

psychiatrie. Diegenen die op de hoogte willen blijven van deze ontwikkeling verwijs ik naar het reeds genoemde tijdschrift *Santé, Culture, Health*.

Annemiek Richters

Sjaak van der Geest & Susan Reynolds Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries. Studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1988. xiii + 393 pp. Prijs: f 160,00 (hardbound).

Westerse geneesmiddelen behoren tot de meest gebruikte en door medisch antropologen minst bestudeerde therapeutische opties in ontwikkelingslanden. Economische, medische en macrosociale studies zijn er in overvloed, maar weinig is bekend over hoe westerse geneesmiddelen op lokaal niveau verkregen worden, hoe ze gebruikt worden en welke culturele overwegingen hierbij een rol spelen. Dit boek vormt een belangrijke aanzet om in deze lacune te voorzien. Het is een bundeling van deels originele, deels reeds eerder gepubliceerde studies waarin de lokale context van commerciële, veelal westerse geneesmiddelen centraal staat.

Het eerste deel van de bundel handelt over de lokale distributie van westerse geneesmiddelen. Aan de orde komen de farmaceutische industrie, apotheken, traditionele genezers en de informele sector, die alle een rol spelen bij de geneesmiddelenvoorziening. Het tweede deel bestaat uit artikelen waarin de betekenisverlening en de culturele context van geneesmiddelen centraal staan.

Ferguson bijt de spits af met een studie van de medische volkssector in een stadje in El Salvador. Als gevolg van de vrije verkoop van door farmaceutische industrieën geproduceerde geneesmiddelen is er een 'commerciële farmaceutische sector' ontstaan waarin vooral de armere bevolkingsgroepen hun heil zoeken. De apotheken spelen een centrale rol in deze sector. Het veelal ongeschoolde personeel vervult een soort tolkfunctie tussen de biomedische en de plaatselijke medische tradities, die elkaar in de apotheek ontmoeten. Ten gevolge van deze commerciële farmaceutische sector is er een medicaliseringsproces op gang gebracht bestaande uit een toenemende afhankelijkheid, niet van de medische stand zoals in het westen, maar van een specifieke vorm van therapie en van de instituties en personen die deze farmaceutische middelen aanleveren. Deze afhankelijkheid van farmaceutische producten resulteerde in wat Ferguson drie vormen van commerciogenese (door commercie geïnduceerde ziekte) noemt:

1. een culturele vorm (popularisering van medische tradities, de teloorgang van sommige vormen van inheemse geneeswijzen, en de opkomst van nieuwe specialisten zoals injectie-dokters);
2. een sociale vorm (farmaceutische geneesmiddelen onttrekken aan de bevolking inkomsten zonder dat ze daar op de langere termijn beter van worden; de neiging bestaat om het ziekteprobleem op te lossen middels de consumptie van geneesmiddelen in plaats van het verbeteren van de leefomstandigheden);
- en 3. een klinische vorm (de nieuwe geneesmiddelen leiden tot nieuwe ziekten zoals allergieën; door verkeerd gebruik ontstaan nieuwe risico's).

Of men de culturele en sociale gevolgen van het consumeren van commerciële geneesmiddelen in navolging van Ferguson als ziekten moet beschouwen lijkt me twijfelachtig. Wel vormen de begrippen 'medicalisering' en 'commerciogenese' interessante theoretische aanwinsten.

Stond bij Ferguson de apotheek centraal als leverancier van westerse geneesmiddelen, in de korte bijdrage van Wolffers zijn dat de traditionele genezers van Sri Lanka. Wolffers beschouwt het voorschrijven van moderne geneesmiddelen door deze genezers als een aanpassing aan het moderniseringsproces, een kwestie van overleven. Traditionele genezers trachten hun winsten te maximaliseren en schrijven voor wat de klant/patiënt vraagt. De producenten van westerse geneesmiddelen creëren deze vraag. Toch zijn er ook veel traditionele genezers (zoals degenen die hun opleiding volgden aan het Gampaha Instituut) die weigeren deze moderne produkten voor te schrijven. Wolffers noemt hen wel, maar betreft ze niet in zijn analyse. Deze Gampaha-genezers laten zich blijkbaar niet leiden door commerciële motieven en ondermijnen daarmee de conclusies van de auteur dat traditionele genezers in Sri Lanka kleine ondernemers zijn die inspelen op de vraag van de markt.

Ugalde en Homedes richten zich op het verstrekken van westerse geneesmiddelen door een plattelandskliniek in de Dominicaanse Republiek. De situatie die ze op het platteland aantreffen, werd gekarakteriseerd door een inefficiënte en dubieuze openbare gezondheidszorg. Er was sprake van een grote afhankelijkheid van westerse geneesmiddelen. Maar liefst 58 percent van de kosten die de bevolking aan haar gezondheid besteedde, werd uitgegeven aan deze middelen. In de onderzochte plattelandskliniek werkte een arts en werden gratis geneesmiddelen verstrekt. Het aantal bezoekers van de kliniek daalde drastisch zodra de voorraad geneesmiddelen uitgeput raakte. Het verstrekken van gratis medicijnen leidde tot een onnodig hoog gebruik en tot verspilling. Ook waren de financiële uitgaven hoog voor diegenen die naar de stad moesten om ze te kopen. Met het doel de uitgaven voor geneesmiddelen te beperken werd een experimentele gemeenschapsapotheek naast de kliniek opgezet alwaar essentiële geneesmiddelen continu in voorraad waren en tegen een lage prijs gekocht konden worden. Dit leidde tot een reductie in de onkosten voor de boeren, de fluctuaties in het kliniekbezoek verdwenen en een bezoek werd meer als medisch consult beschouwd en niet meer als een manier om aan geneesmiddelen te komen. De kliniek/apotheek maakte winst en de kwaliteit van de zorg verbeterde. De gemeenschapsapotheek leidde tot financiële decentralisatie en lokale autonomie. Ondanks het feit dat een aantal problemen bleef bestaan is het de overweging meer dan waard om dergelijke initiatieven elders, mits aangepast aan de lokale situatie, na te volgen.

Kloos e.a. presenteren de resultaten van een kwantitatieve studie naar het ziekten- en koopgedrag met betrekking tot westerse geneesmiddelen in vier stadswijken van de Ethiopische hoofdstad Addis Ababa. De meeste families bleken bij ziekte geen therapeutische actie te ondernemen. Een-vijfde deel van de onderzochte populatie bleek westerse geneesmiddelen te kopen. De overigen maakten gebruik van huismiddeltjes of bezochten overheids- of privé-klinieken. Steeds vaker werden westerse geneesmiddelen voor zelfmedicatie aangewend. De hogere sociale klassen maakten meer gebruik van westerse geneesmiddelen dan de lagere. Verkeerde informatie

en verkeerd gebruik van deze middelen waren in Addis Ababa wijdverbreid. De auteurs sluiten hun artikel af met tien ziektegeschiedenissen ter illustratie van selectie en gebruik van westerse medicijnen. Hieruit blijkt het belang van sociale netwerken en de economische en geografische toegankelijkheid bij het verkrijgen en het kiezen van geneesmiddelen.

Logan verrichtte een kwantitatief onderzoek naar de rol van apothekers bij het verstrekken van vrij verkrijgbare, westerse geneesmiddelen en het belang van zelfdiagnose en -medicatie. Ze nam een steekproef onder de vrouwen in een kleine Mexicaanse stad en legde hun een aantal hypothetische vragen voor. Hieruit bleek dat westerse geneesmiddelen de voornaamste wijze van zelfmedicatie was en dat men bij ziekte meestal de apotheker consulteerde. Dit laatste omdat deze meer als sociale gelijke werd gezien en anders dan bij de arts geen financiële vergoeding vroeg voor advies. De apothekers diagnostiseerden en schreven geneesmiddelen voor. Mede gezien het gezondheidsrisico van deze praktijken pleit Logan voor een verbetering van de opleiding van de apothekers, voor volkseducatie via de media over vrij verkrijgbare geneesmiddelen en voor het invoeren van een 'essential drugs program'.

Van der Geest bespreekt de formele en informele geneesmiddelendistributie in het zuiden van Kameroen. De formele sector (gezondheidszorgfaciliteiten van de overheid en kerken, apotheken) en de informele sector (winkeliers, marktverkopers, rondtrekkende handelaren en marskramers, personeel van medische instellingen) zijn nauw met elkaar verbonden en complementair aan elkaar. De informele verkopers verkrijgen hun westerse geneesmiddelen via de officiële apothekers en medisch personeel of via smokkel uit Nigeria. Ze verkopen hun geneesmiddelen door aan de armere lagen van de bevolking die de apotheker niet wil of kan bedienen. Deze informele sector voldoet meer aan de behoeften van de Kameroenees dan de apotheken: de financiële en geografische bereikbaarheid is groter, de sociale afstand is kleiner en ze zijn dag en nacht bereikbaar. De nadelen van de informele sector zijn dat de produkten soms van inferieure kwaliteit zijn, er minder keus is en de medische kennis van de verkopers beperkt is. De relatie tussen de formele en informele sector is ongelijk. Ze lijken te concurreren, maar werken in feite samen op ongelijke basis waarvan de formele sector financieel profiteert. De auteur adviseert de informele sector te behouden en te verbeteren, omdat anders een deel van de bevolking geen toegang tot westerse geneesmiddelen meer heeft.

Afdhal en Welsch nemen in hun bijdrage niet de westerse medicijnen tot onderwerp van studie maar de commerciële jamu-middelen in Indonesië. Jamu zijn natuurlijke, traditionele Indonesische geneesmiddelen op industriële wijze geproduceerd door Indonesische bedrijven. Deze industriële productie begon begin deze eeuw met kleinschalige huisindustrie in diverse plaatsen op Java. Het aantal kleine producenten van jamu groeide sterk en leverde aan plaatselijke afzetmarkten. Door het tekort aan westerse geneesmiddelen tijdens de Japanse bezetting begonnen ook Indonesische artsen jamu-middelen voor te schrijven. Na de oorlog stapten ze daar weer van af, maar de bevolking bleef echter jamu veelvuldig gebruiken. In de jaren '60 en '70 moderniseerde de jamu-industrie, het voorbeeld van de westerse farmaceutische industrie volgend. De onderlinge concurrentie tussen jamu-bedrijven nam toe en er ontstond produkt-specialisatie. Ook kregen jamu-middelen een

modern tintje. De industrie goot de traditionele middelen in een moderne vorm (onder andere door de verpakking te wijzigen) om ook de consument uit de middenklasse aan te spreken. Sinds het midden van de jaren '70 steeg de productie gestaag, resulterend in 350 grote bedrijven en enkele duizenden kleine producenten die een derde deel van de totale farmaceutische markt in Indonesië in handen hebben. De populariteit van jamu verklaren de auteurs uit de promotie van deze middelen via informele netwerken, de consument is overtuigd van de effectiviteit en jamu geldt als traditioneel én modern tegelijk hetgeen deze middelen extra aantrekkelijk maakt.

Dit artikel van Afdhal en Welsch is waardevol zowel vanwege de aandacht die ze vestigen op een nog nauwelijks bestudeerd verschijnsel, namelijk de commercialisering van traditionele geneesmiddelen, alsook vanwege het in dergelijke studies zelden gehanteerde historisch perspectief.

Met Unschuld's artikel begint het tweede deel van de bundel met bijdragen over de lokale culturele dimensies van westerse geneesmiddelen. Hij beschrijft en vergelijkt in zijn bijdrage klassiek-Europese en Chinese theorieën over de werking van geneesmiddelen. In Europa ontstonden dergelijke theorieën al in de tweede eeuw na Christus (Galenus), terwijl ze in China pas in de twaalfde tot veertiende eeuw tot stand kwamen. Het belangrijkste verschil tussen de Europese en Chinese theorieën zijn de verschillende cognitieve tendensen in de formatie van farmacologische doctrines. In Europa streefde men naar één dominant, homogeen paradigma waardoor kennis die dit paradigma tegensprak, als onwaar werd beschouwd. De Chinese traditie nam diverse paradigmata op in één complexe syncretistische kennisstructuur waardoor deze dan ook niet vrij kon zijn van interne contradicties. In het China van nu vindt er een confrontatie plaats tussen westerse en Chinese geneeswijzen. Unschuld spreekt de verwachting uit dat de Chinese geneeswijzen en geneesmiddelen een rol in de gezondheidszorg zullen blijven spelen, maar in toenemende mate zullen vervreemden van hun theoretische achtergrond.

Unschuld's werkwijze en cultuurbegrip hebben weinig met antropologie te maken. Voortdurend worden de westerse en Chinese cultuur gelijkgesteld aan het intellectuele produkt van enkele elitaire schrijvers. Of en hoe de gewone bevolking met dergelijke abstracte theoretische bouwwerken omgaat wordt nergens vermeld. Over hoe dergelijke verschillende theoretische tendensen wortelen in sociale en culturele processen in Europa en China wordt met geen woord gesproken. De lezer moet het doen met de niet nader verklaarde open deur dat het verschil tussen Chinese en Europese farmacologische systemen het resultaat is van verschillende culturele contexten die de formatie van kennis vorm gaven.

Sussman onderzocht het gebruik en de betekenisverlening van zowel westerse als traditionele geneesmiddelen op het multi-etnische eiland Mauritius. Westerse geneesmiddelen beschouwt men over het algemeen als sneller en krachtiger werkend. Wel kunnen ze in tegenstelling tot kruiden bijwerkingen veroorzaken. Vandaar dat men gewoonlijk tegen acute ziekten westerse middelen slechts gedurende korte tijd gebruikt om bijwerkingen te voorkomen. Kruiden worden bij chronische ziekten gebruikt, omdat men ze kan blijven slikken zonder bang te hoeven zijn voor bijwerkingen. Tenslotte bespreekt Sussman ook het ziektegedrag op Mauritius. In eerste instantie kent men aan een ziekte een natuurlijke oorzaak toe. De eerste stap

is dan ook meestal het gebruik van de gemakkelijk toegankelijke en goedkoopste remedies: westerse of traditionele geneesmiddelen. Pas als deze falen neemt men een bovennatuurlijke oorzaak aan en gaat met te rade bij religieuze specialisten.

Whyte's bijdrage staat in scherp contrast met de voorgaande. Sussman houdt zich strikt aan de grenzen van de medische sector. Whyte plaatst de geneesmiddelen in een breder kader. Ze legt een verband met de sociale veranderingen die in Oost Afrika plaatsvinden en hanteert deels een historisch perspectief. Hoewel de empirische gegevens ontleend zijn aan haar veldwerk bij de Nyole in het oosten van Oeganda, zijn haar conclusies verstrekkender. Ze stelt dat de incorporatie van westerse geneesmiddelen deel uitmaakt van een algemenere trend om lijden eerder te behandelen met substanties dan met de traditionele rituele manipulaties van sociale relaties. Geneesmiddelen en rituelen vormen de alternatieven waaruit de Nyole een keuze moeten maken. Tegenspoed, waaronder ziekte, veroorzaakt door voorouders of clangeesten vereist onderhandeling, het geven van geschenken en het brengen van offers in een openbaar ritueel. Westerse geneesmiddelen vormen een manier om zich aan de verplichtingen van rituele therapie te onttrekken. De geneeskraft van geneesmiddelen ligt volgens de Nyole in het medicijn zelf. Ze bevatten inherente krachten die buiten de moreel gereguleerde sociale relaties liggen. Deze meer individualistische toepassing van verhandelbare substanties wordt als bevrijdend ervaren, als men ze vergelijkt met de verplichtingen en uitgaven die nodig zijn voor een rituele genezing. Een andere belangrijke conclusie van Whyte is dat de grote waardering voor uitheemse geneesmiddelen al lang bestond vóór de introductie van moderne farmaceutische geneesmiddelen. Exotische geneesmiddelen van verre komaf waren reeds lang zeer populair bij de Nyole. Het kapitalistische systeem schiep niet de vraag naar uitheemse middelen, maar de interne sociale veranderingen in de Nyole-samenleving zelf zijn daar verantwoordelijk voor.

Hoewel Whyte die sociale veranderingen uitgebreider had kunnen beschrijven en specifiek had kunnen relateren aan het gebruik van geneesmiddelen, zijn haar conclusies verfrissend. Ze blijft niet steken in een empirische opsomming van hoe de situatie is, maar gaat verder in op de vraag naar het waarom en maakt zo een begin met een gedegen stuk theorievorming over de in deze bundel behandelde problematiek.

Het artikel van Niehof is een vreemde eend in de bijt. Haar bijdrage handelt noch over westerse noch over commerciële traditionele geneesmiddelen. Wel geeft ze in een uitgebreide tabel een aantal traditionele geneesmiddelen weer (waaronder commerciële jamu-middelen) met de lokale en wetenschappelijke namen van ingrediënten en de therapeutische indicaties. Haar bijdrage is een klassieke medisch-anthropologische studie over traditionele Madurese geneesmiddelen. Ze verschaft een goede kijk op heersende ideeën en praktijken onder de vrouwelijke bevolking van Madura rondom zwangerschap, geboorte en kraambed. Westerse geneesmiddelen zijn er wel, maar worden in de hierboven genoemde context niet gebruikt.

Haar kritische theoretische opmerkingen over de heet-koud-oppositie zijn misplaatst. Ze stelt een 'drie-dimensionaal' model voor als verbetering van een in de literatuur aangetroffen al te simplistisch twee-dimensionaal model waarbij heet = ziek en koud = gezond. De stroom van publikaties over dit onderwerp waar-

door de laatste twee decennia een heel wat genuanceerder beeld over heet-koud concepten tot stand is gekomen lijkt aan haar te zijn voorbijgegaan.

Bledsoe en Goubaud bespreken de wijze waarop westerse geneesmiddelen worden opgenomen in het traditionele therapeutische systeem van de Mende in Sierra Leone. Doordat westerlingen een lang en gezond leven is beschoren, worden westerse geneesmiddelen door de Mende zeer gewaardeerd. Deze middelen worden via de apotheken en de informele sector verkregen en veel toegepast bij zelfmedicatie. In de keuze van het juiste geneesmiddel spelen de uiterlijke kenmerken de belangrijkste rol. De voor de Mende cultuurvreemde geneesmiddelen worden door middel van de eigen culturele logica geherinterpreteerd. Zo meenden de meeste informanten dat de grootste pil de krachtigste werking ontloopte. Ook de toedieningsvorm (injectie, capsule) en de temperatuur speelt een rol in de evaluatie. Kleur en smaak van het geneesmiddel vormen middels het 'similia similibus curentur'-principe aanwijzingen voor de ziekte die ermee genezen kan worden. Zo werd een anti-bilharzia middel vanwege de gele kleur gebruikt tegen malaria, omdat bij deze ziekte de urine erg geel is. Ook de kosten van geneesmiddelen spelen een grote rol. Zodra men beter begint te worden stopt men uit financiële overwegingen met de medicatie, terwijl op medische gronden de kuur moet worden afgemaakt. Tot slot wijzen de auteurs op de gevaren van zelfmedicatie met westerse producten zoals verkeerd gebruik en overdosering met zelfs dodelijke gevolgen.

MacCormack en Draper presenteren de resultaten van een kwantitatieve studie naar het ziektegedrag bij diarree en ORS-gebruik (Oral Rehydration Salts) in Jamaica. De belangrijkste symptomen die ouders ertoe aanzet om hulp te zoeken voor hun kind met diarree zijn: toegenomen frequentie van darmbewegingen, braken, koorts en slijm bij de ontlasting. Meestal wordt allereerst thuis geprobeerd iets te doen. Het merendeel geeft het kind kokosmelk of vruchtensap; slechts één percent dient thuis ORS toe. Achtenzestig percent zoekt na een vergeefse thuisbehandeling verdere hulp. Vrouwen die een diarrée-polikliniek bezochten werden, nadat ze een voorlichtingspraatje over ORS hadden gevolgd, door de auteurs ondervraagd. Slechts een-derde had de boodschap begrepen. De meeste vrouwen verklaarden de werking van ORS in traditionele termen. Daartoe aangezet door de gezondheidswerkers staakten veel vrouwen het gebruik van de effectieve traditionele kokosmelk en stapten over op het veel duurder ORS of op ineffectieve westerse zoutbevattende geneesmiddelen.

Burghart beschrijft hoe de integratie van westerse injecties in de Ayurvedische therapie heeft plaatsgevonden. Injecties zijn in India en andere Zuid-Aziatische landen zeer populair. Spuiten worden ook door de traditionele Ayurvedische genezers veel gebruikt. Sommige Ayurvedische geneesmiddelen worden zelfs speciaal geproduceerd voor gebruik per injectie. Dit integratieproces beschrijft hij op idiografische wijze aan de hand van een brahmaanse Ayurvedisch genezer. Deze genezer incorporeerde naar eigen zeggen in de jaren '50 de westerse diagnostiek en therapie in zijn praktijk. In de jaren '60 keerde hij terug tot de zuivere Ayurvedische traditie en verstootte de westerse geneesmiddelen met uitzondering van penicilline. Penicilline-injecties werden door hem vaak toegepast. Vanwege de grote vraag naar penicilline kon hij dit middel niet uitbannen. Om penicilline in overeenstemming

te brengen met zijn Ayurvedische principes moest hij het middel herinterpreteren. Volgens hem komt álle medische kennis voort uit de Ayurvedische geschriften, zo ook de westerse medische kennis en geneesmiddelen. De westerlingen zijn de oorspronkelijke kennisbron vergeten. Door deze opvatting kon deze Ayurvedische genezer penicilline zonder 'wroeging' in zijn praktijk gebruiken.

Hoewel leuk als anekdote schiet Burgharts benadering naar sociaal-wetenschappelijke maatstaven duidelijk tekort in het beschrijven of verklaren van het wijdverbreide gebruik van injecties in het Ayurvedisch therapeutische systeem.

Etkin geeft in haar bijdrage een literatuuroverzicht van, en kritiek op, de wijze waarop onderzoekers de werkzaamheid van inheemse geneesmiddelen bestuderen. Ze pleit ervoor om de werkzaamheid van traditionele geneesmiddelen niet louter vanuit een biomedische paradigma te bestuderen (zoals het onderzoek naar de farmacologische activiteit van kruiden). Men dient ook te kijken naar hoe er in de desbetreffende cultuur over effectiviteit gedacht wordt en welke therapeutische resultaten men nastreeft. In de literatuur worden inheemse medische concepten vaak genegeerd. Ook moet men dergelijke emic opvattingen niet afdoen als louter symbolisch van aard, maar kijken naar de mogelijke fysiologische uitkomst van ogenschijnlijk symbolisch beargumenteerde therapie. Verder moet men het procesmatige karakter van therapeutische handelingen in de gaten houden. Het therapeutisch proces kan uit verschillende fasen bestaan, waarbij elke fase afzonderlijke doelstellingen kan hebben. Zo behandelen de Hausa een wond allereerst met irriterende planten (met de bedoeling het vuil eruit te verwijderen) die leiden tot bloedingen en ettervorming hetgeen naar biomedische criteria het probleem slechts verergert. In een latere fase past men bloedstelpende, ontstekingsremmende en helende planten toe. Als men slechts naar één fase van het proces kijkt kan men een dergelijke therapie verkeerd beoordelen. Hoewel Etkin slechts literatuur over inheemse geneesmiddelen bespreekt, stelt ze dat ook voor westerse geneesmiddelen geldt dat er sprake is van een culturele constructie van werkzaamheid en dat onderzoekers zich bewust moeten zijn van het procesmatige karakter van therapeutische handelingen.

In zijn afsluitend artikel schrijft Van der Geest dat dit boek gezien moet worden als een eerste stap in de richting van een nieuw onderzoeksgebied: de studie van westerse geneesmiddelen in hun sociale en culturele context. Het wordt hoog tijd dat de 'cultuurvrije' geneesmiddelen 'gedenaturaliseerd' worden en bezien worden als een cultuurproduct van een zeker niet waardevrije wetenschappelijke traditie. Hij onderscheidt vijf elkaar overlappende onderzoeksthema's waarop een dergelijke farmaceutische antropologie zich in de toekomst zou kunnen richten: 1. de produktie en handel (de context waarin geneesmiddelen worden gemaakt en verkocht); 2. het voorschrijven van geneesmiddelen door artsen (onder andere de symbolische betekenis ervan, de kennis die de arts heeft over hetgeen hij voorschrijft en de commerciële belangen die meespelen); 3. de distributie (formele en informele distributiekkanalen, verkoop door leken, en toepassing van westerse middelen door traditionele genezers); 4. het gebruik (zelfmedicatie en de contexten waarin dit gebeurt, het hoe en waarom van dit gebruik en welke ideeën hierbij een rol spelen) en 5. de werkzaamheid (de culturele dimensie ervan en het placebo-effect). De praktische relevantie van dergelijk onderzoek en meer in het algemeen

de rol van de antropoloog in medische ontwikkelingsprogramma's ligt in het aanbieden van een holistische kijk op het probleem, het benadrukken van cultureel relativisme, het waarschuwen tegen een verkeerd begrip in cross-culturele communicatie en het voorstellen van geschiktere onderzoeksmethoden bij problemen die zich in medische programma's voordoen.

De onderzoeksthema's die Van der Geest aangeeft kunnen met gemak nog verder worden uitgebreid zoals onderzoek naar de historische context en het komen tot een adequate theorievorming over westerse geneesmiddelen al dan niet binnen de context van een ontwikkelingsland. Maar, zoals de auteur ook al aangeeft, wat is de praktische relevantie van dergelijk onderzoek? Blijft het een academische bezigheid of kan er iets mee gedaan worden om geconstateerde problemen helpen op te lossen? Een antropologische blik maakt een probleem vaak nog problematischer maar daarmee niet onoplosbaar. Het beste voorbeeld van relevant farmaceutisch antropologisch onderzoek in deze bundel is ongetwijfeld het onderzoek van Homedes en Ugalde. Zij constateren niet slechts de ingewikkeldheid van het probleem, maar komen op grond van hun onderzoeksresultaten tot een bepaald beleid om dat probleem op te lossen, en implementeren en evalueren dit ook ter plekke. Aldus was hun onderzoek duidelijk van nut voor de onderzochten en blijkt dat een medisch antropoloog in een lokaal ontwikkelingsproject het best op zijn plaats is.

Mario Braakman

Lindsay Granshaw & Roy Porter (eds.) *The hospital in history*. London/New York: Routledge, 1989. 273 pp. Prijs: f 131,00.

Engelse 'ziekenhuizen' in de middeleeuwen, liefdadigheid in Florence tussen 1100 en 1500, honderd jaar kankerziekenhuizen en de bureaucratisering van twintigste-eeuwse ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Dit is slechts een greep uit de verzameling interessante onderwerpen die in het korte bestek van *The Hospital in History* aan de orde zijn. De meeste artikelen zijn bewerkingen van een lezingen, die in 1986 en 1987 op het Wellcome Institute¹ in Londen werden gehouden met als doel een nieuw licht te werpen op de geschiedenis van ziekenhuizen.

De tien auteurs zetten zich af tegen het beeld van 'ziekenhuizen' dat uit de traditionele geschiedschrijving naar voren komt. Daarin worden deze voorgesteld als instellingen die uit filantropische overwegingen werden opgericht door religieuzen of leken en bedoeld waren voor de verzorging van zieke armen. Een dergelijke interpretatie doen de schrijvers af als "dry institutional history", een naïeve benadering die volgens hen geen recht doet aan de enorme verschillen tussen 'ziekenhuizen', noch aan de ingrijpende veranderingen in functie die deze sinds de middeleeuwen hebben ondergaan. Door nieuwe vragen te stellen, die een socioloog 'meer sociologisch' zou noemen, en door nieuwe bronnen te onderzoeken willen de schrijvers van deze bundel een meer alledaags beeld schetsen van de cultuur in verschillende 'ziekenhuizen' en van veranderingen in hun plaats ten opzichte van de 'buitenwereld'. 'Ziekenhuizen' moeten worden onderzocht als microkosmos van