

## Essentiële geneesmiddelen: een antropologische kanttekening

*Sjaak van der Geest*<sup>1</sup>

Zolang een nieuwe maatregel nog niet is ingevoerd kan men de hoop koesteren, dat er grote verbeteringen uit zullen voortvloeien. Dat geldt ook voor het essentiële geneesmiddelen-beleid in de Derde Wereld. Het idee om het aantal geneesmiddelen te beperken tot de ongeveer 250 meest noodzakelijke (en betaalbare) bestaat nu ruim tien jaar als een officiële beleidsaanbeveling van de WHO (WHO 1977). Dit plan zou zowel de wildgroei als de tekorten in de huidige medicijnvoorziening in deze landen terug moeten dringen, 'rationeel' voorschrijven en gebruiken van medicijnen bevorderen en de kosten drastisch verminderen. Daardoor zou het ook mogelijk worden voldoende van deze noodzakelijke geneesmiddelen in voorraad te hebben. Het plan is vanaf het begin in de gehele wereld toegejuicht. Meer dan 80 ontwikkelingslanden hebben stappen ondernomen de aanbevelingen op te volgen, maar nog praktisch nergens wordt dit idee effectief toegepast (WHO 1986). We kunnen er dus nog steeds wonderen van verwachten. Het feit dat allé betrokkenen dralen met een rigoureuze uitvoering van dit plan is echter een teken aan de wand. Ik zal enkele kritische kanttekeningen plaatsen bij de optimistische verwachtingen, die men alom schijnt te hebben ten aanzien van essentiële geneesmiddelen. Maar eerst moet ik mijn verbazing uitspreken over het feit, dat we nog zo weinig weten over degenen om wie het allemaal begonnen is: de *medicijn-gebruikers* in de Derde Wereld.

Het idee van een lijst van essentiële geneesmiddelen komt vooral voort uit economische en medische overwegingen. De betekenis van het bijvoeglijk naamwoord 'essentieel' is blijkbaar vooral vanuit die hoek (economie en medische wetenschap) gedefinieerd. Deze eenzijdige bepaling van wat 'essentieel' is laat zich moeilijk rijmen met de alom geaccepteerde visie, dat een medicijn alleen in concreet gebruik goed of slecht genoemd kan worden, schadelijk of genezend, overbodig of essentieel. Ieder spreken over geneesmiddelen wordt problematisch als we niet weten wie de middelen gebruiken, waarvoor, welke verwachtingen deze gebruikers hebben, enzovoorts.

Over de werking van een medicijn kan in het laboratorium niet het laatste woord gezegd worden. De effecten van een geneesmiddel worden mede bepaald door de gebruikers, die hun verwachtingen als het ware toevoegen aan de chemische bestanddelen van het middel. Daarmee verliest het medicijn een groot gedeelte van zijn natuurwetenschappelijke duidelijkheid. Het wordt opgenomen in een culturele wereld van ambigue betekenis en slaat geheel onbekende wegen in. Het vermogen tot betekenisgeving is immers onbeperkt en grillig. Men zou, vrij naar Victor Turner, van een 'woud van betekenissen' kunnen spreken. Wat ik wil benadrukken is, dat in concrete situaties medicijnen betekenissen kunnen krijgen, die in het geheel niet meer overeenstemmen met de betekenis die zij hadden voor producent of voorschrijvend arts. De twee belangrijkste 'routes' door dit 'woud' zijn die van *commoditisering* en *culturele herinterpretatie*.

Met 'commoditisering' wordt bedoeld dat medicijnen handelsproducten worden. Dit heeft tot gevolg dat zij verstrekt en gebruikt worden op een wijze, die vaak weinig meer te maken heeft met wat ooit op medische gronden als indicatie voor gebruik werd vastgesteld. Medicijnen verschillen niet van andere consumptieartikelen die gekocht en gebruikt worden om zeer uiteenlopende redenen: bijvoorbeeld omdat anderen ze ook hebben, omdat de verkoper ze aanprijst, omdat ze aanzien geven of omdat ze schaars zijn.

De tweede route is die van 'culturele herinterpretatie'. Nieuwe aanwinsten in een cultuur worden ingepast in vertrouwde denkkaders en kunnen zo een geheel andere betekenis krijgen dan ze aanvankelijk hadden.

Als de sociale werkelijkheid van het geneesmiddel zo veranderlijk en ongrijpbaar is, kan men zich inderdaad afvragen wat er van de invoering van een essentiële geneesmiddelenlijst verwacht mag worden. Het vervolg van dit artikel gaat over de twee bovengenoemde kronkelpaden van het geneesmiddel. Het schetst in grote lijnen de commerciële context van medicijngebruik en processen van culturele herinterpretatie.

### Commerciële context

Omdat het commerciële belang van geneesmiddelen zo groot en de medische infrastructuur vaak zo gebrekkig is, is het begrijpelijk, dat zij zich losmaken van strikte professionele controle en op de vrije markt terecht komen. In de meeste landen van de Derde Wereld is er een levendige handel in geneesmiddelen buiten de wettelijke kaders. Zoals inmiddels wel bekend is, worden geneesmiddelen, die uitsluitend op voorschrift van een arts gebruikt zouden moeten worden, aangeprezen en 'voorgescreven' door personen die daartoe allerminst bevoegd zijn, en worden zij op grote schaal gekocht en gebruikt voor zelfmedicatie.

Wolffers (1988) heeft erop gewezen dat Ayurvedische genezers in Sri Lanka in toenemende mate 'zware' allopathische geneesmiddelen in hun therapie toepassen. Hij beschrijft deze genezers als attente ondernemers, die met hun tijd meegaan. Om geen klanten te verliezen komen zij tegemoet aan de wensen van hun patiënten. In Sri Lanka winnen moderne geneesmiddelen gestaag terrein, omdat men tot de conclusie is gekomen dat zij een krachtiger en snellere werking hebben dan de traditionele preparaten, die vooral gericht zijn op een herstel van de heet-koud balans in het lichaam. Zo ontstaat er een omvangrijke informele sector van medicijnverstreking waar de medische professie geen enkele greep meer op heeft. De handelsreizigers (artsenbezoekers) van de farmaceutische industrie reageren alert op deze behoefte en bezoeken ook de Ayurvedische genezers. Ik citeer Wolffers' verslag van een gesprek met zo'n artsbezoeker:

*I ask if he ever visits traditional practitioners. He hesitates. His superior, the sales manager, who is present at the beginning of the interview, states that it is not the policy of the company to approach them, but if the traditional practitioners ask for it, the company will visit them. Mr. S. explains that he is constantly looking for new selling points, and it does not matter if these are modern doctors, pharmacies or traditional practitioners. "If I don't go there, somebody else will, and in that case it is better that I*

have the profit". He gives examples of well-known traditional practitioners who need 10.000 tablets of acetaminophen and 2.000 capsules of ampicillin per week. In one of the villages he visits, he deals with two practitioners who compete with each other and have become rather demanding. They ask for stronger medicines to be more powerful than the other and often buy corticosteroids (Wolffers 1988:51).

Mijn eigen onderzoek naar de verspreiding van medicijnen in Kameroen (Van der Geest 1983) bracht eveneens het belang van de informele distributie aan het licht. Geneesmiddelen zijn schaars in de staatsinstellingen van gezondheidszorg. Een bezoek aan een arts of verpleegkundige wordt als zinloos ervaren als het consult niet uitmondt in de verstrekking van medicijnen. Het gevolg is dat mensen hun problemen op een andere wijze trachten op te lossen als zij begrepen hebben, dat men in het gezondheidscentrum of in het ziekenhuis geen medicijnen meer heeft. De informele handel vult dit gat op. In winkels, kiosken en marktstalletjes die voorzien in de dagelijkse levensbehoeften, kan men nu ook medicijnen kopen. Een pot met tetracycline-capsules tussen de sinaasappelen is een vertrouwd gezicht. Marskramers trekken te voet of op de fiets van dorp tot dorp en bieden naast textielstoffen, sieraden en schoeisel ook medicijnen te koop aan. Artsen, verpleegkundigen en ander personeel in ziekenhuizen en gezondheidscentra delen medicijnen, afkomstig uit hun instelling, uit onder familieleden en vrienden. De producten worden bewaard tot er iemand ziek wordt of doorgegeven aan weer anderen die er behoefte aan hebben. Informatie over hoe de middelen gebruikt dienen te worden gaat van mond tot mond. Ook komt het voor dat medisch personeel geneesmiddelen clandestien doorverkoopt aan marktkooplieden. Kortom, in Kameroen zijn veel farmaca die bedoeld zijn voor gebruik onder medische supervisie, deel geworden van een algemene zelfhulp-cultuur.

Het effect van deze situatie is paradoxaal. Enerzijds ondermijnen de informele transacties de reguliere diensten, ondermeer omdat medicijnen van het formele circuit in het informele terecht komen en de schaarste nog doen toenemen. Anderzijds vullen zij de gaten van het reguliere systeem en zijn daarom onmisbaar, met name op het platteland, waar het vaak slecht gesteld is met de bereikbaarheid en het functioneren van gezondheidszorgvoorzieningen.

Een vergelijkbaar beeld wordt geschetst door Fassin (1985), die onderzoek gedaan heeft naar medicijnverkoop op de markten van de Senegalese hoofdstad Dakar. Hij vraagt zich af waarom de autoriteiten en het publiek deze clandestiene handel tolereren. Zijn antwoord is eveneens, dat de samenleving niet zonder deze informele sector kan. Bovendien levert deze handel aantrekkelijke bijverdiensten op voor diverse groeperingen, waaronder de politie, die zich voor haar tolerantie laat betalen. Ook de kleine corruptie maakt immers deel uit van de commerciële context van het medicijngebruik.

Uit deze drie voorbeelden blijkt dat zowel hulpgevers als hulpvragers belang kunnen hebben bij een informalisering van de medicijnvoorziening. Wat zal er nu gebeuren als een beleid van essentiële geneesmiddelen werkelijkheid wordt? Er is voorlopig geen reden om aan te nemen dat essentiële geneesmiddelen buiten dit informele circuit van transacties zullen blijven. Een vrij gebruik van ongeveer 250 medicijnen, waaronder antibiotica en hormoonpreparaten, is allerminst wat de architecten van het plan voor ogen heeft gestaan.

Een verbetering van de geneesmiddelenvoorziening is misschien mogelijk als het nieuwe beleid de schaarste aan geneesmiddelen in de staatsgezondheidsdiensten zou opheffen, gratis (of goedkope) verstrekking ervan zou garanderen, gekoppeld aan efficiënt functionerende medische diensten en een vitaal Primary Health Care programma. Als mensen immers geleerd hebben hoe zij zich zelf kunnen behandelen met enkele essentiële geneesmiddelen en als verder patiënten verzekerd zijn van professionele hulp, zonder lange wachttijden en andere frustraties, en kunnen rekenen op gratis (goedkope) goede medicijnen, voorzien van deskundige adviezen, dan lijkt er nog maar weinig ruimte over voor een informele medicijnhandel. Dit zijn echter geen geringe voorwaarden en het lijkt vooralsnog realistischer om aan te nemen dat essentiële geneesmiddelen geabsorbeerd zullen worden in het informele circuit, waar alle betrokken partijen op inventieve wijze beter trachten te worden van de koop en verkoop van medicijnen.

Wie de discussies over de invoering van een essentiële geneesmiddelenbeleid gevolgd heeft zal weten, dat er nog een extra obstakel is. Diverse invloedrijke groeperingen verzetten zich tegen dit beleid omdat het hun vrijheid van behandeling beperkt (artsen), de kwaliteit van hun zorg aantast (de lokale elite), hun winsten vermindert (apothekers, importeurs, industrie), of omdat het ten koste gaat van bijverdiensten (politie, ambtenaren).<sup>2</sup> In de meeste gevallen, waar dit beleid enige vorderingen gemaakt heeft, wordt nu gedacht aan toepassing ervan in de publieke sector alleen. De mogelijkheid om langs particuliere kanalen allerlei andere, dure, medicijnen deze landen binnen te brengen zal dus blijven bestaan en naar alle waarschijnlijkheid de kans op succes voor het beleidsplan nog verder verkleinen. De drie eerder aangehaalde voorbeelden laten zien hoezeer particuliere en publieke transacties in de gezondheidszorg met elkaar verweven zijn. Veel artsen zullen 'niet-essentiële' middelen blijven voorschrijven, verkopers zullen ze blijven aanprijzen en klanten zullen ze blijven kopen. En als dat gebeurt, zal een beleid voor essentiële geneesmiddelen zeker falen. Deze verstoring van het plan zal zich vooral voordoen als de toegang tot medicijnen in de staatsinstellingen, na de invoering van het plan, slecht blijft, hetgeen helaas wel in de lijn der verwachtingen ligt.

### **Culturele herinterpretatie**

De betekenis die aan medicijnen gegeven wordt, kan niet losgemaakt worden van de informele transacties, waarin zij zijn opgenomen. De zelfhulp-cultuur, waar ik eerder van sprak, impliceert uiteraard een zelfhulp-denken. Verkopers en gebruikers van geneesmiddelen maken zich in cognitieve zin meester van deze producten. De middelen worden onttrokken aan het precieze natuurwetenschappelijke denken waaruit zij zijn voortgekomen en opgenomen in een denktraditie, die sterk kan afwijken van de biomedische denkstijl.

Whyte (1988) wijst er bijvoorbeeld op, dat in Oost-Afrika het begrip 'medicijn' een veel bredere betekenis heeft dan bij ons. 'Medicijn' is elke substantie, die iets kan veranderen, ten goede of ten kwade. 'Medicijnen' vergroten het succes van de jacht, verbeteren de katoenoogst, dwingen de liefde, genezen de zieke, en

maken de vijand ziek. Moderne farmaca krijgen in dat denken een plaats. Zij gaan begrepen en gebruikt worden op een wijze, die in overeenstemming is met de plaatselijk culturele voorstellingen.

Deze herinterpretatie van moderne geneesmiddelen in termen van lokale denkwijzen is in diverse andere culturen gesignaleerd. Logan (1973) beschrijft hoe dorpelingen in Guatemala moderne geneesmiddelen indelen in heet-koud categorieën, omdat hun gehele medische verklaringssysteem volgens het heet-koud principe werkt.<sup>3</sup> Acceptatie van deze nieuwe producten is slechts mogelijk als men ze binnen het eigen denken een plaats kan geven. Hetzelfde gebeurt trouwens ook in omgekeerde richting: biomedici zullen het gebruik van planten bijvoorbeeld slechts aanvaarden als het 'zin heeft' volgens *hun* wetenschappelijk concept, als bewezen is dat de chemische bestanddelen van de plant therapeutische waarde hebben (zie b.v. Wondergem 1988).

Bledsoe en Goubaud (1988) hebben beschreven hoe men in Sierra Leone westerse geneesmiddelen beoordeelt en waardeert op grond van criteria die in het lokale denken reeds aanwezig zijn. De kleur, de smaak en de vorm van een medicijn bepalen in sterke mate wat men er van verwacht en hoe men het gebruikt. Kapil (1985:171), die onderzoek gedaan heeft in Indonesië, merkt op dat de religieuze voorschriften van de Islamitische vastentijd soms ook worden toegepast in het medicijngebruik. Een ander voorbeeld van toepassing van lokale criteria op westerse geneesmiddelen in de Filippijnen wordt besproken door Hardon in haar bijdrage in dit boek. Ook Haak (1988), in een onderzoek naar medicijngebruik in twee Braziliaanse dorpen, ontdekte dat men allerlei medicijnen 'op eigen wijze' gebruikte. Laatstgenoemde auteurs (Haak & Hardon 1988) spreken elders van 'indigenisation' van westerse geneesmiddelen, een synoniem voor 'culturele herinterpretatie'. Het spreekt vanzelf dat dergelijke processen, waarbij medicijnen een plaats krijgen in de denkwereld van de gebruiker, zich ook voortdurend in onze eigen samenleving voltrekken. Alleen het contrast tussen de visie van producent/voorschrijver enerzijds en gebruiker anderzijds zal minder spectaculair zijn. Verbeek-Heida (1989) beschrijft een voorbeeld dat betrekking heeft op antibiotica.

Deze voorbeelden doen vermoeden dat ook 'essentiële geneesmiddelen' niet zullen ontkomen aan deze culturele herinterpretatie. Uit niets blijkt dat de ontwerpers van het plan met deze complicaties rekening hebben gehouden. Zij gaan er klaarblijkelijk vanuit, dat essentiële geneesmiddelen in een cultureel vacuüm terecht zullen komen. Definities van begrippen als 'behoefte', 'rationeel', 'essentieel' worden eenzijdig bepaald. Concurrerende definities vanuit de lokale cultuur worden blijkbaar niet verwacht. Antropologisch onderzoek heeft echter uitgewezen dat die weldegelijk bestaan.

### Conclusie

Antropologisch veldonderzoek, gebruik makend van participerende observatie, informele gesprekken en gerichte interviews, voorspelt weinig goeds voor de vlotte invoering van een plan voor essentiële geneesmiddelen. De commerciële

context waarin deze medicijnen worden opgenomen en de nieuwe betekenissen die ze krijgen, kunnen tot iets geheel anders leiden dan wat de plannersmakers voor ogen stond.

Antropologen hebben geen 'recept' voor een effectievere uitvoering van het plan. Wie in ontwikkelingslanden 'op lokatie' onderzoek heeft gedaan komt niet zozeer thuis met ideeën hoe alle problemen opgelost kunnen worden, maar veeleer met de enigszins deprimerende gedachte dat de situatie complex is en dat strategieën voor een snelle oplossing slechts kunnen bestaan bij de gratie van 'blissful ignorance'.

Toch is het plan voor essentiële geneesmiddelen, mits toegepast in alle sectoren van de maatschappij, niet zinloos. De maatregel kan een eerste begin maken met de sanering van de medicijn-stroom naar de Derde Wereld en plaatselijke inspanningen voor basisgezondheidszorg een grotere kans van slagen geven. Effectieve voorlichting aan gezondheidswerkers en patiënten over respectievelijk 'rationeel' (zowel in biomedische zin als in termen van lokale culturele condities) voorschrijven en gebruiken van geneesmiddelen zou daardoor beter mogelijk worden. Verantwoorde lekenkennis van geneesmiddelen en professionele controle op de distributie en het gebruik ervan kunnen zo verbeterd worden. En de besparingen die de maatregel oplevert, kan de constante tekorten in de medicijnvoorziening misschien wat terugdringen. Het zal echter duidelijk zijn dat men geen wonderen kan verwachten van een beleid gericht op essentiële geneesmiddelen. Zo'n beleid kan slechts een eerste stap zijn op een lange weg. Te hoog gespannen verwachtingen zullen averechts werken. Zij maken de uitvoering van het plan tot een frustratie. Een beleid van essentiële geneesmiddelen zou in dat geval zelfs ontmoedigend werken en een stap terug betekenen. Deze kritische kanttekening mag dan geen recept bieden, ik hoop dat hij wel een vaccinatie tegen enkelvoudig denken bevat.

## Noten

1. Dit is een enigszins aangepaste versie van een artikel met dezelfde titel dat in 1988 werd gepubliceerd in *Pharmaceutisch Weekblad* 123 (48):1101-4. Ik dank M. Braakman, F. Haaijer, A. Hardon, G. Nijhof en A. Patijn voor hun hulp en adviezen.
2. Voor een opsomming van de diverse belangengroepen die bij de medicijn-business betrokken zijn, zie de case study van Lall & Bibile (1978) over de hervormingen in de medicijnvoorziening in Sri Lanka tussen 1972 en 1976. Rolt (1985) beschrijft het verzet tegen het geneesmiddelenbeleid van Bangladesh in 1982.
3. Tedlock (1987) bekritiseert Logan echter dat hij een te systematisch beeld schetst van het heet-koud denken en van het proces van culturele herinterpretatie. Mensen zijn lang niet altijd consistent als zij een ziekte moeten verklaren of een therapie zoeken. Heet-koudverklaringen zijn vaak rationalisaties achteraf, van de betrokkene zelf (Foster 1988) of zelfs van de antropoloog-onderzoeker (Tedlock 1987).

## Literatuur

Bledsoe, C.H. & M.F. Goubaud

1988 The reinterpretation and distribution of Western pharmaceuticals: an example from the Mende of Sierra Leone. In: Van der Geest & Whyte 1988:253-76.

## GENEESMIDDELEN EN CULTUUR

- Fassin, D.  
1985 Du clandestin à l'officieux: les réseaux de vente illicite des médicaments au Sénégal. *Cahiers d'Etudes Africaines* 25 (2):161-77.
- Foster, G.M.  
1988 The validating role of humoral theory in traditional Spanish-American therapeutics. *American Ethnologist* 15 (1):120-35.
- Geest, S. van der  
1983 Mensen en medicijnen in Kameroen: de verwevenheid van formele en informele medicijnvoorziening. *Gezondheid en Samenleving* 4 (4):216-25.
- Geest, S. van der & S.R. Whyte (eds)  
1988 *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer.
- Haak, H.  
1988 Pharmaceuticals in two Brazilian villages: lay practices and perceptions. *Social Science and Medicine* 27 (12):1415-27.
- Haak, H. & A.P. Hardon  
1988 Indigenised pharmaceuticals in developing countries: widely used, widely neglected. *The Lancet* Sept. 10, 1988: 620-1.
- Kapil, I.  
1985 Bijdrage zonder titel. In: D. Stevenson (ed) *Proceedings of the Primary Health Care Symposium No. 3: Therapeutic aspects*. Liverpool: Incorporate Liverpool School of Tropical Medicine, pp. 167-80.
- Lall, S. & S. Bibile  
1978 The political economy of controlling transnationals: the pharmaceutical industry in Sri Lanka, 1972-1976. *International Journal of Health Services* 8 (2):299-328.
- Logan, M.  
1973 Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine. *Human Organization* 32 (4): 385-95.
- Rolt, F.  
1985 *Pills, policies and profits*. London: War on Want.
- Tedlock, B.  
1987 An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America. *Social Science and Medicine* 24 (12):1069-83.
- Verbeek-Heida, P.M.  
1989 De behoefte aan informatie bij het gebruik van antibiotica (deze bundel).
- Whyte, S.R.  
1988 The power of medicines in East Africa. In: Van der Geest & Whyte 1988:217-34.
- WHO  
1977 *The selection of essential drugs*. TRS 615. Geneva: WHO.  
1986 WHO's revised drug strategy. Report by the Director-General. A39/13. Geneva: WHO.
- Wolffers, I.  
1988 Traditional practitioners and Western pharmaceuticals in Sri Lanka. In: Van der Geest & Whyte 1988:47-56.
- Wongergem, P.A.  
1988 Planten als geneesmiddel: traditie en modernisme. *Pharmaceutisch Weekblad* 123 (48):1105-10.