

patriates are quite happy to stay in Oman for their pregnancies and deliveries and not too difficult operations. Lithotripsy for nephrolithiasis is available in Oman as is renal transplantation. In the University Hospital cholecystectomies are performed via the laparoscope. Radiotherapy is not yet available in Oman and Omani patients requiring radiotherapy are sent abroad - often to India - at Government expenses. An internist-oncologist in the Royal Hospital supervises treatment with chemotherapy.

The Ministry of Health has not yet made up its mind - or not yet received the permission of the Grand Mufti - whether to introduce or to allow IVF in Oman. Because of the social and religious emphasis on procreation, infertility is an important issue in Muslim countries, and countries like the UAE and Saudi Arabia already have several IVF-centres.

On the other hand, an official start has been made with some form of family planning in Oman. With the previously high perinatal and infant mortality drastically reduced but the high birth rate unchanged, the Government realises very well that if nothing is done, the expected population explosion

will exceed the possibilities of the country as regards the provision of education, housing, health care, and employment for all. So carefully, so as not to upset the Grand Mufti or other conservative religious leaders, a campaign of 'Family Spacing', for the sake of mother and children, has been advocated by high officials of the Ministry of Health.

While promoting western medicine, the Government has also started a program to study and evaluate the old herbal medicine of Oman before all knowledge of it has disappeared.

Concluding, while Oman is a developing country, it has planned its development carefully. With the wise use of their oil revenues and where needed foreign expertise, the Omanis have succeeded in establishing, more or less from scratch and in a short time, the infrastructure for a modern, Islamic state. Health care is but one aspect of this still ongoing fascinating development.

Renske A. van der Baan, MD, Senior Consultant Ob/Gyn at the Sultan Qaboos University Hospital, Oman, 1990-1993

Tropische Geneeskunde en Medische Antropologie: een pleidooi voor interdisciplinariteit

Rede uitgesproken door Dr Sjaak van der Geest, tijdens de aan hem uitgereikte Eijkman medaille op 5 november 1993 te Amsterdam

De toekenning van de Eijkman medaille aan een antropoloog is iets ongewoons. Ik heb begrepen dat dat nog niet eerder is voorgekomen. Uit deze toekenning kan een heel simpele conclusie getrokken worden: dat wat antropologen doen, medisch interessant kan zijn. Dit lijkt me daarom een goede gelegenheid iets te zeggen over interdisciplinariteit, een ingewikkeld woord, moeilijk om uit te spreken, nog moeilijker om uit te voeren. Christiaan Eijkman heeft ons, ook wat interdisciplinariteit betreft, een goed voorbeeld gegeven. De man was een bacterioloog en bij zijn onderzoek was hij dan ook sterk gericht op bacteriologische oorzaken van ziekte. Hij had echter de soepelheid van geest om alert te blijven voor andere verklaringen en was zo in staat de oorzaak van beriberi bij voeding te leggen.

Bij de term 'interdisciplinair' komt spontaan het eerste vers van de ballade van de twee koningskinderen in mij op: "Die hadden elkander zo lief. Zij konden bijeen niet komen. Het water was veel te diep". Zo is het dus niet gegaan met de medische wetenschap en de antropologie. Het water was wel heel diep, maar van liefde is er nauwelijks sprake geweest. Het diepe water bestond uit de epistemologische en theoretische barrières die een dialoog bij voorbaat al onmogelijk maakten. De gevoelens waarmee vertegenwoordigers van beide disciplines elkaar bekeken waren eerder onverschillig dan warm. Om nog even bij de

koningskinderen te blijven. Het diepe water kwam beide partijen goed uit. In twee opzichten. Het zorgde ervoor dat men zich niet met elkaar hoefde te bemoeien en het maakte het gemakkelijker af en toe bij officiële gelegenheden vriendelijke dingen tegen of over elkaar te zeggen zonder daar praktische consequenties aan te verbinden. Het water was immers veel te diep. Mijn boodschap voor vanavond is dat het maar eens uit moet zijn met dat smoesje van het diepe water. En ik richt me daarbij tot collega's antropologen en collega's medici.

Eerst iets over de antropologen. De meeste antropologen hebben een zekere allergie (we houden van medische beeldspraak, dat wel) voor de natuurwetenschappen in het algemeen en voor de medische wetenschap in het bijzonder. Dat is begrijpelijk als we de ontstaansgeschiedenis van de antropologie in ogenschouw nemen. Die voltrok zich in grote lijnen als een zich afzetten tegen de hegemonie van het natuurwetenschappelijke determinisme. Einde vorige en begin deze eeuw was er een wijd verbreid idee dat menselijk gedrag uit de biologie verklaard kon worden. Als mensen in Afrika of Azië - of in onze eigen maatschappij - zich heel anders dan wij gedroegen, dan wees dat op verschillen in, wat we nu de genen zouden noemen. Dat leidde onder meer tot rassentheorieën, biologische opvattingen over man-vrouwverschillen, en extreem ethnocentrisme. Iets wat in de natuur ver-

Aan de Noordzijde van de Keerkring

Zoals U op de voorpagina hebt kunnen zien, hebben zich enige veranderingen voorgedaan in de samenstelling van de redactie. Niet alleen zijn dit echter wijzigingen van personen, ook hebben geografische veranderingen plaats gevonden. Zo is onze 'buitenland-correspondent' Henny Zonderland uit Tanzania naar Nederland gekomen, terwijl Peter Petit juist de bakens weer naar Tanzania heeft verzet. Wij blijven dus direct contact houden met 'het veld' in Tanzania via een eigen redactie-lid. De directe contacten met het veld hebben zich verder uitgebreid door aantrekken van Marcel Reyners die net verhuisd is naar Madagascar. Verder blijven wij hopen op reacties uit het veld door middel van artikelen van individuele leden.

De historische Nieuw Guinea serie, die tot nu toe enkele zeer lezenswaardige stukken naar voren bracht over het werk van enkele tropenartsen van het eerste uur, zal hopenlijk in een nabije toekomst worden voortgezet met ervaringen van nog enkele collega's. Mogenlijk zal de serie ooit nog eens in boekvorm uitkomen.

In de eerstkomende drie nummers aandacht voor een voor de meesten van ons volkomen onbekend land: het sultanaat Oman. Is het land voor ons onbekend, nog onbekender is, dat enkele Nederlanders in dit land bijzondere bijdragen hebben geleverd aan de gezondheidszorg daar. In dit nummer eerst een verslag van een zojuist teruggekeerde gynecologe. Haar verhaal geeft een beeld van het moderne Oman. Daarna volgt een verhaal uit 1968 van een vrouwelijke arts die maar liefst 16 jaar werkte in het zelfde land, grotendeels in een periode vóór de staatsgreep die een omwenteling teweegbracht, en het land van de middeleeuwen deed aankomen naar de moderne tijd. Dit verhaal, dat in het volgend nummer van Medicus Tropicus gepubliceerd zal worden, beschrijft de ervaringen in de gezondheidszorg in deze 'middeleeuwse' periode. De omstandigheden waarin gewerkt moest worden in die tijd zullen velen onder ons herkennen. Verbazingwekkend is vooral, dat de tijdsspan tussen de beide verhalen slechts 25 jaar bedraagt. Snelle veranderingen dus. Een derde Nederlander heeft in het begin van de zeventiger jaren aan deze veranderingen actief bijgedragen. Hij zal in het laatste deel van de serie iets vertellen over de uitdagingen die de omwenteling met zich mee bracht.

ankerd was, was gewoon zo, daar viel weinig meer aan te doen. Anatomy is destiny. Edward Tylor, door velen beschouwd als de grondlegger van de antropologie, verzette zich fel tegen deze zienswijze. Hij benadrukte dat cultuur niet een kwestie was van biologische erfelijkheid maar van sociaal leren. Die centrale gedachte is eigenlijk altijd mainstream gebleven in de antropologie. Men denke aan mensen als Franz Boas, Margaret Mead, Edward Sapir en Clifford Geertz in de USA en Evans-Pritchard in Engeland.

De antropologie ontwikkelde zich in de schaduw van een natuurwetenschap die steeds meer kon verklaren. En hoe imponerende de ontdekkingen van de natuurwetenschap waren, hoe hardnekkiger de antropologie de andere kant van de medaille verdedigde: mensen kunnen niet gereduceerd worden tot hun biologische entiteit (noot 1). Met beschrijvingen uit andere culturen trachten antropologen duidelijk te maken dat bepaalde biologische vanzelfsprekendheden in de eigen cultuur niet bestonden. Het bekendste voorbeeld is Margaret Mead die met haar veldwerk in Oceanië trachtte aan te tonen dat puberteit en mannen- en vrouwengedrag cultureel bepaald werden. Vandaag de dag spannen antropologen zich nog steeds in om het culturele karakter aan te tonen van verschijnselen die men geneigd is als biologisch te zien, bijvoorbeeld klachten rond de menopauze.

In het verlengde van die allergie ligt ook de groeiende antropologische afkeer van verklaren en voorspellen. Aanvankelijk keken zij nog met bewondering naar de wetten die men in de exacte wetenschappen ontdekte en hoopte men ook op sociaal en cultureel terrein vergelijkbare 'wetten' te formuleren en zodoende een 'echte wetenschap' te worden. Maar ook die ambitie heeft men laten varen. Zij - ik mag wel zeggen wij - zijn tot de conclusie gekomen dat mensen nooit geheel voorspelbaar zijn. Natuurlijk, we zien best dat er patronen zijn in het menselijk denken en handelen, maar dat zijn nooit 'wetten' met voorspellingsvermogen. Onze kracht ligt in het begrijpelijk maken waarom mensen zus en zo doen, meestal is dat - helaas - achteraf.

Wat het gros van de natuurwetenschappers inclusief medici van antropologen vindt, kan, vermoed ik, aangeduid worden met de termen welwillendheid en meewarigheid. Het is best aardig wat die lui doen, maar serieuze wetenschap is het niet. De situatie rond het AIDS-onderzoek is een goede illustratie. Wat antropologen ons vertellen over hoe mensen in een bepaalde cultuur denken over AIDS en hoe zij zich seksueel gedragen is zeker nuttig, bijvoorbeeld met het oog op voorlichtingcampagnes, maar waar de wereld echt op zit te wachten is een geneesmiddel tegen AIDS.

Bovendien, zeggen zij, niet helemaal ten onrechte, antropologen zijn nauwelijks geïnteresseerd in de oplossing van actuele problemen. Hun lust en leven is het produceren van boeken en artikelen voor vakgenoten. Ze willen beschrijven hoe het is,

maar maken zich niet druk over hoe het veranderd, verbeterd zou kunnen worden. Integendeel, voor velen is verandering juist uit den boze, interventie is een taboe. Cultuur is iets kostbaars dat niet verloren mag gaan, hoe ellendig het leven misschien ook is. Je bewaart het zoals een masker in de vitrine van een museum. En in de zeldzame gevallen dat een antropoloog zich wel interesseert voor concrete actuele problemen, duurt het veel te lang voor we iets van zijn bevindingen vernemen, mosterd na de maaltijd. En wat de antropoloog dan zegt, is iets waar we niets mee kunnen.¹ Het bevat geen praktische aanbevelingen, meestal is het vaag en overdreven voorzichtig: "Van de ene kant zus, van de andere kant zo". Daar komt nog bij dat de toon haast altijd sceptisch en defaitistisch is ten aanzien van de pogingen die reeds ondernomen zijn om iets aan de bestaande problemen te doen. Ze weten wel hoe het niet moet, niet hoe het wel moet.

Het toeval wil dat deze situatie van geringe bereidheid om zich in elkaars zienswijze te verdiepen en van elkaar te leren een verschijnsel is waar antropologen zeer veel onderzoek naar hebben gedaan, maar, ironisch genoeg, zelden met betrekking tot zichzelf.

Cultuur is een huis waar mensen zich veilig en geborgen voelen, waar ze de weg weten en waar alles (min of meer) op zijn plaats staat. Cultuur is vooral een bouwwerk van gedachten, een ordening van de werkelijkheid. Dat geldt voor de grote Westerse of 'Christelijke' cultuur waar wij toe behoren, maar ook de kleinere subculturen waar wij deel van uitmaken, bijvoorbeeld onze wetenschappelijke discipline. Het gevoel van geborgenheid is het grootst als we ons niet te ver buiten het vertrouwde gebied van ons vak begeven; als de schoenmaker bij zijn leerling blijft. Een confrontatie met een radicaal andere manier van denken en handelen bedreigt het gevoel van zekerheid en geborgenheid. De eenvoudigste manier om dat gevaar te keren is die andere visie niet serieus te nemen. Op die manier levert de andere visie zelfs een versterking van het eigen geloof op. Wij lijken rationeler naarmate de ander naïefer voorgesteld wordt. Antropologen die over andere culturen schrijven, melden vaak dat deze zich superieur achten aan hun burens. De anderen zijn 'ongelovigen', 'bijgelovigen', 'onbeschaafden', 'primitieven' of 'barbaren'. Ieder scheppingsverhaal onderstreep de centrale positie van het eigen volk. Zodra mensen beginnen te vermoeden dat het elders beter is, dat anderen de waarheid in pacht hebben, verkeert hun cultuur in gevaar. Dat geldt voor de Aboriginen en de Maori, voor de Antropologen en de Medici.

Inderdaad, de afweermechanismen ter bescherming van het geloof in eigen gelijk en voortreffelijkheid komen ook voor in de cultuur van wetenschappelijke disciplines. Antropologen laten zich niet van de wijs brengen door natuurwetenschappelijke successen en natuurwetenschappers nog minder door het gepraat en geschrijf van alfa's en gamma's. Stereotypering helpt

daarbij. Veel antropologen hebben een volkomen achterhaald beeld van de natuurwetenschapper, als een naïeve scientist die van mening is dat alles chemisch verklaard kan worden, nu of eventueel in de toekomst. Welk stereotiep beeld van antropologen bestaat onder natuurwetenschappers weet ik niet. Ik vermoed dat velen van hen niet eens een beeld van antropologen hebben.

De afwerende houding van antropologen is om twee redenen merkwaardig. Ten eerste zou men verwachten dat het inzicht dat cultuur zo werkt, hen kritischer zou maken ten aanzien van de culturele aspecten van hun eigen discipline. Ten tweede, antropologen zijn bij uitstek degenen die zich, via hun onderzoek, losmaken van de eigen cultuur en zich trachten in te leven in een andere. Dat zij een soortgelijke overstap van eigen naar andere discipline, niet kunnen maken, is verbazingwekkend maar ook begrijpelijk. Zo'n disciplinaire uitstap is bedreigender dan de eerstgenoemde overstap.

Maar waarom een pleidooi voor interdisciplinariteit? Het antwoord is simpel: omdat de werkelijkheid, daarmee bedoel ik de dagelijkse ervaring van mensen, niet aan een discipline gebonden is. Disciplines zijn door mensen ontworpen hulpmiddelen waarmee de werkelijkheid bestudeerd wordt. Geen enkele benadering is echter allesomvattend. Disciplines vullen elkaar aan. De antropoloog richt zich vooral op de betekenis van een bepaald verschijnsel voor de betrokkenen. Dat bereikt hij onder meer door dat verschijnsel in een wijder context te plaatsen. Zoals een woord zijn betekenis krijgt in het groter verband van de zin, of een aantal zinnen, zo ontlenen menselijke ervaringen hun betekenis aan de situatie waarin mensen verkeren. Over ziekte sec, vindt de antropoloog, valt weinig te zeggen; ziekte is de ziekte-ervaring van die en die persoon in die en die specifieke situatie. Die visie omvat dus ook de biomedische diagnose en prognose. In de mens ontmoeten micro- en macro-kosmos elkaar. De ziekte-ervaring, waar alles om draait, ligt op dat raakpunt.

Om diezelfde reden kan de medische wetenschapper de maatschappelijke en psychologische situatie van zieke mensen niet veronachtzamen. Hij zal zich vaak wel genooddacht zien die context tijdelijk buiten beschouwing te laten en zich beperken tot bijvoorbeeld laboratorium-werk, maar zijn bevindingen zullen uiteindelijk teruggeplaatst moeten worden in de levende werkelijkheid. Zonder die terugkeer naar de wereld der mensen zou zijn werk zelfs geen zin hebben (noot 2). Als ik nog een keer het - ik geef toe: al te eenvoudige - beeld van het huis mag gebruiken. Wanneer het werk van de diverse ambachtslieden bij de bouw van een huis niet gecoördineerd wordt en op elkaar aansluit, zal het huis nooit woonbaar worden.

De medische antropologie neemt het idee dat de menselijke werkelijkheid niet tot een discipline of tot disciplines gereduceerd kan worden als uitgangspunt voor haar werk. Ik zal proberen te schetsen hoe medisch an-

tropologen concreet gestalte geven aan een interdisciplinaire aanpak, in onderzoek en in praktische activiteiten. Ik zou dat kunnen doen aan de hand van het vele werk dat verricht is op het gebied van Primary Health Care of van Health Systems Research, twee uitstekende voorbeelden van interdisciplinaire samenwerking tussen sociale en medische wetenschappers. Het werk van de immunoloog Paul Klatser die de Eijkman Medaille heeft ontvangen voor zijn verdiensten op het gebied van lepra-onderzoek zou ook een zeer geschikt aanknopingspunt zijn. Lepra is immers een ziekte die omgeven is met allerlei ingewikkelde sociale regels en taboes. Ik beperk me echter tot enkele opmerkingen over medisch antropologisch onderzoek van mijzelf en van een van mijn collega's en over onderzoek in het kader van 'duurzame ontwikkeling'. Mijn eerste onderzoek, in Ghana, richtte zich op 'family planning'. Ik woonde anderhalf jaar in een dorp en probeerde uit te vinden wat de mensen daar nu echt dachten over het krijgen van veel, weinig, geen kinderen. Wat ze vonden van geboortenbeperking en wat ze in de praktijk deden. Heel kort samengevat - en enigszins extreem gesteld - kwam ik tot de conclusie dat het Family Planning programma dat de regering en de Protestantse kerken organiseerden, voor deze mensen geen enkele betekenis had. De officiële family planning richtte zich op gehuwden, maar die waren juist gehuwd om kinderen te krijgen. "Als we geen kinderen wilden," zeiden de vrouwen vaak, "zouden we ook niet trouwen". Het huwelijk was bij wijze van spreken een noodzakelijk kwaad. Er was echter een andere categorie, de nog-niet-gehuwden, gewoonlijk schoolgaande jongeren, die uiterst geïnteresseerd waren in het voorkómen van zwangerschap. Zij konden echter, om een complex van redenen, niet terecht bij de family planning voorzieningen. Gevolg was een drukke informele handel in contraceptiva en abortiva, of wat daar voor door moest gaan. Geboortenbeperking was een clandestiene zelfhulpcultuur waarbij jongeren elkaar informeerden over de beste methoden. De gevolgen van deze zelfhulp waren vaak zorgwekkend. Bijna alle meisjes in het dorp waar ik woonde raakten tegen hun wil zwanger en als ze op school zaten betekende dat het einde van hun opleiding. De meesten trachtten, tevergeefs, de zwangerschap af te breken. Sommigen slaagden daarin, vaak met dramatische medische complicaties, blijvende onvruchtbaarheid, en soms de dood.² Tijdens mijn onderzoek kwam ik op het spoor van een farmaceutisch preparaat, Alophen, dat gebruikt werd, als anticonceptiemiddel en als abortivum. Navraag bij artsen en verpleegkundigen wat Alophen voor een produkt was, leverde niets op. Niemand uit de medische of paramedische professie had er ooit van gehoord, terwijl alle jongeren om me heen het gebruikten. Toen ik een doosje te pakken kreeg (de pillen werden gewoonlijk per stuk gekocht), ontdekte ik dat Alophen een laxermiddel was van Parke Davis. Deze ervaring leerde

mij twee dingen: 1) dat er een enorme afstand kan bestaan tussen het medicijngebruik van 'de mensen' en de wereld van de professionele gezondheidszorg. Dokters bleken vaak geen idee te hebben van wat er allemaal buiten hun gezichtskring 'gedokterd' werd; 2) dat moderne farmaceutische produkten soms voor iets geheel anders gebruikt werden dan ze bedoeld waren. Die twee ontdekkingen deden mij besluiten een onderzoek te doen naar de distributie en het gebruik van geneesmiddelen. Dat onderzoek vond plaats in Kameroen. Ook daar moet ik kort over zijn. Mijn belangrijkste bevinding was dat gezondheidszorgcentra slecht - of helemaal niet - functioneerden wegens gebrek aan medicijnen. Voor de mensen was het medicijn de essentie van medische zorg. Een bezoek aan een arts of verpleegkundige die je geen medicijnen gaf was zinloos. Medicijnen waren zo gewild dat ze voortijdig uit de voorraden van gezondheidscentra verdwenen naar familieleden en relaties van het personeel en naar dorpsnotabelen. Daardoor werden ze nog schaarser, dus nog gewilder, en verdwenen ze dus nog sneller. Ten tijde van het onderzoek waren medicijnen in regeringsinstellingen van gezondheidszorg gratis, maar zeer vaak niet te krijgen. Het gevolg was een bloeiende informele handel in dure geneesmiddelen; een paradoxale situatie: patiënten moesten duur betalen voor hun 'gratis' gezondheidszorg. Dat geneesmiddelen zo gemakkelijk verdwenen werd mede veroorzaakt door het feit dat zij aan de staat, dat wil zeggen aan 'niemand', toebehoorden. Wat niet van jezelf is, geef je gemakkelijker weg. De lokale apotheker in het stadje waar ik woonde vormde een treffend contrast. In zijn winkel verdwenen geen medicijnen en zelfs vrienden en familieleden die verwachtten dat ze gratis medicijnen zouden krijgen, kwamen vaak bedrogen uit. De apotheker moest immers leven van de opbrengst van zijn handel. De particuliere, gewoonlijk kerkgebonden, ziekenhuizen en gezondheidscentra vormden ook een contrast. Zij konden slechts draaien als ze inkomsten hadden. Zij waakten dus zorgvuldig over hun medicijnen en hadden praktisch altijd alle medicijnen die nodig waren in voorraad.^{3,4} Toen ik het Kameroenese Ministerie voorstelde om de medicijnvoorziening in bepaalde opzichten te privatiseren en mensen iets te laten betalen voor geneesmiddelen, werd dat verontwaardigd van de hand gewezen. Een dergelijke maatregel zou neerkomen op het terugdraaien van de wijzers van de klok, onaanvaardbaar dus. Enkele jaren later begon Kameroen het Bamako Initiatief te accepteren.... Mijn onderzoek in Ghana en Kameroen waren pogingen om beleidsmakers en -uitvoerders (bijvoorbeeld family-planningwerkers, artsen, verpleegkundigen) te informeren over wat er door mensen - om wie het immers allemaal ging - in hun huis-, tuin- en keukensituatie gedaan en gedacht werd. Uit die informatie bleek vaak dat de aktivi-

teiten die ontplooid werden voor de doelgroep zelf nauwelijks nut hadden. Gezondheidszorg en family planning zijn slechts zinvol en effectief als ze aansluiten bij de behoeften van de betrokkenen. Dat vereist interdisciplinaire samenwerking. De problemen van zelfmedicatie kwamen nog scherper in beeld in een onderzoek van mijn collega Anita Hardon in twee arme wijken in Metro Manila, in de Filipijnen. Zij onderzocht wat mensen ondernamen bij vier eenvoudige klachten die volgens medici gewoonlijk vanzelf overgaan: lichte diarree, lichte koorts, hoesten en verkoudheid. De lokale gezondheidswerkers propageerden in die gevallen geen medicijnen in te nemen, maar een simpele behandeling toe te passen zoals orale rehydratie bij diarree, een vochtige spons bij koorts en het inhaleren van stoom bij hoesten en verkoudheid. Uit het onderzoek bleek dat gemiddeld iets minder dan de helft van de mensen voor deze klachten wel medicijnen gingen kopen. Het jachtige tempo van het stadsleven liet hun vaak niet toe een behandeling uit te voeren die tijd kostte en hun precare economische positie maakte thuis blijven en een dagje rusten helemaal onmogelijk. Een pil of capsule was in hun situatie de beste manier om het hoofd boven water te houden. Bovendien was het geven van een medicijn een tastbaar teken waarmee de moeder haar bezorgdheid om haar kind liet zien, voor zichzelf en voor anderen iets zeer belangrijks. Voor de patiënt zelf was het innemen van een medicijn een concrete daad die hij/zij stelde om beter te worden. Dit algemene besef, dat farmaceutische produkten het meest probate middel zijn om op de been te blijven in dit harde en ongezonde milieu, werd nog versterkt door de farmaceutische industrie die 24 uur per dag haar reclame boodschappen uitzond via radio en tv over de onmisbaarheid van haar produkten. In acht van de tien gevallen van lichte diarree werden antibiotica gebruikt die gewoonlijk in buurtwinkels waren gekocht. Dat resistentie tegen antibiotica een ernstig probleem vormde, is niet te verwonderen.⁵ Dit onderzoek maakt duidelijk dat een beleid van essentiële geneesmiddelen weinig zin heeft als dit niet aansluit bij de ideeën en praktijken van de gebruikers. Zo'n beleid heeft daarom alleen kans van slagen als medici, farmacologen, farmaceuten en antropologen hun inzichten en krachten bundelen. Maar laten wij ook naar de toekomst kijken. Wemos (Werkgroep Medische Ontwikkelingssamenwerking) en NCDB (Nederlands Centrum voor Democratische Burger-schapsvorming, nu: Instituut voor Politieke Educatie en Communicatie) hebben een zeer leesbaar boekje uitgegeven over duurzame ontwikkeling.⁶ De auteurs wijzen erop dat duurzame ontwikkeling die naam slechts verdient als menselijk welzijn - dus duurzame zorg - daarin centraal staat. Vervolgens zetten zij uiteen aan welke criteria een duurzame gezondheidszorg moet voldoen. Ze noemen er acht: integrale benadering van gezondheidszorg; toegankelijkheid

van zorg; autonomie van gebruikers; kritisch consumeren van zorg; zorg op maat; doelmatig aanbod van zorg; rechtvaardige verdeling van de kansen op gezondheid. Bij elk van deze criteria past een medisch en antropologisch verhaal. Laat ik er drie aanstippen.

Met integrale benadering wordt bedoeld dat een technisch bekwame medische zorg ingebed moet zijn in zorg voor andere factoren die het welzijn van mensen bepalen. Men kan daarbij denken aan "inkomen, voeding, milieu, onderwijs, huisvesting, werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden, vrede en veiligheid" (p. 25), maar welke factoren het meeste gewicht hebben in een bepaalde gemeenschap kan slechts worden vastgesteld op basis van een grondige kennis van de leefsituatie van de betrokkenen. Welzijn is niet een objectief meetbaar verschijnsel, het is ook welbevinden, zich wel *voelen*. Hoe dat gevoelen eruit ziet en bereikt wordt, verschilt per cultuur, zelfs per situatie, en kan niet universeel vanuit Genève of New York worden vastgesteld. Wat in de ene samenleving als een onontbeerlijk element van gezond leven wordt beschouwd, ziet men elders misschien als irrelevant, of als obstakel voor gezondheid. De toegankelijkheid van gezondheidszorg is evenmin iets dat van een afstand op papier kan worden gepland. De context waarin gezondheidszorg wordt aangeboden, bepaalt hoe toegankelijk zij is in financieel, geografisch, sociaal opzicht. Mijn eigen onderzoek in Kameroen wees uit dat wat op papier zeer toegankelijk leek (gratis gezondheidszorg), in de praktijk heel anders uitpakte. Mensen moesten vaak veel geld uitgeven en een lange reis maken voor medische zorg omdat de gratis zorg om de hoek niet bleek te bestaan.

Het laatste criterium, rechtvaardige verdeling van gezondheid, vat alle andere samen. Rechtvaardigheid is de basis van duurzaamheid. Wat scheef groeit, ontwikkelt in zich de kiemen van verzet en zal op den duur verworpen worden. Dat geldt op micro-niveau, binnen de onmiddellijke leefomgeving, maar ook op mondiaal niveau. De verschillen tussen levenskansen van mensen in het Noorden en het Zuiden zijn zo extreem - misschien is obsceen een beter woord - dat de term 'duurzame ontwikkeling' een bittere farce wordt. Er is slechts kans op duurzaamheid als de realiteit van deze ongelijkheid doordringt tot alle betrokkenen en concrete stappen worden ondernomen om te komen tot een rechtvaardiger verdeling van gezondheid. De zegeningen van de medische wetenschap, die nu praktisch alleen ten goede komen aan de welgestelden, dienen gedemocratiseerd te worden. Medici en antropologen staan samen voor de opdracht beleidsmakers te doordringen van de noodzaak hiervan. Rechtvaardigheid wordt echter niet gegeven maar genomen, veroverd. Dat betekent dat het niet zozeer de taak van de antropoloog is de alarmerend slechte kwaliteit van leven en gezondheidszorg in gemeenschap x en y te beschrijven en daarmee politici en andere beleidsmakers te bewegen tot actie. De tijd lijkt nu aangebroken dat zij hun rol van tolk en bemiddelaar in omgekeerde richting vervullen en de dorpelingen informeren over wat de beter gesitueerden, elders, zich permitteren in zorg voor eigen welzijn en wat *hun* onthouden wordt.

Noten

1 Toen ongeveer twintig jaar geleden een stroming in de antropologie opkwam die de biologie centraal stelde, de sociobiologie⁷,

werd daar vanuit de boezem van de antropologie uiterst agressief op gereageerd.

2 De filosoof Luypen wijst er op dat het wetenschappelijk denken niet eens mogelijk zou zijn zonder een impliciete inbedding in de dagelijkse spontane ervaring van de werkelijkheid: [De wetenschappers] "...weten in feite waarover zij spreken, omdat zij clandestien het 'gewone' waarnemen van een bloeiende boom in de weide oorspronkelijk achten dan de ingrediënten van hun diverse wetenschappen".⁸

Literatuur

- 1 **Streefland P.** Antropologen op betwist terrein: volksgezondheid en gezondheidszorg in ontwikkelingslanden. *Medische Antropologie* 1991;3(1):97-107.
- 2 **Bleek W.** Sexual relationships and birthcontrol in Ghana: a case study of a rural town. Amsterdam: Antropologisch-Sociologisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 1976.
- 3 **Geest S van der.** The efficiency of inefficiency: medicine distribution in South Cameroon. *Soc Sci Med* 1982;16(24):2145-53.
- 4 **Geest S van der.** The articulation of formal and informal medicine distribution in South Cameroon. In: Geest S van der, Whyte SR, eds. *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer, 1988:131-48.
- 5 **Hardon AP.** Confronting ill health: medicines, self-care and the poor in Manila. Quezon City: HAIN, 1991.
- 6 **Wemos.** *Duurzame zorg voor gezondheid*. Amsterdam: NCDB/WEMOS, 1993.
- 7 **Wilson EO.** *Sociobiology: the new synthesis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1975.
- 8 **Luypen WAM.** *Existentiële fenomenologie*. Utrecht/Antwerpen: Aula, 1967.

In memoriam Zita, Karin en Eelco Krijn

Hoewel het al op zaterdag ochtend 12 maart jl. gebeurde, werd pas op zondag in de Nederlandse kringen van ontwikkelings-samenwerking en Tropische geneeskunde het nieuws vernomen van de redeloze aanslag en moord op Zita, Karin en Eelco Krijn-van Goudoever in Panguma, Sierra Leone. Eelco was geen alledaagse collega en Karin geen doorsnee partner. Samen met hun dochter Zita waren zij een hecht en zeer ondernemend trio, zoals je zelfs onder tropenartsen maar zelden aantreft. Samen met het team zusters, van een internationale congregatie en de Ierse Pater/administrateur van het ziekenhuis onderhielden zij een zeer hartelijke en open relatie met de gemeenschap van Panguma en de dorpen in de buurt. Mede door Eelco's enthousiasme en Karin's praktische ondersteuning waren zij door de bevolking nu juist in moeilijke tijden erg gewaardeerd. Misschien werd hen juist dat fataal, evenzeer als drie leden van de voornaamste chief's familie, de pater (al ruim 25 jaar in die streek) en een Libanese handelaar. Zij allen werden door de

bende gedood, die kennelijk geen ander doel had dan terreur te zaaien.

Het maakte een einde aan het intense en creatieve leven van Karin, die na onder andere scholen in Libanon, Nieuw Zeeland en Nederland te hebben bezocht op de Rietveld Academie leerde beeldhouwen en bij het NIO in Amsterdam ondermeer textiele- en handvaardigheid, maar ook type- en computer cursussen deed, want behalve zeer creatief was ze ook heel georganiseerd en pragmatisch. Als docente, museum medewerkster, publiciteits medewerkster, in koorwerken en in een dansgroep combineerde zij steeds die creativiteit met praktische en sociale vaardigheden die haar zo kenmerkten. Popi was Karin's noot. Ze had haar reserves en haar eigen smaak. Krijn paste precies in haar plaatje.

Hij was altijd rusteloos, op zoek naar nieuwe uitdagingen. Na zijn eindexamen in Bussum was het aanvankelijk dan ook niet zo duidelijk wat hij wilde. Dus eerst een cursus Frans aan de Sorbonne, toen een begin met Psychologie en Scheikunde in

Amsterdam, maar met steeds meer overtuiging meelotend voor een Medicijnen studie. Dat lukte in 1979. Krijn kreeg toen pas het ware studievuur en ondanks allerlei bergbeklim-escapades, verre reizen, stages als verpleeghulp in Malawi en nog veel meer avontuur, die hij nu eenmaal nodig had om met zijn rusteloze natuur te overleven, studeerde hij in 1987 toch al snel af. In 1988 en 1989 deed hij assistentschappen chirurgie en obstetrie/gynaecologie; de NTA volgde in 1990 en een eerste verblijf in Panguma later dat jaar. Pas na de geboorte van Zita vertrok het hele gezin naar hun nieuwe thuis in Afrika.

Het was een nieuwe gezamenlijke uitdaging. Anders natuurlijk dan de beklimming van Mount Kenya, waarover Eelco een verslag had geschreven, waaruit zijn liefde voor dit continent, de natuur en de mensen op onthullende en zeer gevoelige manier naar voren kwam. Anders ook dan de tocht dwars door de Sahara, die hij al eens gemaakt had. Nee, in Panguma ging het erom te kijken of het zou lukken om als zelfstan-