

DE ONBEKENDE MEDICIJNGEBRUIKERS IN DE DERDE WERELD

Antropologisch-Sociologisch Centrum Universiteit van Amsterdam
Sjaak van der Geest

Het behoeft nauwelijks betoog: de vele discussies over geneesmiddelenvoorziening in de Derde Wereld draaien uiteindelijk slechts om één zaak, het welzijn van degenen die die middelen gebruiken. Over deze gebruikers van medicijnen weten we echter ontstellend weinig. We weten niet wat ze doen met geneesmiddelen, en we weten niet wat ze erover denken. Dit niet-weten wordt gewoonlijk opgevuld door enkele assumpties waarvan de volgende de belangrijkste is: als de voorziening van geneesmiddelen, van industrie en ministerie tot ziekenhuis, arts en apotheek in orde is, zal de rest ook wel o.k. zijn. We weten dan ook reeds het een en ander over het geneesmiddelenbeleid van nationale overheden en over de marketing-methoden van de industrie en denken de verdere gang van het geneesmiddel daaruit te kunnen distilleren. De werkelijkheid is echter complexer.

Als een Ministerie van Volksgezondheid een lijst van essentiële geneesmiddelen in haar beleid, wil dat nog niet zeggen dat het medicijngebruik zich ook zal beperken tot deze middelen. Artsen en patiënten hebben misschien voorkeur voor andere middelen, de eersten blijven die voorschrijven en de laatste blijven ze kopen, in apotheken of op andere verkooppunten in de privé sector.

En als een ziekenhuis of kliniek een adequate voorraad van geneesmiddelen heeft, wil dat nog niet zeggen dat de medicatie van de patiënten adequaat is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een groot gedeelte van deze medicijnen terecht komt bij gezonde notabelen of familieleden en kennissen van het personeel, of dat ze doorverkocht worden aan medicijnverkoopers in de informele sector. Het gevolg van dit alles kan zijn dat patiënten verstoken blijven van de noodzakelijke medicijnen, terwijl de voorraad wel toereikende was.

Zelfs als artsen of andere gezondheidswerkers 'rationeel' voorschrijven en er in slagen die geneesmiddelen aan de patiënten te verstrekken, dan wil dat nog niet zeggen dat dezen ze ook 'rationeel' gebruiken. Vooral in arme landen zal het vaak voorkomen dat patiënten hun medicijnen geheel anders gebruiken dan is voorgeschreven. Misschien nemen zij er minder in om kosten te sparen of omdat de symptomen van hun kwaal verdwijnen, of gebruiken ze de middelen op een manier die past in hun culturele wereld. Voorbeelden van dit laatste zijn te vinden in recente antropologische publicaties. Zo komt het vaak voor dat medicijnen worden ingepast in de lokale opvatting dat ziekte betekent dat het lichaam te 'heet' of te 'koud' is. Moderne medicijnen worden dan de eigenschappen 'heet' of 'koud' toegedicht en dienovereenkomstig gebruikt. In Afrika wordt soms belang gehecht aan de kleur van een geneesmiddel. Zo beschrijft een auteur in Zuidelijk Afrika dat zwart en rood gebruikt worden om wat slecht is uit het lichaam te verwijderen en dat wit er toe dient om die

herwonnen toestand te bewaren. Gekleurde medicijnen zullen daarom zoveel mogelijk op die wijze en in die volgorde ingenomen worden.

Uit deze enkele voorbeelden zal voldoende blijken hoe belangrijk het is dat meer bekend wordt over wat mensen in hun dagelijks leven denken en doen omtrent geneesmiddelen. Een goede medicijnvoorziening, middels effectieve controle over de industrie en een beleid van essentiële geneesmiddelen, is wel voorwaarde maar geen garantie voor 'rationeel' geneesmiddelengebruik.

Onderzoek naar wat patiënten, buiten het oog van de gezondheidswerker, denken en doen, is echter moeilijk en tijdrovend. Het is geen toeval dat we veel meer weten over de exportcijfers van de industrie, de voorschrijfcijfers van artsen, en de teksten van bijsluiters dan over het handelen van consumenten. In een publicatie die over enkele maanden zal verschijnen heb ik, samen met een Deense collega, een aantal antropologische studies verzameld over de culturele context van de verspreiding en het gebruik van medicijnen.² Uit de collectie blijkt ondermeer dat er een enorme variëteit aan ideeën en praktijken rond medicijngebruik bestaat. Dat legt beleidsmedewerkers en gezondheidswerkers overal ter wereld de verplichting op zich te verdiepen in de farmaceutische opvattingen en gebruiken van de bevolking waaronder zij werken.

Voor een dergelijk onderzoek lijkt de antropologische benadering van participerende observatie het meest geëigend: begrijpen door meedoen. Hoe meer de onderzoeker zich kan verplaatsen in de ander, hoe meer hij er ook in zal slagen diens gedrag en denken te begrijpen en te beschrijven. In de antropologische onderzoekssituaties staat nog steeds centraal wat ooit door Malinowski werd geformuleerd als "to grasp the native's point of view". Zoals gezegd, zal zulk een onderzoek veel tijd en moeite kosten. Snelle enquêtes slaan vaak de plank mis als het om gecompliceerde of delicate onderwerpen gaat.³ Bovendien is het vaak aan te bevelen dat de onderzoeker niet vereenzelvigd wordt met de formele gezondheidszorg.

Men kan daarom denken aan veldwerk door een medisch antropoloog, maar het is van

nog meer belang dat het onderzoek samen met de betrokkenen verricht wordt. Als medicijngebruikers zichzelf onderzoeken kunnen we rekenen op meer betrouwbare en valide informatie. Een nuttig neven-effect is bovendien dat zij zichzelf bezinnen op hun wijze van medicijnconsumptie, wat de meest effectieve wijzen 'voorlichting' is.

Toch zal er voor velen nog onduidelijk zijn, wat nu het directe nut van een dergelijk onderzoek is. Wat kun je met de resultaten doen? Het programma voor een beleid van essentiële geneesmiddelen is een goed voorbeeld. Haast iedereen was blij met dat plan, maar verwachten we er niet te veel van? Kennis van de locale situatie maakt duidelijk dat allerlei belangen en culturele voorstellingen de effectieve toepassing van het plan kunnen hinderen. Artsen kunnen 'in-essentiële' middelen blijven voorschrijven, en apothekers kunnen ze blijven verkopen. Patiënten kunnen zelfs 'essentiële' geneesmiddelen op 'inessentiële' wijze gaan gebruiken.

Onderzoek in de gemeenschap, met de mensen, kan ons op het spoor brengen hoe dat gebeurt. Op grond daarvan kan een beleid ontworpen worden hoe de introductie van essentiële geneesmiddelen gekoppeld dient te worden aan andere maatschappelijk en culturele veranderingen. Het feit dat aan medicijnen zo vaak een hoofdrol wordt toegekend in gezondheidszorg onderstreept de urgentie van een dergelijk onderzoek.

Noten

1. Dit is een korte samenvatting van een 'refererelunch' op het Koninklijke Instituut voor de Tropen op 4 maart 1988. Bij diezelfde gelegenheid spraken Hilbrand Haak en Anita Hardon over medicijngebruik in resp. Brazilië en de Filipijnen.
2. S. van der Geest & S. R. Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries: Studies in pharmaceutical anthropology*. Kluwer, Dordrecht, 1988.
3. Verdere discussie hierover is te vinden in S. van der Geest & A. P. Hardon, *Drugs use: methodological suggestion for field research in developing countries*. *Health Policy & Planning* 3 (3), 1988.

LIJFSTRAFFEN

Op welke juridische gronden kunnen artsen en (para) medisch personeel zich beroepen als ze niet betrokken willen worden bij lijfstraffenprocedures? Lijfstraffen worden in een aantal landen uitgevoerd na een gerechtelijk vonnis. Onderdeel vormt daarbij o.a. de Fitness-verklaring van een arts die eventueel daarna ook belast is met het toezicht en het oplappen van de gestrafte. Sinds 1982

wordt hierover een discussie gevoerd (o.a. door NTA-kursisten en leiding) met verschillende instanties¹. In een brief van NTA-deelnemers² aan ex-Minister Mevr. Schoo werd de suggestie gedaan om binnen de raamovereenkomst met het gastland een bepaling op te nemen van de Verklaring van Tokyo³ betreffende medisch ethische ontoelaatbaarheid van betrokkenheid van artsen bij deze procedures.

Het antwoord van de toenmalige minister