

De verdwijning van medische tradities in ontwikkelingslanden

• *Sjaak van der Geest*

De verbreiding van westerse geneeskunde in niet-westerse culturen leidt tot de verdwijning van vele lokale tradities. Ik wil in dit verband vier vormen van vervreemding noemen die hiermee samenhangen: sociale, individuele, politieke en culturele vervreemding.

Het behoud van gezondheid en de behandeling van ziekte zijn in de meeste samenlevingen een zaak van gemeenschappelijke zorg. Gezondheidszorg wordt gewoonlijk gepraktiseerd in de context van een kleine groep mensen, meestal familieleden, soms burens en vrienden. Alleen bij ernstige ziektes worden plaatselijke specialisten geraadpleegd, maar ook deze behoren vaak nog tot het sociale netwerk van de betrokkenen. Gezondheidszorg is niet alleen in zijn directe toepassing een sociale aangelegenheid, maar heeft ook krachtige sociale repercussies: de zorg om gezondheid is een gemeenschappelijk belang dat mensen bij elkaar houdt.

Westerse geneeskunde is echter een uiterst gespecialiseerde technologie en wetenschap en dreigt daarom gezondheidszorg te beroven van zijn sociale karakter. Gezondheidszorg gaat nu bestaan uit technische ingrepen door specialisten. De 'relevante anderen' worden irrelevant. Ik zou dit proces sociale vervreemding willen noemen.

Niet alleen de anderen, maar ook het individu zelf wordt de mogelijkheid tot gezondheidszorg ontnomen. Het specialistische karakter van de westerse geneeskunde en zijn indrukwekkende medische successen hebben ertoe geleid dat individuen graag de verantwoordelijkheid voor hun gezondheid in de handen van medische experts leggen. De patiënt verliest daarmee een belangrijk stuk autonomie. Illich noemt dit verlies van autonomie zelfs 'verlies van gezondheid' want voor hem is 'gezondheid': de kunst van het individu om zelf het hoofd te bieden aan ziekte. Gezondheidszorg wordt nog verder gedepersonifieerd door de specifieke benadering van de westerse geneeskunde: de zieke persoon wordt gereduceerd tot organen die niet goed functioneren. De persoon zelf verdwijnt. Ik zou deze processen individuele vervreemding willen noemen.

Een ander aspect van westerse geneeskunde, dat uitvoerig besproken is door critici, is dat zij menselijke problemen depolitiseert. Vanwege haar exclusieve aandacht voor technische defecten van het lichaam reduceert de westerse traditie van geneeskunde ieder gevoel van onbehagen tot het niveau van de lichaamsmachine. Gevoelens van onwelbevinden die afkomstig zijn van problemen in werk, gezinsleven, sociale relaties, armoede, enzovoorts, en die een sociale of politieke oplossing behoeven, worden ten onrechte als medische problemen beschouwd en blijven zo onopgelost. Het definiëren van sociaalpolitieke problemen als medische problemen versluiert hun ware karakter en houdt noodzakelijke politieke veranderingen tegen die de leefomstandigheden van bepaalde maatschappelijke groeperingen zouden kunnen verbeteren. Ik noem dit verschijnsel politieke vervreemding.

Culturele vervreemding

Samenvattend zou men kunnen zeggen: westerse geneeskunde berooft mensen van hun eigen culturele oplossingen voor problemen van onwelbevinden. De drie bovengenoemde

de vormen van vervreemding impliceren alle verlies van eigen cultuur. Zowel het persoonlijke als het sociale en het politieke in het omgaan met ziekte is onderdeel van cultuur en is geworteld in opvattingen over de betekenis van ziekte. Ik wil hier echter nog twee specifieke eigenschappen van westerse geneeskunde noemen die het effect van vervreemding aanzienlijk versterken: haar commerciële karakter en de structurele ondersteuning die zij ontvangt van politieke machthebbers. Bijna alle landen van de wereld ondersteunen officieel westerse gezondheidszorg, vaak ten nadele van eigen medische tradities. Het feit dat er bovendien enorme commerciële belangen in haar liggen opgesloten geeft de westerse geneeskunde een extra moment. Artsen en andere gezondheidswerkers, industrieën die farmaceutica en medische outillage produceren, toeleveringsbedrijven en talloze andere personen en instanties hebben direct belang bij een



*Een medicijnverkoper in een Kameroens provinciestedje.
(Foto: S. van der Geest)*

groeï van westerse medische diensten, ook in de derde wereld. Gezondheid wordt een commercieel produkt. De uitbreiding van westerse gezondheidszorg met een sterk commerciële inslag heeft een radicale culturele vervreemding ten gevolge. Culturele waarden op het gebied van gezondheid en gezondheidszorg worden opgegeven, ideeën (b.v. de interpretatie en verklaring van ziekte) zowel als praktijken (b.v. het gebruik van medicinale kruiden en socio-religieuze therapieën).

De westerse geneeskunde heeft vervreemding teweeg gebracht in de maatschappij waaruit zij is voortgekomen. Het valt te verwachten dat zij nog meer vervreemding zal veroorzaken in samenlevingen waar zij 'vreemd' is: de lan-

den van de derde wereld. Het lijkt onvermijdelijk dat medische ontwikkelingshulp en ontwikkelingssamenwerking, hoe goed ook bedoeld, bijdraagt tot de verdwijning van autochtone medische tradities en cultuur in het algemeen in deze landen.

Antidota

Twee internationale initiatieven trachten dit proces van vervreemding in en door westerse gezondheidszorg in derde wereld-landen tegen te houden: de bevordering van basis gezondheidszorg (primary health care) en de integratie van 'traditionele' geneeskunde in het gezondheidszorgbeleid.

Basis gezondheidszorg tracht het bewustzijn van de individuele, sociale, politieke en culturele dimensie van gezondheid te herstellen. Belangrijke voorstellen voor een beleid van basis gezondheidszorg werden gepresenteerd in het

tionele' geneeskunde. Daarbij spelen vooral twee overwegingen een rol. De eerste is reeds verwoord in het citaat van het Alma Ata rapport: men dient de beschikbare middelen voor gezondheidszorg te benutten. De tweede is dat men vreest dat unieke en waardevolle medische inzichten en gebruiken voorgoed verloren zullen gaan.

Bedenkingen

Het is nog maar de vraag of de twee initiatieven van de WHO de problematiek van vervreemding in gezondheidszorg doen verminderen. De hoofdgedachte van basis gezondheidszorg, self-reliance, ontbreekt in de meeste zogenaamde basis gezondheidszorg-programma's. Deze programma's worden gewoonlijk opgezet door nationale of regionale overheden met behulp van externe financiering. De start van deze programma's is dus gebaseerd op een ontkenning



*Een apotheek in de Kameroense hoofdstad Yaoundé.
(Foto: S. van der Geest)*

gezamenlijke rapport van de WHO en UNICEF voor de internationale conferentie te Alma Ata in 1978. Het rapport erkent het belang van actieve participatie in gezondheidszorg door de lokale gemeenschap en benadrukt de verantwoordelijkheid van het individu. Het wijst er verder op dat gezondheid en gezondheidszorg een integraal onderdeel vormen van sociale en economische ontwikkeling in het algemeen. Sectoren van ontwikkeling die met name genoemd worden zijn onder andere landbouw, huisvesting, publieke werken, communicatie en onderwijs. De 'filosofie' van basis gezondheidszorg wordt wellicht het meest kernachtig uitgedrukt in het begrip 'self-reliance'. Self-reliance houdt in dat mensen zoveel mogelijk op hun eigen - culturele - middelen steunen. Het wekt dan ook geen verbazing dat het rapport het belang van 'traditionele geneeskunde' in basis gezondheidszorg onderstreept:

'Traditional medical practitioners and birth attendants are found in most societies. They are often part of the local community, culture and traditions, and continue to have high social standing in many places, exerting considerable influence on local health practices. With the support of the formal health system, these indigenous practitioners can become important allies in organizing efforts to improve the health of the community.'

Vanaf 1976 is de erkenning van de waarde van autochtone medische tradities echter ook een apart programma-punt van de WHO. Sindsdien hebben enkele officiële en talloze andere publikaties gepleit voor diverse vormen van samenwerking tussen vertegenwoordigers van westerse en 'tradi-

van hun belangrijkste doelstelling; 'ontwikkeling van onderop' komt van bovenaf. Het netto resultaat van dit type van basis gezondheidszorg is dan ook vaak een toenemende afhankelijkheid en verdere teloorgang van eigen middelen. Een andere tegenstrijdigheid in de toepassing van basis gezondheidszorg is dat de invloed van westerse geneeskunde in lokale gemeenschappen erdoor versterkt wordt ten koste van traditionele medische kennis en praktijken. Bij evaluaties blijkt herhaaldelijk dat programma's als geslaagd beschouwd worden als zij de bereikbaarheid van westerse medische middelen verhoogd hebben, met name die van farmaceutische producten. 'Self-reliance' blijkt vaak neer te komen op zelf-behandeling met behulp van westerse medicijnen. Basis gezondheidszorg blijkt vaak slechts een subtiele en kleinschalige voortzetting van een wereldwijde invasie van westerse geneeskunde die al enkele decennia aan de gang is. Ook het alom geprezen handboek voor basis gezondheidszorg, David Werner's 'Where there is no doctor', laat zich lezen als een populaire inleiding in de westerse geneeskunde. Het lijkt zeker dat het boek verder zal bijdragen aan de verdwijning van niet-westerse medische tradities.

Ook het WHO beleid ten aanzien van erkenning en integratie van 'traditionele geneeskunde' is waarschijnlijk niet in staat deze culturele verworvenheden te behouden. Op de eerste plaats lijkt het WHO programma vooral van diplomatieke en retorische aard te zijn. Op de tweede plaats mag men verwachten dat *als* het programma daadwerkelijk uitgevoerd zou worden, en inheemse medische tradities geïntegreerd

zouden worden met westerse gezondheidszorg, dit tot overheersing en coöptatie door de westerse geneeskunde zal leiden en de verdwijning van niet-westerse tradities zal bespoedigen.

Kortom, een proces van ver gaande culturele convergentie op het gebied van gezondheidszorg in de derde wereld lijkt onvermijdelijk.

Medisch-antropologisch onderzoek

Wie – enigszins oppervlakkig – kennis neemt van medisch-antropologisch onderzoek in niet-westerse culturen, kan de indruk krijgen dat de verdwijning van inheemse medische tradities daar nauwelijks ter sprake komt. Antropologen lijken vooral het tegendeel te beweren: inheemse tradities zijn 'taaiër' dan beleidsmakers en 'ontwikkelingsdeskundigen' denken. Dat is ook begrijpelijk vanuit het antropologisch perspectief. Het omgaan met ziekte is namelijk ingebed in een cultureel geheel van denken en handelen en laat zich niet zomaar vervangen door nieuwe technieken. Antropologen lijken dan ook voornamelijk het voortbestaan van inheemse denk- en handelwijzen te benadrukken temidden van de overrompelende invasie van westerse geneeskunde. Veel publikaties handelen dan ook over medisch pluralisme, therapie-keuze-gedrag en traditionele medische systemen. In de betrekkelijk jonge wereld van medische antropologie (en niet-westerse sociologie) in Nederland is echter niet zoveel van deze uitgesproken voorkeur voor inheemse medische tradities terug te vinden. De enige voorbeelden hiervan die mij te binnen schieten zijn het onderzoek van Creighton naar 'Melkziekte' in Tunesië, van Van Dijk naar ziekte classificaties, eveneens in Tunesië, van Jordaan naar de classificatie van huidziekten in Madura, Indonesië, van Gerits naar ziekte-voorstellingen in Liberia, van Nillissen naar Dukuns in Java, van Krumeich naar traditionele preventie in een Surinaams Indianendorp, en van Pool naar ideeën over voeding in Kameroen. De onderzoeken van Van der Most van Spijk onder vrouwen in Egypte en van Müllen onder indianen in Mexico wijden aandacht aan zowel traditionele als moderne gezondheidszorg. Het meeste andere onderzoek houdt zich uitdrukkelijk bezig met de geïmporteerde westerse gezondheidszorg in niet-westerse samenlevingen. Dat gold reeds voor de eerste Nederlandse studie waarin het woord 'medisch antropologie' viel, namelijk dat van Van Amelsvoort over de invoering van westerse geneeskunde in het toenmalige Nederlands Nieuw Guinea. Zonder enige volledigheid na te streven noem ik nog enkele andere voorbeelden. Buschkens en Slikkerveer hebben onderzoek gedaan naar onder-gebruik van gezondheidscentra in Ethiopië, en expliciet aandacht besteed aan 'transitional medicine' waarmee zij o.a. doelden op het toenemend gebruik van westerse farmaceutica buiten de officiële medische kaders. Een groot aantal onderzoekers heeft zich bezig gehouden met het evalueren van basis-gezondheidszorgprojecten (o.a. Varkevisser en Streefland) en met de evaluatie van lepra- en TB-zorg (o.a. Bijleveld, Varkevisser, Risseeuw, Van der Veen en Paape). Het gebruik van moderne medische voorzieningen is onder andere onderzocht door Kars en Van Luijk in Kenia. Ook het gebruik van westerse medicijnen in niet-westerse culturen is een groeiend onderzoeksterrein (o.a. Streefland, Van der Geest, Wolffers en Hardon).

Overleven

Ik denk dat er voornamelijk twee verklaringen zijn voor het feit dat Nederlandse onderzoekers zoveel meer aandacht hebben besteed aan westerse gezondheidszorg in de derde wereld dan aan – al of niet verdwijnende – inheemse medische tradities. De eerste verklaring zou kunnen zijn dat veel

van hun onderzoek op beleid is gericht, en beleid, zoals we gezien hebben, houdt zich nauwelijks bezig met 'traditionele' geneeskunde, in weerwil van alle retoriek die het tegenovergestelde suggereert. Een tweede verklaring die mij aanspreekt is dat deze onderzoekers te zeer met problemen van leven en dood zijn geconfronteerd om nog romantische ideeën te koesteren over het behoud van unieke medische tradities. Voor hen is 'cultuur' op de eerste plaats de wijze waarop een groep mensen er in slaagt te overleven. De wijze waarop dat gebeurt, is voortdurend aan verandering onderhevig. 'Cultuur', zeker 'medische cultuur', is een uiterst pragmatisch begrip geworden. Het zou misplaatst zijn te treuren over een verlorenegeane cultuur als de betrokkenen een betere wijze hebben gevonden om het hoofd boven water te houden. Een dergelijk treuren zou een – bijna esthetische – luxe zijn die de buitenstaander (toerist, kunstenaar, academicus) karakteriseert. De antropoloog die zich indentificeert met de mensen bij wie hij onderzoek doet kan zich de sentimentele bewondering voor cultuur omdat het cultuur is, niet meer permitteren.

dr. J.D.M. van der Geest is verbonden aan de vakgroep Culturele Antropologie/Niet-westerse Sociologie Algemeen (CANSa) van de Universiteit van Amsterdam.

De culturele dimensie van ontwikkeling: een sleutelbegrip in UNESCO's toekomstbeeld.

• Bert van den Hoek

De VN-organisatie voor onderwijs, wetenschap en cultuur is gebouwd op twee peilers: enerzijds vertegenwoordigers van de regeringen der lidstaten, en anderzijds niet-gouvernementele intellectuele gemeenschappen die idealiter de voorhoede van de wetenschappelijke en professionele wereld vertegenwoordigen. Zo is het International Committee for Social Science Information and Documentation (ICSSO), dat jaarlijks een bibliografie der Sociale Wetenschappen publiceert, een voorbeeld van een door UNESCO in de jaren vijftig opgezet internationaal project. Het World Crafts Council is een voorbeeld op het ambachtelijk-artistische terrein.

Hoewel UNESCO in ontwikkelingslanden een grotere faam geniet dan in de landen die de organisatie voornamelijk financieren, vormt de ontwikkelingsproblematiek in de derde wereld niet het eerste doel van UNESCO. Het eigenlijke doel is juist wat de organisatie in ontwikkelingslanden zo respectabel maakt: het op voet van gelijkheid uitwisselen van ideeën in wereldwijd verband, en, waar het de regeringen betreft, het formuleren van verklaringen, aanbevelingen en conventies die de communicatie tussen landen en landengroepen bevordert. Tenslotte heeft UNESCO op het gebied van onderwijs, wetenschap en cultuur ook een stimulerende en uitvoerende taak met een beperkt budget maar een enorme reikwijdte: van het steunen van plattelandsbibliotheken en het uitgeven van schoolboeken tot en met het publiceren van een Algemene Geschiedenis van Afrika en het uitvoeren van een wereldwijd ecologisch onderzoeksproject 'Man and Biosphere'.