

In deze rubriek komen onderzoekers aan het woord over participerende observatie. Hun eigen ervaringen en inzichten vormen daarbij steeds het uitgangspunt, want bij uitstek deze onderzoeksmethode vraagt om een persoonlijke aanpak. Het geduld, de avontuurlijke instelling en het inlevingsvermogen dat nodig is om langdurig temidden van de onderzoeksgroep te verblijven is niet iedereen gegeven. Het is daarom (helaas!) een select gezelschap dat het spoor volgt dat antropoloog Bronislaw Malinowski begin vorige eeuw uitzette. Onderzoekers die een bijdrage willen leveren aan deze rubriek kunnen contact opnemen met Frank van Gemert. E-mail: [gemert@oai.regioplan.nl](mailto:gemert@oai.regioplan.nl)

### In een Ghanees ziekenhuis

Sjaak van der Geest

Wat begrijpt een gezond mens van een zieke? Plato heeft in zijn *Politeia* opgemerkt dat een arts pas een goed arts kan zijn als hij zelf alle ziekten die hij behandelt, gehad heeft. Ook voor een medisch antropoloog is er geen groter geluk dan goed ziek te worden. Mijn grootste handicap als medisch antropoloog is dan ook mijn gezonde lichaam. Maar één keer heb ik geluk gehad....

Het jaar is 1990. Aan het eind van een kort verblijf in Ghana, om precies te zijn, op de dag van mijn vertrek, krijg ik ernstige diarree. Heb ik iets verkeerd gegeten? Ik ben altijd een zorgeloze eter geweest.

Negen dagen tevoren was ik met een bus van Techiman naar Wa gereisd in het Noordwesten. Halverwege, bij Bamboi, was er een sanitaire stop. Ik herinner me hoe ik een ogenblik aarzelde toen ik de sanitaire kwaliteit van deze stop in ogenschouw nam. De urinestralen van de passagiers kwamen vervaarlijk dicht bij de potten waarin de soep stond te pruttelen. Maar ik zette me er overheen en deed me met mijn buurman tegoed aan een flinke fufu met vissoep. Kan dat het geweest zijn?

Of was het fatale moment twee dagen geleden toen ik met mijn broer een keurig restaurantje bezocht in Kpandu waar me een rauwe salade werd voorgezet. Mijn tafelgenoot waarschuwde mij nog 'geen rauwe groente', maar ik luisterde niet.

Ik zal nooit weten wat het geweest is. Toen ik die vrijdagavond naar het ziekenhuis werd gebracht, was het lab gesloten. Pas maandag zou ik de uitslag vernemen van het onderzoek van mijn bloed en ontlasting, maar toen was ik alweer gevlogen. Een week later, toen ik thuis met deskundigen het verloop en de symptomen van mijn korte ziekte doornam, werd besloten dat het cholera geweest moest zijn. Ik nam daar graag genoegen mee, want cholera is een indrukwekkend woord, bijna een decoratie voor een medisch antropoloog. Wat deze cholera tot zo'n belangrijke antropologische ervaring maakte, was echter niet de ziekte zelf maar mijn verblijf in het ziekenhuis. Ik citeer uit mijn dagboek van die dagen.

### **Dagboek**

*Vrijdag 7 september.* Ik word letterlijk strontziek wakker: hoge koorts, duizeligheid, hoofdpijn, buikkrampen en een spetterende diarree.... Het wordt steeds waardelozer. Veel mensen komen langs. Eén dwingt me haar zelfgemaakte *oral rehydration solution* op te drinken, maar het komt er onmiddellijk weer uit. Ik kan niets binnenhouden. In de avond dringt Dick (mijn broer) aan op een dokter. Hij rijdt mij naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis, ooit het elite hospitaal van Accra. Ik word meteen opgenomen en aan een infuus gelegd. Dick regelt lakens, een bord, een kopje, bestek, toiletpapier, een handdoek en wat kleren. Ik val uitgeput in slaap. Midden in de nacht word ik wakker, mijn darmen staan op springen. Ik klim uit mijn bed, neem mijn infuus mee en ga op zoek naar een *nurse*. Ik laat een spoor van lichtbruine, bijna grijze druppels achter. Geen zuster te zien. Ik word radeloos, waar is de WC? Een van mijn kamergenoten wordt wakker en wijst me de weg: door die deur.... Ik deins terug als ik de plek bereik. De stank slaat me in het gezicht, de vloer staat blank. In de WC-pot drijft van alles en in een roestige emmer ernaast zit het gebruikte papier. Een zwerm vliegen schrikt op en stijgt uit de emmer omhoog als ik binnen kom. Maar er valt weinig te aarzelen. Met een zucht van verlichting laat ik de rest van mijn vracht in de donkerte omlaag ploffen.... Dat zal nog zo'n twintig keer gebeuren, schuifelend naar die deur, steeds met in mijn ene hand de infuusstandaard, een sinterklaasstaf op wieltes, en in mijn andere de snel slinkende toiletrol.

*Zaterdag 8 september.* In de ochtend, bij mijn zoveelste bezoek aan het toilet, raakt de naald uit mijn arm. De infuusvloeistof drupt op de vloer, maar er is geen *nurse* te bekennen. Na lange tijd wordt het euvel verholpen.... Wat mij opvalt is dat de artsen en verpleegkundigen eruit zien om door een ringetje te halen. Vooral de vrouwelijke artsen lopen rond alsof ze meedoen aan een modeshow; geen witte jassen maar kleurige lange gewaden, opgemaakt, behangen met gouden sieraden. Hebben ze wel weet van de smerige toestand die zich achter die ene deur bevindt? Ze komen er nooit, daar ben ik zeker van. Ze vragen mij: Hoe ziet uw ontlasting eruit? Hoe kan ik dat weten; in dat donkere hokje is haast niets te zien. En hoe moet ik onderscheiden wat van mij en wat van mijn voorgangers is? Het resultaat is één duistere intens stinkende soep. Langzaam begint mijn lucht echter te overheersen, ik ben immers de meest frequente bezoeker. Het is een weeïge lucht. Van de glucose, neem ik aan. Ik heb trouwens geluk, slechts éénmaal overkomt het mij dat het toilet bezet is. Verschillende zaalgenoten vragen me of ze wat van mijn toiletpapier mogen gebruiken. Natuurlijk mogen ze dat, wel meters, straks vraag ik wel een nieuwe rol.

Bidders, predikers en zangers passeren mijn bed. Rond de patiënt naast mij wordt een complete dienst gehouden. De voorganger heeft een volumineuze stem. Eindeloos is zijn stroom van woorden, ondersteund door de anderen: 'Oh yes, *Ampa* (het is waar), Aha, *Nokware* (waarheid), Amen, Jesus....' Plotseling gaan de woorden over in onverstaanbare klanken. Gedurende enkele minuten wordt er in tongen gebeden. Een bruisende rivier van de meest fantastische klanken. Als ik denk dat de rivier is uitgestroomd, zwelt hij weer aan als één van hen opnieuw begint, totdat de rivier eindelijk in het dal aankomt en geruisloos de vlakte besproeit. De leider begint weer in gewone woorden te bidden en ik word uitgebreid in zijn gebed betrokken. Tenslotte vertrekt het gezelschap, maar overal hoor ik soortgelijke geluiden, sommige veraf, sommige dichterbij, met op de achtergrond het geklop van hamers die de VIP-kamers renoveren.

Ik krijg mijn deel van de bidders. Een priester van de katholieke kathedraal komt bij me zitten en bidt met zachte stem een Onze Vader, Weesgegroet en Eer aan de Vader. Een vriend bezoekt mij, maar wordt bruske opzij geschoven door een in pak gestoken evangelist, die mij vraagt of ik mijn leven aan Jezus heb gegeven. Vóór ik hem geantwoord heb, grijpt hij mij bij

mijn linkerknie en bezweert de boze geest met luide stem mij te verlaten. Tot slot nodigt hij mij vriendelijk uit volgende week zijn dienst in het Trade Fair Centre bij te wonen.... De dag verstrijkt. Dick brengt mij een kussen, dat had ik nog niet.

*Zondag 9 september.* Ik word wakker van de volgende kerkdienst aan het bed naast mij. Dan doezel ik weer in, en word opnieuw wakker. Ik lig in een plas vocht. Mijn naald is eruit geraakt en richt zich nu op mijn matras, al geruime tijd, te oordelen naar de omvang van de plas. De *nurse* komt als ik haar laat roepen en sluit het infuus af. Samen met een ander verschoont ze mijn onderlaken. Heb ik dan een extra laken? Ja, dat heeft 'my brother' gebracht. De medicijnen die ik krijg worden gedeeltelijk door mij vooruit betaald. Een *nurse* zegt bijvoorbeeld: 'Bring 1000 cedis.' Ik geef haar het geld en even later verschijnt ze met twee nieuwe infuuszakken. Sommige medicijnen gaat Dick in een apotheek buiten het ziekenhuis kopen en sommige worden bij mijn ontslag in rekening gebracht....

Omstreeks tien uur is Dick er. Ik voel me een stuk beter en kan weer water drinken. Bovendien ben ik al twee uur niet meer 'geweest'. Ik besluit dat ik het nu wel gezien heb en zeg hem dat ik straks samen met hem het ziekenhuis wil verlaten. Tot mijn verrassing maakt de arts die langs komt geen bezwaar. Een *nurse* brengt de rekening: 1000 cedis (ongeveer zes gulden) voor twee nachten. Ik betaal en vertel haar hoeveel zoiets bij ons zou kosten.... Ik kleed me aan, neem afscheid van mijn zaalgenoten en krijg op de valreep nog een chloroquine-injectie die ik al betaald had. Ik dank de zusters en vertrek. Dick, die een taxi heeft gecharterd, heeft mijn spullen in een laken geknoopt. Als we al door de gang lopen, ontdekt een *nurse* dat ik nog niet alles heb betaald. Met één voet over de drempel betaal ik alsnog 2000 cedis. In totaal schat ik dat deze ziekenhuisopname mij zo'n veertig gulden heeft gekost.

#### ***Antropologie van het ziekenhuis***

Cultuur en organisatie van ziekenhuizen kunnen sterk uiteenlopen in verschillende samenlevingen, en niet alleen vanwege de financiële middelen. Hoe artsen, verpleegkundigen en patiënten het ziekenhuis zien, wat zij ervan verwachten en hoe zij zich er gedragen kan sterk variëren, ook al eisen de leerstellingen van de biomedische wetenschap universele geldigheid voor zich op. Vier lessen heb ik van dit korte avontuur meegenomen die mijn visie op het Ghanese ziekenhuis sterk beïnvloed hebben.

De meest indringende ervaring was ongetwijfeld de confrontatie met de 'backstage' van het ziekenhuis: het niet werkende toilet, de blank-staande vloer, de vliegen in de open emmer met gebruikt toiletpapier; een haard van besmetting in wat een toonbeeld van hygiëne zou moeten zijn. De tegenstelling tussen de medische regels en de sanitaire werkelijkheid was overweldigend. De tweede tegenstelling, tussen de modieuze verschijning van de arts en de weerzinwekkende smerigheid van toilet en omstreken, biedt de sleutel ter verklaring van deze absurde situatie. Voor artsen en verpleegkundigen was wat zich achter die deur bevond een onbekende wereld, bovendien een wereld die zij niet wensten te kennen. In een maatschappij waar de sanitaire voorzieningen beperkt en gebrekkig zijn, is vermijding en ontkenning de meest efficiënte manier van omgaan met het alomtegenwoordige vuil, niet alleen voor artsen en verpleegkundigen, ook voor beleidsmakers en iedereen die het zich kan permitteren (cf. Frantzen & Post 1999). Rationele overwegingen, gebaseerd op wetenschappelijke kennis over besmettingsgevaar, laten zich verrassend gemakkelijk opzij schuiven door emoties van afkeer en sociaal ongemak. Wat men niet kan oplossen – of niet wenst op te lossen – in de alledaagse werkelijkheid van het ziekenhuis, lost men op door er niet aan te denken. Men zou het een oefening in mentale hygiëne kunnen noemen.

De tweede leerzame ervaring was de stroom van biddende en zingende mensen die aan mijn bed voorbij trok. Was ik in een ziekenhuis of in een kerk terechtgekomen? Dat medisch

denken en handelen tevens een religieuze aangelegenheid is, was mij bekend, maar werd hier wel op zeer duidelijke wijze gedemonstreerd. Er bestaat, bij wijze van spreken, geen gelegenheid waar meer behoefte is aan bijbel, zang en gebed dan in het ziekenhuis, waar mensen door een crisis gaan die niet alleen hun lichaam treft maar ook hun ziel. Een groter verschil met een Nederlands ziekenhuis, waar de zeldzame geestelijke verzorgers als muizen door de gangen sluipen en waar patiënten hun religieuze noden hoogstens fluisterend bekennen, is nauwelijks denkbaar.

De derde ervaring is het belang van familieleden die het grootste deel van de dagelijkse zorg en verpleging voor hun rekening nemen. Wie zonder familie in het ziekenhuis ligt, is dubbel ziek. Hij heeft niemand die hem wast, zijn bed opmaakt, schone kleren bezorgt en eten brengt als hij het eten van de ziekenhuiskeuken niet door zijn keel kan krijgen. Ook komt hij in grote problemen als hij een medicijn of hulpmiddel nodig heeft dat niet in het ziekenhuis voorradig is. In dat geval is het immers het familielid dat het benodigde buiten het ziekenhuis gaat kopen. (Toen ik kort geleden een groot ziekenhuis bezocht in Bangladesh bleek daar een zelfde situatie te heersen. Onder ieder bed waarop een patiënt lag, 'woonde' een familielid voor onmiddellijke zorg, dag en nacht).

Wie zonder familielid wordt opgenomen kan slechts hopen dat de verzorger van het bed naast of tegenover hem zich over hem wil ontfermen. De kans dat zo iets ook gebeurt, is trouwens heel reëel. Dat ik zelf een familielid tot mijn beschikking had, mag een zeldzaam toeval genoemd worden. Ik ben er echter van overtuigd dat als ik 'niemand' had gehad, aanwezige familieleden van anderen mij te hulp waren geschoten.

De laatste les is dat men behalve een familielid ook geld bij zich moet hebben (tenzij die twee samenvallen). Veel moet contant betaald worden of in een nabije apotheek gekocht. De uitdrukking 'cash and carry', die tegenwoordig veel gebruikt wordt voor de gezondheidszorg in Ghana, is zeer toepasselijk. Toen er een nieuwe fles met infuusvloeistof opgehangen werd, moest die eerst worden afgerekend. Ik had mijn portemonnaie altijd onder handbereik en 's nachts stopte ik hem onder mijn kussen.

Maar wat gebeurt er als een zieke geen geld heeft? Mijn onderzoeksassistent die zich enkele jaren later liet opnemen in een ziekenhuis meldde dat verpleegkundigen soms met hun eigen geld medicijnen en eten kochten voor een berooide patiënt (Van der Geest & Sarkodie 1998). In ziekenhuizen gebeuren wonderbaarlijke dingen, maar je moet er wel bij zijn om ze te zien. *Nea ònna na onim nea ònna*, zegt een spreekwoord; wie niet slaapt weet wie niet slaapt. Aanwezigheid op de juiste plek en het juiste moment is echter zelden te plannen. Het is een kwestie van geluk, maar de kunst van veldwerk is het geluk te grijpen en uit te buiten.

### ***Ervaring***

Maar er is meer; Anne-Mei The (1999) noemt het 'emotie die tot inzicht voert'. Interviews zijn slechts povere aftreksels van de werkelijkheid. We kunnen er niet buiten, want we kunnen niet altijd overal bij zijn, maar het is de eigen beleving die ons pas echt op het spoor brengt van de vragen van het onderzoek. Ervaringen zijn essentiële data voor het begrijpen, schrijven The en Hak (1999) in een recente beschouwing in dit tijdschrift. Plato zei hetzelfde in de openingsregels van dit stukje.

Laten we onszelf echter niet te snel gelukwensen met de existentiële en methodologische waarde van onze ervaringen in het veld. De meeste zijn 'goedkoop' en vrijblijvend en, net als interviews, povere aftreksels van de authentieke beleving. De tijdelijke ervaring van de bezoekende antropoloog verschilt wezenlijk van die van de 'native' die geen andere keus heeft, die opgesloten zit in zijn wereld, en 'levenslang' heeft (Bleek 1978: 63-65).

Samuel Sarkodie, die zich drie dagen als 'fake patiënt' liet opnemen in een Ghanees ziekenhuis om alles vanuit zijn bed te kunnen meemaken, voelde zich heel anders dan zijn zieke

zaalgenoten (Van der Geest & Sarkodie 1998). En ook ik, die misschien wel echte cholera had, kon me permitteren mijn korte verblijf in het ziekenhuis als een uitgelezen kans te beschouwen. Diarree, misselijkheid en koorts waren zeker leerzaam. Zo leerde ik dat een echte zieke – ik althans – het vermaarde wonderdrankje ORS niet naar binnen kan krijgen. Zo mirakels was dat drankje dus niet. Zonder infuus zou ik er geweest zijn. Maar het is onwaarschijnlijk dat de ervaring van mijn kortstondige opname in het ziekenhuis, veel gemeen had met die van mijn medepatiënten. Vier dagen later zat ik al weer 'veilig' thuis.

#### **Literatuur**

**Bleek, W.** (1978) *Achter de coulissen. Antropologisch veldwerk in Ghana*. Assen: Van Gorcum.

**Frantzen, A. & J. Post** (1998) Wel en wee van de publieke plee. Het voorbeeld van Kumasi, Ghana. *Medische Antropologie* jg. 11 nr. 1: 84-97.

**Van der Geest, S. & S. Sarkodie** (1999) The fake patient: A research experiment in a Ghanaian hospital. *Social Science & Medicine* jg. 47 nr. 9: 1373-81.

**The, A.-M.** (1999) Emotie en inzicht: Eigen onderzoekservaringen als data. *Medische Antropologie* jg. 11 nr. 2: 323-34.

**The, Anne-Mei & Tony Hak** (1999) Niet interviewen maar participeren. *KWALON* 13, jg. 4 nr. 2: 6-13.