

RÖNTGENFOTO

Gezondheidszorg in de Derde Wereld

Sjaak van der Geest

'Artsen zijn in principe kleine zelfstandigen: de kruideniers van de gezondheidszorg. Wanneer je ze ontdoet van alle mooie, vaak geromantiseerde bedoelingen, blijft er een handelaar in diagnose en behandeling over.' Niet een kritische sociale wetenschapper zegt dit, maar een arts, en voor veel lezers zal de medische identiteit van de schrijver een reden zijn deze woorden serieus te nemen. Hij kan het immers weten. 'Hij' is in dit geval Ivan Wolffers en het citaat komt uit zijn laatste boek (p. 145) *Masker van de armoede: gezondheidszorg in de derde wereld*.

Wolffers heeft zich de laatste jaren ontpopt als iemand die in staat is ingewikkelde zaken voor een breed publiek te vertalen. Zijn eerste boeken gingen over verslaving, kanker en medicijngebruik. Daarin bekriftigde hij praktijken binnen de gezondheidszorg op een manier die voor iedereen begrijpelijk was. In zijn laatste boek richt hij zijn aandacht op gezondheidszorg in de derde wereld. Langzaam beweegt hij zich in de richting van de antropologie en niet-westerse sociologie. Op dit moment voltooit hij een serie van acht artikelen in *Medisch Contact* over 'Het medisch jargon' waarin hij inzichten uit de antropologie, linguïstiek en filosofie toepast op het spraakgebruik van artsen en aangeeft wat voor praktische gevolgen dit jargon heeft. Hij baseert zich op — en populariseert — ideeën van Foucault, Illich, Fuller Torrey, de Bono, Feyrabend, Polanyi, Sapir en Whorf en vele anderen. Allemaal namen die men veelvuldig aantreft in antropologische publikaties van dit moment.

Masker van de armoede

De centrale gedachte van het boek dat ik hier bespreek is dat gezondheidszorg in de derde wereld de aandacht afleidt van de werkelijke problemen. Armoede, die het gevolg is van sociaal-ekonomische ongelijkheid, en om die reden op de eerste plaats een politiek probleem, wordt gedefinieerd als een medisch probleem waarvoor medische oplossingen nodig zouden zijn. Het aandragen van die medische oplossingen neemt bovendien de vorm aan van het exporteren van westerse gezondheidszorg, waarmee een tweede belangrijk thema van Wolffers' boek is aangegeven. Kort samengevat zijn de gevolgen van deze politiek dat a. het probleem van ongelijkheid, en daarmee de armoede, in stand gehouden wordt en b. dat zelfs de medische aspecten van de bestaande problemen niet worden aangepakt omdat de gezondheidszorg die wordt geboden niet aangepast is aan de situatie ter plekke.

In het eerste hoofdstuk laat Wolffers ons, de lezers, vragen wat wij met de derde wereld te maken hebben, wat armoede is, en of wij ons daar wel mee moeten bemoeien. Zijn antwoord komt via een citaat van — 'de jonge' — Lévi-Strauss die erop wijst dat die armoede de keerzijde van de westerse rijkdom is.

Het tweede hoofdstuk wekt de bovengenoemde gedachte uit, dat medische wetenschap geen oplossing kan bieden voor de problemen van de derde wereld maar integendeel die problemen camoufleert. In het daarop volgende hoofdstuk noemt hij de belangrijkste gevolgen die de bemoeienis van het Westen met de derde wereld gehad heeft: verstoring van bestaande inheemse vormen van gezondheidszorg en verstoring van gewoontes zoals eet- en landbouwgewoontes, hetgeen tot toename van ziekte leidde. Bovendien had de geïmporteerde gezondheidszorg enkele funeste bijverschijnselen. Twee daarvan worden nader uitgewerkt: het ziek-makend effect van westerse farmaceutische producten en het scheppen van afhankelijkheid doordat men, na vernietiging van de inheemse geneeswijzen, de bevolking konfronteert met een medische technologie die zij niet zelf beheersen kan. Tenslotte wijst Wolffers op het verschijnsel *Family Planning* dat niet gericht is op de belangen van de bevolking in derde wereldlanden, maar op die van westerse politieke machten en farmaceutische industrieën.

In het vierde hoofdstuk analyseert Wolffers de belangrijkste eigenschappen van westerse gezondheidszorg. Zij is op de eerste plaats handelswaar (de praktijken van farmaceutische bedrijven dienen als voorbeeld), zij is duur en, om die reden, voornamelijk voorradig waar geld is, d.w.z. in de steden. Zij beperkt zich tot symptomen, terwijl traditionele geneeswijzen de gehele sociale context in hun benadering betrokken, en is dan ook technisch georiënteerd. De westerse gezondheidszorg is tenslotte doordrammerig; zij stelt zichzelf geen grenzen als het gaat om het ontdekken, uitproberen of toepassen van technische 'verbeteringen'. Slechts de laatste jaren begint er volgens Wolffers enige kentering te komen en tracht men de gezondheidszorg weer aan te passen aan de sociale werkelijkheid. Deze ontwikkelingen worden verder uitgewerkt in de drie daarop volgende hoofdstukken waarin

hij respectievelijk experimenten in China, Bangladesh en Indonesië beschrijft. Het meest positief oordeelt hij over de ontwikkelingen in China omdat er daar sprake zou zijn van een beweging van onderaf en de mensen zelf verantwoordelijkheid voor hun gezondheid leren te dragen. Het is misschien geen toeval dat deze positieve beoordeling van toepassing is op het enige door hem beschreven land dat hij niet persoonlijk bezocht heeft. Het gezondheidsproject in Bangladesh is



In een ziekenhuis in Kameroen

(foto: S. v. d. Geest)

geïnitieerd door buitenstaanders en ziet zich daarom geconfronteerd met weerstanden en wantrouwen van de lokale bevolking. Wolffers' beschrijving van dit project is bijzonder eerlijk en verhelderend. Zijn belangrijkste observatie is dat de initiatiefnemers hun aandacht steeds verder van de medische naar de sociaal-ekonomische factoren verschuiven. Zowel in zijn beschrijving van Bangladesh als in die van Indonesië laat hij zien hoe 'blote-voetendokters' door de autoriteiten tegenwerkt kunnen worden. Zodra gezondheidswerkers tot het inzicht komen dat 'gezondheidsproblemen' geworteld zijn in de politiek-ekonomische structuur en zij hun activiteiten ook in die richting ontwikkelen, bestrijden zij de politiek en vormen een bedreiging voor de autoriteiten. In landen met dictatoriale regimes kunnen zij vanaf dat moment rekenen op felle tegenstand.

In zijn laatste hoofdstuk, dat als titel de verzuchting 'wat dan?' heeft meegekregen, stelt Wolffers nog eens dat een a-politieke gezondheidszorg systeembevestigend is en dat alleen een politiserende benadering, die opkomt voor de belangen van de onderdrukten, kans op resultaat heeft. Tegelijkertijd moet men er echter op bedacht zijn dat zo'n politieke benadering door de overheid gedwarsboomd zal worden.

Duidelijke taal

Wolffers' boek is geslaagd. Haast alle belangrijke inzichten zijn er in verwerkt, maar de lezer is zich amper bewust van de enorme stapel literatuur waarop dit boek gebaseerd is. Materiaal van andere auteurs en eigen ervaringen gaan geruisloos in elkaar over. Wolffers is er in geslaagd jargon en een wetenschappelijke toon te vermijden. 'Wetenschappers' betreuren het misschien dat er geen literatuurverwijzingen zijn, dat de auteur soms van de hak op de tak springt, of dat hij het niet kan nalaten moralistisch klinkende geluiden door zijn betoog te mengen, maar ik geloof dat deze 'onwetenschappelijkheid' juist de kracht van het boek is en een duidelijke taal spreekt voor het publiek waarvoor het bestemd is. Slechts op die manier kan een schrijver hopen niet slechts een preek voor eigen parochie te houden, maar ook enkele 'andersdenkenden' te bereiken. De kans daarop wordt nog verhoogd door

het feit dat hij zich niet opstelt als een dogmaticus en blijkt geeft van twijfels. Ik citeer twee passages die zijn stijl typeren. Sommigen zullen die passages als naïef bestempelen, maar ik geloof dat ze juist kracht verlenen aan een boek dat nieuwe ideeën een grotere verspreiding wil geven.

'Ik propageer geen politiek systeem; gelijke verdeling kan volgens mij op vele manieren worden gerealiseerd. Wanneer het echter aan de goedwillendheid van mensen wordt overgelaten, kun je het wel vergeten. Het is immers een soort natuurwet dat 'wie wat heeft dat wil houden en zich geen zorgen maakt over wie niets heeft'.' (p. 232)

En elders bekent hij dat het allemaal toch niet zo eenvoudig is als misschien lijkt van een afstand. Dergelijke opmerkingen maken het betoog levensechter, persoonlijker en verscherpen tegelijkertijd de probleemstelling:

'Ik heb echter mijn twijfels. Ik geloof niet in pure slechtheid van de mens, maar water stroomt van hoog naar laag. Als ik mezelf bezie wanneer ik in de derde wereld landen werk, merk ik mijn eigen gewoontes en behoeftes en ik kan het geen enkele arts in een ontwikkelingsland kwalijk nemen dat hij niet eeuwig op het platteland wil zitten, dat hij graag aangenaam woont, over goed vervoer beschikt, dat hij een goede opleiding voor zijn kinderen belangrijker vindt dan het werk in een dorp ... Wanneer je de armoede ziet die er op het platteland is, is het zelfs begrijpelijk dat mensen in hun strijd om te overleven de medemens niet meer zien en hem al dan niet met opzet uitbuiten.' (p. 180)

Dit wil echter nog niet zeggen dat hij geen mening heeft. Als het gaat om het afwijzen van bepaalde ontwikkelingen dan spreekt hij even duidelijke taal als wanneer hij twijfelt:

'De derde wereld is voor de multinationals een achtertuin om hun rotzooi in kwijt te kunnen. Gezondheidszorg is nu eenmaal handel en in handel schijnt alles te mogen.' (p. 123)

De sociologische visie

Wat is de invloed van sociaal-wetenschappelijke inzichten op beleidsmakers en uitvoerders van gezondheidszorg? De laatste jaren hebben een opbloei van medische sociologie en antropologie laten zien. Sterker dan ooit te voren is men zich bewust geworden van de eenzijdigheid van de medische visie die zich beperkt tot de biologische en chemische mechanica van de mens. Sociale wetenschappers waren er als de kippen bij om te wijzen op de sociale en psychologische dimensie van ziekte en genezing en maakten er een aparte subdiscipline van. Maar wat is hun invloed?

Er zijn twee wegen om de sociologische visie (en daar bedoel ik tevens de antropologische mee) te doen gelden in de praktijk van gezondheidszorg. De eerste is zich te richten tot de medische professie. Dat is wat sociale wetenschappers hoofdzakelijk gedaan hebben tot nu toe. Artsen 'wonen' nu eenmaal het dichtstbij als er op academisch niveau gesproken wordt. Het valt echter te betwijfelen of deze weg veel opgebracht heeft. Op de eerste plaats blijken medici een uiterst lage dunk te hebben van de 'wetenschappelijkheid' van sociologen en antropologen en hun pennen vruchten weinig serieus te nemen. Op de tweede plaats zijn de praktische consequenties van sociologische inzichten weinig aantrekkelijk voor de medici. Zij zouden leiden tot een statusverlaging van hun vak en hun financiële opbrengsten drastisch verminderen, o.a. omdat de 'klinische effectiviteit' (aantal patiënten dat verwerkt wordt per uur; N.B. deze — wat ironische — ratio heb ik zelf bedacht) sterk zou afnemen.

Meer succes heeft men wellicht als men zich richt op het grote publiek van feitelijke en potentiële patiënten, en premiebetalers. Het initiatief tot veranderingen die nadelig zijn voor de medische professie zal eerder door deze groep genomen worden dan door de medische professie zelf. Tot nu toe hebben sociale wetenschappers echter weinig moeite gedaan om hun inzichten aan dit grote publiek mee te delen en te verduidelijken. Wolffers doet dit wel. Het feit dat hij arts is is een gunstige bijkomstigheid. Hij is een insider, onverdacht, want als een arts de artsenij bekritiseert dan moet het wel waar zijn. Sociale wetenschappers kletsen maar wat (dat is hun vak). Bovendien houden zij een *oratio pro domo* omdat zij natuurlijk willen meeën uit de gezondheidszorg-ruij. Kortom, allemaal factoren die in het voordeel werken van de schrijver-arts Ivan Wolffers.

Dat wil echter niet zeggen dat iedereen enthousiast is over zijn werk. Enkele van zijn collega's blijken bijvoorbeeld weinig gecharmeerd te zijn door zijn recente artikelenreeks over het medisch jargon in *Medisch Contact*. Een lezer meent dat Wolffers artsen een lachspiegel voorhoudt en een huisarts uit Maasbracht schrijft in een ingezonden brief:

'Iemand die zoiets schrijft moet een man zijn met veel fantasie en die vooral veel tijd heeft om met zijn fantasie aan het werk te gaan. Derhalve zal hij wel niet praktizeren (hij bedoelt een medische praktijk

uitoefenen!). Wat kun je met zijn produkten doen? Ik denk zowel in wetenschappelijk/theoretisch opzicht als ook in praktisch opzicht helemaal niks. Mijsns inziens alleen van nut voor 'het zich creatief ervaren' van de schrijver zelf ... Verder alleen geschikt voor de (zijn) hobbykamer en niet voor de spreekkamer.'

Deze reactie versterkt mijn opvatting dat het doorprikken van medische pretenties niet in de binnenkamers van medici en sociale wetenschappers moet gebeuren maar 'en plein public'. Als gezondheidszorg een middel wordt om sociale ongelijkheid in stand te houden dan hoeven de artsen daar niet over ingelicht te worden. Zij zullen het meestal al weten omdat ze er zelf mee van profiteren. Wie wel ingelicht moeten worden zijn degenen die om de tuin geleid worden, het publiek dat ongewild het systeem in stand helpt houden door zich als patiënt te blijven gedragen en door bepaalde medische projecten, zowel in Nederland als in ontwikkelingslanden, te ondersteunen.

Wolffers' boek is belangrijk omdat het zich richt tot dat publiek. Eveneens belangrijk is het initiatief van de Werkgroep Medisch Ontwikkelingssamenwerk (WEMOS), opgezet door medische studenten in Amsterdam, om op 7 en 8 november een kongres over medische ontwikkelingshulp te organiseren (informatie: zie elders dit nummer). Het zou te wensen zijn dat sociale wetenschappers ook iets meer op deze wijze aan de weg gingen timmeren.

Ivan Wolffers *Maskers van de armoede. Gezondheidszorg in de derde wereld*. Baarn: Amboboeken, 1981. 255 pp. Prijs f 35,—



Kongres 'Gezondheid en Politiek in Ontwikkelingslanden' 7/8 november

Op zaterdag 7 en zondag 8 november 1981 organiseert WEMOS in samenwerking met CREA/studium generale in Amsterdam een kongres over 'gezondheid en politiek in ontwikkelingslanden'.

WEMOS wil met dit kongres meer aandacht vragen voor politieke en sociaal-economische achtergronden van ziekte in de ontwikkelingslanden. Zij is er namelijk van overtuigd, dat ziekte in de derde wereld vaker ontstaat uit armoede, oneerlijke landverdeling of gebrek aan goed drinkwater, dan uit een gebrek aan dokters, ziekenhuizen of medicijnen.

Zaterdagochtend zijn er inleidingen door prof. Vicente Navarro, Mw. Lesley Doyal, prof. dr. V. van Amelsvoort en dr. F. Muller.

Zaterdagmiddag is er een informatiemarkt met een dertigtal derde wereld-groepen en uitzendingen en zijn er forumdiscussies over de gezondheidszorg in en medische ontwikkelingshulp aan de regio's Latijns Amerika, Afrika en Zuidoost-Azië. Zaterdagavond zijn er films en diageeluidseries over de gezondheidszorg in enkele ontwikkelingslanden.

Zondag worden de deelnemers in de gelegenheid gesteld om aan twee (van de twintig) werkgroepen deel te nemen, die gaan over uiteenlopende thema's zoals vrouwen en gezondheidszorg in de derde wereld, dumpen van medicijnen, het beleid inzake medische ontwikkelingssamenwerking, health and politics, en landen case-studies.

Ter voorbereiding verschijnt er medio oktober een documentatiemap (160 blz. A4) over het thema. Deze wordt per post toegezonden na overmaken van f 14,— (inkl. f 4,— porto) op postgiro 4265727 t.n.v. stichting WEMOS, Amsterdam.

Inlichtingen en inschrijfkarten voor het kongres verkrijgt men bij WEMOS, van Ostadestraat 51 huis, 1072 SN Amsterdam, tel. 020-768800. De kongreskosten zijn (naar draagkracht) f 10,— tot f 50,— (excl. overnachting en maaltijden).