

redactioneel

- In het algemeen heeft de arts geen plicht tot het uitvoeren van voor hem onaanvaardbare handelingen. Het heeft derhalve geen zin dat de wetgever uitdrukkelijk in een wet zou neerleggen dat een arts geen handelingen hoeft te verrichten die hij ethisch niet aanvaardbaar acht. Daar waar geen plicht bestaat hoeft men van een plicht ook niet te ontslaan. Aldus Prof. Dr. H. J. J. Leenen, die de rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen aan een kritische beschouwing onderwerpt. Deze beschouwing voert tot de conclusie dat de wetgever het individueel medisch handelen niet hoeft te regelen. Dat is een uitspraak waar men ongetwijfeld op terug zal komen wanneer straks de discussies over de abortuswetgeving worden heropend.
- Op zaterdag 25 maart jl. organiseerden het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in Amsterdam een symposium over het onderwerp 'Gastarbeider en gezondheidszorg'. Wat er die dag naar voren werd gebracht wordt in dit nummer vrijwel integraal gereproduceerd.



Links op de foto een amputatievork met ivoren handvat en rechts een gebogen amputatiemes. Deze oude medische instrumenten zijn te bezichtigen in de 'Chirurgijnskamer' van het Stedelijke Museum 'Het Catharina-Gasthuis' te Gouda.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	486
<i>Inzenders: Prof. Dr. T. K. A. B. Eskes, Prof. Dr. J. L. Mastboom, A. J. P. Borstlap, P. J. M. Verbaten, A. J. M. Schipperijn</i>	

De rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen, door Prof. Dr. H. J. J. Leenen	489
---	-----

GASTARBEIDER EN GEZONDHEIDSZORG	
J. P. M. Hendriks: Optimale deelname aan Nederlandse samenleving	493
Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders in Nederland, door Mevr. Drs. Lotty van den Berg-Eldering	495
Ziek zijn en ziekengedrag in Noord-Afrika, door Mevr. Drs. M. L. Creyghton	500
Demonposessie als psychische ziekte bij Marokkanen, door Drs. Ph. J. van der Meer	503
Spreekuur voor Turkse vrouwen, door Mevr. Z. M. Sieval	506
Eer en zelfrespect: de Noordafrikaanse boer en de overheid, door Dr. D. G. Jongmans	509
Discussie en forum, door Drs. Ph. J. van der Meer	513
Conclusie, door Dr. D. G. Jongmans	518
Slotwoord, door Dr. H. Roelink	519
Het tolkencentrum, een nieuw soort hulpverlenende instelling, door Chr. Bouthillier	520
OFFICIEEL	523



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk en de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,
redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 77,50; studenten f 38,75; losse
nummers f 2,25 (inclusief BTW);
buitenland f 86,40.
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

CO-ASSISTENTSCHAP VERLOSKUNDE

In het artikel 'Discussie Universitaire problemen: kan een dokter zijn patiënten straks nog in de ogen kijken?', Memorandum van het LOMAG en het LOKO over de herstructurering van het medisch wetenschappelijke onderwijs' (Medisch Contact 32, 79, 1977) vonden wij de zinsnede: 'Sommige Nijmeegse hoogleraren bepleiten evenwel om het co-assistentschap verloskunde maar helemaal af te schaffen!' Gaarne zagen wij deze zinsnede of met naam en toenaam gepubliceerd of gerectificeerd.

Uit bijgaande correspondentie met het sub-faculteitsbestuur te Nijmegen moge blijken, dat wij geenszins van plan zijn een aanzienlijke reductie juist van het co-assistentschap verloskunde te overwegen.

Overigens delen wij de bezorgdheid van LOMAG en LOKO en hopen wij het beste er van te maken.

Nijmegen, 27 januari 1977

Prof. Dr. T. K. A. B. Eskes

Prof. Dr. J. L. Mastboom

Naschrift redactie: Bij herhaling hebben wij het LOMAG en het LOKO in de gelegenheid gesteld op bovenstaande brief te reageren. Die reactie bleef tot dusver uit.

Uit de hierboven afgedrukte brief en uit de ter inzage toegestuurde documentatie blijkt, dat de zinsnede: 'Sommige Nijmeegse hoogleraren bepleiten evenwel om het co-assistentschap verloskunde maar helemaal af te schaffen!' kennelijk niet kon worden onderbouwd en dus *ten onrechte* in het gewraakte artikel werd opgenomen.

STERFTE EX-GEVANGENEN

Bij het lezen van de opmerkingen betreffende 'Sterfte ex-gevangenen' in 'Varia' in M.C. nr. 8/1977 blz. 232, vroeg ik mij af of een dergelijk onderzoek bij ex-gevangenen uit de Japanse kampen vergelijkbare cijfers zou geven. Het voorhanden materiaal is veel groter, immers van de 96.000 Nederlandse burger-geïnterneerden en 41.000 Nederlandse krijgsgevangenen overleden er in de kampen in Nederlands-Indië, Japan en het

Verre Oosten respectievelijk 12.600 en 8.500 (samen 15%), zodat er 116.000 nog levend uit zijn gekomen. Van hen overleed in de eerste weken en maanden nog een zeker percentage, maar men kan aannemen dat er meer dan 100.000 aan het eind van 1945 in leven waren. Het overgrote deel daarvan kwam direct of in de loop van enkele jaren naar Nederland. Ook bij hen zal vermoedelijk de sterfte onder die van de verwachting voor de gehele Nederlandse bevolking zijn gebleven. Dat is niet zó verwonderlijk, daar men om in deze kampen in leven te kunnen blijven, moest beschikken over een gezond lichaam, een sterke geest en een grote dosis geluk, drie zaken waardoor men ook in het gewone leven oud wordt.

Amstelveen, 27 februari 1977

A. J. P. Borstlap

PENSIOENPREMIE

Juni 1975 verscheen de blauwdruk met enige voorstellen voor een vestigingsbeleid. In de reacties daarop wordt gesteld, dat een ongecoördineerd zich vestigen schadelijk zou kunnen zijn voor de gezondheidszorg en het vertrouwen in de artsensstand. De redactie van Medisch Contact stelde toen (MC nr. 37/1975, blz. 1135) dat het LHV-bestuur had begrepen dat het 'vijf voor twaalf' was (zoals in 1956?). Reeds in juli 1975 (hoofdartikel MC nr. 29/1975, blz. 883) werd gesteld de problemen in verband met de praktijkovername zeer ernstig te nemen. Van een incidentele problematiek zou geen sprake meer zijn.

De Stichting Pensioenfonds wijst er herhaalde malen op bij de praktijkfinanciering rekening te houden met de verplichtingen ten behoeve van de pensioenvoorzieningen. Met de invoering van het pensioenfonds is het belangrijkste argument voor handhaving van de goodwill, namelijk de oudedagsvoorziening, komen te vervallen.

Mijn voorstel luidt: verleen zich vestigende artsen premieverlaging op de te betalen pensioenpremie, afhankelijk van de hoogte van de door hen te betalen goodwill. Voor de gevestigde artsen houdt dit dan een premieverhoging in. Misschien een eerste aanzet om de blauwdruk alsnog zwart op wit te doen verschijnen.

Heerle (N.Br.), 26 maart 1977

P. J. M. Verbaten

ABORTUSWETGEVING

Mw. A. J. Klinkert-Blokhuis heeft twee schrijvers, die reageren op haar artikel in Medisch Contact van 14 januari 1977 (MC

Doorlezen naar blz. 488

WETTELIJK REGELEN TOT HOEVER?

De op stapel staande wetgeving inzake de gezondheidszorg heeft de redactie doen besluiten Prof. Dr. H. J. J. Leenen te vragen een artikel te schrijven over de rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen. Het lijkt geen twijfel, zegt de auteur, dat de wetgever de bevoegdheid heeft het medisch handelen te regelen. Tot hoever mag en moet de overheid gaan? De mate van overheidsbemoeiing wordt in hoge mate bepaald door de mate van zelfordening van de betrokken beroepsorganisaties.

De stelling van de auteur is, dat de KNMG haar publieke functie in deze moet onderkennen en feitelijk realiseren. De hamvraag is natuurlijk: doet de KNMG dit en, zo ja, doet zij dit ook in voldoende mate? Immers, als deze vragen ontkennend worden beantwoord is er geen steekhoudende reden om vergaande overheidsbemoeiingen met het medisch handelen af te wijzen.

Eliot Freidson betoogt in zijn boek: 'Profession of medicine', dat autonomie essentieel is voor de uitoefening van een beroep, maar dat deze autonomie haar bestaansrecht ontleent aan de overtuiging van de samenleving dat de leden van de betreffende beroepsgroep (in casu de artsen) inzake ethiek, kennis en vaardigheid een hoge standaard kunnen waarborgen. Deze autonomie moet niet worden verward met de autonomie ten behoeve van het verkrijgen en handhaven van een goede sociale positie voor de beroepsbeoefenaar (MC nr. 26/1972, blz. 717).

Dat de K N M G haar taak wat dit betreft niet licht opvat, blijkt uit haar huishoudelijk reglement. Daar is allereerst de tuchtspraak van de Maatschappij. In artikel 600 staat onder meer, dat de tuchtspraak ten doel heeft het weren en beteugelen van mislagen van de leden die daardoor het vertrouwen in de geneeskundige stand ondermij-

nen of zich gedragen in strijd met de waardigheid of de belangen van die stand. Volgens een auteur in de boekenreeks 'Tuchtrecht' van het Nederlands Juristenblad, Prof. Dr. J. F. Rang, voldoet de KNMG-tuchtsregeling in alle opzichten aan de eisen van behoorlijke rechtspleging. Een waardeoordeel over het feitelijk functioneren van de Maatschappij-tuchtspraak is zijns inziens niet te geven, omdat openbare behandeling niet plaatsvindt en publikatie van uitspraken achterwege blijft, ook al heeft de Commissie herziening rechtspraak van de KNMG in 1968 gepleit voor meer openheid door middel van publikaties. Tot zover Prof. Rang.

Artikel 628 van het huishoudelijk reglement bepaalt, dat de Raad van Beroep kan bepalen dat zijn uit-

*De mate van
overheidsbemoeiing
wordt in hoge mate
bepaald door de mate
van zelfordening
van de betrokken
beroepsorganisaties*

spraak openbaar zal worden gemaakt. Ook districtsraden kunnen hun uitspraken openbaar maken, evenwel alleen na goedkeuring door de Raad van Beroep. De openbaarmaking kent geen reglementaire restrictie. Tot voor kort is van deze mogelijkheid nauwelijks gebruik gemaakt: in 1976 éénmaal en binnenkort is er weer een openbare uitspraak te verwachten. Met Prof. Rang zijn wij van mening, dat sociale controle en eventuele juridische begeleiding slechts mogelijk zijn bij een grotere openheid van de KNMG-tuchtspraak. Wel zal dan rekening moeten worden gehouden met het gegeven, dat in het betrekkelijk kleine wereldje van de artsen openbaarmaking een zekere mate van strafverzwaring inhoudt. In de tweede plaats zou moeten

worden gewezen op de essentiële rol die de KNMG speelt bij de opleidingen tot specialist, sociaal-geneeskundige en huisarts. Een goede opleiding is de basis voor een verantwoord niveau van kennis en vaardigheid. Van even groot belang is de nascholing. Van oudsher hebben de afdelingen van de Maatschappij hierin een belangrijke rol gespeeld. Toch blijven hier wensen bestaan. Een betere structurering van de nascholing, zoals de LHV die samen met het NHG bezig is te verwezenlijken, lijkt gewenst.

Ten derde zouden wij de intercollegiale toetsing willen noemen. Daarmee houdt vooral de LSV zich bezig. Ook voor de toetsing zou een duidelijke structurering wenselijk zijn. Dat de overheid bij deze ontwikkelingen stimulerend kan en moet optreden, zal door alle partijen worden onderschreven.

Nog een enkele opmerking met betrekking tot gewetensbezwaren bij individueel medisch handelen. Prof. Leenen komt tot de conclusie, dat op de arts niet een plicht rust tot het uitvoeren van voor hem onaanvaardbare handelingen. Het is nutteloze wetgeving artsen te ontslaan van een verplichting die zij niet hebben. Dat het hoofdbestuur inzake de abortuswetgeving een ander standpunt huldigde, hangt samen met de vrees dat op grond van de Ziekenfondswet een medewerker gedwongen zou kunnen worden tot voor hem onaanvaardbare handelingen. Prof. Leenen deelt die vrees kennelijk niet.

Tenslotte ons antwoord op de hamvraag: De KNMG heeft alle instrumenten geschapen om regulerend te kunnen optreden. Zij maakt van deze instrumenten in belangrijke mate gebruik. Of zij die instrumenten ook optimaal benut, is een vraag die met nee moet worden beantwoord. Waarbij moet worden aangetekend, dat de beroepsbeoefenaren bepalen hoe lang de polsstok is waarmee de Maatschappij moet springen.

B.

nr. 2/1977, blz. 30) – ieder met zijn eigen wijze van schrijven en probleemstelling – in één brief van repliek gediend. Een ietwat van de norm afwijkende, mogelijk wel efficiënte manier van antwoorden.

Het probleem bij het in één brief beantwoorden van meerdere schrijvers blijft altijd tegen wie er wat nu eigenlijk gezegd wordt. Helaas moet ik constateren, dat op geen van mijn in MC nr. 9/1977, blz. 266, gestelde vragen antwoord is gegeven. Het resultaat van mevrouw Klinkert haar dupliek is wel, dat ik mij genoodzaakt voel haar nóg enkele vragen te stellen:

1. Waaruit maakt zij op, dat mijn voor-
noemd schrijven gesteld is op een denigre-
rende, haast zelfs min of meer vijandige
toon? Kritisch vragen stellen naar aanlei-
ding van wat een ander – politiek geïnspi-
reerd – beweert mag toch zeker wel in een
vrij en democratisch land? Ik meen te
weten, dat leden van de politieke partijen die
de samenstelling bepalen van het thans
demonstratieve kabinet een kritische instel-
ling hoog in het vaandel hebben staan.

2. Waaruit blijkt Mw. Klinkert, dat ik haar
toedicht dat zij de integriteit van Mw.
Veder-Smit en de heer Geurtsen boven die
van de heer Lamberts en de heer Roethof
zou hebben gesteld?

3. Waaruit blijkt Mw. Klinkert, dat ik aan
de Eerste Kamer meer wijsheid en deskun-
digheid toeschrijf dan aan de Tweede Ka-
mer; of dat het persoonlijk geweten in de
Eerste Kamer meer aan de orde zou zijn?

Tot zover de vragen.

Hieraan voeg ik het volgende toe: dat de
waarde van de Eerste Kamer al jaren ter
discussie staat zal waarschijnlijk wel waar
zijn. Ook de bolvormige gestalte der aarde
zal altijd wel – in bepaalde kringen – ter
discussie blijven, al hebben diverse mensen
reeds voeten op de maan gezet, de bolvorm
van de aarde met eigen ogen aanschouwd en
dit via duizenden foto's aan de aardse
bewoners aanschouwelijk gemaakt. Met an-
dere woorden: het ter discussie staan van
iets zegt nog niets omtrent de zin of de
rechtmatigheid van de discussie zelf.

Het staat voorts voor de tegenstanders
(zoals Mw. Klinkert het zegt) mijns inziens
niét als een paal boven water dat de wet
moet worden vervangen omdat hij niet
wordt nageleefd. Dat zou langzamerhand
ook wel een mooie boel worden: niemand
mag de belasting ontduiken; niemand zal
willen beweren dat dit in Nederland niet
gebeurt! De wet wordt dus ontkracht! Mo-
eten we de wet dan maar zodanig aanpassen,
dat onder zekere omstandigheden de belas-
ting wel mag worden ontduikt?

Verder voorbijgaande aan het woord 'voor-
ingenomenheid', verondersteld van collega
Gunning en mij (wat bewijst men nou door
zo iets tegen je tegenstanders te zeggen?) wil
ik best bij Mw. Klinkert op de thee komen
om te zien dat zij geen gefrustreerd vrouwtje
is, enz. Van al datgene ben ik bij het lezen
van haar schrijven dan ook *niet* uitgegaan.
Zij kan mij de door mij gestelde vragen als

zij dat verkiest dan onder privé-omstandig-
heden beantwoorden. Ofschoon ik eigenlijk
vind, dat, als men uit politieke overtuiging
iets in het openbaar beweert zodanig dat dit
vragen oproept, men moet proberen deze
vragen in alle openheid en eerlijkheid en
respect voor een ander te beantwoorden.
(De theevisite mag ook dán wat mij betreft
best op het programma blijven staan.)

Noordwijk, 31 maart 1977

A. J. M. Schipperij.

Varia

Arts in dienstverband – Het bestuur van de
districten IX en X (Noord-Brabant) van de
LAD organiseert voor zijn leden, maar ook
voor belangstellenden, een symposium in
het Diaconessenhuis te Eindhoven op
woensdag 8 juni a.s. Onderwerp: *De (on)af-
hankelijkheid van de arts in dienstverband*.
Inleiders zijn de professoren J. P. Kuiper
(VU) en P. Sporcken (RUL). Nadere ge-
gevens kunnen worden aangevraagd bij Dr. P.
A. van Wely, secretaris district IX en X,
Philips Medische Dienst, Willemstraat 22a,
Eindhoven.

Seksuologische hulpverlening: boek – Seksue-
le problemen alleen herkennen is niet
voldoende. Van de hulpverlener wordt ver-
wacht dat hij ook wat doet. Maar wat?
Informatie verstrekken, zelf behandelen en
een therapie beginnen, verwijzen en zo ja
naar wie? Op deze vragen wordt ingegaan in
het boek binnenkort bij Van Slothum Sla-
tus te verschijnen boek: 'Helpen bij seksue-
le moeilijkheden'. Dit boek krijgt de volgen-
de indeling: Inleiding; Uit de praktijk; Voor
we aan het hulpverleners beginnen; Helpen
is moeilijker dan ik dacht; Het onderzoek
van mensen met seksuele problemen; Vra-
gen en problemen; Gespecialiseerde behan-
deling van seksuele problemen; Welke boe-
ken kun je lezen/waar staat wat/wie is wie?
Om hier bij het laatste te blijven, auteurs
zijn in volgorde van opkomst Dr. H. G. M.
van der Velden, Drs. I. Slot-Andersen, Prof.
Dr. A. A. Verveen, Dr. J. P. C. Moors, Drs.
H. Schacht, J. G. van Dijk, Z. A. de Jong,
Dr. F. P. Wibaut, J. Eelman, M. A. C. T.
Moors-Mommers, B. D. Kalma, H. T. P.
Cremers, A. Thoben, F. Bruinsma en M. G.
Floor.

Vereniging voor stotteraars – Over stotteren
en de (vaak sociale) problemen die dit voor
de betrokkenen oplevert bestaat door onwe-
tendheid van buitenstaanders nog veel onbe-
grip. Voor de 200.000 stotteraars in ons land
is nu een landelijke vereniging en adviesor-
gaan opgericht, de 'Charles van Riper'-ver-

eniging. De stoot hiertoe gaf een dozijn
cliënten van de afdeling KNO-Foniatrie van
het academisch ziekenhuis Dijkzigt in Rot-
terdam. De vereniging draagt de naam van
een Amerikaanse stotterdeskundige, zelf
stotteraar. Zij stelt zich onder meer ten doel,
beter begrip te kweken voor mensen die
stotteren en hun opname en acceptatie in en
door de maatschappij. Zij probeert dit te
bereiken door mensen met deze spraak-
stoornis uit hun isolement te halen door hen
de weg te wijzen naar een deskundige
behandeling, begeleiding en uitgebreide
voorlichting. Samenwerking met andere or-
ganisaties op dit gebied heeft de vereniging
met het oog hierop hoog in haar vaandel
geschreven. Ieder die stottert en daarvoor al
dan niet een deskundige behandeling wil
ontvangen kan zich als lid aanmelden. Het
secretariaat van de 'Charles van Riper'-ver-
eniging wordt beheerd door A. Bollaart,
S. M. Hugo van Gijnweg 181, Dordrecht.
Contactpersonen zijn A. Kaptein, tel.
010-818218; C. Otto, tel. 010-374902; C.
Munnik, tel. 010-744553; en E. Riep, tel.
079-169254.

Subsidies CARA-onderzoek – Subsidieaan-
vragen voor in 1978 aan te vangen weten-
schappelijk onderzoek op het terrein van
Chronische Aspecifieke Respiratoire Aan-
doeningen kunnen tot uiterlijk 15 mei 1977
worden ingediend bij het *Nederlands Astma
Fonds*. Dit fonds heeft de belangrijkste
thema's voor wetenschappelijk onderzoek
op het terrein van CARA samengevat in het
'Raamwerk CARA-bestrijding'. Folder en
subsidieaanvraagformulieren verkrijgbaar
bij het bureau van het Nederlands Astma
Fonds, Postbus 5, Leusden-C, tel.
033-41814.

TV-TIPS

Zaterdag 23 april 1977:

(Ned. I) Teleac, 10.00 – 10.30 uur:
'Gesprekken met hulpverleners'
Herh. les 8.

Zondag 24 april 1977:

(Ned. II) NOS, 21.40 – 22.40 uur:
'Frontaal'. Heroïne onder medisch toezicht.

Maandag 25 april 1977:

(Ned. I) AVRO, 21.55 – 22.45 uur:
'Sterven kan je niet alleen'. Programma
over stervensbegeleiding.

(Ned. II) Socutera, 23.10 – 23.20 uur:
'Uitzending Nederlands Astmafonds'

Woensdag 27 april 1977:

(Ned. II) Socutera, 20.25 – 20.30 uur:
'Uitzending Nederlands Astmafonds'

Donderdag 28 april 1977:

(Ned. I) Teleac, 18.15 – 18.45 uur:

'Gesprekken met hulpverleners'. Les 9.

De rol van de wetgever bij het regelen van het medisch handelen

door Prof. Dr. H. J. J. Leenen

Onder invloed van velerlei factoren (o.a. de behoefte aan het scheppen van betere rechtsverhoudingen in de gezondheidszorg, de noodzaak van het beter reguleren van de verhouding tussen gezondheidszorg en openbaar bestuur, veranderende opvattingen in de bevolking over de maatschappelijke functie en het functioneren van de gezondheidszorg) is in en ten aanzien van de gezondheidszorg een *juridiseringsproces* gaande zowel in de civiel- en strafrechtelijke sfeer als ten aanzien van het administratieve recht. Dit proces heeft positieve waarde, niet alleen gezien uit het oogpunt van patiëntenrechten en orderingsbehoefte, doch ook omdat het recht een bijdrage kan leveren aan het tot stand komen van een goede en evenwichtige hulpverlening. Er zijn ook negatieve aspecten aan juridisering verbonden, zoals bijvoorbeeld het risico van te grote formalisering.

Een oordeel over de gewenste omvang en reikwijdte van het *juridiseringsproces* in de gezondheidszorg hangt samen met de waardering, die men geeft aan respectievelijk de positieve en de negatieve elementen. Doch hoezeer daarover de meningen ook kunnen divergeren, dat neemt niet weg, dat een verdere juridisering van de gezondheidszorg niet alleen onvermijdelijk is doch ook in brede kringen wordt aanvaard.

Hoewel het geschetste proces geenszins is beperkt tot wetgeving (door juristen positivering genoemd) is het met name de uitbreiding van de wetgeving, respectievelijk plannen daartoe, die in de gezondheidszorg de discussie over de rol van de wetgever heeft geïntensiveerd. In dit artikel zal slechts dit aspect van het *juridiseringsproces* aan de orde komen. Voorts zal een beperking worden aangebracht tot het medisch handelen. De wetgeving in de gezondheidszorg bestrijkt een veel breder terrein dan dat van het medisch handelen. Over de rol van de wetgever ten aanzien van het geheel van de gezondheidszorg zie mijn bijdrage 'Recht en wet in de gezondheidszorg' in het (nog te verschijnen) boek van E. Roscam Abbing 'Bouw en werking van

de gezondheidszorg' (Bohn, Scheltema en Holkema 1977).

Een ander aspect van het vraagstuk betreft de *functie van de wetgever* in verhouding tot de vrije persoonlijke sfeer van het individu in de gezondheidszorg. Zie daarover mijn bijdrage 'Overheidshandelen in de persoonlijke levenssfeer' in het (eveneens nog te verschijnen) Cahier van Biowetenschappen en Maatschappij over fluoridering van het drinkwater. De rol van de wetgever met betrekking tot het medisch handelen vormt derhalve een onderdeel van een veel breder complex van vraagstukken. Het ligt dan ook voor de hand, dat ontwikkelingen bij het *juridiseringsproces* in en van de gezondheidszorg zullen doorwerken in de discussie over de vraag, hoever de wetgever ten aanzien van het medisch handelen dient te gaan. Onder medisch handelen wordt hier verstaan het professionele handelen met betrekking tot individuele personen door gekwalificeerde beroepsbeoefenaren in de geneeskunde (artsen, verpleegkundigen, paramedici, enz.)

De wetgever heeft zich door de eeuwen heen met het medisch handelen bemoeid. In Nederland is dit voor wat betreft de meer recente geschiedenis bijvoorbeeld zichtbaar in de Wet Uitoefening Geneeskunst en in de Medische Tuchtwet. Ook in de sfeer van het strafrecht heeft de wetgever regelen over het medisch handelen gesteld. Men denke bijvoorbeeld aan de abortus. Er bestaat geen twijfel over, dat de wetgever de bevoegdheid heeft het medisch handelen te regelen. Het is moeilijk bij de bepaling van de omvang van die bevoegdheid een andere grens te trekken dan kan worden ontleend aan de grondrechten van de mens. Anders gezegd: de wetgevingsmacht van de overheid is zeer ruim en kan zich in principe over het geheel van het medisch handelen uitstrekken mits grenzen ten aanzien van de mensenrechten worden gerespecteerd. In feite is deze 'wetgevingsruimte' bij lange na niet opgevuld en het is de vraag, of het

gewenst is met deze 'opvulling' verder te gaan dan thans het geval is.

Dit leidt tot de vraag, *welk wetgevingsbeleid met betrekking tot het medisch handelen het beste is en welke argumenten in dat verband kunnen worden aangevoerd.*

Overheidsordening en zelfordening

Bij de beschouwing van deze vraag moet in de eerste plaats worden gewezen op de samenhang tussen de omvang van de wetgevingsfunctie en de omvang van de zelfordening door de samenleving. Een wetgever zal in het algemeen minder neiging hebben wetgeving te initiëren, indien binnen de bestaande maatschappelijke kaders reeds (op privaatrechtelijke basis) zodanige regelingen zijn getroffen dat – i.c. bij de uitvoering van de geneeskunde – zich weinig problemen voordoen.

Er is een duidelijke samenhang tussen overheidsordening en zelfordening. Hoe minder zelfordening in de geneeskundige sector, hoe eerder en hoe meer de overheid zal ingrijpen. Daarbij zal deze zelfordening overigens aan een aantal vereisten moeten voldoen: zij dient de betrokkenen te binden respectievelijk als bindend te functioneren; zij moet meer ingesteld zijn op algemene dan op groepsbelangen en zij dient zich in openbaarheid te voltrekken, respectievelijk te kunnen worden gecontroleerd. Maar ook ten aanzien van een onderwerp waarover een goede zelfordening is tot stand gekomen, kan de overheid haar bemoeiing willen uitstrekken, bijvoorbeeld vanwege het algemeen belang dat erbij aan de orde is en de wenselijkheid van parlementaire verantwoordelijkheid, doch de wijze waarop dit geschiedt zal in sterke mate samenhangen met het feitelijk functioneren van de zelfgeordende activiteit, de bindendheid en openbaarheid daarvan. Een voorbeeld, waar zelfordening overheidsordening heeft beperkt, is de regeling van de opleiding en erkenning van medische specialisten, terwijl er toch legio argumenten zijn om ook deze

opleiding, zoals zo vele andere opleidingen, wettelijk te regelen.

Het feit dat de neiging tot wetgevend reguleren van het medisch handelen toeneemt, hangt onder andere samen met het feit dat de maatschappelijke organen op bepaalde terreinen van dat handelen niet of te laat eigen regelingen hebben getroffen, respectievelijk deze regelingen onvoldoende bindende kracht hebben gekregen dan wel onvoldoende in de openbaarheid functioneren. De zwakte van het particulier initiatief is, dat het zijn regelingen vaak onvoldoende bindende kracht geeft of daartoe niet in staat is bijvoorbeeld wegens tegengestelde belangen, dat het vaak zo weinig in de openbaarheid werkt en dat het niet tot publieke verantwoording kan worden gedwongen. Evenzovele motieven voor de wetgever om in te grijpen.

Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat, na een periode van sterke groei van de maatschappelijke organen, de zelfordening in Nederland is gestagneerd en de maatschappelijke organen in de gezondheidszorg er noch intern noch extern ten opzichte van andere instituties in zijn geslaagd een zodanige structuur tot stand te brengen dat de wetgever zijn activiteiten kan beperken. Deze uitspraak geldt niet alleen bijvoorbeeld de structuur van de gezondheidszorg, maar met name ook de regeling van het medisch handelen. Indien de maatschappelijke organen er beter in zouden zijn geslaagd intern bindende en extern aanvaarde ordening bijvoorbeeld met betrekking tot de kwaliteit van het medisch handelen en de doelmatigheid ervan tot stand te brengen, zou de problematiek welke hier aan de orde is thans geheel anders liggen. Men heeft ingrijpen van de wetgever vaak mede aan zichzelf te wijten.

De groeiende rol van de wetgever behoeft echter niet te betekenen, dat de maatschappelijke krachten zouden moeten worden uitgeschakeld.

Vaak wordt te zeer vanuit een tegenstelling wetgever-maatschappelijke organen geredeneerd. Een verstandige wetgever echter zal gebruik maken van de in de samenleving aanwezige deskundigheid en krachten. Daarmede kan voorts vervreemding tussen wetgever en burger worden voorkomen. Met andere woorden: gegeven de onder andere door het onvoldoende functioneren van de zelfordening noodzakelijk geworden wetgeving, zal de wetgever er goed aan doen zodanige regelingen

tot stand te brengen dat de maatschappelijke krachten worden ingeschakeld, hetgeen dan echter voor de betreffende maatschappelijke organen de opdracht meebrengt tot medewerking. Ook binnen een wettelijk kader blijft het reeds gestelde over de verhouding overheids-ordening-zelfordening gelden. De wetgever zal meer of minder aan de maatschappelijke groeperingen kunnen overlaten naarmate deze meer of minder in staat zijn zelf regelingen te treffen die aan de hiervoor gestelde eisen voldoen.

Wetgevingsbeleid ten aanzien van het medisch handelen

Terughoudendheid van de wetgever met betrekking tot het medisch handelen is bepleit door Van der Mijn (De wetgever en het medisch handelen, Medisch Contact 1972, 1165). Van der Mijn voert de volgende argumenten voor zijn opvatting aan: de medische zorg in Nederland staat op een goed niveau; er zijn voldoende mogelijkheden tot correctie in individuele gevallen; wetgeving houdt het gevaar in van onvoldoende aandacht voor elk individueel geval; het overlaten aan de eigen verantwoordelijkheid leidt in het algemeen tot grotere zorgvuldigheid; de wetgever kan zich beter afzijdig houden, indien het gaat over ethische problemen waarover pluriforme inzichten bestaan. Niettemin is Van der Mijn van mening, dat de artsenwereld (hetgeen uiteraard ook voor de andere beroepen geldt, omdat de geneeskunde niet alleen door artsen wordt uitgevoerd) niet zou behoeven te opponderen indien de wetgever ter waarborging van een zo groot mogelijke rechtszekerheid van de patiënten verder zou willen gaan, tenzij een verantwoorde hulpverlening aan de patiënt en de daarvoor noodzakelijke therapeutische vrijheid – binnen de grenzen van de wetenschap – zouden worden belemmerd.

Voor matigheid door de wetgever met betrekking tot het medisch handelen kunnen nog andere dan de door Van der Mijn genoemde argumenten worden aangevoerd:

- het medisch handelen is zo veelvormig en omvangrijk, dat het feitelijk niet mogelijk is tot een sluitende of redelijk hanteerbare wettelijke regeling te komen;
- de beroepsbeoefenaren hebben een grotere deskundigheid ten aanzien

van dat medisch handelen dan de overheid;

- wettelijke regeling van de inhoudelijke zorgverlening heeft de neiging de wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde te verstarren;
- het vertrouwen van het publiek in de professionele onafhankelijkheid van de arts en de betrouwbaarheid van de relatie arts-patiënt kan worden verminderd;
- bij de artsen kan de neiging gaan ontstaan om zich strikt aan de wettelijke voorschriften te gaan houden, waardoor een conservatieve wijze van behandeling en verambtelijking kan gaan ontstaan;
- de wetgever is nimmer in staat garantie te bieden voor het individuele medisch handelen.

Wat voor de arts geldt, is mutatis mutandis ook op andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg van toepassing. Is de opvatting van Van der Mijn derhalve zeer goed verdedigbaar en wordt zij in deze beschouwing ook verdedigd, op grond van het eerder gestelde moet daarbij wel de eis worden gesteld, dat de betreffende maatschappelijke organen, waarvan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst er een is, hun publieke functie onderkennen en in feite realiseren. Dit geldt zowel voor de organisaties individueel als tezamen. Anders gezegd: *zelfordening ten aanzien van het medisch handelen is niet alleen een zaak van beroepsorganen van de artsen, maar ook van die van de andere beroepsbeoefenaren en van de organisaties waarbinnen zich het medisch handelen voltrekt, zoals bijvoorbeeld de ziekenhuisorganisatie.*

Indirecte wetgeving

Welke constructie zou in het spanningsveld zelfordening-wetgevingsordening, gegeven enerzijds de gesignaleerde tendentie tot positivering en anderzijds de bezwaren daarvan en de wenselijkheid tot inschakeling van de maatschappelijke krachten, kunnen worden gehanteerd met betrekking tot het medisch handelen? Een methode zou kunnen zijn wat 'indirecte' wetgeving zou kunnen worden genoemd. Daarmede wordt bedoeld een wetgevingsfiguur, waarbij de wetgever niet rechtstreeks ingrijpt in het materiële medisch handelen, dat wordt overgelaten aan de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaren en andere betrok-

kenen, maar wel *regelen stelt van structurele en procedurele aard*, waarbinnen dat medisch handelen zich dient te voltrekken. De wetgever geeft het kader aan, schept garanties en houdt toezicht, doch laat de uitvoering over aan de maatschappelijke organen.

Men denke bijvoorbeeld aan wetgeving met betrekking tot de structuur, verplichtstelling van de toetsing van het medisch handelen, verplichting tot het bijhouden van een dossier, de instelling van klachtencommissies, verplichting tot het verstrekken van (niet op naam van de patiënt gestelde) gegevens, het vaststellen van procedures ten aanzien van experimenten op mensen, het stellen van eisen en criteria bijvoorbeeld over de informatie van de patiënt of ten aanzien van de professionele normering van het medisch handelen. Veel van dergelijke maatregelen zijn van meso- en macro-achtige aard. De wetgever treedt dus niet in het medische handelen zelf, geeft daarvoor eventueel algemene standaarden, doch schept zodanige voorwaarden rondom dat medisch handelen dat sturing en toetsing mogelijk is.

Geëist wordt dan bij bijvoorbeeld de toetsing van het medisch handelen, dat er wordt getoetst, dat er toetsingscommissies zijn, er worden controlemaatregelen in dat opzicht getroffen, doch de uitvoering wordt aan de betrokkenen overgelaten. Ten aanzien van experimenten op mensen – om een ander voorbeeld te nemen – zouden criteria kunnen worden vastgesteld o.a. ten aanzien van de informatie en toestemming van betrokkenen in commissies kunnen worden ingericht om experimenten op hun wetenschappelijke aspecten, toelaatbaarheid en voldoen aan genoemde criteria te beoordelen. Zo kan men een indirecte regulering van het medisch handelen tot stand brengen, waarbij de publieke verantwoordelijkheid o.a. van de wetgever kan worden gerealiseerd zonder dat de professionele verantwoordelijkheid behoeft te worden uitgehold. In welke mate in een dergelijk stelsel de macht van de wetgever zich zal uitstrekken naar het medisch handelen hangt, wederom gezegd, af van de mate waarin de betrokken privaatrechtelijke organisaties er in slagen zelf tot een normering en regulering te komen en in hoeverre zij er in slagen een bindende kracht aan de eigen regelen te geven.

De in dit artikel verdedigde benaderingswijze leidt tot de afwijzing van het opnemen in wetten van commissies die vooraf over te verrichten individuele

medische handelingen zouden moeten beslissen of adviseren, respectievelijk achteraf de individuele handelingen van beroepsbeoefenaren ten aanzien van bepaalde categorieën van medische handelingen zouden moeten beoordelen. Gedacht wordt hierbij met name aan de wel voorgestelde *abortuscommissies*, terwijl ook in het kader van de *euthanasie* dergelijke commissies worden voorgesteld. Afgezien van overige bezwaren tegen dit soort commissies en de onuitvoerbaarheid om voor het medische handelen op een dergelijke wijze tot regelingen te komen, zijn bij de gegeven standaard van medische beroepsuitoefening er weinig argumenten voor deze vorm van regulering. Zonder dit als een dogmatische stelling te willen proclameren is het voorts niet goed, dat derden (noch de wetgever noch anderen op bevel van de wetgever) in de individuele hulpverleningsrelatie treden anders dan op verzoek van de betrokkenen zelf.

De motieven voor de instelling van de genoemde commissies liggen in feite overigens in een geheel ander vlak, omdat het een soort ethische bewakingscommissies zijn. Hier zal niet worden ingegaan op de elders (zie genoemde literatuur) verdedigde stelling, dat de wetgever, gezien de pluriformiteit van opvattingen in de samenleving, in het algemeen beter kan nalaaten ten aanzien van zaken in de persoonlijke levenssfeer waarover de ethische opvattingen divergeren wettelijke maatregelen te treffen. Ethische bewakingscommissies moeten ook in dat kader worden afgewezen. Dit sluit ethische toetsing van het medisch handelen niet uit, doch dat gebeurt ten aanzien van individuele personen via (tucht)rechtspraak en de in te stellen 'indirecte' toetsingsorganen voor het medisch handelen en het is niet goed in te zien, waarom de wetgever ten aanzien van bepaalde handelingen verder zou dienen of behoeven te gaan.

Een ontwikkeling in de richting van abortus- en euthanasiecommissies verdient geen aanbeveling. Commissies die bijvoorbeeld experimenten op mensen vooraf dienen te beoordelen, zijn – dit zij ter verduidelijking opgemerkt – van geheel andere aard.

Gewetensbezwaren bij individueel medisch handelen

Een andere vraag die bij wettelijke regulering van het medisch handelen aan de orde is gekomen, is de vraag of het

op de weg van de wetgever ligt om in wettelijke regelingen op te nemen dat de beroepsbeoefenaar niet verplicht is tot het verrichten van bepaalde handelingen, indien hij zich op grond van persoonlijke opvattingen niet met dat handelen kan verenigen. Dit punt is onlangs weer bij de abortus aan de orde gekomen, doch moet ook in algemeen verband worden gezien. Een arts kan het ethisch – een soortgelijk probleem kan zich overigens ook voordoen op medische gronden – niet eens zijn met een handelen dat van hem wordt verwacht.

De hier aan de orde zijnde vraag moet worden beantwoord tegen de achtergrond van de plicht tot hulpverlening door de beroepsbeoefenaar. Zie daarvoor mijn: 'De plicht tot hulpverlening door de arts' (Medisch Contact 1976, 1, 17). Heeft de arts een contract met de patiënt gesloten, dan heeft hij in het gemeen een plicht tot hulpverlening, doch *het lijkt nauwelijks voor betwisting vatbaar dat een arts niet contracteert tot het verrichten van voor hem niet aanvaardbare handelingen*. In de contractuele relatie, die veelal aanwezig is ook al is er niets op schrift gesteld, mag de arts derhalve weigeren handelingen die hij onaanvaardbaar vindt uit te voeren. Hij zal, omdat hij zich heeft verbonden de patiënt hulp te verlenen, dan overigens wel moeten zorgen dat de patiënt op andere wijze hulp krijgt. Met name indien het gaat om een verschil van ethisch inzicht, ligt verwijzing naar een arts die een gelijk ethisch inzicht heeft als de patiënt voor de hand. Buiten de contractuele relaties heeft de arts geen wettelijke hulpverleningsplicht, behoudens in bepaalde noodgevallen.

Ook binnen het kader van de onrechtmatige daad (maatschappelijke zorgvuldigheid) kan de arts een hulpverleningsplicht hebben. Die is er onder bepaalde voorwaarden, die in genoemd artikel zijn uiteengezet. Doch tot deze voorwaarden behoort zeker niet, dat het tot de zorgvuldigheid die in het maatschappelijke verkeer betaamt zou behoren, dat men handelingen dient uit te voeren waartegen men medische of ethische bezwaren heeft. Is de hulpverleningsplicht binnen het kader van de buitencontractuele aansprakelijkheid op zichzelf al beperkt tot noodgevallen, het is niet aan twijfel onderhevig dat een dergelijke plicht niet omvat het verrichten van ethisch voor de betrokkene niet aanvaardbare handelingen. Kortom, in het algemeen heeft de arts geen plicht tot het uitvoeren van voor

hem onaanvaardbare handelingen. *Het heeft derhalve geen zin, dat de wetgever uitdrukkelijk in een wet zou neerleggen dat een arts geen handelingen behoeft te verrichten die hij ethisch niet aanvaardbaar acht.* Daar waar geen plicht bestaat behoeft men van een plicht ook niet te ontslaan. Men bedriift dan zinloze en nutteloze wetgeving. Een dergelijke bepaling zou alleen zin hebben ten aanzien van wettelijk aan de arts opgelegde verplichtingen, doch bij de bestaande verplichtingen is, voor zover bekend, dit probleem nimmer aan de orde geweest en dus ook op die grond is een soort vrijstellingsbepaling wegens gewetensbezwaren niet nodig.

Aan het voorgaande kan nog worden toegevoegd, dat een speciaal bezwaar zou ontstaan indien een bepaling als aan de orde is in een wet die betrekking heeft op een bepaalde categorie van medisch handelen – bijvoorbeeld de abortus – zou worden opgenomen. Immers in dat geval dreigt het risico van de *a contrario*-redenering, namelijk dat een vrijstelling wegens persoonlijke bezwaren voor andere medische handelingen niet zou gelden. De conclusie is derhalve, dat in dit opzicht de wetgever het individueel medisch handelen niet behoeft te regelen.

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is nog een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van f 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, zijn nog enkele overdrukken voorradig.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van f 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren f 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Nederlands Studenten Sanatorium in de zorgen

Het bestuur van de Stichting 'Het Nederlands Studenten Sanatorium' ziet de toekomst duister in. Al jaren kampt de stichting met financiële problemen. Voor haar werk is de Stichting NSS voor een belangrijk deel afhankelijk van vrijwillige bijdragen. Overleg op het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen om de stichting meer financiële armslag te verschaffen leverde tot dusver geen tastbare resultaten op.

Al tijdens het congres 'Handicap in studie' (1970) deed de toenmalige staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, Mr. H. J. Grosheide, de toezegging verder met het NHS te overleggen over geldelijke zekerheid op langere termijn. Weliswaar erkent de overheid volledig het belang van het werk dat de stichting verzet, maar in een aan de kosten aangepaste subsidie heeft dit nog niet geresulteerd.

Sinds ruim dertig jaar zet het Nederlands Studenten Sanatorium zich geheel belangeloos in voor de verbetering van de leef- en werksituatie van aan tuberculose lijdende studenten en de laatste tien jaar van langdurig zieke en lichamelijk gehandicapte studenten. Centraal staat de begeleiding van studerende die een opleiding volgen binnen het tertiair onderwijs of zich daarop voorbereiden en die langdurig ziek of lichamelijk gehandicapt zijn. Deze begeleiding is erop

gericht de mogelijke belemmeringen van de ziekte of de handicap tijdens de studie weg te nemen of zoveel mogelijk te verminderen. Samen met de betrokkene en met vertegenwoordigers uit de wereld van de revalidatie en het onderwijs probeert het NSS oplossingen te vinden voor vraagstukken waarmee de leerling of de student met zijn handicap in zijn studie te maken krijgt. Behalve op de persoonlijke hulpverlening richt de stichting haar activiteiten op de verbetering van de leef-, studeer- en werksituatie van gehandicapte studenten in het algemeen. Binnen de revalidatie bestaat geen enkele andere instantie die dit werk met een team van beroepskrachten uitvoert. Ook binnen het onderwijs mist men dergelijke deskundige werkers. Het ministerie van O&W organiseert het buitengewoon onderwijs; verder zijn de activiteiten van het ministerie op het gebied van onderwijs aan gehandicapten –

met name de gehandicapte leerlingen binnen het gewone onderwijs – uiterst gering, met als gevolg dat een gehandicapte leerling die het gewone onderwijs kan en wil volgen dikwijls voor grote materiële problemen komt te staan.

De praktijk van de laatste vijftien jaar maakt duidelijk, dat het bestaan van een organisatie als het Nederlands Studenten Sanatorium voor een gehandicapte die wil studeren nodig is. Het NSS heeft bureaus in Groningen, Amsterdam, Nijmegen, Delft en Leiden. Zij boden in de afgelopen tien jaren hulp aan 427 personen, meest tussen de 15 en 30 jaar oud.

Contributies ten gunste van de Stichting 'Het Nederlands Studenten Sanatorium' – minimaal f 10,— per jaar, een abonnement op het kwartaalblad 'Binding' inbegrepen – kunnen worden gestort op giro 91323 ten name van de penningmeester van de Stichting 'Het Nederlands Studenten Sanatorium' te Utrecht.

Het landelijk bureau NSS is gevestigd: Willem Barentszstraat 5, Utrecht, tel. 030-71 80 21.

GASTARBEIDER EN GEZONDHEIDSZORG

Op zaterdag 25 maart jl. organiseerden het Koninklijk Instituut voor de Tropen (KIT) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in Amsterdam een symposium over het onderwerp: 'Gastarbeider en gezondheidszorg'.

De belangstelling voor deze bijeenkomst bleek groot. Enige honderden geïnteresseerden vulden de zaal in het Tropeninstituut waar het symposium werd gehouden.

Dagopener was de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer J. P. M. Hendriks. Na hem voerden vijf in de problematiek van de buitenlandse werknemers ingevoerde inleiders het woord. Hun voordrachten werden gevolgd door een discussie, eerst met de sprekers alleen, later ook met een versterkt panel.

Wat er die dag naar voren werd gebracht volgt hieronder, compleet met conclusie (van Dr. D. G. Jongmans, KIT) en slotwoord (van Dr. H. Roelink, KNMG). Een artikel over de pas opgerichte tolkencentra in ons land besluit dit themablok.

In dit nummer worden achtereenvolgens gereproduceerd: J. P. M. Hendriks: Optimale deelname aan Nederlandse samenleving

Mevr. Drs. Lotty van den Berg-Eldering:

– Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders in Nederland

Mevr. Drs. M. L. Creighton:

– Ziek zijn en ziekengedrag in Noord-Afrika

Drs. Ph. J. van der Meer:

– Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen

Mevr. Z. M. Sieval, arts:

– Spreekuur voor Turkse vrouwen

Dr. D. G. Jongmans:

– Eer en zelfrespect; de Noordafrikaanse boer en de overheid

– Discussie en forum

– Conclusie

– Slotwoord

Chr. Bouthillier:

– Het tolkencentrum; een nieuw soort hulpverlenende instelling

J. P. M. Hendriks: Optimale deelname aan Nederlandse samenleving

Aan het verzoek van de voorzitter van het Overlegorgaan Medische Verzorging Buitenlandse Werknemers om dit symposium te openen, voldoe ik met genoegen. Niet alleen uit waardering voor de werkzaamheden van het overlegorgaan, dat mij de afgelopen jaren een aantal waardevolle adviezen heeft uitgebracht. Dit genoegen is vooral het gevolg van het feit, dat dit symposium een nieuwe fase inluidt van de verbetering van de gezondheidszorg ten behoeve van de bevolkingsgroep die wij benoemen met de term 'buitenlandse werknemers'.

Economische noodzaak

Om deze wellicht wat raadselachtige motivering te verduidelijken wil ik even teruggaan in de tijd. Hoewel wat later dan in de ons omringende landen heeft ook Nederland zijn deel gekregen van de migrantenstroom uit de landen rond de Middellandse Zee. De achtergrond was een economische: de noodzaak namelijk om groeiende arbeidstekorten, waarin niet meer kon worden voorzien door aanbod van Nederlandse werknemers, toch op te vullen. Sinds 1960 is deze migrantenstroom gereguleerd via wervingsovereenkomsten met de betrokken landen. Deze regulatie

was enerzijds bedoeld om het aanbod van deze werknemers te kunnen aanpassen aan de vraag, die in omvang en spreiding over bedrijfstak en lokatie wisselde; anderzijds boden en bieden de wervingsovereenkomsten de mogelijkheid de komst van de buitenlandse werknemers met waarborgen te omkleeden. Een verantwoorde selectie en medische keuring, overkomst en tewerkstelling, opvang en begeleiding werden hierdoor mogelijk.

De verantwoordelijkheid die de overheid draagt om, tegenover de bijdragen die deze groep migranten levert aan de Nederlandse economie, voor hen de voorwaarden te scheppen die hun deelneming aan het maatschappelijk leven mogelijk maakt, is vanaf het begin erkend. In de zestiger jaren is deze overheidszorg bepaald door de verwachting dat het ging om een vrij kleine groep van vrijwel uitsluitend mannelijke werknemers die slechts beperkte tijd hier te lande zouden verblijven. De praktijk heeft echter uitgewezen, dat de omvang van deze groep buitenlandse werknemers aanvankelijk sterk is toegenomen en zich vervolgens heeft gestabiliseerd. Het gemiddelde verblijf van de buitenlandse werknemer blijkt langer te zijn dan aanvankelijk werd aangenomen, terwijl het aantal remigranten ongeveer in evenwicht wordt



gehouden door de echtgenoten en kinderen die – enige jaren na de echtgenoot en vader – voor gezinshereniging naar hier komen.

Nieuw structureel element

De realisering, dat deze groep van gezinnen – in ieder geval voorlopig – een nieuw structureel element vormt in

onze samenleving, heeft gevolgen gehad voor het beleid van de overheid. In de regeringsnota buitenlandse werknemers van 1970 is de problematiek rond de buitenlandse werknemers en hun gezinnen centraal aan de orde gesteld. Met erkenning van de plicht om de instandhouding en de ontplooiing van de eigen identiteit van de verschillende gemeenschappen mogelijk te maken, is als hoofddoel van het regeringsbeleid vooropgesteld, dat dit beleid erop gericht dient te zijn hen op optimale wijze te laten deelnemen aan de Nederlandse samenleving.

In de gezondheidszorg, evenals in andere maatschappelijke sectoren, vormen *communicatiemoelijkheden* de voornaamste barrière tussen de buitenlandse werknemer en hulpverlening. Dit geldt met name voor de Turkse en Marokkaanse gemeenschappen. Niet alleen vertonen zij de meest sprekende verschillen in culturele achtergronden, maar zij vormen bovendien de in aantal grootste groepen buitenlandse werknemers in ons land. Deze verschillen komen het duidelijkst naar voren in het dikwijls moeizame contact tussen de Nederlandse medische hulpverlener – die ik hier exposeer in de figuur van de arts – en zijn Turkse of Marokkaanse patiënt. Het is dit aspect van de communicatieproblematiek dat als onderwerp is gekozen voor dit symposium. Het zal U niet zijn ontgaan, dat deze culturele hindernis wordt voorafgegaan door een andere.

Wil de arts zelfs maar kunnen toekomen aan een reactie op de klacht van zijn Turkse of Marokkaanse patiënt, dan zal hij deze toch eerste moeten kunnen verstaan – verstaan in de zin dat hij hoort wat deze hem meedeelt. Indien de arts en zijn Turkse of Marokkaanse patiënt niet een gemeenschappelijke taal spreken, is deze hindernis onoverkomelijk. Men kan er echter wel omheen. Taal is een instrument, een technisch hulpmiddel bij communicatie. Tussen de arts en de patiënt is ruimte voor een intermediair, een tolk, die de benodigde informatie helpt uitwisselen.

Hoewel ook andere oplossingen zijn geprobeerd, heb ik uiteindelijk – mede op advies van het Medisch Overlegorgaan – gekozen voor de *tolkenhulp* als landelijke voorziening. In samenwerking met het ministerie van CRM heb ik de oprichting van voorlopig vijf regionale tolkencentra gestimuleerd. De tolkencentra zijn rond de jaarwisseling van start gegaan met een bezetting van

een kleine twintig tolken die, toegespitst op de eerstelijns gezondheidszorg, vooralsnog in hoofdzaak diensten verlenen ten behoeve van de medische sector. Om de inbouw van verdere hindernissen te voorkomen heb ik aan de subsidiëring van de aangestelde tolken de voorwaarde verbonden, dat de door hen in de medische sector verrichte diensten gratis zullen zijn.

Tijdens het werkbezoek dat ik onlangs bracht aan het Tolkencentrum Amsterdam heb ik met name een positieve indruk gekregen van de mogelijkheden die het gebruik van de luidsprekende telefoon biedt. Niet alleen kan zo van het in eerste opzet beperkte aantal tolken optimaal gebruik worden gemaakt, maar wat mij van het grootste belang lijkt, de privacy van de voor de tolk naamloze patiënt wordt hierdoor gegarandeerd.

Ik heb overigens niet de illusie dat met deze eerste, bescheiden opzet van tolkenhulp de taalbarrière nu definitief is geslecht. De gesprekken met vertegenwoordigers van de vijf centra tijdens mijn bezoek in Amsterdam hebben mij duidelijk gemaakt, dat een groot aantal problemen nog zal moeten worden opgelost. De evaluatie van de vijf centra zal in de komende periode duidelijk moeten maken waar en in welke mate er knelpunten aanwezig zijn. Tegen deze achtergrond zal de opzet, werkwijze en omvang van de centra opnieuw kunnen worden gezien.

Ik hoop tevens dat de registratie die de centra bijhouden van de vraag naar tolkendiensten in andere sectoren dan de medische, aanleiding zal vormen voor de betrokken bewindslieden, die ook met communicatieproblemen worden geconfronteerd, om gebruik te maken van de mogelijkheid om in de centra te gaan deelnemen. De eerste barrière, die van de taal, is dan nog wel niet verdwenen, maar de eerste duidelijke aanzet tot opruiming is naar mijn gevoel gegeven.

Verbetering van de kwaliteit van de medische zorg

Voor een verantwoorde medische zorg ten behoeve van de buitenlandse werknemer was de aanpak van de taalproblematiek een eerste vereiste. Het is immers weinig zinvol aandacht te schenken aan de vraag op welke wijze de verschillen in culturele achtergrond de juiste zorgverlening kan beïnvloeden, met andere woorden hoe de kwaliteit van die zorg verbeterd kan worden,

zolang de *bereikbaarheid* van die zorg gefrustreerd wordt door de omstandigheid dat arts en patiënt elkaar niet begrijpen.

Het genoegen waarover ik in mijn openingswoorden sprak, vloeit dan ook mede voort uit de gedachte dat dit symposium de fase inluidt waarin met vrucht aandacht geschonken kan worden aan de verbetering van de kwaliteit van de medische zorg aan de buitenlandse werknemer en zijn gezin.

Ik wil tot slot op twee aspecten van deze interdisciplinaire samenwerking kort ingaan.

Het is van belang dat de informatie die op een symposium als dit ter tafel komt ook anderen bereikt, die daarvan in hun werk kunnen profiteren. Nu heb ik begrepen dat de vaktijdschriften in meer of minder uitgebreide vorm plaats zullen inruimen voor hetgeen hier wordt behandeld. Ik vraag mij echter af of niet een meer *permanente vorm van informatieoverbrenging* denkbaar is. Een mogelijkheid daartoe is wellicht te vinden in de inschakeling van het Voorlichtingscentrum Gezondheidszorg Buitenlanders van het Nationaal Centrum voor Kruiswerk en het Nederlandse Rode Kruis, dat eind vorig jaar met een subsidie van het departement van Volksgezondheid van start is gegaan. Naast de voorlichting aan buitenlandse gezinnen, die onder meer tot doel heeft hun een weg te wijzen in de veelheid van Nederlandse gezondheidsvoorzieningen, richt dit voorlichtingscentrum zich ook op de informatie en voorlichting aan artsen en andere werkers in de gezondheidszorg. Ik meen zelfs dat een project 'Cultuurinformatie hulpverleners' in voorbereiding is, dat precies aansluit op de thematiek van dit symposium. Het is naar mijn gevoel wenselijk dat aan de mogelijkheden tot continuïteit in de informatiestroom aandacht wordt geschonken.

Een werkelijke verbetering van de zorgverlening staat of valt echter uiteindelijk met de bereidheid van de arts en de andere werkers in de gezondheidszorg om gebruik te maken van de assistentie die hen in de vorm van '*cultuurinformatie*', maar ook van tolkenhulp, wordt geboden. Vooral in de eerste lijn betekent het dat een extra inspanning, in tijd en moeite, wordt gevraagd. Ik koester de hoop dat de belangstelling voor dit symposium tekenend zal blijken te zijn voor de bereidheid deze extra inspanning te leveren.

Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders in Nederland

door Mevr. Drs. Lotty van den Berg-Eldering*

Inleiding

Er zijn vele factoren aan te wijzen die, bij een lange verblijfsduur in Nederland, als stressor kunnen gaan werken op de buitenlandse werknemers. In dit artikel wil ik slechts ingaan op die factoren die bij mijn onderzoek onder Marokkaanse gezinnen in Nederland als stressoren naar voren kwamen. Het gaat hierbij om factoren die enerzijds verband houden met de Marokkaanse samenleving en cultuur, en die anderzijds betrekking hebben op de economische structuren waarin de buitenlandse werknemers in Nederland zijn terechtgekomen.

Het aantal migranten uit het Middellandse gebied is toegenomen van 21.000 in 1964 tot 160.000 medio 1975 (exclusief de illegale migranten). Niet alleen de tijdelijkheid van het verschijnsel arbeidsmigratie is een fictie gebleken, de buitenlandse werknemers zijn immers zo langzamerhand doorgedrongen in alle bedrijfstakken, ook de tijdelijkheid van het verblijf van de individuele migrant zou weleens een fictie kunnen blijken te zijn (Penninx en Van Velzen 1976, p. 15). Het aandeel der permanente arbeidsvergunningen op het totaal der aan Middellandse werknemers verstrekte vergunningen groeide van 11,8% eind 1970 tot 35,1% medio 1974. Dit betekent dat het percentage vreemdelingen die langer dan vijf jaar onafgebroken in Nederland werkzaam zijn, groeiende is (Entzinger 1975, p. 335). Genoemde cijfers dateren van medio 1974. Het is niet onwaarschijnlijk dat het percentage langverblijvers inmiddels is gestegen tot boven de 50%. Op deze categorie is de term 'target worker', dat is de migrant die naar Noordwest-Europa komt om in korte tijd zoveel mogelijk geld te verdienen om daarna terug te keren naar zijn land, nauwelijks meer van toepassing. Ik

vraag mij trouwens af of deze, in de industrielanden gebruikte, term niet is ontstaan als 'wishful thinking'.

Na verloop van tijd wordt de buitenlandse werknemer geconfronteerd met de al dan niet bedoelde gevolgen van zijn migratie. Aan de ene kant leidt de arbeidsmigratie tot welvaartsverhoging van zijn gezin en familie in het land van herkomst en dientengevolge tot verhoging van zijn status en prestige in dat land. Aan de andere kant wordt de buitenlandse werknemer zich zo langzamerhand bewust van de negatieve aspecten van de arbeidsmigratie. Hij heeft zich begeven op een weg zonder toekomstperspectief en er is nauwelijks een weg terug (Böhning 1972, Penninx en Van Velzen 1976, Van Renselaar, Penninx en Van Velzen 1975). De buitenlandse werknemer voelt dat hij gefaald heeft. Gefaald in eigen en andermans ogen: in zijn rol als echtgenoot en vader, in zijn verantwoordelijkheid jegens zijn familie en in



het stijgen op de maatschappelijke ladder. Dit bewustwordingsproces kan bij buitenlandse werknemers aanleiding zijn tot stress.

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de negatieve aspecten van de arbeidsmigratie bij een toenemende verblijfsduur van de buitenlandse werknemers. Ten gevolge van de arbeidsmigratie is de buitenlandse werknemer niet in staat de verplichtingen die voortvloeien uit zijn verantwoordelijkheid als echtgenoot en vader na te komen. Deze situatie wrekt zich op den duur. De belangrijkste drijfveer van Marokkaanse werknemers om hun gezin te laten overkomen was dat het huwelijks- en gezinsleven ontworst dreigde te raken. Na de migratie van het gezin naar Nederland ontstaan weer nieuwe problemen. De Marokkaanse migrant blijkt niet in staat te zijn om van zijn minimumloon te voorzien in het levensonderhoud van zowel zijn eigen gezin als in dat van zijn familie in Marokko. De familie in Marokko, die niet op de hoogte is van de moeilijke financieel-economische positie van de migrant in Nederland, gaat druk op hem uitoefenen. De migrant wordt geconfronteerd met zijn falen jegens zijn familie. Dit maakt hem onzeker en geeft dikwijls aanleiding tot klachten op medisch gebied. Hij tracht aan zijn verplichtingen te voldoen door hetzij meer overuren te maken hetzij in ploegendienst te gaan werken. Dit op zijn beurt geeft weer aanleiding tot een frequent ziekteverzuim. Een derde factor die als stressor op de buitenlandse werknemer kan gaan werken zijn de geringe mogelijkheden tot opwaartse sociale mobiliteit in de Nederlandse samenleving. De migrant wordt zich zo langzamerhand bewust dat hij zich in een positie zonder toekomstperspectief bevindt. Er is geen weg meer terug. Vooral de migranten die in het land van herkomst niet tot het laagste socio-economische stratum behoorden hebben hier moeite mee. Juist tussen hen ontbrandt de strijd om de positie van voorman of tolk in het bedrijf. Mislukkingen leiden ook hier dikwijls tot klachten van psychosomatische aard.

* De schrijfster is in opdracht van CRM belast met een onderzoek naar gezinshereniging van Marokkaanse arbeiders in Nederland.

Alvorens tot een algemene theorie of hypothese te kunnen komen zou er op dit terrein meer onderzoek moeten worden gedaan. Dit artikel wil dan ook niet meer zijn dan een bijdrage tot gedachtenvorming over de relatie tussen de situatie waarin de buitenlandse werknemers zich bevinden en stress.

1. De buitenlandse werknemer faalt in zijn rol als echtgenoot en vader

1.1. Verwantschapsstructuur

Langdurige afwezigheid van één der huwelijkspartners schept in elke samenleving problemen. De aard van deze problemen en de wijze waarop deze problemen worden opgelost verschillen echter per cultuur. Meer dan in West-Europa, speelt in de Mediterrane samenlevingen de familie buiten het gezin een belangrijke rol.

Het individu in deze samenlevingen wordt opgevoed in het besef dat zijn verantwoordelijkheid zich verder uitstrekt dan het eigen gezin. Ook na zijn huwelijk blijft een man direct verantwoordelijk voor het levensonderhoud en het welzijn van een groep familieleden buiten zijn eigen gezin. Omgekeerd zal deze familiegroep zich betrokken blijven voelen bij het welzijn van het individu en zich solidair met hem betonen. Dit is niet een anachronisme uit vroeger tijden, maar harde noodzaak in samenlevingen met een nog onontwikkelde stelsel van sociale voorzieningen. Wanneer men geen beroep kan doen op een Werkloosheidswet, Ziektewet of Algemene Ouderdomswet, dan moet men wel terugvallen op de familie. Deze *collectieve verantwoordelijkheid* beperkt zich niet alleen tot materiële zaken als het dagelijkse levensonderhoud, maar strekt zich verder uit tot het hele welzijn van de mens.

Zo voelt men zich collectief verantwoordelijk voor de eer van de groep en betoont men elkaar solidariteit in crisissituaties door lijfelijke aanwezigheid.

Deze 'sociale plicht' elkaar bij te staan in crisissituaties als ziekte, bevalling en overlijden leidt nogal eens tot conflicten in Nederlandse ziekenhuizen, waar per patiënt doorgaans niet meer dan twee bezoekers worden toegestaan. Terwijl wij ervan uitgaan dat de patiënt in een dergelijke situatie gebaat is bij rust en dus weinig bezoek, gaan de Marokkanen ervan uit dat de patiënt zich door de aanwezigheid van zijn familie en vrienden gesterkt zal voelen.

Een in Noord-Afrika veel voorkomend

type huishouding, waarin deze collectieve verantwoordelijkheid en solidariteit tot uitdrukking komen is de '*extended family*'. De 'extended family' in de traditionele betekenis van het woord omvat drie of meer generaties. De kern ervan wordt gevormd door de gezinnen van een ouderpaar en die der gehuwde zoons. Deze gezinnen vormen een samenwonende, samen producerende en samen consumerende eenheid. Een zoon wordt na zijn huwelijk niet zelfstandig, maar hij blijft samen met zijn vrouw deel uitmaken van de huishouding van zijn ouders. Na verloop van tijd, wanneer hij kinderen heeft of wanneer een volgende zoon huwt, zal hij zelfstandig gaan wonen. Maar ook dan nog blijft hij in economisch opzicht van zijn vader afhankelijk, althans wanneer de huishouding slechts agrarische bronnen van inkomsten heeft. Pas na de dood van de vader worden het land en het vee onder de nog levende zoons verdeeld.

Kinderen, vooral zoons, vormen de oudedagsvoorziening van hun ouders. Zolang er geen Algemene Ouderdomswet van kracht is, zal de animo voor geboortebeperkingsprojecten gering zijn.

Dat de keuze van huwelijkspartner in samenlevingen met een dergelijke hechte verwantschapsstructuur niet alleen wordt overgelaten aan de zoon in kwestie is evident. De ouders bepalen in eerste instantie de huwelijkspartner van hun zoon. Hierbij spelen factoren als de goede naam en welstand van de familie en de gezondheid en capaciteiten van het meisje eerder een rol dan de vraag of de huwelijkspartners wel bij elkaar passen. Ten gevolge van de *segregatie der seksen* vanaf de puberteit zijn de jongens bovendien nauwelijks in de gelegenheid meisjes te ontmoeten en te leren kennen. Deze segregatie der seksen hangt samen met de in Mediterrane landen geldende opvattingen over eer en schande.

Mijn onderzoek onder Marokkaanse gezinnen in Nederland leerde dat de hierboven geschetste situatie, die vooral betrekking heeft op de plattelandscultuur, bepaald nog geen verleden tijd is. Bij 30 van de 42 Marokkaanse echtparen uit mijn onderzoekspopulatie werd de keuze van huwelijkspartner bepaald door de ouders. Ook het merendeel van de gezinnen afkomstig uit de steden bleek op het moment van migratie naar Nederland nog deel uit te maken van een huishouding groter dan

het gezin (Van den Berg-Eldering 1977).

1.2. Eer en schande

Deze hechte verwantschapsstructuur heeft de arbeidsmigratie vanuit Noord-Afrika naar Europa op zo grote schaal mogelijk gemaakt. De migrant kon de verantwoordelijkheid voor zijn gezin overdragen aan zijn familie. Wanneer het gezin nog deel uitmaakte van een 'extended family', gaf de migratie van het gezinshoofd naar Europa in het begin althans weinig problemen. Op den duur bleek deze oplossing niet altijd bevredigend te werken. De 'extended family' van thans functioneert niet meer als die van vroeger. De gehuwde zoons die eigen bronnen van inkomsten hebben, hetzij in Marokko zelf, hetzij in Europa, krijgen een grotere mate van zelfstandigheid. Soms zelfs wordt de vader voor zijn levensonderhoud geheel afhankelijk van de zoon die in Europa werkt. Ten gevolge hiervan verschuift de verantwoordelijkheid voor de individuele gezinnen van het hoofd van de 'extended family' naar de verschillende gezinshoofden. De migrant, die de verantwoordelijkheid voor zijn gezin heeft overgedragen aan zijn vader of broer, heeft zelf het laatste woord wanneer er beslissingen, zijn eigen gezin betreffende, genomen moeten worden.

Dit verklaart ook dat vele migranten, wanneer zich in hun gezin in Marokko een crisissituatie dreigt voor te doen, een telegram krijgen met het dringende verzoek thuis te komen.

Uit mijn onderzoek naar de achtergronden van de gezinshereniging van Marokkaanse werknemers is gebleken, dat ontwrichting van het huwelijks- en gezinsleven de belangrijkste drijfveer vormde voor de migratie van deze gezinnen naar Nederland. Slechts zelden betekende het besluit tot migratie van het gezin een weloverwogen keuze voor definitieve vestiging in Nederland.

Het zou in het kader van dit artikel te ver voeren in te gaan op de verschillende typen huwelijks- en gezinsproblemen. Deze problemen hangen nauw samen met de in Marokko geldende opvattingen over eer en schande. Het centrale thema van het 'Honour and shame'-complex, dat men in het hele Mediterrane gebied aantreft, is dat eer en prestige attributen zijn van de man en dat de man voor wat betreft de mate van zijn eer en prestige afhankelijk is

van het gedrag van de vrouwen van zijn groep (Peristiany 1965). Een vrouw kan door onwaardig gedrag de eer van haar vader, man of zoon in het geding brengen. Segregatie der seksen vanaf de geslachtsrijpe leeftijd dient dit te voorkomen. Zowel binnen de huishouding als daarbuiten zijn de taken en verantwoordelijkheden streng naar sekse gescheiden. Deze segregatie der seksen leidt ook tot een geografische tweedeling in binnen en buiten (Bourdieu 1965). Binnen, dat is het huis en het bijbehorende erf. De rol van de vrouw en de hierbijbehorende taken als de opvoeding van de kinderen en het doen van de huishouding beperken zich hoofdzakelijk tot dit territorium. Buiten, dat is het terrein waar het openbare leven zich afspeelt: de markt, de moskee, de straat. De mannen vertegenwoordigen het gezin naar buiten en treden op als woordvoerders. Vrouwen zijn geen 'social persons' en spelen nauwelijks een rol in het openbare leven.

Deze segregatie der seksen en geringe verwisselbaarheid van rollen van man en vrouw maken het noodzakelijk dat de vader van een gezin zich moet laten vervangen door een 'Substituut-vader', wanneer hij voor langere tijd buitenslands verblijft. Zijn vrouw kan per definitie niet zijn rol buitenshuis overnemen. Bovendien voelt de Marokkaan zich nog kwetsbaarder in zijn eer, wanneer hij in het buitenland is en niet zelden verbiedt de migrant zijn vrouw gedurende zijn afwezigheid buitenshuis te komen. Deze situatie wrekt zich op den duur. Vele vrouwen protesteren tegen de langdurige afwezigheid van hun man en worden ziek (ziekte is het protest van de zwakke). Bovendien dreigen er op den duur problemen met de opgroeiende zoons. Deze verblijven, net als de andere mannen, een groot deel van de dag buitenshuis. Ze groeien op zonder de strakke hand en het toezicht van hun vader. Hun moeder kan buitenshuis geen toezicht op hen uitoefenen en de 'Substituut-vader' blijkt het op dit punt te laten afweten.

De migrant in Nederland mist niet alleen de familie, waaraan hij nog sterk gehecht is, maar hij gaat zich ook steeds meer zorgen maken over de opvoeding van zijn kinderen en de ziekte van zijn vrouw. Hij voelt zich onzeker in zijn arbeidssituatie en wordt zelf ook ziek.

Vele buitenlandse werknemers besluiten dan ook na verloop van tijd hun gezin naar Nederland te halen ten einde

zelf weer de opvoeding van de kinderen ter hand te kunnen nemen. Entzinger wijst erop dat de economische migratiestroom uit de Mediterrane landen naar Nederland bezig is te veranderen in een sociale migratiestroom. Was het percentage migranten met een beroep in 1970 nog 82,2% van het totaal aan immigranten, in 1973 was dit percentage gedaald tot 40,1% en in de eerste maanden van 1975 bedroeg dit percentage nog slechts 24% (Entzinger 1975, p.330).

2. De buitenlandse werknemer faalt in zijn verantwoordelijkheid jegens de familie

De migrant blijft, ook na de migratie van zijn gezin naar Nederland, medeverantwoordelijk voor het levensonderhoud van de familie in Marokko. 34 van de 43 Marokkaanse gezinnen uit de door mij onderzochte groep waren op het moment dat ze hun gezin naar Nederland haalden verantwoordelijk voor het levensonderhoud van tenminste 1 familielid in Marokko, 16 van hen voor 3 of meer familieleden.

De meerderheid van deze 34 Marokkanen zag echter geen kans aan deze verplichting te voldoen gedurende het eerste jaar van het verblijf van het gezin in Nederland. Hun financieel-economische positie liet dat niet toe. Daar ze geen aanspraak hadden kunnen maken op een algemene vergoeding van reis- en inrichtingskosten, hadden de Marokkanen de migratie van hun gezin en de inrichting van hun woning zelf moeten bekostigen. De meesten moesten daartoe leningen afsluiten bij een bank of bij vrienden of kochten op afbetaling. De hoogte van de leningen varieerde van f 2.000,— tot f 7000,—. Meer dan de helft van de Marokkaanse werknemers uit mijn onderzoekspopulatie verdiende nauwelijks meer dan het minimumloon. Slechts enkelen kregen een tegemoetkoming in de gemaakte reis- en inrichtingskosten van hun werkgever (10 van de 43).

Het bleek nauwelijks mogelijk te zijn om van dit minimumloon én in het levensonderhoud van het gezin te voorzien én de leningen afgesloten ten behoeve van de gezinsmigratie af te lossen, om maar te zwijgen over het nakomen van de verplichtingen jegens de familie in Marokko. Wat is de *reactie van de familie* in Marokko hierop? Doorgaans is de familie in Marokko niet op de hoogte van de werkelijke

financieel-economische positie van de migranten in Nederland. Door middel van statusconsumptie tijdens de verlofperiodes (een auto, nieuw huis, goede kleding, uitgebreide feesten bij huwelijk, geboorte en besnijdenis) vestigen de migranten de indruk dat ze in Europa 'geslaagd' zijn. De negatieve aspecten van de arbeidsmigratie en het verblijf in Europa worden voor het 'thuisfront' verzwegen. Böhning en Penninx (1971) beschrijven dit verschijnsel ook voor migranten uit andere landen dan Marokko. In dit licht bezien is het begrijpelijk dat de migranten zelfs hun gezin niet op de hoogte stelden van de leningen die ze hadden aangegaan om de migratie van het gezin te financieren.

Een oude grootmoeder, die met het gezin van haar zoon meekwam, vertelde me dat ze dacht dat het geld in Nederland voor het opscheppen lag en dat ze niet naar Nederland zou zijn gekomen als ze alles tevoren geweten had.

Ten gevolge van deze attitude en dit gedrag van de buitenlandse werknemers tijdens hun verlof zijn de verwachtingen van de familie in Marokko hooggespannen. Als blijkt dat de migrant niet aan de verwachtingen en verplichtingen jegens hen voldoet, gaat de familie druk op hem uitoefenen. Eerst verzoeken ze de migrant per brief of via van verlof teruggekeerde familieleden geld te sturen. Wanneer hij niet ingaat op deze verzoeken, neemt de familie haar toevlucht tot strengere *sancties*: ze verbreken tijdelijk het contact, dreigen de migrant niet meer als zoon te zullen erkennen of dreigen een deel van de grond te zullen verkopen. Door deze sancties en pressie van de kant van de familie komt de migrant oog in oog met zichzelf te staan en wordt hij zich bewust van zijn falen. Hij realiseert zich dat hij de ene deprivatie vervuult heeft voor de andere. Hij heeft nu dan wel zijn vrouw en kinderen permanent bij zich, maar hij is niet meer in staat om aan de verplichtingen jegens zijn familie in Marokko te voldoen. Hiertoe behoort ook het jaarlijkse verlof naar Marokko. Hierdoor loopt hij de kans zijn prestige binnen de familiekring en de Marokkaanse samenleving te verliezen. Affectieve relaties met zijn familie zijn van groot belang voor het gevoel van eigenwaarde van de migrant.

Deze sancties en pressie van de familie verheviggen ook de *schuldgevoelens* van de migrant. De Almeida, die een longitudinale studie heeft gemaakt van mi-

granten met psychische stoornissen stelt het verwijderd zijn van 'objets d'amour' gelijk aan hun verlies (De Almeida 1975, p. 259). In dit licht bezien laten de hevige schuldgevoelens zich nog beter verklaren.

De wijze waarop de migranten uit de onderzochte groep reageerden op de sancties van hun familie varieerde al naar gelang hun karakterstructuur. In het algemeen reageerden ze zeer emotioneel en een aantal van hen werd ziek of raakte gedeprimeerd.

Eén van de migranten raakte helemaal in paniek, toen hij een half jaar nadat hij zijn vrouw naar Nederland had laten komen een telegram kreeg met de mededeling dat zijn vader ernstig ziek was en dat hij naar Marokko moest komen. Deze Marokkaan was ook voordien erg nerveus over het feit dat hij niet in staat was het gezin van zijn vader in Marokko te onderhouden. Herhaaldelijk zei hij tegen mij: 'Als dat zo doorgaat stuur ik mijn vrouw terug, ik kan niet rondkomen en ik heb geen geld om naar mijn vader te sturen. Mijn vader verschijnt mij vaak in mijn dromen'. Dromen over iemand heeft in Noord-Afrika een symbolische betekenis. Deze Marokkaan heeft ondanks zijn slechte gezondheidstoestand werk in een aluminiumslijperij geaccepteerd om aan al zijn verplichtingen te kunnen voldoen.

Behalve dat de Marokkanen zeer emotioneel reageerden op de sancties van de familie zochten ze ook naarstig naar middelen om aan hun verplichtingen te kunnen voldoen. De meeste Marokkanen trachtten dit probleem op te lossen door hetzij meer overuren te gaan maken, hetzij in ploegendienst te gaan werken. Niet de aard van het werk gaf de doorslag bij de beslissing een bepaalde functie te accepteren, maar eerder de hoogte van het loon. De noodzaak tot het maken van zoveel mogelijk overuren en het werken in ploegendienst kan op haar beurt weer aanleiding zijn tot een frequent ziekteverzuim. Een ander negatief aspect aan deze zaak is, dat de Marokkaanse werknemers die hun gezin naar Nederland hebben laten komen nauwelijks in de gelegenheid zijn een cursus Nederlands te volgen ten einde vollediger te kunnen participeren aan de Nederlandse samenleving.

Het is moeilijk vast te stellen of bovengenoemde ziektegevallen uitsluitend veroorzaakt werden door de problemen met de familie in Marokko of dat nog andere factoren hieraan debet waren, zoals het ontbreken van mogelijkheden in de Nederlandse samenleving te stijgen op de maatschappelijke ladder. Hiermee kom ik aan de derde factor die

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** A. J. Koers, kinderarts, F. M. van de Velde, kinderarts, tel. 020-86 10 48, postbus 8333, Amsterdam 1015, voor de provincie *Noord-Holland*;
 - **Arnhem:** E. van Ruller, arts, J. A. J. Stevens, arts, tel. 085-21 08 57, postbus 467, Arnhem, voor de provincie *Gelderland*;
 - **Breda:** Mevr. M. J. de Koningh, kinderarts, tel. 076-65 13 32 of 076-12 21 33, postbus 2231 voor de provincie *Noord-Brabant*;
 - **Groningen:** J. M. Rijkman, arts, R. Peters, kinderarts, tel. 050-23 20 03, postbus 145, Groningen, voor de provincies *Groningen en Drente*;
 - **Leeuwarden:** H. W. Mauser, arts, P. D. van Drooge, arts, tel. 05100-3 33 93, postbus 2204, Leeuwarden, voor de provincie *Friesland*;
 - **Rotterdam:** J. I. v.d. Leeuw, arts, tel. 010-12 81 10, postbus 2525, Rotterdam, voor de provincies *Zuid-Holland en Zeeland*;
 - **Maastricht:** Th. M. van der Kley, kinderarts, W. M. Maertzdorf, kinderarts, tel. 043-1 47 72, postbus 46, Maastricht, voor de provincie *Limburg*;
 - **Zwolle:** J. G. Lingeman, kinderarts, J. F. van Gils, kinderarts, tel. 05200-1 98 28, postbus 418, Zwolle, voor de provincie *Overijssel en Oostelijk Flevoland*;
 - **Utrecht:** Th. Sybesma, arts en G. J. Schmidt, arts, tel. 030-89 24 25 (9-5 uur) postbus 4042, voor de provincie *Utrecht*.
-

als stressor kan gaan werken op de buitenlandse werknemers.

3. Het ontbreken van mogelijkheden tot opwaartse sociale mobiliteit

De Marokkaanse werknemers in Nederland kunnen ruwweg genomen verdeeld worden in twee categorieën:

a. *De plattelanders.* De migranten afkomstig van het platteland in Marokko zijn voor het merendeel analfabeet. Reeds sinds decennia is het platteland in Marokko wegens de sterke bevolkingstoename en het ontbreken van alternatieve bestaansbronnen ter plaatse betrokken bij de arbeidsmigratie naar Algerije, Frankrijk en later Nederland (Van Amersfoort en Van der Wusten 1975, p. 18 e.v.).

b. *De stedelingen.* Het percentage stedelingen dat enige vorm van onderwijs genoten heeft is veel groter dan dat bij de migranten afkomstig van het platteland. De steden zijn veel later dan het platteland bij de arbeidsmigratie be-

trokken geraakt. De migranten uit de steden vormen een heterogene categorie. Een aantal van hen is uit prestige-overwegingen gemigreerd en niet uit directe economische noodzaak. Ze waren teleurgesteld omdat ze óf geen passend werk konden vinden in de stad (de recente schoolverlaters) óf belemmerd werden in hun sociale stijging. Anderen zijn wel uit directe economische noodzaak gemigreerd. Het betreft onontwikkelde stedelingen zonder vast werk.

In de Nederlandse economie behoren zowel de analfabeten als de meer ontwikkelde migranten tot het laagste socio-economische stratum, te weten dat der ongeschoolde en laag geschoolde arbeiders (Penninx en Van Velzen 1976, p. 12). Sommigen spreken zelfs van een *nieuw proletariaat* of subproletariaat binnen de laagste klasse (Castles en Kosack 1973, p. 463 e.v.). Mogelijkheden tot opwaartse sociale mobiliteit zijn er nauwelijks.

De vraag is nu of deze situatie op den duur niet als zeer frustrerend zal wor-

den ervaren door de buitenlandse werknemers zelf, met name door die categorie die in het land van herkomst niet tot het laagste socio-economische stratum behoorde. Met andere woorden worden deze in eigen land 'teleurgestelde' migranten op den duur gefrustreerde migranten? Mijn onderzoeksgegevens wijzen uit dat deze vraag bevestigend beantwoord zou moeten worden. Van de 34 Marokkaanse migranten uit mijn onderzoekspopulatie, die vóór hun emigratie werkzaam waren geweest in de niet-agrarische sector, zijn er 17 mede uit prestige-overwegingen gemigreerd (Van den Berg-Eldering 1977); dit is 50% van het totaal.

Hoe ervoeren deze migranten het feit dat ze in de bedrijven dezelfde positie innamen als hun onontwikkelde landgenoten? Van de 17 'teleurgestelde' migranten bleken 13 zich niet in deze situatie te kunnen schikken. Het is geen toeval, dat juist tussen deze migranten de strijd om de positie van voorman of tolk in het bedrijf ontbrandde. Niet alleen beheersten zij in korte tijd redelijk de Nederlandse taal, ook vonden zij dat zij de eersten waren die recht hadden op een hogere positie binnen het bedrijf. Niet alleen binnen het bedrijf trachtten deze migranten op te klimmen, maar ook buiten het bedrijf ondernamen ze pogingen tot sociale stijging door als tolk op te treden, te solliciteren naar een positie bij de Stichtingen Welzijn Buitenlandse Werknemers, mee te doen aan een kadertraining van een vakbond of het opzetten van een winkeltje. Deze pogingen waren bijna allemaal tot mislukken gedoemd wegens de geweldige concurrentie en sociale controle binnen de groep. Wanneer één van de leden van de groep trachtte te stijgen werd hij door de anderen, met vereende krachten, weer naar beneden getrokken.

De enige Marokkaan uit mijn onderzoekspopulatie die het tot voorman heeft gebracht, heeft zijn functie weer op moeten geven daar de anderen het hem onmogelijk maakten zijn werk goed te doen.

Een aantal migranten die geen kans zagen pogingen te ondernemen tot sociale stijging of die hun pogingen tot sociale stijging zagen mislukken, werd ziek (6 van de genoemde 13). Enkelen kregen bedrust voorgeschreven in verband met hun maagaandoeningen, anderen zwierven maandenlang van de ene specialist naar de andere met onduidelijke klachten.

Tot slot wil ik dit adstrueren met *twee voorbeelden*:

Het eerste voorbeeld gaat over een Marokkaan die in Marokko een goed betaalde baan had. Hij werkte als administrateur op een groenteveiling, die door zijn oom gepacht was. Hij reed zelfs in een auto. Op een gegeven moment besloot de oom te gaan rentenieren van zijn geld. De veiling werd aan een ander overgedaan en de migrant kreeg een andere chef, die onmiddellijk zijn salaris halveerde, daar hij op die plaats graag een familielid van zichzelf zag. De migrant kon dit prestigeverlies niet accepteren en nam ontslag.

Enkele maanden daarna werden er in zijn stad arbeiders geworven voor een fabriek in Nederland. De migrant wist via een vriend van hem op het arbeidsbureau ('Ik gaf hem altijd gratis groente') een contract te bemachtigen. In Nederland had deze Marokkaan grote moeite zich te schikken in zijn arbeidsomstandigheden. In elk bedrijf deed hij pogingen op te klimmen en voorman te worden over zijn onontwikkelde landgenoten. Hij leerde sneller dan de anderen de Nederlandse taal en trachtte bij zijn Nederlandse chefs in het gevele te komen. Zij Marokkaanse collega's beletten hem echter op te klimmen en noodzaakten hem ontslag te nemen. Zeer vaak verwisselde hij van werkgever en in elk bedrijf ontstonden om hem conflicten. Verschillende malen kreeg hij van zijn arts bedrust voorgeschreven in verband met een maagaandoening. Momenteel werkt hij als enige buitenlander bij een semi-overheidsinstelling en hier is hij redelijk tevreden.

Het tweede voorbeeld betreft ook een Marokkaan die in Marokko een goed belegde boterham verdiende. Hij heeft de lagere school doorlopen en verder een beroepsopleiding in het leger gevolgd. Jarenlang was hij administrateur in het leger maar hij werd niet, zoals zijn collega's die na hem in dienst kwamen, bevorderd. Volgens zijn zeggen omdat hij 'niet met biertjes en cadeaus wilde werken'.

Op een gegeven moment nam hij ontslag en zocht hij een baan als typist. Hiermee verdiende hij echter nog niet de helft van wat hij in het leger verdiend had, dus besloot hij naar Frankrijk te migreren. Via Corsica (druivenpluk) kwam hij in Parijs terecht. Hier heeft hij enkele jaren als magazijnbediende gewerkt. Vervolgens is hij naar Neder-

land gemigreerd, omdat hij hier familie had. Om een huis voor zijn gezin te krijgen heeft hij werk in een fabriek voor honden- en kattenvoer geaccepteerd. Dit werk is eigenlijk te zwaar voor hem. Bovendien wordt hij in zijn arbeidssituatie steeds geconfronteerd met het feit dat hij dezelfde positie heeft als zijn ongeletterde landgenoten. Na de proeftijd is hij ziek geworden. Ook hij heeft verschillende malen een maagaandoening gehad en is zelfs eenmaal aan een maagzweer geopereerd.

Literatuur

- De Almeida Zulmiro 1975 Les perturbations mentales chez les migrants. In: *l'Information Psychiatrique* vol. 51 nr. 3, 1975.
- Van Amersfoort en Van der Wusten 1975 Marokkaanse arbeiders in Nederland. Sociaal Geografisch Instituut. Universiteit van Amsterdam.
- Van den Berg-Eldering L. 1977 Marokkaanse gezinnen in Nederland. Binnenkort te verschijnen bij de Staatsuitgeverij.
- Böhning W. R. 1972 The migration of workers in the United Kingdom and the European Community. Oxford University Press.
- Bourdieu Pierre 1965 The sentiment of honour in the Kabyle society. In: Peristiany J. G. (ed.) *Honour and shame: the values of mediterranean Society*.
- Castles en Kosack 1973 Immigrant workers and class structure in Western Europe. Oxford University Press.
- Entzinger H. B. 1975 Nederland, immigratieland? Enkele overwegingen bij het overheidsbeleid inzake allochthone minderheden. In: *Beleid en Maatschappij* jr. 2/12.
- Penninx M. R. 1971 Ben Arous et l'émigration. Rapport d'une enquête explorative sur la signification de l'émigration pour les Ben Aroussiens et la société de Ben Arous. Université d'Amsterdam. Ongepubliceerd.
- Penninx M. R. en van Velzen L. 1976 Kaste-vorming in Nederland? Buitenlandse arbeiders in de Nederlandse economie, ontwikkelingen en beleid Remplod Project.
- Peristiany J. G. (ed.) 1965 *Honour and shame: the values of mediterranean Society*.
- Van Renselaar, Penninx, Van Velzen 1975 Onderzoek Turkije 1974/1975. Conclusies en beleidsaanbevelingen. Remplod Project.

Ziek zijn en ziekengedrag in Noord-Afrika

door Mevr. Drs. M. L. Creighton*



Bij ziek zijn hoort ziekengedrag. Dat ziekengedrag is in belangrijke mate cultureel, dus aangeleerd gedrag. Dat wil zeggen dat het er in de verschillende maatschappijen ook anders uit ziet. Ieren zijn bekend om de stoïcijnse manier waarop ze hevige pijnen verdragen, terwijl mensen uit het Mediterrane bekken bij verplegend personeel in Noordwest-Europa een reputatie hebben van aanstellerij; naar Hollandse en Engelse maatstaven overdrijven ze de mate waarin ze lijden. De vraag rijst wel eens: doen ze dat nu ook thuis?

Uit antropologisch onderzoek in Noord-Afrika¹ blijkt inderdaad dat op sommige momenten in het ziekteproces de zieke, en vaker nog de familieleden, hevig geëmotioneerd doen. Hiermee wordt de crisis opgeroepen en gedramatiseerd. Is die crisis eenmaal zichtbaar, dan kan hij ook snel worden opgelost. Hoe sneller, hoe liever, want in het dorp is er geen gelegenheid om ziek te zijn.

* Verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, gespecialiseerd op het terrein van de medische antropologie van Noord-Afrika.

Samenvatting

Ziekengedrag is aangeleerd, dus cultureel gedrag. Het heeft een sociaal-culturele achtergrond, waarin drie elementen naar voren springen:

- materiële voorwaarden voor het ziek-zijn;
- voorstellingen over ziek-zijn en
- sociale controle op ziekengedrag.

Dit wordt duidelijk als we drie elementen in de sociaal-culturele achtergrond van het ziek-zijn nauwkeurig bekijken. Dit zijn:

- a. de materiële voorwaarden voor ziek-zijn;
- b. voorstellingen over en rond niet-welzijn in de ruimste zin van het woord;
- c. de sociale controle op gedrag.

Vooral de laatste twee zijn nauw met elkaar verbonden en het is een beetje kunstmatig om ze te onderscheiden. Toch doe ik het. En wel omdat in een veranderde sociale omgeving één van de twee elementen, dus voorstelling of controle, voor een belangrijk deel kan wegvallen terwijl het andere dan toch nog blijft bestaan.

Migranten worden in de regel niet meer gecontroleerd of geadviseerd door ouderen die het leven kennen. Desondanks blijven migranten vaak over ziekte denken op een manier die ze vroeger hebben geleerd. Een van de redenen daarvan is dat hun voorstellingen, ook in de andere sociale omgeving, zeer wel verklaring bieden aan tegenwoord. Een andere reden kan zijn dat deze voorstelling gevoeld wordt als het eigene, dat radicaal anders is dan het vreemde dat de migrant omgeeft.

Omgekeerd kan het ook voorkomen dat migranten met elkaar in een veel kleinere groep leven dan dat ze thuis deden en dat de sociale controle in de nieuwe situatie sterker is geworden. Dat hoeft echter niet te betekenen dat culturele voorstellingen precies zo blijven voortbestaan als in het vaderland. Culturele voorstellingen zijn plastisch en daarom

uiterst geschikt voor individuele improvisatie en aanpassing aan een nieuwe omgeving. Daarnaast bewaren ze een basis die lang constant blijft in tijd en ruimte.

De voornaamste karakteristiek van deze basis is het levend geloof in de lokale heiligen, de *marabouts*² en hun zegenbrengende kracht, de *baraka*³, waarvan de voorspoed van de mens en de vruchtbaarheid van vrouw, land en vee afhankelijk is. De cultus van de heiligen stond op sommige plaatsen en in sommige tijden op gespannen voet met de orthodoxe Islam⁴. De eerste werd geïdentificeerd met 'Berber', 'dorps', 'ongeletterd', de tweede met 'Arabisch', 'stads', 'ontwikkeld'. Beide richtingen hebben hun eigen genezers met hun eigen, typerende werkwijze. De 'Arabische' richting heeft op het gebied van plattelandstradities van genezing de invloed van het 'Berberse' ondergaan, sterker dan omgekeerd.

Materiële voorwaarden voor ziek-zijn

Het zou interessant zijn na te gaan in hoeverre de uitvinding van het bed bijgedragen heeft tot de Noordeuropese versie van ziek zijn. In landen waarin bedden geen knusse hollen zijn en evenmin privédomein, waar er geen regelmatig verschoond beddegoed is en waar alleen willen blijven a-sociaal of zelfs gevaarlijk wordt geacht, is het heel wat minder aantrekkelijk om overdag op de legerstede te liggen. De afwezigheid van redelijke toiletvoorzieningen – vaak zijn er op het platteland geen w.c.'s – bemoeilijkt het koesteren van zieken.

Ziek-zijn is een catastrofe. Het wordt niet gezien als een natuurlijke gebeurtenis, inherent aan het leven. Wie een ziekte heeft moet zich maar zien te redden, er zijn géén praktische voorzieningen. Ziekten worden bestreden met kruiden en/of een Qor'antekst of met een ritueel. En tegenwoordig is daar natuurlijk de dokter in het ziekenhuis, als men tenminste niet te ziek is om die te bezoeken. Wie zich maar even naar buiten kan slepen blijft niet binnen. Hij zit wat in de schaduw en hij doet het hoognodige werk.

Heel vaak heb ik me het hoofd gebroken over de vraag waarom toch niet enkele eenvoudige maatregelen werden getroffen die het bestaan van chronisch zieken kunnen veraangename. Waarom toch sleepte Hadda, die astmatisch is, drie maal per dag haar aarden waterkruik de helling op? Waarom vroeg ze haar man niet twee van die houten tonnetjes te kopen die je aan weerszijden van het paard kunt hangen? Toen ik dat voorstelde, lachten de mensen en zeiden: 'Dat is weer een echte slimme Europese gedachte. Maar wij doen zo iets niet'. Pas later kwam ik er achter waarom mijn idee geen oplossing bood in de situatie. Het enige wat Hadda wilde was: genezing. Ze wilde niet: leven met haar ziekte. De technische voorziening die ik had bedacht zou haar het leven met haar ziekte zeker gemakkelijker maken, maar daarin was ze niet geïnteresseerd. Integendeel, het zou zijn alsof ze haar lot aanvaardde en zelfs bestendigde.

Daar kwam nog iets anders bij. Boeren-vrouwen horen fysiek sterk te zijn en alhoewel opschepperij over fysieke prestaties sterk wordt afgekeurd, heb ik toch vaak, zelfs onder oudere vrouwen, een overdreven competitiedrift gezien wanneer ze hun houtvrachten naar huis sleepten.

Een vrouw die haar eigen water niet meer naar het erf kan dragen onttrekt zich aan dit soort wedijver. En alhoewel iedereen weet hoe benauwd ze is en haar in het openbaar misschien zal prijzen over zo'n handige voorziening als die van de watertonnetjes, zou er zeker achter haar rug worden gezegd dat ze geen echte vrouw meer is. Impliciet betekent dit, dat de mensen denken dat ze andere vrouwelijke plichten ook wel niet meer zal vervullen.

En dit wijst er weer op dat het vruchtbare, in de wijdere zin van het woord: de *baraka* dus, niet meer door haar heen stroomt en zich via haar over haar

man en kinderen uitstort. Zo'n vrouw brengt de armoede in huis. Dit brengt ons op het volgende punt.

Invloed sociale omgeving op het ziek-zijn

Bovenstaand voorbeeld leert ons dat in een Noordafrikaans dorp de publieke opinie iets is waar terdege rekening mee wordt gehouden. Wanneer de wereld opgedeeld zou kunnen worden in twee soorten cultuur, een schaamte- en een schuldcultuur, dan hoorde Noord-Afrika in de eerste groep thuis. Het ergste dat een Maghrebijn kan overkomen is in het openbaar beschaamd te worden. En een van de momenten dat vooral een man het diepst geraakt wordt is wanneer eer, kracht of deugd die met seksualiteit te maken hebben in twijfel worden getrokken. Hierbij is een restrictie. Wat binnenskamers wordt gezegd is niet zo erg. Wat telt is wat vreemden zeggen. En wie een vreemde is hangt af van de situatie.

Zeggen kan heel bedreigend zijn. De kracht van het woord is groot in de Maghreb. Woorden kunnen helen, maar ook ziek maken. Een grapje, een onnadenkend woord, is voldoende om iemand die daar gevoelig voor is volkomen uit het evenwicht te brengen – en even later zie je hem, licht gebogen en met een handdoek stijf om het hoofd geknoopt om de pijn te bedwingen, naar een schaduwplek onder een boom lopen om bij te komen.

Dat is toegestaan, deze vorm van rust. Maar slapen mag niet. De boeren waar ik mee omging ontkenden altijd dat ze een siësta hadden gedaan, ook al waren de sporen ervan duidelijk van hen af te lezen. Slapen is voor de luiaard. En voor kinderen. Slapen doet een man maar enkele uren per nacht en een goede vrouw gaat het laatst naar bed en staat het eerst op, nog voor de haan kraait. Slapen is ook in zekere zin gevaarlijk. Is slaap niet de broeder van de dood? Toen mijn assistent zwaar ziek op bed lag, beschouwde de eigenares van de stal waarin hij en ik ons domicilie hadden het als een plicht van naastenliefde hem voortdurend aan de arm te komen rukken als hij wegdommelde. 'Wil je dood?' riep ze dan.

De sociale omgeving maakt korte metten met ongewenst of ongewoon gedrag dat belastend is voor anderen. Daarbij worden traditionele normen en voorstellingen gehanteerd als maatstaf. Gezien het totale gebrek aan materiële middelen om zieken te verzorgen en de

zware druk die de zieke daardoor op zijn omgeving uitoefent, is het rationeel om bepaalde vormen van ziekengedrag zoals Europa die kent niet toe te staan.

Culturele voorstellingen achter ziekte

Traditioneel maken Noordafrikaanse plattelanders – en ook veel stedelingen – geen onderscheid tussen het fysieke, het psychische en het sociale wanneer het om ziekte gaat. Zij zijn echter zeer wel in staat te compartimentaliseren. Sprekend met Europeanen of de dokter is t.b.c. een ziekte van de longen en daarmee basta. Maar als ze onder elkaar zijn wordt het lichaam niet gezien als een machine maar als de drager van leven die op zich eveneens doortrokken is van moreel, vegetatief en mystiek leven.

'De broer van Ummzin heeft t.b.c.', wordt mij meegedeeld, 'daarom huilt Ummzin zo'. Na enkele dagen volgt nieuwe, meer vertrouwelijke informatie, op gedempte toon gegeven. 'Onder die ziekte heeft hij een andere ziekte, de eigenlijke ziekte, *zjeied*. Met die ziekte betaalt hij voor iets (vergelingsgedachte) want hij stort elke dag in en in de avond gaat het weer beter. Waarom heeft hij ook altijd zoveel slechte dingen gezegd (de zwaarte van het woord)? Nu ligt hij daar met een berg op de borst (straf). En zijn lijf wordt zwaar. Hij begint te verminderen (van leven) als een berg waarop het regent en waarlangs de aarde wegstroomt. Je weet toch dat het hart, de lever, de nieren, alles wat daarbinnen zit, verbonden is door buizen? De dood snijdt die buizen stuk voor stuk door. Wanneer de stervende klaagt dat de benen zwaar worden en het hart al te zeer springt, dan is de beurt gekomen aan de hartbuis. Spoedig zal ook het hart vallen.'

Het zal duidelijk zijn dat we in dit verhaal te maken hebben met symbolische voorstellingen, die uitdrukking geven aan sterk emotioneel beleefde waarden van de samenleving. Ik zal enkele hiervan toelichten.

a. Er is een verwijzing naar de zwaarwegendheid van woorden. Wie God of de mensen vervloekt, belastert, uitscheldt, of op welke wijze ook met gesproken taal mishandelt, zal worden gestraft. Alhoewel het voor Europeanen moeilijk is na te voelen hoe diep mensen uit een andere cultuur gekwetst kunnen worden door een woord, moet deze voorstelling ons wel aan het denken zetten.

b. Er is sprake van 'verminderen'. Het continuüm van welzijn naar tegen-

spoed dat aan het ene eind wordt afgesloten door ziekte en dood, is aan het andere eind open. Elk levend wezen beweegt zich voortdurend op deze lijn. Een beweging naar de negatieve pool wordt uitgedrukt met 'verminderen', waarbij vermindering-aan-levenskracht wordt bedoeld (de *nefs* wordt zwakker), naar het andere eind met 'vermeerderen' (de *nefs* wordt sterker)⁵. Vermeerdering gebeurt door deel te hebben aan de *baraka*, de zegenbrengende kracht van het buiten-natuurlijke. Er zijn bepaalde plaatsen waar die kracht in het bijzonder aanwezig is: bronnen, bomen, stenen vaak. Daar vinden we dan de later geïnstalleerde graven van de *marabouts*. De verering van de heiligen is samengevloeid met vroegere, meer amorfe, transpersoonlijke krachten.

c. Twee keer valt de term 'zwaar'. Er zijn allerlei woorden om bepaalde vormen van 'zwaar-zijn' uit te drukken en ze refereren alle weer niet alleen naar fysieke ervaringen, maar ook naar emoties en naar de oorzaken van de psychische toestand die hen vergezelt. Die oorzaken kunnen zowel in de sociale wereld liggen als in de wereld van de ongeziene krachten en wezens. De woorden en uitdrukkingen die hiernaar verwijzen zijn op zichzelf ook 'zwaar', d.w.z. men gebruikt ze niet graag in een gewoon gesprek omdat ze de negatieve pool van het continuüm welzijn-tegenspoed in gedachten roepen. Alleen in de aangrijpende dodenklachten kunnen we het volle repertoire van 'zwaarheidstermen' beluisteren.

d. Het beeld van het inwendige van de mens is deels concreet, berustend op empirische kennis van het inwendige van dieren, deels metaforisch. Wat het ook is, het is nooit on-zin. Er ligt altijd een diepere sociale en culturele werkelijkheid aan ten grondslag die betrekking heeft op de zin van het leven en samen-leven.

Noordafrikaans ziek-zijn

In het voorgaande heb ik me bepaald tot de Maghreb, omdat ik die het beste ken uit de literatuur en uit onderzoek ter plaatse. De voorbeelden zijn niet illustratief voor andere gebieden rond de Middellandse Zee. De algemene principes er achter zijn daar echter wél terug te vinden. Overal beperken de materiële omstandigheden de mogelijkheid zich over te geven aan een ziek-zijn zoals

dat in de urbane samenleving van Europa gebeurt. Overal in deze boerenmaatschappijen worden het onzienlijke en het sociale gezien als krachten die op het menselijk welzijn inwerken. En laten we onszelf niets wijs maken. Ook in het verstedelijkt West-Europa is dat vermoedelijk het geval. Het enige verschil is dat hier, in naam der wetenschap, op rigoureuze wijze elke culturele elaboratie van de fysieke ervaring wordt onderdrukt. Een van de redenen waarom alternatieve geneeswijzen zo snel in populariteit toenemen, zou kunnen zijn dat deze zich in dit opzicht minder repressief tonen. Naarmate we de materiële, de sociale en de culturele achtergrond van mensen beter kennen, kunnen we beter begrijpen wat ziek-zijn voor hen betekent. Voor Noordafrikanen is ziek-zijn veel onrustbarender dan voor ons.

– Ziek-zijn verwijst niet alleen naar het falen van het lichaam, het suggereert boos opzet, hetzij van mensen, hetzij van buitennatuurlijke krachten. Misschien zelfs is het een straf, een vergelding van onrecht dat men een ander heeft aangedaan.

– Ziek-zijn is een proces van 'verminderen' dat moet worden stopgezet. Langdurig ziek-zijn betekent een afglijden naar de dood. Bovendien kan het een vermindering van levenskracht van alles en iedereen die de zieke omringt met zich meeslepen. Vandaar dat uitzienden of zich overgeven aan de helen-de krachten van de Natuur geen ideeën zijn die de Noordafrikaanse traditie aanspreken.

– Men probeert het ziekteproces te verdichten tot een zo kort mogelijke crisis die zichtbaar gemaakt wordt in een catharsis waarbij hevige emoties, vooral van familieleden, een rol spelen. De catharsis noopt tot actie. Energiek worden alle middelen te baat genomen waarover men beschikt en wanneer maar een geringe schijn bestaat dat het proces nog voortwoekert wordt alweer nieuwe hulp gezocht.

– Genezing kan alleen uit de religieuze wereld komen, hetzij uit de orthodox-islamitische wereld, hetzij uit de door het Sufisme geïnspireerde cultus van de heiligen. Het is God die geneest door middel van zijn dienaars. Een westers arts valt buiten het religieuze systeem, is dus geen dienaar van God in de strikte zin van het woord.

Dit alles betekent niet dat Noordafrikanen of anderen van het platteland rond het Mediterrane Bekken een statische

visie op ziekte zouden hebben. Voortdurend vinden er aanpassingen aan gewijzigde omstandigheden plaats. Opmerkelijk snel leren ze de ongeschreven wetten van het ziek-zijn van de Europese werknemerswereld. Maar in het naleven van die wetten schijnt de traditionele beleving van het ziek-zijn door. Het is hierop dat ik de aandacht wilde vestigen.

Noten

1. Er is nog weinig onderzoek gedaan naar ideeën over ziekte en ziekgedrag. Zelf heb ik een twee jaar durend onderzoek gedaan naar voorstellingen over welzijn en tegenspoed in het Noord-Westen van Tunesië, een gebied dat in cultureel opzicht sterke overeenkomsten vertoont met Kabylië. De studie werd mogelijk gemaakt door de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek.

2. Dit is een Franse Naam en duidt zowel de heilige als zijn graf aan. De boeren gebruiken bij voorkeur de term *wa:li* (enkelv. *ouili*).

3. Zie E. Westermarck en Clifford Geertz.

4. Zie G. C. Anawati et Louis Gardet, pag. 68.

5. Het vegetatieve principe.

Bibliografie

G. C. Anawati et Louis Gardet, *Mystique Musulmane*, Aspects et Tendances, Expériences et Techniques, Paris, 1968.

Clifford Geertz, *Islam observed, Religious Development in Morocco and Indonesia*, New Haven and London, 1968.

E. Westermarck, *Ritual and Belief in Morocco*, London, 1926.

Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen

door Drs. Ph. J. van der Meer*

Samenvatting

Psychische ziekten worden als zodanig niet door Marokkanen erkend: ze zijn óf lichamelijk óf possessie door een demon. Er is een uitgewerkt systeem van voorstellingen over demonen en hoe die mensen kunnen treffen. Een bepaalde 'set' van symptomen wijst op de aanwezigheid van een demon in een zieke. Diagnose en behandeling geschieden in de sfeer van het heilige en bovennatuurlijke. Inheemse experts treden op als genezers, terwijl westerse geneeskunde in deze gevallen geen rol speelt.

In Nederland kan possessie bij Marokkanen niet worden herkend en blijven dergelijke patiënten soms jarenlang hulpeloos.

Marokkanen ondergaan psychische ziekten heel anders als wat in Nederland gebruikelijk is. In grote trekken zijn er twee 'sets' van voorstellingen en praktische uitwerkingen: de psychische ziekte wordt beleefd als een strikt lichamelijke ziekte óf als 'het bezeten zijn door een demon.' Ik beperk me hier tot possessie door demonen. Deze komt in Marokko op velerlei manieren, lichamelijk en psychisch, tot uiting.

Kennis van de Marokkaanse voorstellingen over demonen is voor de diagnose van psychische ziekten onontbeerlijk. Nederlandse artsen, die redelijk wat Marokkanen in hun praktijk ontvangen, zullen in de loop van de tijd meerdere gevallen van possessie tegenkomen.

Casus

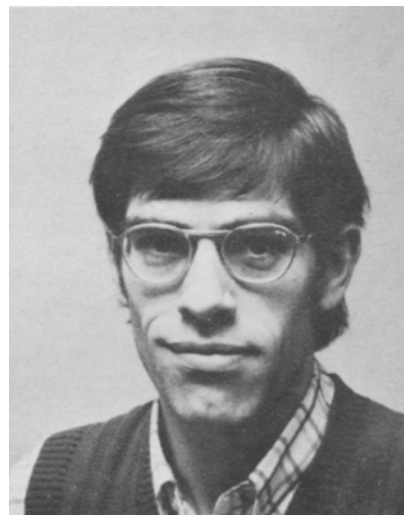
Een klassiek voorbeeld is de heer M., 30 jaar oud, afkomstig uit het Rifgebergte. Hij lijdt al een paar jaar aan zeer zware aanvallen. Hij raakt buiten zichzelf, begint te springen en rond te slaan, slaat zijn vuisten stuk op de muur, krijgt schuim op zijn mond, zijn ogen staren afwezig. Soms valt hij als een

blok en ligt roerloos, een andere keer kronkelt hij over de grond. Eens sloeg hij een hele winkelruit stuk, zodat zijn handen vol snijwonden zaten. Tijdens een aanval proberen zijn pensiongenoten hem vast te houden. Hij is bang over straat te gaan, want hij kan bij een aanval onder een auto raken of in een gracht vallen. Na een aanval valt hij in een zware slaap, en wordt erg moe wakker. Hij herinnert zich dan niets van wat voorgevallen is.

M. is neurologisch onderzocht, waarbij verschillende malen een EEG is gemaakt, zonder dat enige afwijking kon worden vastgesteld. In een laat stadium werd ik bij zijn geval betrokken. Tijdens ons bezoek aan zijn kliniek zei hij mij: 'Ik heb leryáh (dat is: de demonen). Het is een paar jaar geleden begonnen, toen ik 's avonds aan het schoonmaken was in een groot gebouw. Ik nam de lift, en die bleef steken tussen twee verdiepingen. Omdat het vrijdag was dacht ik dat ik daar het hele weekend zou moeten blijven. Ik raakte in paniek, het werd zwart voor mijn ogen en ik wist niets meer. Vier uur later werd ik gevonden. Sinds die tijd heb ik iedere week of twee weken een aanval.'

Wie zijn de demonen?

Leryáh betekent letterlijk 'de winden' en is in Marokko de meest gebruikelijke manier om possessie door een demon



aan te duiden. De demonen heten in het Marokkaans Arabisch *zjenoen*, met als enkelvoud *zjin*. Er zijn nog andere soorten demonen, die ik hier buiten beschouwing laat. De *zjenoen* zijn in heel Noord-Afrika en het Midden-Oosten bekend. Zij worden in de Islam officieel erkend. De Koraan wijdt er, naast andere opmerkingen, een beroemde zin aan: '(God) schiep de mens uit klei als van de pottenbakker, en schiep de *zjenoen* uit rookloos vuur' (hoofdstuk 55: elRahmaan).

De demonen zijn intelligente wezens en lijken in veel opzichten op mensen. Zij zijn onzichtbaar en hebben geen lichaam, maar nemen vaak de vorm van dieren aan, vooral slangen, kikvorsen, wespen en jakhalzen. Ze kunnen ook als man of vrouw verschijnen en met mensen trouwen. Ze leven onder de grond of in de lucht en houden van water: bronnen, rivieren, moerassen. Men vindt ze daarom ook bij fontein, badhuizen en toiletten. Ze huizen op ongewone plaatsen zoals grotten, verlaten kloven, zonderlinge bomen of rotsen.

De wereld van de demonen wordt vaak afgeschilderd als een soort spiegelbeeld van de menselijke samenleving. Er is

* Als consulent verbonden aan het Nederlands Centrum Buitenlanders, in het bijzonder betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg voor Marokkanen in Nederland.

een koning die het rijk der *zjenoen* regeert. Sommige mensen, vooral Koraaanleraren en tovenaars, hebben speciaal inzicht in de wereld van de demonen. Met magische praktijken, waar meestal bloed aan te pas komt, kan men de *zjenoen* zien.

Deze demonen zijn niet noodzakelijk kwaadaardig, men hoeft slechts aan de Jinn uit de wonderlamp van Aladdin te denken. In Marokko kent men demonen die alleen maar plezierige of zelfs komische effecten veroorzaken en nooit mensen aanvallen. De meeste demonen zijn echter wispelturig, snel boos, wraakzuchtig, altijd potentieel gevaarlijk. Als men hen beledigt of verwondt, staan zij klaar om terug te slaan. Vaak weet een mens niet dat hij een demon bezeert: iemand gooit heet water weg, en raakt zonder het te beseffen een demon. Angst of schrik maakt mensen bijzonder kwetsbaar.

Een vrouw in een bergdorp haalt water uit de put, al wat laat in de middag wat geen gunstig uur is. Zij laat per ongeluk haar emmer aan de put vallen. Zij buigt zich voorover om hem er uit te halen, glijdt op de rand uit en valt bijna. Op dat moment schrikt ze heel erg. Dit soort schrik kan het toeslaan van een demon betekenen. Deze vrouw is daarna lang gepossedeerd geweest.

Personen in overgangperiodes zijn meer kwetsbaar. Zwangere vrouwen, net besneden jongens, juist getrouwde paren, mensen op reis lopen een grotere kans door demonen te worden aangevallen. Als men begint te eten, drinken, of in een bus stapt, zegt men 'in Godsnaam', waardoor demonen worden geweerd. Demonen worden in het algemeen op een afstand gehouden door het strooien van zout, het branden van wierook of kaarsen, door ijzer, zilver en teer. Teksten uit de Koraan zijn erg werkzaam, evenals allerlei amuletten.

Symptomen

Demonen veroorzaken zowel lichamelijke als psychische ziekten. Ze kunnen voornamelijk op twee manieren aanvallen: een persoon slaan of bezit van hem nemen. Als ze iemand slaan, dan is er meestal sprake van een lichamelijke kwaal: plotselinge blindheid, doofheid of verlamming. Zo iemand heet in Marokko letterlijk 'geslagen' (*medroeb*). In het geval van possessie rekent men dat de demon in zijn slachtoffer woont, die 'bewoond' (*meskoen*) heet. De klassieke symptomen

zijn dan de aanvallen waarbij de zieke neervalt, schudt, trilt, bewusteloos raakt, vreemde taal uitslaat, plotseling geestelijk afwezig is, etc. Dit wordt soms in Franse literatuur fout vertaald met 'epilepsie'.

Er zijn regionale verschillen in de opvattingen over possessie. Berbers uit het Rifgebergte rekenen zware aanvallen soms als de enige vorm van bezetheid. In steden als Fes en Meknes kent men een meer uitgewerkt systeem van staten van possessie, die naar de symptomen worden geklassificeerd. Bij possessie kunnen zich ook tijdelijke verlammingen voordoen. Een gepossedeerde wordt wakker en kan een arm niet bewegen. Na een aantal uren gaat het over. Een hand kan tijdelijk totaal verkrampd zijn. Blauwe plekken manifesteren zich op steeds weer andere plaatsen van het lichaam. De mond trekt helemaal scheef of de nek is een dag verstijfd. Men zegt dan dat de ziekte in het lichaam circuleert, met telkens andere verschijningsvormen. Dit is typisch voor possessie. In lichte gevallen is er alleen sprake van een algemene malaise.

Diagnose

De symptomen geven richtlijnen voor diagnose, ze beperken de keus van mogelijkheden. Voor Marokkanen is de vraag naar de oorzaak van de ziekte minstens even belangrijk. Men formuleert vermoedens en beziet bij iedere behandeling of het vermoeden juist was, een geheel pragmatische aanpak dus. De opinie van familie en burenspeelt een grote rol bij het vaststellen van de te volgen weg: naar een westerse arts of een inheemse genezer. Arme mensen kunnen vaak niet naar een arts, bergbewoners willen vaak niet. Als het er naar uitziet dat er van possessie sprake is, dan bepaalt de familie 'dat dit geen ziekte voor de dokter is.'

Een belangrijke rol speelt de lokale schriftgeleerde, kenner van de Koraan, vaak van traditionele medische wetenschap, en van bovennatuurlijke zaken. Dit is de *taleb* of *fqih*. Op veel plaatsen is hij degene die possessie vaststelt en behandelt. Hij doet dat zeer autoritair. Men kan ook de hulp inroepen van zieners, exorcisten en magiërs. Belangrijk zijn de afstammelingen van heiligen of werkers voor heiligen, die in broederschappen georganiseerd zijn. Marokko is, zoals Zuid Europese landen, rijk aan heiligen. Hun zegenbrengende kracht (*baraka*) wordt door hun

volgelingen aangewend om de demonen te bestrijden.

Identificatie van de demon is essentieel voor de behandeling. Zwakkere demonen kunnen worden uitgedreven, terwijl demonen met een sterkere persoonlijkheid een aparte behandeling krijgen. De laatsten zijn soms onder een of meer namen alom bekend en gevreesd.

Een gepossedeerd meisje werd naar een lokale schriftgeleerde gebracht, die trachtte haar demon aan het spreken te krijgen. Het meisje lachte hem uit, en zei: 'Probeer mij niet voor de gek te houden'. De familie bracht haar toen naar een bekende schriftgeleerde, in een grotere stad. Die kreeg onmiddellijk vat op de patiënte. Hij eiste dat de demon zich bekend zou maken. Het meisje was geheel buiten zichzelf en antwoordde niet met haar eigen, maar met een zware mannenstem.

Behandeling

Marokkaanse psychiaters weigeren over het algemeen gepossedeerde patiënten te behandelen en verwijzen hen naar de schriftgeleerden. In Nederland zijn er nauwelijks schriftgeleerden die zich met genezing bezighouden, zodat possessie eigenlijk niet behandeld kan worden. Marokkaanse patiënten en hun familieleden zijn altijd bezorgd over de behandeling die ze dan van de Nederlandse artsen krijgen.

Een Marokkaan die zware aanvallen had werd een tijd lang met kalmerende injecties behandeld in een inrichting. Deze injecties en kalmerende pillen veroorzaakten tijdelijke rust, maar daarna braken de aanvallen des te heviger uit. Later werd deze patiënt in Marokko door volgelingen van een heilige behandeld, maar dat had maandenlang geen effect, naar men zei omdat hij veel te veel injecties had gehad. Een jaar later ging het veel beter met hem, omdat hij via de heilige zijn demon 'tevreden had gesteld'.

Volgens Marokkanen moet men voor possessie nooit medicijnen of injecties geven. Zij zijn ook geïrriteerd door bloedonderzoek in zo'n geval, omdat dat er niets mee te maken heeft, terwijl zij denken met het bloed veel kracht te verliezen.

In Marokko geschiedt de behandeling in de sfeer van het heilige of bovennatuurlijke. Dat kan op verschillende manieren. Er zijn twee hoofdprincipes: men kan de demon uitdrijven, of streven naar een *modus vivendi* tussen demon en patiënt. In de zuidelijke bergstreken treft men o.a. de volgende methode van uitdrijving. De patiënt

begeeft zich naar een religieus centrum (*zawia*), waar vele schriftgeleerden en studenten bijeen zijn. De schriftgeleerden zitten bijeen in een cirkel op de binnenplaats. De patiënt begeeft zich naar de moskee van het centrum en slacht daar in een nis een geit als offer. Demonen zijn gebiologeerd door bloed, zodra dat vloeit gaat de demon naar het dier. De patiënt snelt naar buiten en gaat in de kring van geleerden zitten, die op luide toon de Koraan reciteren. Een ogenblik later komt de demon aanstormen om weer bezit van zijn slachtoffer te nemen, maar kan niet door de cirkel heendringen. Hij vertrekt dan. Men houdt er wel rekening mee dat hij later terugkomt. De broederschapen behandelen possessie met sessies waarin muziek en dansen in trance essentieel zijn. Hun behandeling gaat ervan uit dat de demon te sterk is om hem of haar uit te drijven. Zij bewerken daarom een symbiotische relatie tussen demon en patiënt. De patiënt verricht een aantal verplichte handelingen, zoals het brengen van offers, het branden van wierook, het maken van pelgrimstochten, en vooral het bijwonen en sponsoren van muziek en danssessies. Met name het regelmatig in trance raken voorkomt het uitbreken van zware aanvallen. Patiënten zijn er vaak van overtuigd dat alleen één bepaalde heilige hun demon zal kunnen bestrijden.

Twijfelgevallen

Omdat er in Nederland geen schriftgeleerden zijn die possessie behandelen, weten Marokkanen vaak niet waar zij aan toe zijn. Een groot aantal Marokkanen hier hebben psychische ziekten die steeds weer op andere manieren tot uiting komen, met veelsoortige klachten. Zij worden vaak langdurig door verschillende specialisten onderzocht, met name internisten, reumatologen en neurologen. Die onderzoeken leveren niets op. Als ik bij zo'n geval betrokken raak blijkt de patiënt meestal onzeker of zijn ziekte nu puur lichamelijk is of door een demon veroorzaakt. Dat een ziekte psychisch kan zijn wordt niet als verklaring geaccepteerd. De Marokkanen hebben soms geen hoge dunk van Nederlandse artsen. Zij zijn echter heel verbaasd, als ik vertel dat Nederlandse artsen niets van *zjennoen* afweten. Op vakantie in Marokko bezoeken de twijfelaars zowel westerse artsen (in het Noorden vooral Spaanse) als schriftgeleerden en andere gene-

zers. Hun klachten passen zowel in het beeld van 'lichamelijke ziekten' als in dat van 'door demonen veroorzaakte ziekten'. Aangezien zij niet genezen, en niet lang genoeg in Marokko blijven voor een grondige behandeling in het inheemse systeem, blijven zij twifelen en steeds nieuwe behandelingen zoeken.

Schaamte met betrekking tot possessie

Verreweg de meeste Marokkanen in Nederland zijn afkomstig uit berg- en woestijnstreken. Zij hebben weinig of geen modern onderwijs gehad en zijn zeer traditioneel in hun levenshouding. Zij aanvaarden de demonen en possessie als een deel van het leven. Wie wordt aangevallen door een demon treft geen enkele schande. Er bestaat geen schaamte over het geloof in demonen en er wordt ook niet aan getwijfeld. Men spreekt intussen bij voorkeur zo min mogelijk over hen, en dan nog het liefst met allusies, om hun aandacht niet te trekken. Patiënten met relevante symptomen reageren altijd met interesse op mijn vraag of er sprake is van een demon.

Sommige jonge Marokkanen met een goede opleiding verwerpen het geloof in demonen. Anderen verbergen het. Ik heb vrij veel jonge Marokkanen gesproken, stedelingen met minstens middelbare school, die niet snel met Nederlanders over demonen praten. Zij zijn bang voor primitief versleten te worden. De angst tot een inferieure en achterlijke cultuur te worden gerekend speelt bij veel Marokkanen, maar vooral bij stedelingen, een rol. Nadat mijn gesprekspartners duidelijk was dat ik het onderwerp volkomen serieus nam, kwamen zij met voorbeelden van possessie, vaak uit hun naaste familie.

De reactie van tolken

Onlangs heb ik een vijftiental Marokkaanse tolken getest in een situatie waarbij zij moesten tolken tussen een gepossedeerde Marokkaanse 'patiënt' en een Nederlandse 'arts'. De dialoog was vooraf vastgesteld; zowel de 'arts' als de 'patiënt' speelden hun rol voortreffelijk. De patiënt deelde mee, dat de schriftgeleerde in zijn streek possessie had vastgesteld. De kandidaat-tolken waren jonge Marokkanen, bijna allen stedelingen met een aantal jaren middelbare school. Niemand vertaalde werkelijk adequaat. Een aantal zei dat

de patiënt 'verkouden' was en probeerde luchtig over de zaak heen te stapen. Anderen aarzelden lang, lachten zenuwachtig of werden verlegen en zeiden dat het moeilijk was. Enkelen vertaalden met 'nervositeit', terwijl ook 'vermoeidheid' en 'overspannenheid' werden genoemd. 'Dat is een ziekte voor de kerkdokter' (schriftgeleerde!), maar er volgde geen uitleg. Eén kandidaat vertaalde met 'psychische ziekte' en voegde er aan toe dat er een 'diabel' in het lichaam van de patiënt zat. Toen om uitleg gevraagd werd, liep ook hij vast. Een meisje zei zeer terecht: 'De patiënt is bezeten'. Maar op de standaardvraag: 'Wat is dat dan?' begon ze te lachen en zei niets meer. De meeste kandidaten benadrukten na afloop dat ze dit niet zomaar konden vertalen.

Deze test toont hoe moeilijk het is bepaalde elementen uit de eigen cultuur uit te leggen aan iemand uit een andere cultuur. Dat betreft met name complexe voorstellingen zoals die over demonpossessione, waarbij een groot aantal achterliggende gedachten duidelijk gemaakt moeten worden. Een deel daarvan is impliciet, wat wil zeggen dat men zich er nooit vragen over stelt.

Conclusie

Psychische ziekten bij Marokkanen, en bij buitenlandse arbeiders in het algemeen, worden vaak niet onderkend vanwege de taalbarrière, die slechts elementaire gesprekken tussen arts en patiënt toelaat. Psychische ziekten komen in een andere cultuur soms op een zeer specifieke wijze tot uiting. Door gebrek aan kennis van zo'n cultuur kunnen dergelijke uitingen niet worden geïnterpreteerd. Possessie door demonen bij Marokkanen is daarvan een sprekend voorbeeld.

Een psychiatrische of een andere medische behandeling in westerse stijl is bij possessie niet mogelijk. Bij ernstige gevallen dient men behandeling in het inheemse systeem mogelijk te maken; meestal zal dit (tijdelijke) repatriëring van de patiënt betekenen.

Literatuur

Crapanzano, Vincent *The Hamadsha. A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. University of California Press, 1973.

Dermenghem, Emile *Le Culte des Saints dans l'Islam Maghrébin*. Gallimard, Parijs, 1954.

Spreekuur voor Turkse vrouwen

door Mevr. Z. M. Sieval, arts*



Samenvatting

Voortvloeiend uit een scriptie die zij voor haar artsexamen schreef over anticonceptie bij Turkse vrouwen, kreeg de auteur de gelegenheid enige tijd een wekelijks 'Turks' spreekuur te houden op een gynaecologische polikliniek in Amsterdam. Aan de hand van enige illustrerende voorbeelden uit dit spreekuur schetst zij een beeld van de transculturele problematiek, die zich juist dan in volle omvang manifesteert als de taalbarrière wegvalt.

Voorbeeld I: abortus en familie-eer

In gezelschap van haar vader, een Turkse arbeider uit Amsterdam, bezoekt een 17-jarig meisje het spreekuur met een abortusverzoek. Vader doet het woord. Hij vertelt dat het huwelijk van zijn dochter helaas is gestrand, nu net op het moment dat ze zwanger blijkt. Zijn dochter wil nu niets meer met haar man te maken hebben en wenst onder de huidige omstandigheden ook deze zwangerschap beslist niet meer. Het meisje zit er neutraal glimlachend bij. Een redelijk klinkend verhaal.

Oordelend aan haar opgewekte snuitje schijnt het ook voor het meisje een eenvoudige zaak. Nu bestaan er bij Turkse vrouwen in het algemeen weinig scrupules ten aanzien van het afbreken van jonge zwangerschappen, maar ook voor de Nederlandse hulpverleners is de verbroken relatie van de vrouw een invoelbare reden voor een abortusverzoek.

Ware het niet dat ik Turks gesproken had, dan had de abortus waarschijnlijk plaatsgehad en was, achteraf gezien, het meisje wellicht veel leed bespaard gebleven. Maar daar ik juist dit spreekuur begonnen was om het allemaal nu

eens uit de mond van de vrouw zelf te horen, verzocht ik de vader mij even met het meisje alleen te laten. Dat deed hij dan ook zonder morren.

Toen ik het meisje vroeg wat er nu precies gebeurd was, vertelde ze mij dat ze, inwonend bij de ouders van haar man, eveneens een Turkse arbeidersfamilie in Amsterdam, onenigheid met haar schoonmoeder had gekregen. Deze zou het zelfs bestaan hebben haar van een verhouding met een in het zelfde huis woonachtige Spanjaard te betichten. Opgegroeid in een cultuur waarin een persoon slechts kan bestaan bij de gratie van zijn of haar goede naam, had ze dit niet zo maar genomen. Ze was naar haar moeder gegaan en had het verteld en deze had het op haar beurt als haar plicht gevoeld deze ernstige aantijging aan de vader te vertellen. Haar vader echter was door deze opmerking, die hij immers als een persoonlijk aantasting van zijn familie-eer voelde, dermate gekwetst dat hij zijn dochter verbood naar haar man terug te gaan.

Toen pas bleek de zwangerschap. Het meisje vertelde zelf best tevreden te zijn geweest met haar man en ook deze zwangerschap graag gewild te hebben, maar na het voorval was ze niet meer in de gelegenheid geweest met haar man te spreken. Ze wist wel het telefoonnummer van zijn werk en verzocht mij hem te bellen. Aangezien voor mij als Nederlandse hulpverlener in een abortusverzoek de stem van de vrouw doorslaggevend is, deed ik het en arrangeerde voor diezelfde middag een gesprek met zijn drieën: de vrouw, haar man en ik, om het al dan niet gewenst

zijn van de zwangerschap te bepraten. Alzo gebeurde.

De jongeman toonde zich aanvankelijk boos over het feit dat zijn vrouw zo maar bij hem weggelopen was, maar zei toch graag bij haar te willen blijven. Het bleek nu, dat hij binnenkort naar Turkije moest om zijn dienstplicht te vervullen. Hoewel hij aanvankelijk star bleef eisen dat zijn vrouw gedurende zijn afwezigheid in zijn ouderlijk huis zou blijven, stemde hij er tenslotte toch in toe dat zijn vrouw gedurende zwangerschap en bevalling bij haar eigen moeder zou blijven. Alles leek nu koek en ei. De gelukkige oplossing hoefde alleen nog aan de vader van het meisje te worden verteld. Maar dat pakte anders uit.

De vader weigerde absoluut zijn dochter nog te kennen, als ze de zwangerschap niet onmiddellijk liet afbreken en niet onmiddellijk van haar man zou scheiden. Dat laatste bleek op zich zelf zeer eenvoudig, want pas nu bleek het meisje nooit officieel getrouwd te zijn – niet zo bijzonder voor Turkse plattelandsbegrippen. Een huwelijk is sociaal geldig als het sociaal geaccepteerd is en papieren bevestiging geschiedt vaak achteraf als er b.v. praktische voordelen aan verbonden zijn, zoals kinderbijslag, officiële overkomstmogelijkheid van de vrouw naar Nederland of het krijgen van een woning.

Gesteund door ons Nederlands maatschappelijk werk, dat inmiddels is ingeschakeld, blijft het meisje bij haar wens het kind toch te krijgen. Mede door onze steunende houding krijgt ze het gevoel dat er wel een oplossing wordt gevonden. Voorlopig blijkt het mogelijk haar bij een welwillende Turkse

* De schrijfster heeft een tijd lang wekelijks spreekuur gehouden voor Turkse vrouwen. Zij specialiseert zich nu in de gynaecologie.

familie te plaatsen die haar onderdak geeft.

De zwangerschap vordert, maar nu beginnen de problemen pas echt. Het Nederlandse tehuis voor ongehuwde moeders ziet het niet zo zitten met de opname van een volkomen onaangepast, geen woord Nederlands sprekend Turks meisje. De Sociale Dienst weigert enige uitkering te betalen, de regel hanterend dat alleen buitenlanders die reeds langere tijd in Nederland wonen een uitkering kunnen krijgen, die eigenlijk alleen bedoeld is voor Nederlandse staatsonderdanen.

Het meisje krijgt haar kind. De Turkse familie bij wie ze in huis is gaat haar als last voelen en eist dat ze zich financieel zelf gaat bedruipen. Haar eigen familie wil haar niet meer kennen; de echtgenoot zit als soldaat in Turkije, het meisje, ongeletterd, weet niet eens zijn adres. Alleenstaand met een baby is het moeilijk om te werken en ook moeilijk om weer een huwelijk aan te gaan. Het meisje is nooit gewend voor zichzelf te zorgen en is, zonder familiesupport nergens, zowel mentaal als puur economisch. Ze is analfabeet en heeft nooit een vak geleerd. Haar man, met wie ze volgens de wet niet eens officieel getrouwd is, laat niets van zich horen (weet waarschijnlijk ook niet eens haar adres), haar familie heeft haar verstoten en een deze familie vervangende Nederlandse instantie blijkt er niet te zijn.

Zowel het meisje als haar jonge echtgenoot maken deel uit van een familiesysteem. Hierbuiten blijken zij zich niet te kunnen handhaven als individuen. Hoewel de Nederlandse hulpverlener volledig met de situatie op de hoogte was, is onvoldoende onderkend dat de Turkse traditionele plattelandsvrouw als zelfstandig individu niet bestaat; evenmin dat ook de, weer van zijn familie afhankelijke, man geen echte handelingsbekwaamheid heeft buiten zijn familie om.

Voorbeeld II: maagdelijke staat

Een zeer westers-imponerend echtpaar, ditmaal geen doekjes, lange broeken of zware snorren, bezoekt het spreekuur met twee blozende jonge dochters van 15-16 jaar, uiterlijk in niets te onderscheiden van frisse Amsterdamse meiden. De moeder vertelt onder tranen, dat haar oudste dochter bekend heeft éénmaal met een jongen in het park gevreeën te hebben. Nu eist

ze een onderzoek van beide meisjes om de al dan niet maagdelijke staat te laten beoordelen. Hierbij doet ze een beroep op mij als moslim, hierbij niet doelend op een eventuele godsdienstige overtuiging mijnerzijds, maar uitdrukkelijk: jij, die onze mentaliteit begrijpt. De vader zit er droevig en stilletjes bij, troostend een hand op de rug van zijn vrouw. Gelaten vertelt hij, dat hij tot zijn grote spijt zijn beide dochters ogenblikkelijk van de middelbare school in Amsterdam heeft moeten afhaken.

Ik stuur de ouders naar buiten om met de meisjes te praten. Deze bezweren me om toch alsjeblieft te zeggen, dat er niets aan de hand is. De oudste vertelt met grote angstogen, dat een 'tweede keus' echtgenoot wel bereid is met haar te trouwen als ze geen maagd meer blijkt. Maar deze man wil ze beslist niet. Bij onderzoek lijken mij beiden geen virgo meer, maar ik deel dit niet aan de ouders mee en zeg hen dat er volgens mij 'niets aan de hand is', niet wetend of ik er goed of slecht aan doe. In ieder geval is het probleem voor enige tijd verschoven, misschien is dat toch een voordeel.

Enerzijds hebben deze meisjes te veel van hun Hollandse omgeving meegerekregen om nog te kunnen worden ingepast in het traditionele patroon van hun ouders, anderzijds zijn ze te jong om zich als zelfstandig individu tegenover hun ouders op te stellen. Misschien heeft de Turkse vader, die zijn nog leerplichtige opgroeiende jonge dochters in Nederland tegen de wet in thuis houdt, wel gelijk en beschermt hij hen voor veel ellende. De Nederlandse samenleving echter juicht een snelle emancipatie van de vrouwen toe, zonder zich hierbij de consequenties te realiseren. Daarmee bedoel ik te zeggen, dat wat in een Nederlandse samenleving voor Nederlanders juist wordt geacht nog niet juist behoeft te zijn voor mensen met een geheel andere culturele achtergrond, ook al wonen ze dan toevallig in Nederland.

Voorbeeld III: een echtpaar met anticonceptieproblemen

De gepresenteerde klacht: libidoverlies van de vrouw bij pilgebruik. Verandering van pil bracht geen verbetering. In de loop van enkele jaren zou de vrouw toenemend anorgastisch zijn geworden en nu tenslotte een duidelijke weerzin ten toon spreiden en veel pijn hebben bij iedere coïtuspoging. Een en ander lijkt te zijn samengevallen met de hier

in Nederland door de vrouw voor het eerst toegepaste anticonceptie.

Voor Turkse begrippen maakt het echtpaar, vooral de vrouw, een ongewone indruk. Zij is om zo te zeggen wat mannelijk gekleed in haar leren jasje en rookt een stevig sigaretje. De man, die een voorzichtige en uiterst voorkomende indruk maakt, vertelt spontaan zijn vrouw zeer te waarderen om haar intelligentie en zegt op haar initiatief enkele tot succes leidende zakelijke transacties te hebben aangegaan. Eén ding grieft hem echter diep: zijn vrouw houdt zich niet aan de spelregels en geeft hem in het bijzijn van derden soms een grote mond. Enerzijds steunt hij op haar, anderzijds verwijt hij haar uiterlijk gebrek aan respect voor hem. Vroeger in Turkije was dat heel anders. Overdag brachten beiden hun leven door in totaal gescheiden kringen – zij met haar vriendinnen, te midden van wie ze alom de boventoon voerde en geacht werd om haar durf en intelligentie; hij tussen zijn vrienden, die hem respecteerden met zo'n moderne fiere vrouw. Maar hier zijn er conflicten ontstaan. Pas in Nederland hebben zij elkaar als mens leren kennen. De vrouw heeft haar kritiek op haar man niet onder stoelen of banken gestoken, en de man heeft geleerd dat het geen onverdeeld genoeg hoeft te zijn, een felle, geëmancipeerde vrouw te hebben.

Bij dit openhartige echtpaar bleek het mogelijk via de aanvankelijke klacht van de vrouw door te dringen tot de kern van hun probleem: hun ten opzichte van elkaar veranderde relatie.

Met klem moet ik zeggen dat dit echtpaar een grote uitzondering vormt op de talloze echtparen met op het spreekuur gepresenteerde sexproblemen die, als er geen taalbarrière is, op zich zelf heel openhartig worden verteld. Problemen, waaraan heel vaak de onder de omstandigheden in Nederland veranderde man-vrouw-relatie ten grondslag ligt, maar die totaal niet bewust gemaakt kunnen worden en die nooit bespreekbaar worden. Steeds weer blijft men dan vragen, bijv. om de oplossing brengende injectie voor de erectieproblemen van de man of het heilbrengende medicament voor de vage onderbuikpijnen van de vrouw. Inzicht in de eigen situatie, introspectie, zou nl. betekenen dat je als individu zelf verantwoordelijkheid zou kunnen dragen voor die situatie en in staat zou kunnen zijn de situatie te veranderen. Op dit punt komen de meeste Turkse

echtparen nooit. Door uiterlijke omstandigheden, nl. door hun migratie, hebben ze een ander leefpatroon gekregen, maar ze willen of kunnen niet overzien of accepteren hoe ingrijpend en soms zelfs desastreus dat in hun leven is geweest. Bovendien is het typisch westers ervan uit te gaan, dat het individu zijn leefsituatie groten-deels in eigen hand zou kunnen hebben. Afgezien van de taalbarrière, is alleen hierdoor al westerse psychotherapeutische hulpverlening voor de Turkse echtparen in Nederland onmogelijk.

Conclusie

Kort samengevat zou ik als volgt willen besluiten:

In de medische praktijk levert een werkelijk somatisch aantoonbaar lijden van de buitenlander zelden echt onoplosbare problemen op. Zo die problemen er zijn, zijn ze met behulp van tolken op te lossen, maar na het wegval-len van de eigenlijke taalbarrière manifesteert zich pas een bijna onoplosbare sociaal-culturele problematiek, waar-

voor binnen de Nederlandse samenle-ving geen enkele hulpverlening bestaat. De Nederlandse arts, die eigenlijk op zijn/haar spreekuur als geen ander de rekening gepresenteerd krijgt van de gevolgen van de migratie, staat hierte-genover machteloos en alleen. Door-verwijzing is praktisch niet mogelijk, waarbij dan nog komt dat de patiënt zelf zijn gepresenteerde klachten niet in relatie kan of wil zien met zijn onderliggende sociale problematiek en halsstarrig een 'medische' oplossing van de arts blijft vragen.

PRAKTIJKPERIKELEN

Sijmen betaalt!

Op de eerste van de maand nam zij vrijwillig ontslag met ingang van de eerste van de volgende maand. Op de daarop volgende dag meldde zij zich ziek. Aan de bedrijfsarts gaf zij als reden op: geestelijke nood wegens seksuele moeilijkheden in haar huwelijk. Zij is nog geen 20 jaar oud!

Haar huisarts verwees haar naar de maatschappelijk werkster van de Interkerkelijk-ke Stichting Geestelijke Volksgezondheid. Zij kan daar pas terecht ruim twee maanden na haar eerste 'ziektedag'. Kort voordien merkte zij, dat zij zoveel dorst had. Haar vader en moeder zijn diabetici. Zij vermoedt van zichzelf dezelfde diagnose. Dat vermoeden werd bewaarheid. Zij werd opgenomen ter regulatie en na twee weken ontslagen omdat zij jarig was en dat thuis wilde vieren. Dat leidde blijkbaar tot zwangerschap. Door de ervaring in de familie was haar bekend, dat diabetes met zwangerschap een bron van zorg kan zijn. Nadat zij voor de tweede maal was opgenomen geweest ter regulatie werd zij door de bedrijfsarts naar een andere gynaecoloog verwezen ter onderzoek bij wijze van keuring, met de vraag of er sprake was van pathologie in de zwangerschap, gepaard gaande aan diabetes. Het antwoord was: 'Geen afwijkingen in de graviditeit.' De combinatie met diabetes mellitus is een bron van veel medische zorg, zolang de diabetes niet goed is ingesteld. De internist die haar behandelde, berichtte: 'Normale dagsuikercurves. De diabetes is goed geregeld.'

De jonge vrouw werd daarop medegedeeld, dat er thans geen beletsel was het door haar gevraagde ontslag te verlenen.

Hiertegen tekende zij verzet aan, omdat zij niet was onderzocht door een andere internist, bij wijze van keuring. Ook dat werd geregeld. Zij kreeg enige dagen tevoren zulks schriftelijk aangezegd met datum en uur. Edoch zij verscheen niet ter keuring en liet weten dat zij de brief pas 's middags uit de bus had gehaald op de dag dat zij 's ochtends had moeten komen. Er werd haar toen verzocht zelf de afspraak te gaan maken bij de secretaresse van de internist. Zulks geschiedde en wel op een maandag, 12 dagen later; eerder kon zij niet! Doch ook op die maandag verscheen zij niet. Wel liet haar man aan de werkgever weten, dat zij die dag weer was opgenomen in het ziekenhuis, ter regulatie van haar diabetes. Van haar behandelend internist vernam de bedrijfsarts dat die opnemingsdatum tevoren was vastgesteld, ter begeleiding van zwangerschap en diabetes, gedurende twee maanden voor de uitgerekende datum van de bevalling.

Aldus heeft zij zich verzekerd van inning van 'ziekengeld' vanaf de dag van ziekmelding tot zes weken na de datum van bevalling, hetgeen in dit geval neerkomt op 58 weken 'ziekengeld', de 'vrijwillige ontslagneming' ten spijt. Haar loon komt uit de pot van een semi-overheidslichaam, dus uit de belastingpot.

Sijmen betaalt . . . , tenzij minister Boersma of staatssecretaris Hendriks daar wat aan gaan doen. Wij zijn benieuwd naar die sancties.

Praktijkperikelen zijn door artsen en patiënten geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Eer en zelfrespect: de Noordafrikaanse boer en de overheid

door Dr. D. G. Jongmans*

Samenvatting

Voor een goed begrip van het gedrag van Noordafrikanen is inzicht nodig in hun Noordafrikaanse sociale en culturele achtergronden. In dit kort bestek kan slechts een tweetal relevante elementen in beschouwing worden genomen: de wederzijdse verhouding tussen overheid en plattelanders en de begrippen eer, en respect en de daarbij behorende defensiemechanismen. Tenslotte worden enkele conclusies getrokken over de eisen die aan tolken moeten worden gesteld.



Enkele jaren geleden vertelde mij een antropoloog, werkzaam in Noord-Afrika, een interessante ervaring. Sinds jaren werkzaam op het platteland in een wat afgelegen streek kreeg hij bezoek van een Noordafrikaanse collega, die zo geestdriftig werd over het verrichte onderzoek en de mogelijkheden die ook voor hem schenen weggelegd, dat hij de antropoloog plannen voorlegde om daar zelf ook aan de slag te gaan. De antropoloog stelde de sjeik¹ daarvan op de hoogte. Deze hoorde een en ander rustig aan en voorspelde, dat er van de studie wel niet veel terecht zou komen en dat de antropoloog zich maar geen zorgen moest maken. 'Wees gerust', zei hij, 'wanneer hij hier komt om te werken, dan zal hij binnen vijf dagen vertrokken zijn'.

Gevraagd om een verklaring hoe hij dat met zoveel precisie voorspellen kon, refereerde hij aan zijn ervaringen met stedelingen, die niet in staat en niet bereid zijn om in een dorp te leven. De gast zou daarom zijn onderzoek wel verrichten vanuit een hotel, wat niet tot een vertrouwensrelatie zou leiden. Van een dergelijke lastpost en pottekijker zou de sjeik zich wel weten te ontdoen. 'Wanneer hij aankomt', aldus de sjeik, 'ga ik naar het dorp in kwestie toe en raad de boeren aan, in ons aller belang, om de stomme boer te spelen. We weten van niks en ontnemen hem de

moed en lust.' En inderdaad, de onderzoeker kwam, stuitte naar aanleiding van zijn vragen op wonderlijke antwoorden en reacties waaraan hij geen touw kon vastknopen en gaf zijn studie binnen vijf dagen op.

Wij hebben hier te maken met een voorbeeld van zelfverdediging van ongeletterde boeren uit Noord-Afrika, die gemeenschappelijk front maken tegenover een vertegenwoordiger van de stedelijke elite. Wantrouwig vragen de boeren zich af, waarom een dergelijke studie ondernomen moet worden en wat er het gevolg van zal zijn. Onverschillig het resultaat, zullen zij er wel de dupe van zijn. Voorkomen is beter dan genezen; men kan zich de stedelingen met hun nieuwsgierigheid en hun bemoeizucht beter van het lijf houden.

Grosso modo geldt hetzelfde voor de ambtenaren. Een ambtenaar, afkomstig uit de stad, die geen lid is van de morele orde van de dorpsamenleving, betekent een potentieel gevaar. Niet alleen omdat hij een vreemdeling is, die volgens de vroegere tribale code als tegenstander of als vijand dient te worden gewantrouwd, maar ook omdat hij over machtsmiddelen beschikt, waarmee hij zijn zin kan doorzetten en zijn wil kan opleggen. Dit *wantrouwen van de plattelanders ten aanzien van de stadsbewoners en de ambtenaren* is niet beperkt tot Noord-Afrika. Het is wereldwijd en is in tal van delen van de derde wereld door onderzoekers genoteerd². Het wordt verklaard door de zware economische druk – belastingen, corvee en dienstplicht – waaronder de boeren van oudsher hebben gezucht³.

gen, corvee en dienstplicht – waaronder de boeren van oudsher hebben gezucht³.

Voor de gebieden van herkomst van de Noordafrikaanse gastarbeider echter kan deze verklaring geen opgeld doen. Daar heeft men te maken met boeren die pas aan het einde van de vorige

1. De sjeik kan worden beschouwd als schakel tussen de plattelandsbevolking en de overheid. Hij bekleedt een officiële functie, maar is afkomstig uit het territorium dat hij bestuurt.

2. D. G. Jongmans, The peasant versus the official. Paper presented to the Congress of the Society for Applied Anthropology, 34th Annual Meeting, Amsterdam, 20 March 1975.

T. de Wit, Boer en ambtenaar in een ontwikkelingsproject, een studie naar de oorzaken van 'peasant distrust' en resistance to change'. Doctoraalscriptie Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, maart 1974.

F. G. Baily, The peasant view of the Bad Life. In: Th. Shanon, Peasants and peasant societies. Penguin 1971.

3. J. Lenski, Power and Stratification. New York 1966.

* Stafmedewerker van het Tropeninstituut, onder meer betrokken bij gezondheidsprojecten in Tunesië.

eeuw en soms nog veel later, omstreeks 1930, in de moderne staat geïncorporeerd zijn. Iedere vorm van staatsinmenging – van belastingheffing tot welvaartsplanning en milieudefensie toe – hebben zij geleerd te beschouwen als een beknotting van hun vrijheid.

Het wantrouwen wordt in sterke mate gevoed door de *vooroordelen van de stedelingen*. Overal in de derde wereld gaapt een kloof tussen de wereld van de stad en die van het platteland. De stad is het centrum van beschaving, van bestuur en rechtspraak, van religie en geleerdheid, van handel en ambacht. De gecultiveerde stedelingen, trots op de stedelijke instellingen, verzamelde rijkdommen en levensstijl, waaraan ze allen, ook de gewone man, deel hebben, voelen zich verheven boven de massa van armzalige, ongeletterde boeren, die verstoken zijn van de beschaving en de geneugten van het stadsleven.

Die vooroordelen, die de functie hebben van legitimering van de politieke afhankelijkheid en ondergeschiktheid van de boeren, geven overal op aarde een treffende mate van overeenstemming te zien. Plattelanders, hetzij boeren, hetzij nomaden, worden afgeschilderd als dom, lui, fatalistisch, onbeschaafd, lomp, achterdochtig, vuil, irrationeel, ongemanierd, onbeschoft en brutaal. Om dit voor Noord-Afrika te illustreren refereer ik aan een in 1953 in Cairo uitgegeven Arabisch verklarend handwoordenboek. Daarin staat onder het hoofd *Fellah* (boer) het volgende gruwelijke waardeoordeel te lezen:

'Boeren hebben een ruw karakter, ze zijn stom en hebben ruwe zeden.' De boeren-vrouwen zijn irritant en maken veel ruzie; dat komt doordat ze altijd met vee en met modder omgaan en doordat ze niet omgaan met beschaafde lieden. De boer bekommert zich niet om gebed of godsdienst en als ze feesten hebben, schreeuwen ze alleen maar. Als ze gastvrij zijn (noodgedwongen komt dat wel voor!), dan krijg je alleen linzen en onrijpe dadels. De boeren schreeuwen, ook al hebben ze geen pijn, en kijken zuur, ook al wordt hun geen onrecht aangedaan.' Enkele adviezen: wees nooit gastvrij voor boeren, want als je aardig tegen hen bent, dan krijg je er alleen maar berouw van, en: 'ga niet met boeren om, ook al maken ze een welvarende indruk, hun stieren zeggen van hen, dat ze van hetzelfde slag zijn'. Als toppunt van weerzinwekkendheid staat er dan nog, dat man en vrouw op de mesthoop de liefde plegen⁴.

Tot zover dit woordenboek, dat aan duidelijkheid niets te wensen overlaat.

Zo heb ik ook wel eens populaire Marokkaanse literatuur uit de vorige eeuw onder ogen gehad, die op even onmogelijke manier het leven van de boeren schetst en waaraan de stedelingen vandaag de dag nog veel plezier schijnen te beleven. Wanneer ik zelf een stadsbewoner vertel, dat ik op het platteland in Noord-Afrika woon en daarover met enthousiasme spreek, kijkt hij me meelijwekkend aan. Het respect dat hij mij moet betonen weerhoudt hem ervan de waarheid te zeggen, maar hij kan niet nalaten het lokale dialect te imiteren om mijn vrienden te bespotten. In zijn ogen boet ik fiks aan status in met mijn abnormale voorkeur. De habitus van de ambtenaren op de lagere niveaus, met wie de boer meer dan vroeger in contact komt, is niet bevorderlijk voor het vergroten van het vertrouwen. Trots op hun opleiding en functie, die gezag verleent, behept met de stedelijke vooroordelen tegenover de plattelander, kijken zij neer op hen, die aan hun gezag onderworpen zijn. De ambtenaar vreest met de plattelanders onder wie hij zijn werk verricht geïdentificeerd te worden; dat zou hem in de ogen van zijn collega's in de stad omlaag halen. Alleen al het feit, dat hij werkzaam is op het platteland en niet in stad verlaagt in zijn ogen zijn status. Zijn optreden is nogal eens hard en bars. Niet ten onrechte heeft De Wit⁵ zijn instelling, in termen van de socioloog Mills beschreven als 'white collar'.

Vervreemd van het boerenleven, niet bepaald overtuigd van het feit, dat de staat er is ten behoeve van de burgers⁶, streeft hij naar de verhoging van zijn prestige, dat hij ontleent aan personen die in de hiërarchie hogere posities bekleden en zet zich af tegen hen die lager op de ladder staan, de boeren inclusief. Hij schept afstand en laat die afstand ook steeds blijken. Hij vraagt erom met respect te worden behandeld. De boeren die hem nederig benaderen vragen dan ook niet zozeer om hun rechten, maar in feite om gunsten die hij al dan niet verlenen kan.

De boeren hebben gauw door wie zij voor zich hebben. Het gebrek aan motivatie en engagement met het lot en welzijn van de boerenbevolking is voor hen gemakkelijk herkenbaar. Wat hen hindert, behalve de positie van afhankelijkheid waarin zij verkeren, is de wijze waarop zij behandeld worden. De ambtenaar laat hen niet uitspreken, gaat geen gedachtenwisseling aan, stelt zinloze vragen, drukt zich bij voorkeur uit in het Frans of literair Arabisch, die

beide een barrière scheppen, geeft af op armoede, het vermeende fatalisme en het onvermogen van de boer om op eigen kracht vooruit te komen. Van wederzijds respect is geen sprake.

De hier in het kort geschetste verhouding tussen ambtenaar en plattelander treft men niet alleen in Noord-Afrika aan; zij is typerend voor grote delen van de derde wereld. In Noord-Afrika echter wordt de verhouding toegespitst door de fundamentele betekenis die de Noordafrikanen toekennen aan het begrip eer.

Mannen van eer

Hoe ziet een Noordafrikaanse plattelander zich zelf? Hij is voor alles een man van eer, een term door Van Dale omschreven als: 'het bezit van achting in en erkenning als gelijkwaardig of volwaardig lid van de maatschappij of een maatschappelijke kring en wat daarmee samenhangt'. Ook de derde van de zes omschrijvingen is hier van belang: 'datgene wat iemand zedelijk aanzien, een goede of grote naam bezorgt'. Eer (*horma*) heeft dan ook hij die de hoogste waarden van de samenleving erkent en er naar leeft. De publieke opinie die zijn daden weegt, kent hem op grond daarvan achting toe; hij van zijn kant echter doet een recht op achting gelden. Eer is in feite niets anders dan de verbindingsschakel tussen de idealen van een samenleving en hun reproductie door de enkeling, die er naar haakt die waarden tot uitdrukking te brengen. Daaruit spreekt niet alleen de voorkeur voor een bepaald gedrag, maar ook het recht op een bepaalde behandeling door de omgeving. *Het recht op achting is het recht op status*.

Die hoogste waarden hebben in de eerste plaats betrekking op vrouw en dochters, maar ook op zoons, erf, huis, akker, vee, al datgene wat tot zijn domein behoort, waarover hij zeggen-

4. Qamis al-'adat wa-al-tāgalīd wa-al-ta'āb-ir al Misriyyah (Woordenboek van de Egyptische gewoonten en tradities), Cairo 1953.

5. Zie boven.

6. E. Salem, Problems of Arab Political Behavior. In: Lutfiya, A. M. en Churchill, C. W., Readings in Arab Middle Eastern Societies and Cultures. 's-Gravenhage 1970, 402-411.

schap heeft en ten aanzien waarvan hij zwaarwegende plichten heeft tot verzorging, onderhoud en bescherming. Komt hij die plichten na, dan zullen de elementen van het domein hun plicht doen, de leider van de huishouding zijn 'recht' geven, hem respecteren en zijn *hormaa* in de buitenwereld een stevige basis verschaffen. In de buitenwereld kan dit *hormaa* nog vergroot worden door het bewijzen van diensten en respect aan de medemens.

Het is duidelijk dat het bezit van veel *hormaa*, een geëerd lid zijn van de samenleving, begerenswaard is. Niet alleen belooft God hem met nageslacht, gezondheid, een kudde die gedijt en akkers die rijkelijk vrucht dragen, ook zijn medemens zal hem respecteren, hem gaarne diensten bewijzen en hem om raad vragen. Wie excelleert in *hormaa* oefent dan ook informeel gezag uit in de dorpssamenleving. Van hoeveel maatschappelijke betekenis *hormaa* is, kan worden afgelezen aan de vertalingen die al naar de context waarvan het woord gebruikt wordt, passend zijn: eer, aanzien, domein, gezag, invloed, respect en voorrang.

In de dorpssamenlevingen is een niet aflatende strijd om eer gaande. Eer kan namelijk worden opgeëist op grond van bezit, akkers, kudde, een talrijke huishouding, al die zaken die tekenen zijn van Gods zegen en impliciet van deugdzaamheid. De aanspraak op hoger eer wordt gehonoreerd door het verlenen van voorrang, zowel bij de wandeling, bij het voeren van het woord en bij het nemen van beslissingen als bij het bediend worden met voedsel, thee en koffie.

In theorie is de strijd om eer van een deugdzaam karakter: deugd leidt tot eer en eer leidt tot voorrang. In de praktijk gaat het vaak anders toe. Wie hoe dan ook voorrang neemt, zich superieur toont, doet aanspraak op eer en bijgevolg op deugdzaamheid. Om die eer zo nodig kracht bij te zetten, wordt van machtsmiddelen gretig gebruik gemaakt. In die *niet aflatende strijd om eer* verzetten de concurrenten zich door de klimmer als het ware omlaag te trekken en proberen de klimmers op hun beurt op de ladder van eer te stijgen door anderen te vernederen. De vernedering bij uitstek is een ander aan te tasten in zijn domein, dat per definitie voor anderen ontoegankelijk (*haram*) is. Wie zich dat laat welgevalen – zelfs een verbale aantasting is voldoende – en zich niet weet te verdedigen, diens eer is in het geding. Een man van eer

heeft dan ook behoefte aan *nif*: hij moet op zijn ponteneur staan, altijd op scherp, niets nemen wat hem afbreuk kan doen. Hij heeft niet alleen het recht, nee sterker, de plicht zich te verdedigen én als man én als gelovig islamiet, op straffe van de ondergang van zichzelf en zijn huishouding.

Het streven naar onafhankelijkheid en vrijheid en de betekenis toegekend aan het concept van eer zijn in feite niets anders dan uitdrukkingsvormen van egalitaire idealen en waarden. Daar in principe de mensen aan elkaar gelijk zijn, kan de onderlinge samenwerking ook niet anders dan gebaseerd zijn op vrijwillig wederzijds dienstbetoon. Niets stuit de plattelanners dan ook meer tegen de borst dan het besef van een ander afhankelijk te zijn, die over hem, de mindere, macht uitoefent en dat terdege laat voelen. Met zo iemand worden binnen de dorpssamenleving de betrekkingen verbroken. Op grond van egalitaire verhoudingen, een principiële menselijke gelijkheid, behoren de mensen elkander diensten te bewijzen, zich te gedragen als gelijken en, zo nodig, verhoudingen van afhankelijkheid in te kleden in termen van gelijkheid. Dit is het respect dat de machtige de onafhankelijke, de zwakkere, schuldig is.

Ieder mens, hetzij hoog, hetzij laag geplaatst, heeft als hij aan de normen voldoet recht op respect, ook van de kant van de buitenstaander en de ambtenaar. Het geven van bevelen, het niet in acht nemen van de vormen van beleefdheid, de boer niet laten uitpraten, het opzetten van een hoge toon, een boos gezicht, het zich uitdrukken in het literair Arabisch of in het Frans, een neerbuigende behandeling, het spreken over misère, fatalisme, de noodzaak om zich in te spannen, zijn de boer evenzovele doornen in het vlees en tonen – als ware hij een zondaar – het *gebrek aan respect* aan dat men voor hem heeft. Zij tasten het zelfrespect in merg en been aan.

Als men van eer staat hij op zijn ponteneur, hij heeft *nif*, maar hij staat niet tegenover een dorpsgenoot maar tegenover een ambtenaar die over gezag en macht beschikt. Zich verzetten zou uitermate dom en kortzichtig zijn, een frontale aanval is zinloos. Wanneer de boer er niet in slaagt door het tonen van verschuldigd respect – ook dat heeft te maken met zijn gevoel van eigenwaarde – door het bewijzen van diensten hem tot tegendiensten te bewegen en hem voor zich te winnen,

moet men anderen en zichzelf demonstren, dat men niet de afhankelijke, de mindere is. De fout is gemaakt door de tegenstander; de vernederde komt het recht toe zich te verdedigen.

Een van de geijkte *reacties* is het voor de vorm aanvaarden, het beamen, ja zeggen, maar in feite de bevelen, de adviezen, de raad aan zijn laars lappen. Verzet is gevaarlijk, de weg van de minste weerstand echter begaat men zonder risico. Ook in Nederland wordt deze reactie bij gastarbeiders aangetroffen en wij moeten ons afvragen of zij zich bewust vernederd voelen dan wel dat de gastarbeiders ook hier blijken geven van een ingekankerd wantrouwen tegen de ambtenaren, artsen, verplegend personeel enz., die zij alle bezien door Noordafrikaanse bril. Noordafrikanen – het is meer dan eens geconstateerd – wisselen nogal eens van arts. Zij vinden zichzelf al gauw in de hoek gezet. Een onderzoek van 7-10 minuten, gevuld met voor hen irrelevante zaken, ergert hen, alsook een simpele vraag als: 'Waarom heeft u die medicijnen niet ingenomen?' Dat is kritiek, een aanval op zijn persoon en zelfrespect. Hij doet er het zwijgen toe, maar wisselt wel van dokter.

Een tweede geijkte reactie op een vernedering is de demonstratie van superieure slimheid. De zwakke, mits uitgekookt en slim, is in staat om de macht van rijken en ambtenaren, chefs en directeurs te overwinnen. Om zijn zelfrespect te bewaren en zijn Noordafrikaanse omgeving te laten zien dat hij een man is en zich niet laat ringeloren, is hij gerechtigd tot bedrog over te gaan. Maakt men met hem de kachel aan, hij laat zien dat hij in staat is zijn vrijheid te kopen door een telegram te laten komen dat vader of moeder ernstig ziek is en overkomst gewenst is. Ofwel, wordt hij ziek tijdens het verlof, stuurt al dan niet een verklaring, toucheert zijn geld en heeft de overwinning geboekt.

Dit wil echter niet zeggen, dat in alle gevallen van ongeoorloofd verzuim bewuste vernederingen daarvoor verantwoordelijk zijn. Er is vaak zoveel te doen, het verlof schiet tekort voor het regelen van familie zaken, het kopen van een stukje grond, het bouwen van een huis. Daarmee is volgens de levensstijl van het platteland veel tijd gemoeid. Dit soort zaken heeft de hoogste prioriteit; bovendien is de controle op arbeidsongeschiktheid erg moeilijk. Hij kan moeilijk betrappt worden en het

is dan ook niet gevaarlijk om langer thuis te blijven. Bovendien is slimheid, anderen overtroeven voor de plattelanders een hogelijk gewaardeerd goed. Hij is bovendien op de hoogte van de oneigenlijke wijze waarop ook in Nederland wel van de sociale voorzieningen gebruik wordt gemaakt. Bij het onderzoek van het vermoede ongeoorloofde verzuim loopt de antropoloog echter het risico dat door de Noordafrikanen de vernedering als rationalisatie wordt gebruikt⁷.

Stoornissen

De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn. Van dat geestelijk en sociaal welzijn is in Noord-Afrika sprake wanneer de enkeling zich geaccepteerd weet, in de pas loopt en er geen afwijkende meningen op na houdt. Op consensus zowel onder mannen als vrouwen rust dan ook Gods zegen.

Min of meer ernstige afwijkingen van het geijkt gedrag: het niet luisteren naar de adviezen van burens en vrienden, hooftaardig – het beter willen weten – en het zich verheffen boven de mening van anderen, het op ernstige wijze zondigen tegen de basiswaarden van de samenleving, kunnen leiden tot neurotische stoornissen van meer of minder ernstige aard. Deze stoornis, in Tunesië bekend onder de naam van *wahm*, staat in het bekende Arabische woordenboek van Elias op ondoorzichtige wijze omschreven als: *imagination, fancy, concept, notion, apprehension, gloomy foreboding, misgiving, hypochondria* (met in het Arabisch: angst om ziek te zijn)⁸.

Wahm uit zich in slapeloosheid, piekerzucht, dromen, gebrek aan eet- en levenslust en afwezigheid. Die *wahm* is het gevolg van het feit dat er op iemand kritiek wordt uitgeoefend. Nu behoort in Noord-Afrika het direct, frontaal uitoefenen van kritiek, hetzij privé, hetzij in het openbaar, niet tot de goede zeden. Maar ook indirect kan de goeie-meente haar kritiek spuien. De straf van isolement, het mijden van de omgang met de betrokkene, is voor een ieder, slachtoffer en omgeving, onmiskenbaar. Hij of zij heeft zichzelf buiten de maatschappelijke orde geplaatst. Wie verstandig is en krachtig genoeg, past zich aan en ontkomt aan *wahm*. Wie zwak is, wordt door *wahm* bedreigd. Hij heeft immers gefaald. Niet alleen heeft hij daarvoor van menselijk

ke zijde straf gekregen, wellicht volgt hierop ook een bovennatuurlijke straf. Zijn lichamelijke klachten zijn het bewijs dat God al heeft ingegrepen.

Wie als arts met een geval van *wahm* te maken krijgt, stuit in het algemeen op een muur. De patiënt doet er het zwijgen toe. Niet alleen is het de taak van de dokter te ontdekken, wat er aan schort – daar is hij dokter voor – de patiënt zou bovendien moeten toegeven dat er kritiek op hem is uitgeoefend, dat hij fouten heeft gemaakt, zwak is, vervuld met schaamte en dat de schuld bij hemzelf ligt. Het *nif* verdraagt dit niet, het is snijden in eigen vlees en bloed. En dergelijke patiënt is geneigd er het zwijgen toe te doen. Tot het pure privé-domein heeft niemand toegang. Ik betwijfel of Nederlandse medici in staat zijn zulk een patiënt te helpen. Het doorsturen van dergelijke patiënten is uit den boze. Ook van onze psychiaters – gegeven de verschillen in cultuur tussen psychiater en patiënt – kan weinig worden verwacht. Met dergelijke patiënten zou men wellicht geheel andere wegen moeten inslaan; het inschakelen van traditionele genezers, het opbouwen van een kring van vertrouwen en consensus rond de patiënt zouden wellicht nuttig kunnen zijn. Dit is een materie die in de toekomst zeker aandacht vraagt. De belangen van de Noordafrikanen en de gezondheidsdienst zijn ermee gediend.

Allereerst echter zou ons inzicht in de neurosen als zodanig verdiept moeten worden, alsook de mate waarin dergelijke storingen voorkomen evenals hun distributie. Het geeft te denken dat volgens de artsen van het GAK slechts 20-30% van hun Noordafrikaanse patiënten klinisch waarneembaar ziek is.

Nadelen tolken

In de Nederlandse gezondheidszorg is men ertoe overgegaan tolken aan te stellen om de communicatie met de patiënten te verbeteren. Ogenscheinlijk zijn er heel wat voordelen; men mag echter de nadelen niet over het hoofd zien.

Om adequaat te kunnen vertalen heeft de tolk een diepgaand inzicht nodig in de cultuur van het platteland, die hij ook op Nederlanders moet kunnen overbrengen. Daarvoor is meer nodig dan het beheersen van het Arabisch en voldoende kennis van het Nederlands. Eigenlijk zou hij studie van de platte-

landscultuur in Noord-Afrika moeten maken. Is hij van stedelijke afkomst, dan moeten wij vrezen voor de aanwezigheid van de hierboven genoemde vooroordelen. Niet onbekend echter is het verschijnsel dat een tolk, afkomstig van het platteland, veinst van platte-landscultuur niets af te weten.

Van letterlijk vertalen kan veelal geen sprake zijn, omdat er begrippen zijn, die niet of moeilijk te vertalen zijn. Een tolk heeft naast het inzicht in de cultureel-sociale verhoudingen, en behalve een diepgaande kennis van het Nederlands en de Nederlandse cultuur, ook behoefte aan medisch-psychologisch, zo niet psychiatrisch inzicht, wil hij zijn werk kunnen doen. Hij is daartoe alleen in staat, wanneer hij een relatie van vertrouwen weet op te bouwen met de patiënten. Dit vertrouwen behoort hij te winnen door verantwoord optreden; de Noordafrikaanse ambtenaar mag niet als model dienen, het zal de patiënt noch de dokter deugd doen.

Ook zullen zaken die het *nif* betreffen, die betrekking hebben op het privé-domein, en neurosen als *wahm*, zeker niet in de aanwezigheid van een tolk voor het voetlicht worden gebracht. Weet een tolk een goede relatie op te bouwen met een patiënt, dan zal hij, wanneer hij een ingewijde wordt, er vaak het zwijgen toe doen. Immers ook hij weet vaak niet, hoe te beginnen om de arts het een en ander uit te leggen.

7. Voor eer in het Mediterrane gebied raadplege men:

Bourdieu, P., *The Sentiment of Honour in Kabyle Society*. In: Peristiany, J. G. (ed.), *Honour and Shame. The Values of Mediterranean Society*. Worcester and London, 1965, pp. 193-241.

Campbell, J. K., *Honour, Family and Patriarchy: A Study of Institutions and Moral Values in a Greek Mountain Village*. Oxford, 1964.

Jongmans, D. G., *Socio-cultural aspects of family planning; an anthropological study at the village level*. In: Jongmans, D. G. en Claessen, H. J. M. (eds.), *The neglected factor*. Assen, 1974, pp. 33-67.

8. A. Elias, *A modern dictionary Arabic-English*, Cairo 1969.

Discussie en forum

door Drs. Ph. J. van der Meer

Inleiding

De op het symposium gevolgde procedure hield in dat na iedere inleiding, die telkens een half uur duurde, een kwartier beschikbaar was om vragen te stellen naar aanleiding van de gehouden lezing. Men moet de hiervoor afgedrukte lezingen daarom kennen; daarzonder zijn de vragen onbegrijpbaar. Het bleek helaas niet mogelijk de identiteit van alle vragenstellers te achterhalen en evenmin de juiste spelling van hun naam, zodat die hier wordt weggelaten. Sommige sprekers uit de zaal poneerden meer een stelling dan dat ze een vraag stelden; in die gevallen werd ook geen antwoord gegeven. De discussie is enigszins samengevat. Gespreksleider was Dr. H. J. M. Claessen.



'Falen als oorzaak van stress bij Marokkaanse arbeiders'

Vraag: Als vanuit Marokko een telegram gestuurd wordt dat de vrouw van een migrant ernstig ziek is, moet men dat dan geloven?

Mw. Van den Berg: Of de vrouw nu werkelijk ziek is of dat er een ander dringend probleem is, doet er niet toe. Wij leggen onze grenzen aan: als de vrouw ziek is dan mag een Marokkaan wél terug, als er een belangrijk familieprobleem is of een kwestie van grond, dan mag hij niet. Voor Marokkanen eisen al die problemen dat ze aanwezig zijn. Onze regels zijn voor hen arbitrair.

Vraag: U spreekt over stadsmensen en plattelanders; heeft u wel rekening gehouden met het onderscheid Arabier-Berber?

Mw. Van den Berg: Over het algemeen spreken stadsmensen Marokkaans Arabisch en de boeren uit de groep waar ik onderzoek deed een Berbertaal. Het verschil tussen Arabieren en Berbers zou ons overigens hier te ver voeren.

Vraag: Is er geen politiek aspect aan stijging op de maatschappelijke ladder,

en speelt daarin de Marokkaanse overheid een rol?

Mw. Van den Berg: Politiek speelt soms een rol. Belangrijker is, dat als een Marokkaan probeert te stijgen, hij wordt tegengehouden door zijn landgenoten. Met name de boeren met een geringe opleiding gaan er van uit dat er in Marokko wel verschil in status was, maar dat zij hier allemaal gelijk zijn. Zij dulden daarom niet dat een Marokkaan met meer opleiding iets over hen te zeggen heeft.

Vraag: Als u stelt dat gezinnen niet meer teruggaan, moeten we dan geen integratie in de Nederlandse samenleving plannen?

Mw. Van den Berg: Door het grote verschil in levensstijl en opvattingen, met name wat betreft de vrijheid van vrouwen, is een snelle en doelgerichte assimilatie, 'Nederlands worden', uitgesloten. Men kan wel een geleidelijk proces van vernederlandsing bevorderen.

'Ziek zijn in Noord-Afrika'

N.B. Door tijdgebrek zijn de discussies naar aanleiding van de lezingen van

mevrouw Van den Berg en mevrouw Creyghton samengevoegd, zodat mevrouw Creyghton in feite maar één vraag heeft kunnen beantwoorden.

Vraag: Waarom is ziek zijn een catastrofe?

Mw. Creyghton: Ziek zijn heeft voor man en vrouw om verschillende redenen catastrofale gevolgen. Als een vrouw ziek is en niet kan werken, staat al het werk in huis stil. Haar man kan dat niet doen, want vrouwenwerk doet maakt hem volkomen belachelijk. Als een man ziek is wordt het huis, het erf, het vee, en het aanzien van het gezin in het dorp bedreigd. Als hij binnen blijft bevindt hij zich in het vrouwendomein, waar een echte man niet hoort te zijn, hij telt dan ook niet meer echt als een man. Er gaan zich incidenten aandienen: vee van anderen graast op zijn terrein, wat ontoelaatbaar is, zijn fruitbomen worden bestolen. 'Zijn huis wordt aangetast.' Iedere man die zichzelf respecteert moet zich daartegen verweren. De man die ziek in huis zit kan dat niet. Dorpsgenoten proberen uit hoever ze kunnen gaan. Een dergelijke toestand mag niet te lang duren. Zodra het enigszins mogelijk is ver-

toont de man zich weer in de buitenwereld, in volle glorie, om enige suggestie dat hij geen man is en dat op zijn huis geen zegen rust te weerleggen.

'Demonpossessie als psychische ziekte bij Marokkanen'

Vraag: Is possessie bij Marokkanen niet wat wij obsessie noemen?

Van der Meer: Possessie omvat een grote variëteit van ziektebeelden. Er zijn soorten possessie waarbij een zekere gefixeerdheid een grote rol speelt, en doorgaans zal men vormen van obsessie toeschrijven aan possessie.

Vraag: Kan men een demon uitdrijven met een ritueel in de westerse psychiatrie?

Van der Meer: De essentie van de behandeling ligt in het religieuze vlak. Voor Marokkanen is dat evident gebonden aan de islam. Bijvoorbeeld, de heiligen die de grote bestrijders zijn van de demonen ontvangen hun zegenbrengende kracht (de *baraka*) van God. Met die kracht kunnen zij, volgens een ingewikkeld systeem van voorstellingen, demonen verdrijven of 'tevreden stellen.' Dit alles is sterk gebonden aan islamitische waarden, ook al zijn die nogal onorthodox. Ik denk daarom niet dat een westers ritueel effect zal hebben.

Vraag: Is er geen enkel verband tussen epilepsie en possessie?

Van der Meer: Er is kennelijk geen enkel verband. Neurologisch onderzoek levert in geval van possessie geen resultaat. Met name het EEG is normaal.

Vraag: Is er voor possessie geen enkele medische hulp mogelijk in Nederland?

Van der Meer: Er zijn wel Marokkaanse schriftgeleerden die soms een soort tournee door Europa maken en onderweg gevallen behandelen. De schriftgeleerden die in Nederland aanwezig zijn kunnen naar mijn weten possessie niet behandelen, omdat ze geen experts zijn in de inheemse geneeskunst. De westerse geneeskunde kan possessie niet behandelen.

Vraag: Welke is de sociale positie van een bezetene: wordt hij uitgestoten, of is hij juist subject van verering?

Van der Meer: Voor een bezetene wordt tijdens de behandeling een nieuwe sociale positie en rol gecreëerd. Dat is geen opvallend negatieve rol, maar

Informatie over gastarbeiders

Wie meer wil weten over gastarbeiders in ons land en elders in onze contreien kan uitstekend terecht bij 'Motief, tijdschrift voor wie ten dienste staat van buitenlanders'.

In het februari-nummer 1977, jaargang drie-nummer twee, van Motief vinden we onder meer artikelen over de miljoenen buitenlanders in West-Duitsland, over de failliete boedel van de Stichting Huisvesting Migranten, over de bevrijdingsbeweging Polisario in de Sahara, over een discussie over de koppeling van gastarbeid aan ontwikkelingssamenwerking, en nog een stuk over de Zuid-Molukkers in Nederland. Ook in dit nummer een statistiek betreffende het aantal gevallen van gezinshereniging van buitenlandse werknemers in de jaren 1974, 1975 en de eerste helft van 1976.

Motief kost twee gulden, twintig gulden per jaar (over te maken op postgiro 3144529 van de Stichting Nederlands Centrum Buitenlanders te Utrecht, onder vermelding van: 'Abonnement Motief'). Redactie en administratie zetelen in het pand Oudegracht 46bis, Utrecht, tel. 030-315030.

ook geen extra prestigevolle rol.

Vraag: Kan iemand een demon op een vijand afsturen om hem zo schade te berokkenen?

Van der Meer: Ik ben nooit tegengekomen dat mensen demonen kunnen bevelen. Dat ligt ook wel in hun onafhankelijke en wispelturige karakter opgesloten. Er zijn wel methoden om anderen kwaad te doen, namelijk vergiftiging en magie. Sociale jaloersheid vindt daarnaast haar uitdrukking in het boze oog.

Vraag: Is het niet het gevolg van armoede, dat Marokkanen geloven in demonen en bezeten raken?

Van der Meer: Bezetenheid is niet beperkt tot Marokko. Het komt in veel landen voor, hoofdzakelijk in de derde wereld. Men zou daarom wel een of ander verband kunnen leggen tussen onderontwikkeling, armoede en bezetenheid. Een paar eeuwen geleden kwam het alom in Europa voor. Kort geleden is er overigens nog een ernstig geval gevonden in Duitsland, waar de patiënte tenslotte overleed.

Vraag: Zijn er naast de door u genoemde symptomen van possessie nog andere?

Van der Meer: Er is een grote variëteit aan symptomen, met regionale verschillen. Een aantal symptomen is vrij algemeen; die kunnen nog nader beschreven worden.

Vraag: Als demonen in het lichaam zitten en er een verband is tussen demonen en bloed, waarom zijn Marokkanen dan zo tegen bloedonderzoek in geval van possessie?

Van der Meer: De demonen die in het lichaam zitten verblijven niet in de bloedbanen of iets dergelijks. U moet zich possessie niet te mechanisch en volgens westerse logica voorstellen. Het is bijvoorbeeld niet denkbaar door bloed af te tappen ook een demon af te tappen!

Vraag: Veroorzaken demonen niet veel meer dan alleen maar bezetenheid, zoals b.v. psychosomatische ziekten?

Van der Meer: Ik heb al aangegeven dat demonen zowel lichamelijke als psychische ziekten veroorzaken. Psychosomatische ziekten kunnen aan een demon worden toegeschreven, maar dat is niet noodzakelijk zo.

Vraag: Kunnen de moeilijke sociale omstandigheden possessie veroorzaken, bijvoorbeeld bij vrouwen die hier zeer geïsoleerd leven?

Van der Meer: Er is wel een verband tussen bijzondere stress en bezetenheid. Possessie is een specifieke uitingsvorm van een grote variëteit aan psychische problemen. Een geval van een vrouw die kennelijk door stress bezeten was geraakt is onlangs door een Amsterdamse psychiater in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde beschreven.

Stelling van spreker uit de zaal: De Marokkanen interpreteren hun ziekte wel als bezetenheid, maar ze zien de oorzaak er niet van. Ik ken een patiënt die gewoon ziek was en met een WAO-uitkering naar Marokko wilde. Die man had zoveel moeilijkheden met het GAK, dat het GAK bij hem de functie van een demon ging vervullen!

Stelling uit de zaal: Bij het bestuderen van bezetenheid moet men eerst de situatie in Marokko kennen. Eeuwen van onderdrukking en uitbuiting hebben de gewone bevolking arm en dom gehouden. De politieke situatie is de werkelijke oorzaak van bezetenheid. De heersende klasse doet de bevolking geloven in demonen.

Cleassen: Ik heb waardering voor uw opmerkingen, maar we moeten ons voor dit symposium beperken tot zaken die op het medische vlak zijn toegesneden, en we kunnen jammer genoeg niet alle andere, ongetwijfeld uitgebreide problematiek hier behandelen.

‘Spreekuur voor Turkse vrouwen’

Vraag: Kennelijk geldt voor Turken wat voor Spanjaarden ook geldt: ze realiseren zich hun eigen problematiek niet.

Sieval: Ik denk dat het zich wel helder realiseren van de achterliggende problematiek deze mensen op de rand van de afgrond zou brengen. Het zou voor de migranten zo afschuwelijk zijn zich hun identiteitsverlies te realiseren, dat het beter is oogkleppen op te hebben.

Vraag: Moet bij gynaecologisch onderzoek van moslimvrouwen nu de man aanwezig zijn of niet? In mijn ervaring ligt dat steeds weer anders, maar het gaat nooit goed.

Sieval: De islam verbiedt dergelijk onderzoek door een mannelijke arts niet. Ik had daar zelf als vrouw geen probleem mee; ik stuurde wel altijd de man naar buiten. Dat laatste kan men het best heel autoritair doen.

Vraag: Wat zijn uw ervaringen wat betreft schaamte over het lichaam bij vrouwen onderling? In het Turkse bad trof ik (in Tunesië) dat de geslachtsdelen altijd bedekt moeten blijven. Men zei dat het zien van geslachtsdelen wordt gestraft met blindheid!

Sieval: Sommige vrouwen in Turkije dragen een handdoekje, anderen helemaal niets. Vrouwen onder elkaar hebben kennelijk niet veel gêne.

Vraag: Ik stuit wel op gevallen van polygamie, met één vrouw in Nederland en één in Turkije. Welke vrouw heeft hierbij de meeste moeilijkheden?

Sieval: Officieel bestaat polygamie niet. In de praktijk komt het toch voor, te meer omdat huwelijken vaak niet officieel worden gesloten. Men trouwt dan een tweede vrouw als de eerste bijvoorbeeld ziekelijk is of geen kinderen kan krijgen. Voor de man is dit doorgaans géén privé-genoege; hij zit er erg mee omhoog want hij moet zijn verplichtingen ten opzichte van twee vrouwen volledig nakomen. Misschien heeft de man nog wel de moeilijkste positie in deze gevallen.

Vraag: Is het niet mogelijk voorlichting aan mannelijke scholieren te geven, zowel Nederlandse als Turkse, zodat ze zich er van bewust zijn in welke moeilijke positie zij een Turks meisje kunnen brengen als zij er van verdacht zou worden dat zij geen maagd meer was?

Sieval: Bedenk wel dat in Turkije het meisje afgeschermd kan worden, niet emotioneel maar fysiek, zodat haar maagdelijkheid niet snel verdacht wordt. Jongens krijgen daar geen kans. In Nederland kan het meisje niet afgeschermd worden, de samenleving is daar niet op ingericht. Voorlichting kan hier wel een positieve rol spelen, maar kan ook conflicten tussen ouders en kinderen uitlokken.

‘Eer en zelfrespect: de Noordafrikaanse boer en de overheid’

Vraag: Volgens de Koran mag een moslim niet met christenen en joden omgaan. Wat is hierop uw reactie?

Jongmans: De islam is ruimer dan alleen maar die uitspraak. In de praktijk is er veel tolerantie voor omgang met niet-moslims.

Vraag: Komt het vaak voor dat arbeiders zich ziek melden, bijvoorbeeld in de proeftijd, om te voorkomen dat ze worden ontslagen en geen uitkering krijgen?

Jongmans: Over misbruik van de sociale verzekeringen in het algemeen het volgende. Zijn daar harde cijfers over? Is het zeker dat Noordafrikanen die zogenaamd misbruik maken meestal niets hebben? Wij kunnen misschien niets vinden, maar er zijn veel oorzaken voor ziekmelding die wij slechts met veel moeite kunnen opsporen. Ie-

mands eer kan aangetast zijn en hem werkelijk ziek maken. Op dit terrein is meer onderzoek nodig: waarschijnlijk overdrijven wij sterk met de Noordafrikanen een groot misbruik van de Ziekwet toe te schrijven. Ik ontken overigens niet, dat er soms van misbruik sprake is. Wij zijn echter niet in staat dat effectief te controleren.

Vraag: Kunt u concrete aanwijzingen geven voor de verzekeringsgeneeskundige, als hij Noordafrikanen op zijn spreekuur krijgt? Hoe moet hij bijvoorbeeld vermijden dat hij zijn patiënten afschrikt?

Jongmans: Ik zou hen moeten onderwijzen hoe zich te marokkaniseren. Dat vereist speciale training en gaat langzaam. Hoe dat te doen kan zeker nader in studie worden genomen.

Stelling van spreker uit de zaal: Marokkanen en Turken zijn naar mijn ervaring niet méér in de Ziekwet als Nederlanders.

Stelling uit de zaal: Ziekte hoeft niet steeds cultureel bepaald te zijn. Ik heb een geval opgelost waarin Turken en Marokkanen plotseling systematisch ziek werden. Er was een werktijdverkorting ingevoerd, waarbij in kortere tijd dezelfde productie werd verlangd. De mensen hadden geen tijd meer om een sigaretje te rollen. Hier was de werksituatie oorzaak van het ‘mysterieuze’ verschijnsel!

Reactie Jongmans: Inderdaad liggen niet alle problemen in het culturele vlak. Bij dit voorbeeld heeft u geen antropoloog nodig. De praktijk leert echter dat problemen die voortvloeien uit socio-culturele verschillen telkens weer opdoemen. Gastarbeiders zijn op tal van manieren gedepriveerd. Is nu de woningdeprivatie zo belangrijk of eerder de factoren die mevrouw Van den Berg heeft geschetst? De laatste zijn in elk geval erg belangrijk.

Ik heb onderzoek gedaan onder woonwageneigenaren. Zij wijken in een aantal opzichten af van in Nederland gangbare patronen. Toch is hun gedrag zeer verschillend van dat van Noordafrikanen. Overigens is de gastarbeid op zich een ingewikkeld probleem. Er zijn hier aantrekkingsfactoren en er zijn dáár afstotingsfactoren. De voor- en nadelen zijn niet tegen elkaar af te wegen.

Stelling uit de zaal: Tolken is er moeilijk, omdat twee werelden aan elkaar moeten worden vertaald. Ik tolk zelf en

ik ben blij dat ik tijdens het spreekuur altijd moet wachten zodat ik met de patiënt kan vóórpraten. Dat is natuurlijk in feite te arbeidsintensief, maar het is de enige manier. Alleen een telefonische tolkdienst zal daarom nooit voldoende zijn. Er doen zich in de 'levende' situatie bij de arts altijd zaken voor die de tolk over de telefoon niet kan opmerken.

Forumdiscussie

Vraag: Buitenlandse werknemers willen wel graag profiteren van de diensten van kruisverenigingen, maar zij willen niet de plicht dragen contributie te betalen.

Van der Meer: Voor Marokkaanse en Turkse boeren is iets als het lid zijn van een vereniging, in coöperatie iets ondernemen, gezamenlijk iets nieuws tot stand brengen, een hoogst abstracte zaak. Het kost mij vaak veel tijd en moeite een Marokkaan uit het bergland een zaak duidelijk te maken waar hij op langere termijn of indirect voordeel van heeft. Overigens geldt óók, dat Marokkanen eigenlijk liever hun dokter of specialist zelf betalen dan hem 'gratis' van het ziekenfonds te krijgen, met de gedachte dat hij dan betere diensten levert.

Vraag: Wat verwacht de buitenlandse patiënt van een Nederlandse arts?

Slaby: Hij verwacht in de eerste plaats dat hij wordt geholpen. Maar hij heeft vaak geen voorstelling *hoe* dat zal gaan. Er zijn nogal wat Marokkanen die in Marokko nog nooit een dokter hebben gezien. Een buitenlandse patiënt verwacht dat zijn klacht zal worden begrepen, maar voelt al gauw dat het niet gebeurt. Poeders en pillen maken vaak de indruk niet te helpen; ze worden voorgeschreven na afloop van kort bezoek waarin geen enkel gesprek of teken van begrip op de Marokkaan is overgekomen. Het verwondert niemand dat de patiënten meestal geen vertrouwen hebben in die medicijnen. Door gebrek aan vertrouwen gaan de patiënten zwerven van de ene arts naar de andere, waardoor ze weer een onstabiele indruk achter laten.

Mw. Sieval: De patiënt verwacht de oplossing van zijn probleem. Als de klachten vaag zijn kan de dokter die niet begrijpen toch blijft de patiënt om een medische oplossing vragen.

Vraag: Wordt ziekte door de buitenlanders gebruikt als alibi?

Mw. Sieval: Ja. Ziekte is dan een uitdrukking van zwakte en afhankelijkheid, die op een andere manier niet kan worden uitgedrukt. Een zieke is ontslagen van verantwoordelijkheid.

als een oog moet worden weggenomen, niet zomaar onmiddellijk uitleggen dat er een prachtig kunstoog wordt ingezet, dat niemand er iets van zal zien, etc. Men moet eerst een kleine ingreep

Forumleden:

- alle inleiders; en
 - Mevr. W. Alma, Stichting Buitenlandse Werknemers 'Midden-Nederland';
 - M. Slaby, laboratoriummedewerker, Vrije Universiteit;
 - Mevr. E. M. Verveen-Keulemans, arts jeugdzaken GG en GD, Amsterdam.
-

Vraag: Mag men vragen naar psychische of sociale antwoorden?

Mw. Sieval: Het mag wel, maar het is niet zeker dat men het goede antwoord krijgt. Vaak antwoorden buitenlanders wat ze denken dat een Nederlander wil horen.

Jongmans: Veel klachten worden ingekleed in symbolische taal. Die symbolen moet men leren begrijpen. Klachten over de lever kunnen bijvoorbeeld wijzen op grote problemen thuis.

Stelling van een psychiater uit de zaal: In de westerse geneeskunde rekent men, dat een uitgebreide anamnese een teken is van zorgvuldig werken. Patiënten uit andere culturen vatten dat vaak helemaal niet zo op. Zij vinden dat de dokter niet zoveel vragen moet stellen, hij moet weten wat er aan de hand is, hij moet dat autoritair vaststellen.

Vraag: Als iemand een arm verloren heeft, betuigt de familie in het thuisland dan solidariteit?

Mw. Van den Berg: Veel Marokkanen hebben verwondingen of een bepaalde invaliditeit aan de rechterhand, omdat ze niet goed hebben geleerd met gevaarlijke machines om te gaan. Dat betekent voor Marokkanen zeker een handicap. Men moet bijvoorbeeld met de rechterhand eten, met de linker is uitgesloten! Er is overigens geen eenduidig antwoord mogelijk. Als zo iemand met een WAO-uitkering terugkeert, wordt hij zeker geen uitgestotene.

Mw. Sieval: Turken willen dit soort invaliditeit wel eens zien als straf voor hoogmoed, hetgeen wel sociale gevolgen heeft.

Stelling van een oogarts uit de zaal: In Egypte bestaat een grote gevoeligheid voor het verlies van een oog. Men kan,

voorstellen, en als de patiënt dat heeft verwerkt kan men hem langzamerhand voorbereiden op de onvermijdelijke ingreep. Door gebrek aan verzekeringen wil niemand een oog missen. Pas als de arts een vertrouwensrelatie heeft opgebouwd kan hij zijn patiënt amputatie voorstellen.

Vraag aan mevrouw Creyghton: Hoe zien moslimmannen u als vrouw?

Mw. Creyghton: In Tunesië geeft dat over het algemeen geen probleem. Als westerse vrouw kun je, mits je je correct gedraagt, als het ware een mannenrol vervullen. Je kunt dan zowel met mannen omgaan als met vrouwen, omdat je natuurlijk ook een vrouwenrol kunt vervullen. Met jonge mannen is er wel eens een probleem; zij willen soms wel uitproberen hoe ver ze kunnen gaan. Als je de situatie dan duidelijk definieert, is er geen moeilijkheid.

Vraag: Kinderen groeien op tussen twee culturen en ze worden onevenwichtig. Wat doet u als hulpverlener?

Mw. Verveen: Ik ga er van uit dat een kind in de eerste plaats kind van zijn ouders is. Het is van belang dat een kind in zijn gezin gehandhaafd kan blijven. Er is echter geen algemeen antwoord.

Vraag: Als ik wil proberen de problemen van Marokkanen in groepjes aan de orde te stellen, dan komt er niemand opdagen. Wat kan ik daar aan doen?

Mw. Van den Berg: De persoonlijke en familiale problemen van Marokkanen kun je nooit in een groep bespreken. Iedereer zou dan in het geding zijn. In het openbaar problemen aansnijden die in de Marokkaanse cultuur strikt privé zijn is ondenkbaar.

Stelling uit de zaal: Men moet de oorzaak van de persoonlijke problemen zien. Dat is de werksituatie, de woonsituatie. Hoe kun je een zieke verzorgen, als je in een ellendig pension met zijn vijven op één kamertje woont?

Jongmans: Wij behandelen vandaag specifieke problemen. Alle andere problemen die voortvloeien uit de migratie ontkennen we niet, maar we moeten ons hier beperken. Artsen en verplegers kampen met de andere opvattingen over ziekte en alle communicatiemoeilijkheden die daar gevolg van zijn. Het is op zich prachtig dat ze zich daarvoor interesseren, en wij zijn hier vandaag om hen van diest te zijn.

Slaby: De meeste Marokkanen hebben zelf geen tijd om hun problemen op te lossen, en ze zien er ook geen gat in. Ze werken vaak overuren en in ploegendienst, omdat hun basisloon laag is en zij allen acht tot tien anderen onderhouden! Ze laten daarom graag anderen, tijdens spreekuren met tolken, hun problemen oplossen.

Mw. Creighton: Voor wie problemen heeft om met Noordafrikanen contact te krijgen, voor wat voor activiteit dan ook, raad ik sterk aan om de taal te leren. Als men de taal enigszins kent, dan is men al flink op weg om een vertrouwensrelatie aan te leggen. Vertrouwen is de basis van ieder meer zinvol contact.

Stelling uit de zaal: Dit symposium is vooral cultureel-antropologisch. Ik had graag een wat ruimere visie gehad. Het probleem van de migratie heeft veel te maken met de verhouding tussen arme en rijke landen. Het lijkt me dat dit door de internationale politiek moet worden opgelost.

Jongmans: Een mogelijk vervolg op dit symposium zal een Westeuropese congres zijn, waar vele zaken meer in detail kunnen worden besproken.

Vraag: Kan men voor een aantal medische zaken niet woordenlijsten in verschillende talen maken?

Mw. Sieval: Dat kan wel, maar veel Turken en Marokkanen zijn vrijwel analfabeet. Bovendien is allerlei informatie (tijden, data, striktheid van voorschriften) cultureel bepaald en zal toch weer anders worden geïnterpreteerd. (Zie ook op deze bladzijde het artikel 'Praten met zieke buitenlanders', over een woordenlijst Frans, Engels, Duits, Spaans, Italiaans, Portugees, Turks, Joegoslavisch, Arabisch van het Franse blad *Le Concours Médical*. Red.)

Praten met zieke buitenlanders

Wie het zonder de diensten van een tolken-centrum wil stellen of moet stellen, heeft misschien iets aan de brochure: 'Comment interroger un malade en . . .'. In deze extra uitgave van het Franse blad *Le Concours Médical* staat van een aantal algemeen medische uitdrukkingen naast de Franse term(en) de vertaling in het Engels, Duits, Spaans, Italiaans, Portugees, Turks, Joegoslavisch en Arabisch.

De woordenlijst omvat achtereenvolgens beleefdheidsfrases, anatomische termen, de benamingen van de meest voorkomende aandoeningen, termen die belangrijk zijn bij

de algemene anamnese en het lichamelijk onderzoek, termen die verband houden met hart en vaten en ademhalingsorganen, maag-darmkanaal, urinewegen, zenuwen en zintuigen, obstetrie/gynaecologie, onderzoek bij kinderen, arbeidsgeneeskunde, en wat diversen.

'Comment interroger un malade étranger en . . .' is verschenen in de serie *Documentation Médicale Permanente*, als bijlage bij het nummer d.d. 19 februari 1977 van *Le Concours Médical*, 37 rue de Bellefond, 75441 Paris.

Vraag: Zijn er in Noord-Afrika taboes met betrekking tot zwangerschap?

Mw. Alma: Zoveel vrouwen, zoveel zinnen. Zwangerschap is in het algemeen een staat van eer. Het wordt vaak te laat aan de huisarts meegedeeld, omdat men zwangerschap niets bijzonders vindt. De vrouw in Nederland heeft het moeilijk. In haar thuisstreek is ze steeds ongeven door andere vrou-

wen. De bevalling is een strikt 'vrouwengebeuren'. In Italië bevalt men overigens altijd in een kliniek en vindt de Nederlandse thuisbevalling primitief. Elders is men juist bang voor klinieken, vooral omdat daar mannelijke assistenten zijn. Er zijn allerlei taboes om het kraambed. Ik verwijs verder naar een artikel dat ik onlangs in het Tijdschrift voor Ziekenverpleging heb geschreven.

ADRESSEN SECRETARISSEN MEDISCHE TUCHTCOLLEGES

- **Amsterdam:** Mr. J. Heeres, Paulus Potterstraat 10, Postbus 5258, Amsterdam-Z., tel. 020-79 63 33.
 - **Den Haag:** Mr. H. P. Utermark, Koninginnegracht 12B, Den Haag, tel.: 070-92 44 61.
 - **Groningen:** Mr. M. P. Dorhout, Oude Ebbingestraat 91, Groningen, tel.: 050-2 80 41.
 - **Zwolle:** Mr. S. Willinge Gratama, Burg. van Royensingel 6, Zwolle, tel.: 05200-1 17 33.
 - **Eindhoven:** Mr. W. J. M. Ten Berge, Nachtegaallaan 10, Eindhoven, tel.: 040-43 43 05.
-

Conclusie

door Dr. D. G. Jongmans

De migratie en de daaruit voorkomende problemen zijn op een aantal punten *een droeve zaak*. Met name wat de ziekte betreft zien we de enorm hoge cijfers met betrekking tot het ziekteverzuim; het is niet denkbaar dat werkelijk misbruik daarvan de voornaamste oorzaak is. *Vele problemen die in feite geen puur medische zaken zijn komen nu bij de artsen terecht: zij zijn in zeker opzicht het kind van de rekening van de migratie. Maar dan zijn de migranten zelf dubbel kind van de rekening.* Naast de veelvormige migratieproblematiek hebben zij hun eigen specifieke gezondheidsproblemen, die meestal van psychosomatische aard zijn.

Schijnherkenning

Naar aanleiding van parallellen die vandaag in de zaal zijn getrokken met vergelijkbare Nederlandse problemen, wil ik uitdrukkelijk waarschuwen voor mogelijke schijnherkenning. Aan de hand van een centraal thema, het eer- en schande-complex, zal ik verduidelijken waarom elementen uit de ene cultuur niet zomaar kunnen worden vergeleken met elementen uit een andere cultuur. Ik noem vier punten:

1. Overal komt eer en schande voor, maar zij nemen tekens heel andere vormen aan.
2. Eer en schande liggen per samenleving op verschillende wijze institutioneel verankerd, bijvoorbeeld in verwantschap, religie, sekse.
3. Het gewicht dat aan dit complex moet worden toegekend verschilt aanzienlijk per cultuur.
4. Onze samenleving kent een gecompartimentaliseerd denken en handelen, terwijl met name in de niet-westerse boersamenleving het denken inclusief is. Dat wil zeggen dat wij thuis andere grenzen aan eer en schande en dergelijke zaken aanleggen dan b.v. op ons werk. Wij leven in een aantal redelijk gescheiden werelden, de niet-westerse boer leeft slechts in één allesomvattende wereld.

Het gaat ons er niet om te laten zien hoe exotisch de niet-westerse samenlevingen zijn. Zij lijken voor de oningewijde weliswaar exotisch, maar voor de participanten zelf is er niets exotisch aan. *Wat dáár normaal en gangbaar is willen wij voor de medische zorg hier duidelijk maken.*

Geen socio-economische analyses

In dat opzicht hebben wij vandaag niets aan socio-economische analyses van de gastarbeid, omdat die de concrete problemen van begrip en communicatie waar de gezondheidszorg mee kampt niet oplossen. *Stelt men, dat de problemen van gastarbeiders verminderen zodra zij beter wonen en een betere werksituatie hebben, dan nog blijven zij in de Nederlandse samenleving grotendeels onbegrepen, en daardoor geïsoleerd en onzeker.* Als we de socio-economische problemen gaan oplossen, dan kunnen we de culturele en communicatieproblemen niet vergeten. Het is nog maar de vraag, welk soort deprivatie ernstiger is. Als we tenslotte stellen, dat Nederland een pluriforme samenleving is met ruimte voor verschillende leefwijzen, dan moeten we zorgen dat onze dienstverlening ook is afgestemd op bevolkingsgroepen die sterk afwijken van de Nederlandse leefwijze. We zullen er dan met name voor moeten zorgen dat inwoners met andere voorstellingen en denkpatronen zich begrepen en gewaardeerd voelen.

Voor een verdere oplossing van deze transculturele problemen is een *interdisciplinaire aanpak* noodzakelijk. Het lijkt mij daarom heel belangwekkend als we kunnen komen tot een soort 'brain-trust', die vanuit het hele land moeilijke gevallen krijgt toegestuurd. Deze groep zou functioneren als een commissie voor consultatie en tegelijkertijd een groot aantal gevallen beschrijven en analyseren, zodat mettertijd een handboek voor transculturele behandeling kan worden samengesteld. Daarvoor is casuïstiek essentieel.

Voorts kondig ik u de mogelijkheid aan,

dat er volgend jaar een *internationaal congres* zou kunnen worden gehouden, waar deze en andere problematiek in Europees verband aan de orde kan komen.

Nieuw specialisme

Tenslotte pleit ik voor het tot stand komen van een nieuw specialisme, *Transculturele Communicatie*, dat nu nog niet bestaat. Een aantal jonge academici zou zich hierin kunnen specialiseren, zodat de eerder voorgestelde 'consultatiecommissie' een permanente bezetting kan krijgen.

*
**

Deze dag heeft tot interessante resultaten geleid door een interdisciplinaire samenwerking, met name van artsen en antropologen. Die vindt men terug in de organisatie, waarin het Koninklijk Instituut voor de Tropen en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst samenwerkten. Ik spreek hierbij mijn dank uit voor de wijze waarop de Maatschappij met ons heeft samengewerkt.

Slotwoord

door *Dr. H. Roelink*

Het is altijd een moeilijke zaak om bij de afsluiting van een symposium een oordeel te geven over het succes ervan. Te vaak wordt dit oordeel in positieve zin als gemeenplaats gebracht. Wezenlijke evaluatie kost tijd.

Toch meen ik – gezien de grote belangstelling, zich uitend in de opkomst, de levendige discussie en het grote aantal vragen dat nog op de forumtafel ter beantwoording ligt – dat dit symposium in een behoefte heeft voorzien en om een voortzetting in welke vorm ook vraagt.

Gelijke behoeften

Wat opvalt is dat wanneer men onder de deklaag van de Westeuropese cultuur of onder de deklaag van de vandaag besproken Mediterrane culturen kijkt, men in wezen een mens ziet met fundamenteel dezelfde behoeften.

De grote behoefte van het contact met de volle hand vinden wij terug in onze fysiotherapie en op alternatieve wijze in handoplegging. De demonen leven nog wel in ons, maar zijn verdrongen en komen nog slechts te voorschijn via de analyse door de psychiater of indirect via onze dromen. En zo wij ze al te voorschijn laten komen gaat dat in de gecamoufleerde vorm van sprookjes, die we aan onze kinderen en kleinkinderen vertellen. Ze verschijnen daar als kabouters en trollen, die onder de grond in holen leven bij ondergrondse

beken en te voorschijn komen als het donker wordt. Verder kennen ook Nederlandse artsen vele vrouwen uit onze autochtone bevolking, die voor hun seksuele problematiek langs psychosomatische en maatschappelijke weg een uitweg zoeken. De positie van de Nederlandse ambtenaar wil ik niet ter discussie stellen; slechts wil ik wijzen op de ruime voorraad anecdotes die over hem in omloop zijn

Maatschappelijk-politieke aspecten

Tenslotte een enkel woord over de maatschappelijk-politieke aspecten van ons symposiumenthema. Ook al vielen zij niet direct onder het onderwerp van vandaag, het is duidelijk dat zij een belangrijke rol spelen en als zodanig hier en daar in de discussie naar voren kwamen. Zoals men in de Mediterrane gebieden lichamelijk en geestelijk ziek en gedeklasseerd wordt door armoede, zo lijken wij dit te worden onder invloed van allerlei welvaartsfactoren. Als zodanig is het wel symbolisch (en niet meer dan dat) dat vanuit de zaal georganiseerde bedrijfsverenigingen gekarakteriseerd werden als een demon voor onze westerse welvaarts cultuur. De psychosomatische en maatschappelijke problematiek van WAO-ers en hun gezinnen is daar een duidelijk voorbeeld van.

Onder de deklaag van onze verschillen-



de culturen zullen wij de ander als mens moeten zien te ontdekken. Dat vraagt tijd, moeite en ervaring van het anders zijn. Het kan alleen worden gerealiseerd via intermenselijk contact.

*
**

Als 'dagsluiters' heeft men het recht zijn gehoor een tekst mee te geven ter overdenking. In dit kader zou ik de simpele woorden willen memoreren van Martin Buber, waarin het wezen van de problematiek van ons symposium is samengevat: *'Via het Gij wordt de mens Ik'*.

Het tolkencentrum een nieuw soort hulpverlenende instelling

door *Chr. Bouthillier*

Zoals velen onder u uit allerlei publikaties wellicht reeds bekend zal zijn, verlenen in Nederland sinds enkele maanden een vijf- (binnenkort zes-)tal tolkencentra tolkdiensten ten behoeve van buitenlanders in het algemeen en van buitenlandse patiënten in het bijzonder. Het gaat hierbij om een *door de ministeries van CRM en Volksgezondheid en Milieuhygiëne gesubsidieerd driejarig experiment*, waarin zal worden getracht de vaak helaas maar al te gebrekkige taalcommunicatie op dit terrein te verbeteren.

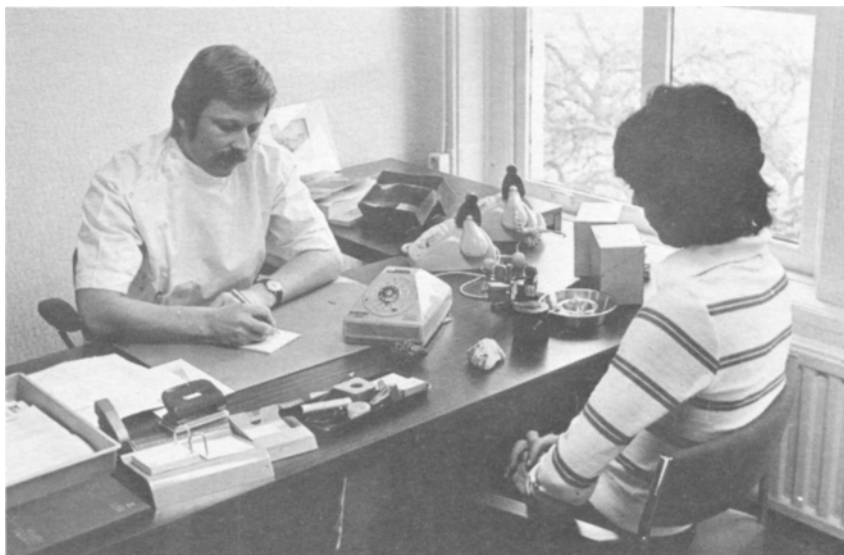
Werkwijze

De werkwijze van deze centra is in grote lijnen deze: iedereen die in een gespreksituatie met een buitenlander op grond van het taalverschil vastloopt (huisartsen, specialisten, apothekers, fysiotherapeuten, ziekenhuizen, sociale verzekeringsorganen, GAK's, bedrijven, advocaten, etc.) kan bij het tolkencentrum in zijn regio om de bijstand van een tolk vragen.

In veruit de meeste gevallen zal het gaan om Turks of Marokkaans-Arabisch-Berbers sprekende buitenlanders. Bij de verschillende centra zijn nu vaste tolken voor deze twee genoemde talen in dienst, die – en dit is het nieuwe van dit experiment – in de meeste gevallen *via de telefoon* de communicatie gaan bevorderen.

De ervaringen met dit systeem, opgedaan met name bij verschillende huisartsen, ziekenhuizen in Utrecht, de GMD en het arbeidsbureau zijn zeer goed. Voordelen van deze werkwijze zijn vooral de (vooral vergeleken met de persoonlijke aanwezigheid van een tolk) verhoogde privacy in de medische situatie, de snelle beschikbaarheid van de tolk ongeacht diens standplaats en in verband hiermede de enorme besparing op reistijden naar en van de plaats van het gesprek.

Als tussenoplossing hiervoor is een normaal telefoontoestel voldoende, de meest efficiënte en aangename manier echter stelt het zogenaamde luidsprekende telefoontoestel voor (zie foto). Een arts en zijn patiënt kunnen dan –



met beide handen vrij – met elkaar praten en zelfs op meerdere meters afstand kan bijvoorbeeld nog lichamelijk onderzoek worden verricht. Onderzoek en diagnose, alsmede de uitleg over de te volgen behandeling kunnen nu veel doeltreffender en vollediger plaatsvinden.

Van alle op de markt aangeboden apparatuur voldoet alleen het PTT-toestel (met stopcontact, dus verplaatsbaar) helemaal aan de eisen. De kosten hiervan zijn redelijk te noemen, ze bedragen f 60,— ineens en f 20,— abonnementskosten per maand. Inlichtingen zijn verkrijgbaar bij de PTT-districten.

Gratis

Omdat het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de tolken subsidieert, zijn *medische tolkdiensten in alle gevallen, die de directe genezing van de patiënt beogen, gratis* en wel voor Turks en Marokkaans-Arabisch-Berbers tijdens kantooruren; bij het Tolkencentrum Zuid-Holland tevens voor Servo-Kroatisch (Joegoslavisch).

Een huisarts, specialist, ziekenhuis etc. betaalt dus niets voor deze diensten. Bij keuring, door een arts van de GMD bijvoorbeeld, wordt echter wel een be-

paald bedrag (f 4,— per 5 minuten telefonisch of f 20,— per half uur persoonlijk) in rekening gebracht.

Voor meer informatie en uiteraard ook voor tolkdiensten kunt U terecht bij de volgende centra:

Tolkencentrum Amsterdam,
Willemsstraat 24, Amsterdam,
tel. 020-23 67 21;
coördinator: de heer J. Sulenta.

Tolkencentrum Brabant en Limburg,
Wal 8, Eindhoven,
tel. 040-43 35 54;
coördinatrice: mevr. H. Vaessen-Bogers

Tolkencentrum Twente,
Schalkburgerstraat 25a, Hengelo,
tel. 05400-1 63 11;
coördinatrice: mevr. K. Hubers.

Tolkencentrum Oost-Nederland,
Kastanjelaan 40, Arnhem,
tel. 085-43 71 41;
coördinatrice: mevr. T. Grob.

Tolkencentrum Zuid-Holland,
Steiger 11, Rotterdam,
tel. 010-33 00 66;
coördinator: de heer F. van Lieshout.

Tolkencentrum Utrecht,
Oudegracht 46 bis, Utrecht,
tel. 030-33 11 99 of 31 50 33;
coördinator: de heer Chr. Bouthillier.

Herbenoeming voorzitter

Met algemene instemming van de leden is de voorzitter van de Ziekenfondsraad, Dr. W. L. P. M. de Kort, voor de termijn van drie jaar in deze functie herbenoemd.

In de op 24 maart gehouden vergadering van de Raad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

1. Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Wet Tarieven Gezondheidszorg

In oktober 1976 richtte de staatssecretaris van Volksgezondheid zich tot de Ziekenfondsraad met het verzoek hem te berichten tot welke opmerkingen de hierbovengenoemde wetsvoorstellen de raad aanleiding gaven. In het concept-advies van een hiervoor door de raad ingestelde commissie ad hoc, onder voorzitterschap van zijn lid, benoemd door de Kroon, Mr. F. H. Piket, wordt betreurd dat de ziekenfondsraad thans slechts in de gelegenheid is gesteld tot het maken van opmerkingen op een moment dat de beleidsvoornemens reeds zover zijn geconcretiseerd dat voorstellen van wet ter zake reeds bij de Staten-Generaal zijn ingediend. In verband hiermede heeft de raad zich beperkt tot een aantal principiële punten, waarbij de raad en de uitvoeringsstructuur zijn betrokken. Geconstateerd wordt, dat ingeval de ontwerpen tot wet worden verheven, er ten behoeve van de minister van Volksgezondheid drie publiekrechtelijke organen werkzaam zullen zijn, te weten:

- a. de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, belast met de zorg voor de voorzieningen (inclusief kwaliteitsbewaking, planning en bouw);
- b. het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (ook voor de particuliere tarieven);
- c. de Ziekenfondsraad, met in hoofdzaak financieel-technische taken.

Voorts zal de Gezondheidsraad zijn huidige taken blijven vervullen.

Vele leden vroegen zich af of die verdeling van wél te onderscheiden maar niet te scheiden functies uitzicht kan bieden op een gecoördineerd en geïntegreerd beleid en op een reële beheersing van volume en kosten. Men was van oordeel, dat de wetsontwerpen splitsen wat reëel niet te splitsen is.

Deze bezwaren zijn in het advies nader uitgewerkt. De gevoelens van ongerustheid over de uitgangspunten van de wetsontwerpen bleken in de Ziekenfondsraad zeer groot te zijn, hetgeen bij de gehouden stemming tot uiting kwam. De meerderheid was geporteerd voor de instelling van twee organen te weten:

- a. een Nationale Raad voor de Volksgezondheid, met als taak het voorzieningenbeleid;
- b. de Ziekenfondsraad, met als taak de tariefsbewaking en de financiering.

Regionale organen

Blijkens het wetsontwerp zullen op regionaal niveau naast de provinciale en gemeentelijke overheden, de verzekeringsinstellingen functioneren op het gebied van de gezondheidszorg, waaronder de ziekenfondsen. Een deel van de Ziekenfondsraad kan zich wel vinden in een regionale pluriformiteit, waarbij ziekenfondsen en particuliere en ambtelijke verzekeringsinstellingen enerzijds naast regionale overheidsorganen anderzijds taken op het terrein van het voorzieningenbeleid en de financiering behouden. Een ander deel van de raad is de mening toegedaan, dat in de regio het aantal bestuurlijke organen en instellingen zo klein mogelijk moet worden gehouden en is voorstander van één orgaan per regio.

2. Toelatingsgeschil Maarssenbroek

De gedachtenwisseling in de raad naar aanleiding van de ter zake uitgebrachte rapporten had voornamelijk betrekking op het al dan niet rechtsgeldig zijn van de door het ziekenfonds aangevoerde bezwaren tegen toelating van de betrokken huisartsen als medewerkers aan het ziekenfonds. Van ziekenfondszijde was betoogd, dat deze bezwaren hun grond vonden in het ter plaatse in gang zijnde experiment met een gezondheidscentrum. Van artsenzijde was men van oordeel – daarin gesteund door rapporten van de commissie van juristen en de commissie toelating huisartsen van de Raad – dat de weigering tot toelating in haar gevolgen moet worden begrepen als gericht op beperking van de vestigingsvrijheid van artsen c.s. Hierover bleek in de raad geen

eenstemmigheid te bestaan. Een uitspraak over deze kwestie werd opnieuw aangehouden, zulks in afwachting van een nota van het secretariaat ziekenfondsraad die verheldering zal moeten brengen over welke concrete vragen een stemming in de raad noodzakelijk is.

Aangezien het onderhavige geschil tussen ziekenfonds en artsen in Maarssenbroek inmiddels is opgelost, zal een voortgezette behandeling van het geagendeerde onderwerp slechts betekenis kunnen hebben voor eventueel volgende geschillen.

3. Adviescommissie Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg

In de praktijk is gebleken, dat de taak van deze destijds ingestelde commissie een minder voorlopig karakter heeft dan aanvankelijk was verondersteld. In verband hiermede besloot de raad deze adviescommissie om te vormen tot een vaste raadscommissie, waarin vertegenwoordigers van alle groeperingen uit de raad en van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg zitting zullen hebben.

4. Hoortoestellen

De huidige prijzen van normale hoortoestellen staan niet meer in reële verhouding tot de vergoedingen die sinds 1966, na aftrek van de eigen bijdrage, ten laste van de ziekenfondsverzekering komen. Aangezien met een algehele herziening van de thans geldende Beschikking Kunst- en Hulpmiddelen nog wel geruime tijd gemoeid zal zijn, besloot de raad, vooruitlopende op deze herziening, staatssecretaris Hendriks te adviseren de ziekenfondsvergoeding voor hoortoestellen zodanig te herzien dat het ziekenfondsandeel in de kosten daarvan zal worden verhoogd van f 180,— (kinderen f 300,—) tot f 750,— per toestel (bij binaurale cross of bicrossuitvoering f 925,— per toestel).

Het ziekenfondsandeel in de kosten van hoortoestellen bedroeg over het jaar 1975 in totaal f 3.550.000,—. Wordt overeenkomstig voorgenoemd advies besloten, dan stijgt dit zieken-

fondstaandeel naar schatting tot f 15.400.000,— ofwel een verhoging van f 11.850.000,— per jaar.

5. Audiologische centra

De ontwikkeling van audiologische centra en de daarmee opgedane ervaring heeft ertoe geleid, dat de ziekenfondsraad aan de staatssecretaris van Volksgezondheid op diens verzoek zal adviseren een nieuw 'Besluit hulpverlening door audiologische centra' vast te stellen. Hierin wordt bepaald, dat de door een centrum te verlenen hulp omvat: een onderzoek van de hoorfunctie; het opstellen van een revalidatieplan voor de behandeling van geconstateerde afwijkingen; het adviseren van de behandelend specialist inzake revalidatie en zo nodig psychosociale begeleiding van de verzekerde en zijn omgeving ter ondersteuning van de behandeling.

Als het audiologisch centrum zelf in de revalidatie voorziet, omvat deze in ieder geval: het aanpassen en voorschrijven van hoortoestellen; de nazorg voor het juiste gebruik en functioneren van deze apparatuur; en de training van hoor- en spraakontwikkeling. De door het centrum te verlenen hulp geschiedt op voorschrift van een keel- neus- en oorarts, met dien verstande dat voor verzekerden tot 16 jaar de hulp ook op voorschrift van een kinderarts, psychiater, neuroloog of revalidatie-arts kan worden verleend. Het ziekenfonds dient vooraf zijn goedkeuring aan de hulpverlening te hechten.

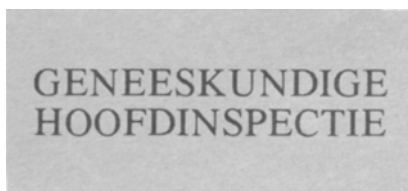
6. Verstrekking fluoridetabletten

Schooltandartsen missen (in tegenstelling tot de gezinstandartsen) ingevolge de bestaande bepalingen de mogelijkheid om recepten voor fluoridetabletten voor rekening van het ziekenfonds

voor te schrijven. Ter voorziening in deze leemte zal aan de staatssecretaris van Volksgezondheid worden geadviseerd de 'Beschikking farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering' zodanig aan te vullen, dat ook door de schooltandartsen afgegeven recepten voor deze tabletten zonder verdere formaliteiten door het ziekenfonds worden vergoed.

7. Apothekersdeclaraties

Goedgekeurd werd een overeenkomst tussen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie en de Organisatie van Ziekenfondsen, houdende een regeling inzake controle op declaraties van apothekers, waarbij desgewenst de apotheker ter plaatse in zijn apotheek medewerking dient te verlenen. Deze overeenkomst omvat zeventien punten en een uitvoerige toelichting met bijlagen.



Algemeen

Overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten, week 5-8, 1977. Periode 30 januari t/m 26 februari 1977. Jaargang 12, nr. 2

In de afgelopen vier weken werd één geval van tyfus aangegeven. De patiënt heeft de besmetting in Marokko opgedaan.

Er werden 20 gevallen van bacillaire dysenterie gemeld. Vijf patiënten hebben de besmetting in het buitenland geacquireerd. Onder hen zijn twee adoptiekinderen uit Bangladesh.

Van hepatitis A werden 128 en van hepatitis B 27 gevallen aangegeven. Onder de patiënten met hepatitis B zijn vier buitenlanders.

Vijf patiënten werden aangegeven wegens lepra. Allen hebben de besmetting in Suriname opgedaan.

Het aantal aangegeven gevallen van malaria bedraagt drie. De patiënten zijn naar land van besmetting en plasmodium species als volgt verdeeld: Cameroen: 1 Pl. falciparum; Ethiopië: 1 Pl. falciparum; India: 1 Pl. vivax.

Ornithosis werd geconstateerd bij 2 personen. Bijzonderheden met betrekking tot de besmettingsbron werden niet gerapporteerd.

Van paratyfus B werden 2 gevallen aangegeven. Het contactonderzoek is nog niet afgesloten.

Er werden 2 bacteriologisch en 2 serologisch bevestigde gevallen van pertussis aangegeven. De patiënten, in leeftijd variërend van 3 maanden tot 9 jaar, waren niet gevaccineerd.

Het aantal aangegeven gevallen van andere salmonelloses bedraagt 284. Uit de faeces van een uit Nigeria afkomstige Nederlander werd S. fareham gekweekt. Dit is de eerste isolatie bij de mens in Nederland van dit type salmonella.

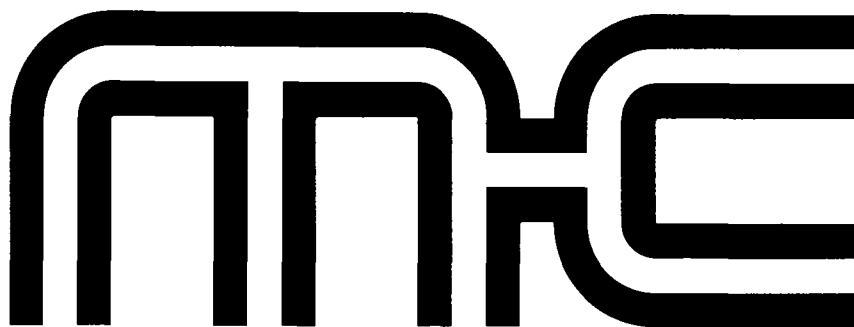
Voor scabies werden 42 patiënten, onder wie 8 buitenlanders aangegeven. Het aantal gezinsinfecties bedroeg 5 met respectievelijk 2, 2, 3, 3 en 4 patiënten in het gezin.

Er werden 569 patiënten voor gonorroe aangegeven (398 mannen en 171 vrouwen). Onder de patiënten zijn 118 buitenlanders.

Van primaire en secundaire syfilis werden 29 gevallen gemeld (25 mannen en 4 vrouwen). Zes gevallen werden geconstateerd bij buitenlanders.

De aangifte van het aantal morbilliegevallen vertoont een duidelijke daling. Er werden 365 gevallen gemeld tegen 570 gevallen in de vorige vier weken-periode. In de overeenkomstige periode van 1976 werden 30 gevallen geregistreerd.

De Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, voor deze: het hoofd van de Afdeling Infectieziekten, Dr. H. Bijkerk



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Dr. H. W. A. Sanders, voorzitter, N. A. Meursing, ondervoorzitter, C. F. A. Heijen, H. Hoencamp, Ch. J. Maats, leden; W. Derksen (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. M. J. Blok, chef de bureau.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC)

W. J. de Jager, secretaris; Mw. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

College voor Sociale Geneeskunde (CSG)

Mr. B. Schultsz, secretaris; Mw. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; Mw. H. Ciuráns, secretaresse; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol,

College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Dr. H. Roelink, secretaris; Mw. L. Beljaars, secretaresse.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Bortel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.



van het centraal bestuur LSV

In Memoriam Dr. Willem Engelbert Furstner

Met Furstner is een van de weinige nog levende oprichters van de Landelijke Specialisten Vereniging heengegaan. Van het begin af heeft hij zeer actief deelgenomen aan alle activiteiten van deze maatschappelijke vereniging; hij was in het bestuur honorair penningmeester.

In Furstner vond men verenigd de eigenschappen van de academisch gevormde man uit het begin van deze eeuw naast een opmerkelijk aanpassingsvermogen aan de nieuwe verhoudingen van na de tweede wereldoorlog, met name ten aanzien van de zo sterk veranderende positie van de arts in de samenleving. Dit kwam onder meer tot uiting in zijn uitstekende contacten die hij (met enkelen van ons) had met de vertegenwoordigers van onze patiënten in de vorm van de bestuurders van de ziekenfondsen.

In dat opzicht was hij een merkwaardig modern man. Naast zijn neiging tot reserve en uiterst kritische benadering van aangevoerde argumenten bezat hij een warm hart, een milde humor. Hij was in zijn dialoog zo oprecht, dat hij door de gesprekpartners volledig werd aanvaard en vertrouwd. Dezelfde eigenschappen – die hem deden besluiten na een korte periode het beroep van huisarts te hebben uitgeoefend een opleiding te volgen tot internist, welk specialisme hij in lengte van jaren met groot succes heeft beoefend – kwamen ook van pas in de wat onrustige, romantische periode van de vijftiger jaren.

Ook in de discussies ten aanzien van een landelijk specialisten-tarief, ten aanzien van de functie van de specialist in de samenleving en met name ook in de ziekenhuizen, ging hij uit van verzamelde feiten, maakte daarop een diagnose en gaf de zijns inziens noodzakelijke therapie aan en daarmee de denkrichting van het Centraal Bestuur van de LSV.

Met Leopold Siemens, v.d. Mandele en Staverman behoort hij tot de kleine groep van specialisten die in die jaren baanbrekend werk hebben verricht. Het lag ook helemaal in de lijn van Furstner dat hij op een gegeven ogenblik, namelijk in 1959, zijn bestuurlijke activiteiten staakte, toen zij niet meer verenigbaar waren met het gevoel van verantwoording dat hij had tegenover zijn patiënten.

Op grond van zijn werkelijk grote verdiensten werd hij toen door de Ledenvergadering bij acclamatie tot erelid der LSV benoemd. Als toenmalig voorzitter van de LSV was ik aangewezen hem dit mede te delen en ik weet nog heel goed hoe werkelijk ontroerd hij was bij dit eerbetoon; ik weet van zijn familie dat hij dit zijn leven lang op hoge prijs is blijven stellen.

Het merkwaardige feit doet zich voor dat Furstner, die daarna alle contacten met de LSV verbrak – hij was een man van alles of niets – toch een begrip bleef in de kringen van deze organisatie, een standaard, waarnaar men zijn activiteiten zou kunnen afmeten. Hij was in alle overwegingen volstrekt belangeloos, hij zocht zonder aanzien des persoons de goede richting, hij spaarde ook zijn beste vrienden de kritiek niet, maar hij accepteerde ook kritiek van anderen en was redelijk in het overleg.

Kenmerkend voor hem is dat hij zijn laatste kortdurende terminale ziekte zelf diagnostiseerde en trots was op zijn op goede gronden berustende diagnose.

Men kan slechts bevroeden hoeveel extra tijd Furstner gegeven heeft aan de combinatie van zijn medische en zijn maatschappelijk werk. Ook nu zijn er vele bestuurders in onze organisatie die deze activiteiten moeten combineren en die daarmee vele uren opofferen die ze op plezierige wijze zouden kunnen doorbrengen. Men verbindt alleen hetzelfde ideaal: werkzaam te mogen zijn in het bestel van de volksgezondheid, van de ervaring uit, opgedaan in het medisch beroep.

Furstner had zich het ideaal gesteld van verantwoord werken op hoog niveau. Eenieder die hem gekend heeft weet dat hij daarin ten volle is geslaagd.

Prof. Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen.



van de SPH

Kandidaat-lid deelnemersraad

Aan de deelnemers in de pensioenregeling voor huisartsen wonende in district III, Alkmaar:

In verband met het aftreden van de heer J. F. Nijman te Alkmaar als lid van de deelnemersraad, draagt het districtsbestuur ter vervulling van de ontstane vacature op grond van artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen de heer B. Zandstra te Alkmaar voor als kandidaat-lid van de deelnemersraad.

Krachtens artikel 14, lid 2 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen kan op schriftelijk verzoek door tenminste tien deelnemers uit het district ondertekend aan de voordracht voor de vacature een andere kandidaat toegevoegd worden. Dit verzoek dient dan binnen twee weken na deze publikatie bij het bestuur ingediend te worden.

Indien tijdig één of meer tegenkandidaten voor de vacature zijn gesteld, zullen binnen zes weken in het district verkiezingen gehouden worden. Zijn binnen genoemde termijn geen tegenkandidaten gesteld, dan wordt de voorgedragen kandidaat geacht te zijn gekozen.

Collegialiter,

S. van Randen, voorzitter, W. J. Waal, secretaris.