about him. Roth contrasts him to the most famous polio victim who became a symbol of victory over the disease: Franklin D. Roosevelt. The 'I' of the novel, one of the boys who fell ill when Cantor was a voluntary worker in Newark, asks him: "But even if it were possible that you were a carrier, you would have been an unsuspecting carrier. Surely you haven't lived all these years punishing yourself, despising yourself, for something you didn't do. That's much too harsh a sentence" (p. 249). It leads Cantor to tell him what happened between him and Marcia, his girlfriend, the "hardest part of the story." She came to visit him in the hospital but he turned her away. She insisted that she loved him but he did not give in. His reason: "I owed her her freedom... and I gave it to her. I didn't want the girl to feel stuck with me. I didn't want to ruin her life. She hadn't fallen in love with a cripple, and she shouldn't be stuck with me" (p. 254-5).

The novel ends in cruel dialogues about shame and self-blame, love and responsibility. Roth concludes this story about the unfairness of life with a magnificent catharsis that matches the chorus lines of an ancient Greek tragedy: "The guilt [in Cantor] may seem absurd but, in fact, is unavoidable. Such a person is condemned. Nothing he does matches the ideal in him. He never knows where his responsibility ends. He never trusts his limits because, saddled with a stern natural goodness that will not permit him to resign himself to the suffering of others, he will never guiltlessly acknowledge that he has any limits. Such a person's greatest triumph is in sparing

his beloved from having a crippled husband, and his heroism consists of denying his deepest desire by relinquishing her” (p. 273-4).

Sjaak van der Geest
Medical Anthropology, University of Amsterdam

Steven van de Vijver, *Is dat normaal, dokter?* Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar, 2011. 229 pp. € 15,00. ISBN 978-90-3889396-9.

Een gesluierde moslimvrouw met onderbuikklachten, een moeder met dochter die last heeft van ‘digipesten’, een circusklant die zijn verhaal komt doen, een oude dame die haar overleden man nog steeds ziet, een Irakese vluchteling die zijn rijexamen maar niet haalt, een Marokkaanse vrouw met ‘Hollandse’ hoofdpijn. Steven van de Vijver portretteert in *Is dat normaal, dokter?* een bonte reeks patiënten. Het boek is een bundeling van columns over zijn wederwaardigheden als huisarts in opleiding in een multiculturele Amsterdamse wijk die verschenen in het *Parool*. Het zijn 73 korte, maar treffend en soms met de nodige humor beschreven praktijksituaties. Dat weerhoudt Van de Vijver overigens niet om ook zwaarwegende kwesties aan te snijden, zoals euthanasie, of de dilemma’s waarmee hij van doen krijgt, zoals vermoedens van seksueel geweld en misbruik. Ook de tragiek van het leven ontbreekt niet: een oude joodse vrouw die de oorlog overleefde, maar nu dement geworden zich weer in dat verleden waant. Tezamen geven ze een beeld zonder opsmuk van het huisartsenwerk, van het brede scala van kleine en grote medische klachten en sociale problemen dat daar passeert én van de beperkte mogelijkheden van de huisarts om daarvoor soelaas te bieden. “Ik leg uit dat er geen medische richtlijnen zijn voor een goed of slecht huwelijk, en dat ik het moeilijk vind om daar als huisarts iets over te zeggen” (p. 131). Tussen de regels door is te lezen dat het luisterend oor van Van de Vijver misschien wel datgene is waarvoor zijn patiënten vooral komen.

Wie de portretten leest, valt op dat de nieuwe patiënt, een door internetbezoek goed geïnformeerde zorgconsument die weet wat hij van de dokter wil, daartussen nauwelijks te vinden is. Een Turkse patiënte met een welafgebakende medische vraag (“Ik kom voor een introïtusplastiek”) is een uitzondering. Je ziet bijna de fronsende wenkbrauwen van de dokter. Of dit nu kenmerkend is voor de Amsterdamse wijk waar Van de Vijver praktizeert, een gevolg is van zijn selectieve blik, of een herkenbaar beeld voor zijn collega’s, is niet vast stellen. Het beeld dat rijst uit de verhalen is vooral dat van patiënten die zoekende zijn, vaak voor gezondheidsproblemen die samen hangen met slijtage door het leven. “Waarom overkomt mij dit nu?”, in de woorden van een vrouw die ondanks een levenslange inspanning om gezond te leven, met kanker is geconfronteerd. De vraag in de titel van het boek klinkt in menig verhaal door. De dokter is voor veel patiënten de vraagbaak voor kleine en grote levensvragen, Het pilletje, het onderzoek of de verwijzing is daarbij soms niet zozeer het doel, maar een legitimatie voor het bezoek. “Maar kunt u toch even luisteren naar mijn hart en longen? Dan kan ik thuis weer zeggen dat alles goed is.” (p. 86). Ook een ander fenomeen

valt op. Tegenover de toename van protocollen en richtlijnen in de gezondheidszorg en het belang van evidentie, blijft het diffuse niet-pluis-gevoel een belangrijke rol spelen bij het uitstippelen van beleid. Een gevoel dat volgens Van de Vijver nauwelijks te vangen is in een protocol.

Is dat normaal, dokter?, is zeker de moeite van het lezen waard. Het is nu eens niet het verhaal van de *cutting-edge medicine*, maar van huis-tuin-en-keuken artseneij. Hoewel de huisartsenzorg sterk in beweging is – schaalvergroting, automatisering, specialisering, de inzet van praktijkondersteuners – maken de verhalen duidelijk dat de patiënten nog altijd dezelfde zijn. Van die dagelijkse praktijk biedt Van de Vijver aan de hand van scherpe observaties en welgekozen bewoordingen een fraai inkijkje. Wat jammer is, is dat het boek een bundeling van praktijkfragmenten is, die de lezer zonder toespits worden voorgeschoteld. Een afsluitend hoofdstuk waarin de auteur zijn wederwaardigheden in een breder kader plaatst, zou zeker het boek meerwaarde hebben gegeven. Van de Vijver is inmiddels aan een nieuw project begonnen: onderzoek naar chronisch zieken in de sloppenwijken van Nairobi. Ik wacht met veel belangstelling zijn nieuwe relaas af.

Rob van Dijk, medisch antropoloog
Parnassia Bavo Groep, Den Haag.