

perking van vergoeding van reguliere zorg maakt dat die mogelijk minder toegankelijk wordt.

- Vele reguliere hulpverleners hebben te maken met een allochtone bevolkingsgroep. Vaak wordt deze bevolkingsgroep gezien als groep met (medische) achterstand. Veel allochtonen worden ook met name in de laag sociaal-economische bevolkingsgroep aangetroffen met hogere morbiditeit en mortaliteit.

Onder asielzoekers/vluchtelingen echter bevindt zich een groot aantal mensen met oorspronkelijk hoge sociale status en daarmee gepaard gaande opleiding. Alle allochtone groepen bevinden zich tussen waarden en verwachtingen van hun eigen cultuur en de onze. Binnen de groepen allochtonen zijn nog geneeswijzen actueel die door hen als meer acceptabel worden gevoeld dan onze gezondheidszorg. Hun voorgeschiedenis van armoede, zorgachterstand, eventuele vlucht en wonen in oorlogsgebieden maakt dat morbiditeit en mortaliteit onder allochtonen nu hoger is dan onder de Nederlandse bevolking. Dit moet echter niet automatisch leiden tot een oordeel over hun concepten over ziekte en gezondheid. In de vorige eeuw was de sterfte onder Joden in achterstandswijken in Amsterdam lager dan die van de Nederlandse armen door een gezondere leefwijze van Joden, bijvoorbeeld door minder alcoholgebruik. Het zou in de toekomst wel eens zo kunnen zijn dat van zich hier lang gevestigd hebbende allochtonen hetzelfde valt waar te nemen. Het Nederlandse reguliere circuit heeft in toenemende mate te maken met andere concepten over ziekte en gezondheid door contacten met allochtonen. Tot nu toe heeft dit geleid tot een groter begrip onder brede lagen van gezondheidswerkers voor de interpretatie van klachten vanuit een andere cultuur. Tot een waardering van allochtone geneeswijzen is het nog weinig gekomen, al meende prof. Menges dat "uit de confrontatie tussen de verschillende visies op gezondheids- en ziektevragen wel eens winst zou kunnen voortvloeien in omgekeerde richting: aan hen (her-)ontdekken wij een aantal normen en waarden, wijzen van zorgen en verzorgen, enzovoort, die ten onzert helaas reeds lang verloren zijn gegaan". Mijns inziens komt dit besef wel voor bij enkele hulpverleners die met allochtonen te

maken hebben of in de derde wereld met andere culturen te maken hebben gehad. De verrijking van onze gezondheidszorg met allochtone elementen is echter nog ver. Ik denk overigens ook niet aan een synthese waarbij de reguliere hulpverlener allochtone geneeswijzen overneemt. Ik denk aan een gezondheidsstelsel, waarbinnen plaats is voor verschillende benaderingen en waarbinnen zij met elkaar communiceren.

Ten slotte, de toekomst: ik meen dat door bovengenoemde ontwikkelingen steeds meer erkenning van een aantal alternatieve geneeswijzen onomkeerbaar zal zijn. Een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking (20%) raadpleegt alternatieve genezers. De mondige patiënt vraagt om keuzes. De multiculturele samenleving biedt meerdere keuzes aan. De alternatieve genezers organiseren zich en vragen om erkenning. Binnen die erkenning vraagt de samenleving - en de beroepsgroep - om kwaliteits-toetsing. Dit in de vorm van opleidingseisen en controle over kwaliteit en werkzaamheid van verscheidene geneeswijzen in het licht van veranderende maatschappelijke waarden. Want kanker geneest niet door piano spelen en gras eten en een kreupel paard geneest niet als zijn eigenaar door Yomanda wordt aangeraakt. Professionele genezers dienen nog steeds te worden onderscheiden van kwakzalvers.

In de tijd van Avicenna (10e eeuw) was uitwisseling van concepten uit diverse culturen normaal, ondanks de communicatieproblemen die in die tijd bestonden. Het zou van bekrompenheid getuigen als in een tijd, waarin communicatie zo hoog in het vaandel staat, vanuit arrogantie de deur gesloten zou worden tot een aantal verworvenheden van in- en uitheemse geneeswijzen. Dit met behoud van verworvenheden en internationaal erkende waarden van wat nu nog regulier is.

*Dr. P.E.M. Engelkes, stafmedewerker Medische Opvang Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers*

#### Literatuur

Menges IJ, Dijk PA van, red. Reguliere en alternatieve geneeskunde: van conflict naar synthese? Stafleu, 1983.

Aakster C. Alternatieve geneeswijzen, maatschappelijke aanvaarding en verwerping.

Van Loghem Slaterus, 1982

Kuindersma P, Peters L. Haalbaarheid experimentele samenwerkingsverbanden van huisartsen en alternatieve genezers. NIVEL, 1988

Koster Onno, Hafkamp Koos, red. Professionalisering binnen de alternatieve gezondheidszorg: ontwikkelingen binnen de alternatieve gezondheidszorg. Deel I. Symbiont, 1989

Maas PF. Parlement en polio. SDU uitgeverij, 1988

Verdoorn JA. Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw. Socialistische Uitgeverij, Nijmegen, 1982 (heruitgave)

Jacobs Aletta H. Herinneringen. Socialistische Uitgeverij, Nijmegen, 1978 (Heruitgave)

Avicenna. Leerdicht der geneeskunst. Vertaling: M.M.J. Reyners. Boom, Meppel, 1991

Rijnen Angela. Ter beschaaminge van onkunde en traagheid: tweehonderd jaar Genootschap ter Bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde. Amsterdam, 1990

Andel MA van. Chirurgen, Vrije Meesters, Beunhazen en Kwakzalvers: de chirurgijngelden en de praktijk der heelkunde 1400-1800. Nijhoffs Historische Monografieën, 1981

Dubois O. De nieuwe geneeskunde: theoretische en praktische behandeling van gebruikelijke genees- en artseneeskunde, gezondheidsleer en wettelijke geneeskunde. Parijs, 199 Gen. M. Bizotlaan. Jaartal onbekend

Vries Leonard de. Knotsgeske geneeskunde uit grootvaders tijd. De Haan, Bussum, jaartal onbekend

Houwaart E. Hygiënist in de 19e eeuw: I, II, en III. Een wetenschappelijk gefundeerd streven naar reorganisatie van de Nederlandse samenleving. Tijdschr Soc Gezondheidsz 1983;62:8-10

Wolffers I. Zelfhulpgroepen: een nieuw fenomeen in de gezondheidszorg. Bert Bakker, 1978

Groene Anneke, e.a. Geneezing tot elke prijs: over de grenzen van de medische zorg. Aramith Uitgevers, 1989

Illich I. Grenzen aan de geneeskunde. Het wereldvenster, Bussum, 3e druk, 1981

Schulpen TWJ, red. Mortaliteitsverschillen tussen allochtone en autochtone kinderen in Nederland. GGD, Gemeente Utrecht, Centrum voor migratie en kindergeneeskunde

Hoffer CBM. Alternatieve vormen van zorg: islamitische geneeswijzen als voorbeeld. In: Haveman HB, Unikel Venema P, red. Migranten en gezondheidszorg.

Engelkes E, Heydelberg E, ed. Heikens GT. Cross societies, cooperatives and social action. Development in community health in the Netherlands. KIT, 1990

## Overvloed en onbehagen

### Over medische pluraliteit ginds

Gezondheidszorg als thema voor een seminar over culturele verscheidenheid is een terechte en gelukkige keuze. Naast religie is er waarschijnlijk geen onderwerp dat zo direct verband houdt met de normen en ideeën van een gemeenschap als medisch denken en handelen. In verklaringen voor het ontstaan van ziekte en in praktijken die ziekte moeten voorkomen of genezen treften wij de meest centrale waarden en overtuigingen van een cultuur aan. Het is dan

ook niet verwonderlijk dat in veel samenlevingen religie en geneeskunst samenvallen. Wat mensen doen voor hun gezondheid, laat zien hoe volgens hen de werkelijkheid in elkaar steekt. Als de wereld gezien wordt als de uitkomst van een balans tussen verschillende krachten of elementen, dan is ziekte een verstoring en genezing een herstel van dat evenwicht. Zo weerspiegelt de Ayurvedische geneeskunde een algemene levensfilosofie van geleidelijkheden afhan-

kelijkheid van de omgeving die scherp contrasteert met de directe en individualistische houding die onze maatschappij (en geneeskunde) kenmerkt. Als het leven door voorouders wordt geregisseerd, dan zijn die voorouders ook betrokken bij het ontstaan van ziekte en dient hun hulp ingeroepen te worden bij de behandeling ervan. Als de maatschappij gedomineerd wordt door een natuurwetenschappelijke visie op de werkelijkheid, dan zal haar medische zorg ook

door de natuurwetenschap gedomineerd worden. Gezondheidszorg brengt ons tot het hart van de cultuur.

Gezondheidszorg als thema voor een discussie over en een pleidooi voor culturele pluraliteit heeft mij echter tegelijkertijd verbaasd. Nergens is het verdedigen van culturele verscheidenheid immers zo lastig en hachelijk als bij medische tradities. Pleiten voor respect voor culturele diversiteit is probleemloos als het gaat om kunst, omgangsvormen, eetgewoonten, levensopvatting en opvoeding. Dat pleidooi is evenmin erg moeilijk ten aanzien van ontwikkeling, economie, landbouw, zelfs politiek en mensenrechten, maar als het gaat over gezondheidszorg deinzin we terug. Daar gaat het om leven of dood. Hoeveel respect moeten we hebben voor genezers die het volgens onze overtuiging verkeerd doen? Met alle gevolgen van dien: nodeloos lang lijden, uitblijven van herstel, fysiek en psychisch letsel? Gezondheidszorg is een lastige test-case voor cultureel respect.

Het is dan ook niet verwonderlijk dat in het laatste rapport van UNESCO 'Our cultural diversity'<sup>1</sup> (in het Nederlands mooi vertaald als 'De kracht van cultuur'), waarin gesproken wordt van een "verplichting tot pluralisme" en waarin culturele pluraliteit de *ziel* van ontwikkeling wordt genoemd, gezwegen wordt over medische diversiteit. De enige verwijzing naar een medisch onderwerp is een casus uit Colombia waarin beschreven wordt hoe moderne gezondheidszorg, met behulp van antropologen, beter aangepast werd aan de leefomstandigheden van de Indiaanse gemeenschap.

UNESCO vraagt ons vandaag dus te spreken over een onderwerp waar zij blijkbaar zelf haar vingers niet aan wil branden. Toch doe ik het graag. Maar ik doe het ook met behoedzaamheid en een zekere ambivalentie. Vandaar de (gestolen) titel van mijn voordracht: 'Overvloed en onbehagen'. De twijfel klinkt erin door. 'Overvloed' verwijst naar de ongelooflijke rijkdom van menselijke creativiteit in het omgaan met ziekte en gezondheid. 'Onbehagen' verwijst niet - zoals in Schama's beroemde boek - naar moreel onbehagen, calvinistisch schuldgevoel over teveel van het goede, maar toont de andere kant van de medaille: sommige medische tradities zijn dubieus (en bijna geen enkele is serieus onderzocht op haar effectiviteit). Het is niet alles goud wat daar blinkt. We moeten niet romantiseren en niet strijden voor het behoud van zaken die dat niet waard zijn en die de betrokkenen zelf willen afstoten. Zoals de armoede schilderachtig kan zijn voor degenen die het goed hebben, kunnen medische gebruiken meer charmes hebben voor degenen die er geen gebruik van hoeven te maken dan voor degenen die er afhankelijk van zijn.

Maar eerst drie opmerkingen over drie termen. 'Ginds' in de ondertitel van mijn voordracht is erg weids. Er is zoveel verscheidenheid in medische verscheidenheid dat men natuurlijk niet in ernst over 'ginds' kan praten. Ik doe het met excuses. Ook de term 'traditionele geneeskunde', die ik soms zal gebruiken, is problematisch. Er zijn extreme

verschillen tussen medische tradities die onder die ene term geschaard worden. Bovendien wekt de term de indruk dat er ook een geneeskunde bestaat die niet traditioneel is, onze geneeskunde bijvoorbeeld. Het zou een pijnlijke vergissing zijn dat te denken. Dus ook deze - ethnocentrische - term gebruik ik met excuses. En tenslotte verkies ik de termen 'pluraliteit', 'diversiteit' of 'verscheidenheid' boven 'pluralisme'. Het gaat immers niet om een doctrine (-isme) maar om een gegeven.

Overigens denken we bij 'culturele pluraliteit' gewoonlijk aan verschillende etnische groepen. Sansone<sup>2</sup> waarschuwt in zijn commentaar op het UNESCO rapport dat veel te veel onder etnische identiteit geschoven wordt. Hij wijt dat aan de "intellectuele luiheid" van wetenschappers. Culturele diversiteit ontstaat ook tussen verschillende economische groepen, tussen generaties, tussen seksen, tussen religies, tussen beroepen, tussen politieke groeperingen. Als we het over gezondheidszorg hebben, treffen we bijvoorbeeld opvallende verschillen in medisch denken en handelen aan tussen genezers en patiënten.

#### Enkele voorbeelden van medische pluraliteit

##### *Een zieke vrouw in Taiwan*

De Amerikaanse arts, psychiater en antropoloog Kleinman geeft in zijn bekende boek 'Patients and healers in the context of culture'<sup>3</sup> enkele treffende voorbeelden van medische pluraliteit. De mensen in Taiwan waar hij over schrijft, hebben bij ziekte een groot aantal mogelijkheden van medische behandeling.

Een dertig jaar oude moeder van vijf kinderen heeft buikklachten, ze voelt zich zwak en kan al maanden niet slapen. Ze denkt dat het komt door een uit balans raken van 'heet' en 'koud' en behandelt zichzelf met een speciaal dieet en tonics om het evenwicht te herstellen. Zonder resultaat. Ze overlegt met leden van haar familie, die adviseren haar opnieuw een dieet en tonics, maar bovendien nog massage en farmaceutische producten. Nog steeds geen verbetering. Dan stuurt de familie haar naar een kruidendokter die haar onder meer met lokale kruiden behandelt. Ook dit levert niets op en men besluit haar naar een 'westerse' dokter te brengen. Deze constateert een darmontsteking en geeft haar een antibioticum injectie. Nog steeds treedt er geen verbetering op. Na twee bezoeken aan deze dokter besluit men een andere te raadplegen. De tweede diagnosticeert zenuwziekte ('neurasthenia') en geeft haar injecties met vitamines en bloedversterkers ('hematinics') plus een recept voor kalmeringspillen. De behandeling levert niets op. De vrouw krijgt huiduitslag die de familie toeschrijft aan de injecties en men besluit naar een Chinese dokter te gaan. Deze constateert eveneens 'neurasthenia', onder meer als gevolg van een gebrek aan evenwicht tussen 'yin' en 'yang'. Zij krijgt Chinese medicijnen, maar na een maand is er nog geen verbetering opgetreden en de familie besluit haar naar een waarzegger te brengen. Deze wijt haar

problemen aan een 'slecht lot', veroorzaakt door de zonden van enkele voorouders. Ze ondergaat een ritueel om haar lot te veranderen. Na drie bijeenkomsten voelt zij zich nog niet beter. Dan ontmoet ze Kleinman die haar aanraadt een psychiater te bezoeken, ik neem aan dat hij dat zelf is. De psychiater constateert een gesomatiseerde depressie en zoekt de oorzaak van haar probleem in stress in haar huwelijk en familielevens. Hij geeft haar anti-depressie medicijnen en schrijft counselling met een sociaal werker voor. Het schijnt dat de patiënt zich hierna 'veel beter' voelt. Hier eindigt Kleinman zijn opsomming, maar het zou mij niet verbazen als de ziektegeschiedenis zich voortzet, na zijn vertek uit Taiwan.

Het verslag van deze ziekte toont een bont geheel aan medische tradities, elk met zijn eigen verklaring en behandeling. 'Chinese dokters' zijn artsen die elementen van de traditionele Chinese geneeskunde (zoals ideeën over balans) combineren met biomedische inzichten. Een ander verschil met biomedische artsen is dat ze meer tijd nemen voor hun patiënten, hun vragen beantwoorden en een (medische) taal spreken die de patiënten verstaan. 'Waarzeggers' bevinden zich in tempels en helpen mensen door bepaalde gebeurtenissen voor hen te verklaren. Met hun hulp kunnen cliënten hun verleden zin geven en anticiperen op toekomstige problemen. Kleinman vergelijkt het werk van waarzeggers met dat van psychotherapeuten: ze verminderen angst en spanning, versterken de moraal en geven praktische leefadviezen om concrete problemen op te lossen.

##### *Een epileptische jonge vrouw in Swaziland*

Een collega van mij, Ria Reis, is vorig jaar gepromoveerd op een onderzoek naar epilepsie in Swaziland, zuidelijk Afrika.<sup>4</sup> Epilepsie is een raadselachtige en angstaanjagende ziekte waar nog lang het laatste woord niet over gezegd is. Biomedici zijn van mening dat epilepsie geen 'ziekte' is, maar een serie symptomen die door diverse medische problemen veroorzaakt kunnen zijn. Een effectieve behandeling kent men niet, al heeft men wel grote vorderingen gemaakt met het onderdrukken van de aanvallen. Ook buiten de biogeneeskunde bestaat er veel verwarring over epilepsie. Sommige genezers schrijven het toe aan 'kwaaddoenerij'. Ze zijn van mening dat een vijand door middel van rituele manipulatie en het noemen van de naam van het slachtoffer iemand epilepsie kan bezorgen. Anderen denken dat de ziekte erfelijk is, weer anderen zoeken de oorzaak bij problemen tijdens de bevalling, kou, of te hard werken.

Zoals te verwachten zijn ook in deze studie diverse gevalsbeschrijvingen te vinden waarbij de patiënt van de ene genezer naar de andere trekt, van de ene verklaring naar de andere: lokale genezers, biomedische artsen en christelijke gebedsgenezers. Overal krijgt de patiënt een uitleg te horen en een behandeling toegemeten die misschien wel betekenisvol is maar niet helpt,

totdat een blijvende oplossing gevonden lijkt.

Zodwa is een jonge vrouw van 19 jaar die samen met haar broers en zussen bij haar ouders en grootmoeder woont. Zij heeft epileptische aanvallen vanaf haar achtste jaar, maar aanvankelijk waren die aanvallen vrij zeldzaam en kwamen ze alleen 's nachts. Ze is er toen nooit voor behandeld en ze herinnert zich ook niet veel van die tijd.

De eerste aanval die zij zich wel goed herinnert, was zeven jaar geleden op klare lichte dag, terwijl ze met haar vriendinnen aan het spelen was. Ze viel plotseling op de grond en begon met haar armen en benen te schudden. Haar ogen draaiden weg en er kwam schuim op haar mond.

Haar ouders namen haar na deze gebeurtenis mee naar een kruidendokter. Deze legde een deken over haar hoofd en liet haar medicinale dampen inademen. Verder gaf hij haar voor drie maanden medicijnen mee, maar ze hielpen niet. Bijna iedere week kreeg ze een aanval.

De ouders begonnen te twijfelen over de oorzaak van de ziekte. In de Evangelische kerk die ze iedere zondag bezochten suggereerde men dat er demonen achter zaten, maar de ouders verzetten zich tegen die verklaring.

Toen haar vaders jongste broer uit Johannesburg op bezoek kwam, raadde deze aan om hulp te zoeken bij een kliniek. Daar werd de diagnose epilepsie gesteld en kreeg ze medicijnen die ze dagelijks moest innemen. Haar toestand verbeterde, maar niet volledig. Eens per maand ongeveer kreeg ze nog een aanval. Na een jaar besloten de ouders haar naar een gebedsgenezeres te brengen. Ze bleef enkele maanden bij deze vrouw. Haar toestand verbeterde, maar toen ze thuis kwam, begonnen de aanvallen in alle hevigheid opnieuw.

De ouders besloten toen een andere kruidenarts te bezoeken, een lange reis. Die gaf haar medicijnen, maar zei dat ze ook de medicijnen van de kliniek moest blijven innemen. Sindsdien gaat het iets beter, maar ze heeft nog steeds af en toe een aanval. Zodwa zelf weet niet goed wat ze ervan moet denken. Soms denkt ze dat de ziekte erfelijk is, want haar vader heeft vroeger ook epilepsie gehad. Een andere keer, als ze zich na een aanval verwarden angstig voelt, vraagt ze zich af of er toch niet demonen in het spel zijn.<sup>4, pp.169-71</sup>

#### *Traditionele genezers in Ghana*

Mijn derde voorbeeld komt uit Ghana. Einde jaren zeventig kwam in de provinciestad Techiman iets moois van de grond. Het plaatselijk ziekenhuis besloot dat het tijd werd contacten te leggen met de traditionele genezers in de omgeving en, indien mogelijk, ook met hen samen te werken. Er kwamen gesprekken op gang die uiteindelijk leidden tot de oprichting van een associatie van traditionele genezers en een trainingsprogramma waarin de genezers hun kennis en praktische vaardigheden konden verbeteren. De bedoeling was dat zij een rol gingen spelen als dorpsgezond-

heidswerkers en als eerste opvang voor patiënten zouden functioneren. Het plan impliceerde een erkenning van de kant van het ziekenhuis, dat traditionele genezers een bijdrage leverden aan de volksgezondheid, maar er kleefde ook veel etnocentrisme aan. De staf van het ziekenhuis bepaalde wat de genezers wel en niet goed deden en wierp zich op als instructeurs van de genezers. Ze leerden de genezers bijvoorbeeld op meer hygiënische wijze hun kruiden te bereiden en te conserveren, orale rehydratie toe te passen bij diarree en voedingsadviezen te geven aan moeders met kleine kinderen. Het trainingsprogramma had echter een uitgesproken éénrichtingsverkeer. Het ziekenhuispersoneel kwam niet op het idee dat zij ook iets van de genezers zouden kunnen leren. In een film die over het project gemaakt werd - Bono Medicines - komt die paradoxale houding duidelijk tot uiting: respect voor traditionele genezers gekoppeld aan etnocentrisme. Het Techiman project kwam in 1983 tot een eind.

In 1991 deed Peter Ventevogel, student geneeskunde en antropologie, onderzoek in een dorp in de omgeving van Techiman om na te gaan wat het trainingsprogramma had achtergelaten in de dagelijkse praktijk van de genezers die zo'n tien jaar tevoren de training hadden gevolgd. De resultaten van het onderzoek zijn opgeschreven in een boek dat over een maand zal uitkomen.<sup>5</sup>

Ik was bijzonder geïnteresseerd in zijn bevindingen omdat we in het kader van medische ontwikkelingssamenwerking wel veel horen over het opzetten van projecten en ook wel over lopende projecten, maar een terugblik na tien jaar is een zeldzaamheid. Helaas, want pas na een aantal jaren kan men beoordelen of een project iets heeft 'opgeleverd'.

Ventevogels bevindingen zijn intrigerend. De genezers die de cursus van het ziekenhuis hadden gevolgd, konden zich daar nog vrij veel van herinneren. Ze hadden hun kennis zeker uitgebreid, maar die uitbreiding was niet of nauwelijks terug te vinden in hun medische praktijken. Ze behandelde diarree, koorts convulsies en kwashiorkor nog steeds op hun eigen 'traditionele' manier, hoewel ze geleerd hadden dat het anders moest. Ze hadden meer vertrouwen in hun eigen methode die immers overeenkwam met hun verklaring van de ziekte.

Ventevogel concludeert dat de ervaringen van het Techiman project zowel inspirerend als deprimerend zijn. Inspirerend noemt hij het ontstaan van wederzijds respect tussen traditionele genezers en biomedische gezondheidswerkers. Deprimerend vindt hij dat het project er niet in geslaagd is het gedrag van de genezers te veranderen. Er zullen echter ongetwijfeld ook mensen hier aanwezig zijn die deze constatering minder deprimerend vinden. Het toont immers aan dat de genezers hun eigen tradities niet zomaar cadeau geven voor iets nieuws.

#### **Respect voor medische pluraliteit?**

Deze voorbeelden van medische pluraliteit laten heel diverse trends zien. Soms lijkt die verscheidenheid van medische mogelijk-

heden een rijkdom te zijn, een luxe waar wij misschien jaloers op kunnen zijn, een bezit dat niet verloren mag gaan, de 'ziel' van een samenleving. De diversiteit verruimt de mogelijkheden van mensen een passende oplossing te vinden voor hun klachten. Het zou een groot verlies zijn als deze rijkdom weggedrukt werd door een natuurwetenschappelijke geneeskunde die geen oog en geen gevoel heeft voor bijvoorbeeld de meer existentiële en religieuze aspecten van menselijk lijden. Pogingen van beleidsmakers om deze medische diversiteit in te dammen en onder controle te krijgen met wetten en sancties hebben geen effect, omdat de betrokkenen zelf ze willen behouden. Ze hebben er baat bij. De activiteiten worden dan voortgezet in de informele, misschien zelfs illegale sfeer. Genezers houden zich aan hun eigen tradities en tonen zich niet ontvankelijk voor de verlokkingen en bedreigingen vanuit de overheid of de officiële gezondheidszorg.

In het voorbeeld van Taiwan hebben de waarzeggers een geheel eigen opvatting over hun taak in gezondheidszorg. Zij spelen in op zorgen en angsten van mensen waar andere instaties geen aandacht aan besteden. In Swaziland gebeurt iets soortgelijks: religieuze genezers spreken mensen aan op hun diepste problemen: de angst voor het kwaad van onbekende vijanden. De genezers in Ghana, hebben we gezien, zijn weinig bereid af te stappen van hun eigen beproefde methodes. Hier lijkt sprake te zijn van een consolidatie van medische pluraliteit.

Maar er zijn ook andere ontwikkelingen. Veel traditionele genezers blijken wel ontvankelijk voor verandering en nemen zonder scrupules nieuwe inzichten en technieken over die ze integreren in hun eigen praktijk. Zo beschrijft Ivan Wolfers<sup>6</sup> hoe Ayurvedische genezers in Sri Lanka antibiotica en corticosteroiden verstrekken aan hun cliënten. Dergelijke ontwikkelingen brengen grote ongerustheid te weeg bij degenen die weten wat zulke medicijnen uitrichten.

Overname van elementen uit een andere medische traditie gebeurt vaak via een proces van 'culturele herinterpretatie'. De nieuwe elementen worden ingepast in het bestaande cognitieve kader door ze een betekenis of functie toe te schrijven die overeenkomt met traditionele verklaringen. Bekend is bijvoorbeeld dat men in sommige Afrikaanse landen farmaceutica een werking toekent op basis van hun kleur.<sup>7</sup> Een traditionele genezer in Noord India verklaarde aan de antropoloog Richard Burghart<sup>8</sup> dat penicilline een oud Ayurvedisch medicijn was. Hier was niet alleen sprake van culturele herinterpretatie, maar van culturele inlijving.

Hoe moeten wij dergelijke ontwikkelingen beoordelen? Is hier sprake van 'globalisering', culturele homogenisering, het verloren gaan van culturele pluraliteit? In veel gevallen is echter iets geheel anders aan de hand. Onder de oppervlakte van de verspreiding van biomedische kennis, techniek en producten blijft een grote diversiteit van

ideeën en praktijken bestaan. Men geeft die kennis, techniek en produkten een andere betekenis en doet er ook iets anders mee. Sansone (1996) wijst er terecht op dat wat wij laetdunkend 'syncretisme' noemen, een creatief proces van culturele vernieuwing kan zijn.

In het recente rapport van UNESCO<sup>1</sup> staat een mooi citaat van Carlos Fuentes: "Een van de wonderen van onze bedreigde aarde is de grote variatie aan ervaringen, herinneringen en verlangens. Iedere poging een uniforme politiek aan deze diversiteit op te leggen, is een prelude op de dood". Is de bonte verscheidenheid van medische tradities in de boven gegeven voorbeelden inderdaad een teken van de dynamiek en vitaliteit van deze culturen? En is het een verscheidenheid die bewaard, gekoesterd moet worden?

Die vraag kan niet in zijn algemeenheid beantwoord worden. Het UNESCO rapport stelt terecht dat pluraliteit geen doel op zich is. In mijn woorden zou ik zeggen dat *pluraliteit* geen *pluralisme* mag worden, geen dogma. Een breed scala van medische keuzemogelijkheden is niet altijd een teken van rijkdom en kan zelfs het gevolg van armoede zijn. Waar de overheid in gebreke blijft effectieve medische zorgdiensten op te zetten, blijven mensen soms noodgedwongen,

tegen hun zin, een beroep doen op lokale voorzieningen die zij zelf inferieur achten. Het WHO pleidooi voor eerherstel aan en integratie van traditionele geneeskunde dat eind jaren zeventig door diverse regeringen tot politiek werd gemaakt, werd door lokale gemeenschappen soms opgevat als een poging hen af te schepen met goedkope tweede-rangs gezondheidszorg.

Respect voor culturele diversiteit is uitstekend, maar het moet geen blinde, kritiekloze vorm van respect zijn. Het moet evenmin esthetisch respect zijn, die houding waarmee museummedewerkers alles verzamelen en en bewaren wat 'mooi' is. Respect voor cultuur moet uiteindelijk geworteld zijn in respect voor *mensen*, de mensen die in die cultuur leven. Als de betrokkenen zelf ongelukkig zijn met bepaalde medische tradities, wordt ijveren voor het behoud van die traditie al gauw een vijandige daad, een nieuwe vorm van cultureel imperialisme, een omgekeerd ethnocentrisme. Dat kan de bedoeling niet zijn van UNESCO.

*Sjaak van der Geest, Medische Antropologie, Universiteit van Amsterdam*

#### Literatuur

1 UNESCO. De kracht van cultuur: onze creatieve verscheidenheid. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1996.

2 Sansone L. Niet nog meer van hetzelfde. In: De kracht van cultuur. Commentaren bij het Rapport van de Wereldcommissie voor Cultuur en Ontwikkeling. Amsterdam: Koninklijk Instituut voor de Tropen, 1996:28-31.

3 Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, etc.: University of California Press, 1980.

4 Reis R. Sporen van ziekte: medische pluraliteit en epilepsie in Swaziland. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996.

5 Ventevogel P. Whiteman's things: training and detrainning healers in Ghana. Amsterdam: Het Spinhuis, 1996.

6 Wolffers I. Traditional practitioners and Western pharmaceuticals in Sri Lanka. In: S. van der Geest, S.R. Whyte, eds. The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer / Amsterdam: Het Spinhuis, 1988:47-56.

7 Bledsoe CH, Goubau MF. The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone. In: S. van der Geest, S.R. Whyte, eds. The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer/Amsterdam: Het Spinhuis, 1988:235-52.

8 Burghart R. Penicillin: an ancient Ayurvedic medicine. In: S. van der Geest, S.R. Whyte, eds. The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology. Dordrecht: Kluwer / Amsterdam: Het Spinhuis, 1988:289-90.

## Bericht van een vertrekkend tropenarts

Ik sta aan de vooravond van mijn vertrek naar Afrika. De jaren van voorbereiding zijn voorbij en de spanning voor wat komen gaat, wordt voelbaar. Een mooi moment om op de afgelopen jaren terug te kijken en nog eens stil te staan bij de keuzes die ik heb gemaakt en de weg die ik heb gekozen.

De drang om verder over de grenzen te kijken was altijd al aanwezig, maar na een tweetal stages in Kwazulu/Natal (Zuid-Afrika) en Sulawesi (Indonesië) kreeg die drang meer vorm en besloot ik de opleiding tot tropenarts te gaan volgen. Niet zozeer uit idealisme alswel om de wijze waarop invulling wordt gegeven aan het beroep arts.

Een voorproefje voor vertrek uit Nederland heb ik al gehad. Na het doorlopen van de verplichte klinische stages verloskunde/gynaecologie en heelkunde in het kader van de tropenopleiding, heb ik een klein zijstapje gemaakt. Het idee om na een uitzending van een aantal jaren nog een specialisatie te moeten doen, leek me niet zo aantrekkelijk. Ik koos daarom het zeegat en vertrok naar het hoge noorden van Schotland om daar in een jaar de huisartsenopleiding te voltooien. Al een jaar eerder was ik daar gaan kijken en was mijn keuze gevallen op een middelgrote praktijk in Fort William, gelegen aan de voet van Ben Nevis, de hoogste berg in het Verenigd Koninkrijk. De keuze was gelukkig wederzijds.

De huisartsenopleiding in de UK is net als hier een driejarige opleiding, maar anders dan hier tellen klinische stages - mits van goede standaard en gevolgd in erkende opleidingsziekenhuizen - mee in de opleiding.

Zo vormde de kale top van Ben Nevis en een Hooglands panorama van woeste, verlaten glens, heldere lochs en ruisende rivieren het decor waartegen ik gedurende de opleiding patiënten bezocht. Mede door de geboorte van mijn zoon - die de Schotse naam Calum uit zijn geboorteland heeft meegekregen - zullen de woorden van de dichter Robert Burns voorgoed in mijn hart hun weerklank vinden: "...My heart's in the Highlands, wherever I go"...

Het jaar in Schotland is een uiterst nuttig jaar geweest. Veel kennis opgedaan over de Britse gezondheidszorg (medicijnen voorschrijven, omgangsnormen, enz.). Hopelijk komt deze kennis in een land als Zimbabwe van pas, waar veel van de overheidsstructuren waarschijnlijk nog op Britse leest geschoeid zijn. Daarnaast zal het werk in Zimbabwe zich voor een groot gedeelte op de polikliniek afspelen en zal daardoor overeenkomsten hebben met het werk in een huisartsenpraktijk. Tevens erkent de Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie dit als relevant huisartsen werk. Prettig dus voor later.

Een ander aspect van het werk in Gutu-Zimbabwe is het operatieve. Nadeel van mijn zijstap van een jaar plus de verplichte cursussen van ruim een half jaar voor de uitzending is dat ik ruim anderhalf jaar geleden de laatste sectie verrichtte. Hopelijk ben ik dat niet verleerd!

Gelukkig heb ik me tijdens mijn verblijf in Schotland wel veel met verloskunde beziggehouden, aangezien dat een belangrijk deel van de praktijk uitmaakte. Daarnaast

heb ik het gevoel dat de tropenstages in Nederland aanstaande tropenartsen in operatief opzicht adequaat opleiden. Waarschijnlijk (dat is mijn hoop) zit de routine dus snel weer in mijn vingers!

Eigenlijk maak ik me meer zorgen om de niet-medische aspecten van mijn functie in Zimbabwe. Zal ik voldoende opgeleid zijn om die zaken aan te kunnen? Tijdens de NTA is er volop aandacht besteed aan management, logistiek, etc. Maar op dit punt blijven bij mij wat twijfels bestaan en is de toekomst een grote duik in het diepe.

Naast de verplichte cursussen (NTA-cursus, acculturatiecursus van DOG en een taalcursus) moesten en moeten veel andere dingen in Nederland geregeld worden die veel tijd en aandacht vragen. Een aspect van deze zaken heeft mij in het bijzonder veel tijd en ook wel ergernis gekost; de financiële en maatschappelijke positie van een aanstaand tropenarts.

Een kleine situatieschets ter verduidelijking is hier wel gewenst. Contractanten van een aantal particuliere instanties (w.o. DOG) worden tijdens de voorbereidingsfase (tot een maximum van 6 maanden) financieel ondersteund met een dagtoelage door PSO. Deze dagtoelage is vergelijkbaar met het minimumloon. Dit betekent in de praktijk dat iedereen tijdens deze (verplichte, maar ook zeer gewaardeerde en belangrijke) voorbereidingsperiode fors in salaris achteruit gaat. Hier komt bij dat PSO in de regel deze dagtoelage (met terugwerkende kracht) pas betaald als het contract met het gastland rond is, meestal ongeveer twee