

De inschakeling van traditionele genezers in primary health care in Indonesië: tegengestelde meningen

Rosalia Sciortino

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft opgeroepen tot inschakeling van 'traditionele' genezers in primary health care. In Indonesië is, ruim tien jaar na dato, nog weinig van een dergelijke integratie te merken. De auteur onderzoekt deze tegenstelling tussen officieel beleid en praktijk vanuit een 'multilevel' perspectief. Op ieder niveau van sociale organisatie heersen andere meningen over de wenselijkheid van een dergelijk beleid. Over het algemeen kan men stellen dat dit verzet tegen integratie toeneemt naarmate men hoger komt in de maatschappelijke hiërarchie. Op het niveau van de dorpsgemeenschap heeft men reeds een eigen manier ontwikkeld van integratie.

Inleiding

Tijdens de conferentie in Alma Ara (1978), georganiseerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) en het Kinderfonds van de Verenigde Naties (UNICEF), werd de basis gelegd voor de strategie 'Health for all by the Year 2000'. Centraal daarin was het streven primaire gezondheidszorg (PHC) in alle gemeenschappen te introduceren en voor alle sociaal-economische groepen toegankelijk te maken. De lokale bevolking zou zelf actief betrokken moeten worden bij de voorzieningen op het gebied van volksgezondheid.

Een van de middelen om dit doel te bereiken was de inschakeling van traditionele genezers¹, én als bezorgers van curatieve zorg, én als promotors van de PHC strategie. Men besefte dat in de meeste samenlevingen 'traditionele' genezers en vroedvrouwen de facto reeds een groot deel van de curatieve en preventieve zorg voor hun rekening nemen en dat zij als medische en/of religieuze specialisten vaak een hoge sociale status genieten in de gemeenschap. Daardoor oefenen zij een grote invloed uit op de lokale opvattingen en praktijken omtrent ziekte en gezondheid.

De integratie van 'traditionele' genezers was ook voordelig. Zij konden namelijk als goedkope, reeds aanwezige krachten worden ingeschakeld om te voldoen aan de onder de bevolking levende hulpvraag. In allerlei opzichten leek het dus van belang bij de presentatie van de 'nieuwe' strategie de autochtone genezers als 'bondgenoten' te beschouwen "in organizing efforts to improve the health of the community" (WHO 1978:33).

Sindsdien is de integratie van 'traditionele' genezers in PHC een vast punt geworden op de agenda van de meeste ontwikkelingslanden en opgenomen in allerlei nationale meerjarenplannen. Nu, ruim tien jaar later, kunnen wij ons afvragen wat er terecht

is gekomen van de geplande integratie. Wat zijn de resultaten op het lokale niveau van dit beleid dat bedacht werd door internationale organisaties en nationale regeringen?

Het antwoord op deze vraag varieert per geografisch gebied, en in de literatuur wisselen berichten van succes en mislukking elkaar af. Toch blijkt bij nader inzien dat enkele gelijksoortige problemen zich in de meeste landen voordoen. Deze zijn onder andere: gebrek aan politieke wil van regeringen om de geplande integratie echt tot stand te brengen; vooringenomenheid van regeringsvertegenwoordigers ten aanzien van 'traditionele' geneeswijzen; het dominante karakter van de biomedische traditie waardoor samenwerking op voet van gelijkheid met andere medische tradities vrijwel uitgesloten wordt; moeilijkheden bij het op gang brengen van de 'professionalisering' en training van 'traditionele' genezers en antagonisme tussen de verschillende medische specialisten (o.a. Pillsbury 1982; Heggenhougen & Sesia-Lewis 1988).

Ik zal een aantal van deze weerstanden onderzoeken aan de hand van een analyse van de relaties tussen de diverse betrokken partijen, vooral op het nationale en het lokale niveau. Na een korte beschrijving van de wijze waarop de regering de beleidsvoornemens aan de lagere niveaus overdraagt, zal ik ingaan op de relaties tussen patiënten, 'traditionele' genezers, en 'biomedische' specialisten op lokaal niveau. De achterliggende gedachte is dat een aantal struikelblokken bij de integratie van 'traditionele' genezers inherent is aan de aard van de relaties tussen de betrokken partijen en aan hun respectievelijke wereldbeelden. Het dorp Somoketro op Midden Java in Indonesië, waar ik eerder onderzoek heb gedaan (Sciortino 1987), zal hierbij als 'casus' dienen.

Het beleid op nationaal niveau

Uitgangspunt voor het nu volgende betoog is dat er een relatie bestaat tussen ontwikkelingen en gebeurtenissen op de diverse niveaus van maatschappelijke organisatie en dat de situatie op lokaal niveau mede bepaald wordt door internationaal overleg dat ondermeer gefilterd wordt via nationale regeringen (cf. Wolters 1987).² Het is daarom van belang eerst het gezondheidsbeleid van de Indonesische regering in beschouwing te nemen. In het bijzonder is de vraag relevant in welke mate de Indonesische regering de oproep van WHO en UNICEF om traditionele genezers bij de verdere ontwikkeling van basisgezondheidszorg te betrekken heeft overgenomen en hoe men denkt deze integratie te bereiken.

Uit gedocumenteerde beleidsplannen blijkt dat al vóór de conferentie van Alma Ata suggesties werden gedaan in de richting van inschakeling van autochtone genezers: "traditional health workers, such as indigenous midwives, fracture/bone healers, and local drug sellers, should be involved in village health development" (geciteerd in Ory 1984:5).

Vanaf 1973 was men zelfs bezig om cursussen over 'biomedische' noties van hygiëne bij zwangerschap en bevalling te geven aan 'traditionele' vroedvrouwen (*dukun bayi*). De uitreiking van een diploma bij het slagen van de cursus bevestigde hun intrede als 'officiële' gezondheidswerkers. Wel moet daarbij gezegd worden dat de beslissing om *dukun bayi* in te schakelen niet noodzakelijk waardering impliceerde. Die beslissing kwam namelijk grotendeels voort uit praktische overwegingen, zoals het gebrek aan

gekwalificeerd personeel en het besef dat de *dukun bayi* toch al 80-90% van de bevallingen voor hun rekening namen. Door velen werd deze keus zelfs beschouwd als een onvermijdelijk kwaad:

Due to their (*dukun bayi*) ignorance about the physiology and anatomy of the human body, and also not being aware of the state of health of the mothers, mortality is high both for the mothers and the babies. The Ministry of Health... would like to end this malpractice. However, for the time being it is not possible to prevent them from attending births. Lack of qualified midwives to replace them is one reason why the government cannot yet take steps to lessen the hazards (Subagio 1974:18).

Dezelfde tweeslachtigheid bestaat met betrekking tot andere soorten 'traditionele' genezers. Ondanks de formele ondersteuning van de PHC strategie in de vijfjarenplannen (*Pelita*) van de Indonesische regering is er tot nu toe geen concreet plan geformuleerd om een integratie met 'traditionele' genezers daadwerkelijk tot stand te brengen. Het beleid drukt integendeel een overwaardering uit voor de 'moderne' geneeskunde. Kranten, radio en televisie, de officiële stem van de nationale regering, verspreiden vaak verhalen waarin 'traditionele' geneeswijzen als bijgelovige praktijken van (in het 'modernisatie'-proces) achtergebleven bevolkingsgroepen worden bestempeld.

Een positievere houding is wel te merken ten opzichte van 'traditionele' geneesmiddelen. De regering wil én het verbouwen van sommige heilzame kruiden bij de bevolking bevorderen (*apotik hidup*: levende apotheek), én het gebruik van bepaalde 'traditionele' geneesmiddelen verder propageren. Wel acht men verder onderzoek en registratie van deze middelen noodzakelijk, aangezien "a substantial part of the traditional medicines used by the public are of doubtful efficacy and their safety remains to be scientifically tested" (Ministry of Health, Republic of Indonesia 1984: 13).³

Samenvattend kunnen wij voorzichtig concluderen dat er tot nu toe weinig sprake is van een beleid gericht op de integratie van 'traditionele' genezers in PHC. De oproep van de internationale organisaties heeft bij de meeste plannings-functionarissen in Indonesië nog weinig weerklank gevonden.

Het lokale niveau

De tweeslachtigheid van de nationale overheid is terug te vinden op lokaal niveau. Naast de cursussen voor 'traditionele' vroedvrouwen en de pogingen om *apotik hidup* bij de bevolking te stimuleren, zijn er geen andere programma's die de integratie van 'traditionele' genezers beogen. Om een indruk te krijgen van de effecten van dit 'beleid' op lokaal niveau zal ik de reacties analyseren van de diverse betrokkenen: patiënten, 'traditionele' genezers en biomedische specialisten. Ik zal me voornamelijk verdiepen in hun houding ten opzichte van elkaar en ten opzichte van een mogelijke (toekomstige) integratie. Daarbij zal ik ondermeer gebruik maken van mijn bevindingen in het dorp waar ik onderzoek verricht heb.

'Traditionele' genezers (*dukun*)

Op Java treft men veel verschillende typen genezers aan: naast seculiere en technische deskundigen zoals vroedvrouwen, masseurs (*dukun/tukang pijit*) en kruidenkeners/verkopers (*tukang/penjual jamu*) vindt men genezers die magische en/of spirituele krachten bezitten zoals 'wijze' mensen (*orang tua*), islamitische genezers (*kiyai*), en media (*dukun prewangan, dukun kebatinan*). Elk type genezer heeft zijn specifieke technieken en genezingsmethoden, die weer per ziekte variëren. Om een idee te geven van deze therapiewijzen, kunnen hier onder andere genoemd worden: inwendige en/of uitwendige toepassing van kruidenmengsels; mechanische methoden zoals *kerokan* (wrijven van de huid met een munt), massage van verrekte spieren en terugzetten van verschoven botten; en diverse religieuze geneeswijzen.

Dezelfde verscheidenheid vindt men ook in de vele wijzen waarop genezingsmethoden worden aangeleerd. Men kan een zekere correspondentie bespeuren tussen type genezer en training: seculiere en technische deskundigen (*dukun bayi, dukun pijit, tukang jamu*) hebben meestal hun kunst geleerd bij een oudere *dukun* (gewoonlijk een familielid) door middel van observatie en imitatie; terwijl genezers die magische en/of spirituele krachten bezitten (*orang tua, dukun prewangan*) die meestal hebben gekregen door meditatie, ascese, of het ondergaan van een mystieke ervaring.

Ondanks hun verscheidenheid in geneeswijzen en leermethoden hebben deze genezers een gemeenschappelijk wereldbeeld, waarin gezondheid en ziekte op een eigen Javanse manier worden opgevat. Gezondheid is in die denkwereld meer dan alleen afwezigheid van fysieke klachten. Men beoogt in het leven een toestand van *slamet* te bereiken waarin innerlijke rust, fysieke gezondheid, sociale harmonie en economische welvaart samen gaan. Tegelijkertijd probeert men door het juiste (rituele) gedrag toestanden van *nglamun, bingung*, en *ruwat* (doelloosheid, onzekerheid en kansen op ziekte) te vermijden (Rienks & Iskander 1985:19). Ziekte impliceert dan ook vaak begrippen van schuld en straf als gevolg van een verkeerde handeling tegenover andere mensen en/of geesten. Uit deze beschrijving komen enkele punten naar voren die relevant zijn bij een mogelijk integratie van deze genezers in PHC. Ten eerste blijkt er een opvallende overeenkomst te bestaan tussen *slamet* en de WHO definitie van gezondheid. Deze laatste definitie omschrijft gezondheid als "een geheel lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn - niet alleen afwezigheid van gebrek of ziekte" (WHO 1978). Toch is de autochtone etiologie van een geheel andere aard dan die van de 'biomedische' traditie, die gebaseerd is op "the premise that *every disease has a specific pathogenic cause* whose treatment can be best accomplished by removing or controlling that cause" (Lockerman, in Van der Veen 1984:360). Men kan zich dus afvragen in hoeverre deze verschillende denkbeelden verenigd kunnen worden in het geval van integratie.

Ten tweede blijkt uit het bovenstaande dat de meeste genezers op een informele wijze hun kennis hebben verworven. Er is geen sprake van studie van medische tekstboeken of van een formele opleiding. Bovendien vormen zij geen georganiseerde en wettelijk erkende groep. Het is dan ook de vraag of de beoogde 'professionalisering' van deze genezers, als vereiste voor hun integratie in PHC, mogelijk is zonder een essentieel kenmerk van hun genezer-zijn te schenden. Deze vraag is vooral urgent voor de religieuze genezers. Wat voor soort curriculum kun je opleggen aan genezers die hun spiri-

tuele krachten als een gift hebben verkregen, en die juist dankzij die gift in staat zijn andere mensen te helpen?

Tenslotte is het onduidelijk of de integratie die de overheid beoogt, voor alle typen genezers geldt. Het is niet toevallig dat tot nu toe alleen – timide – pogingen zijn gedaan in de richting van inschakeling van ‘traditionele’ geneesmiddelen. Per slot van rekening is de biomedische traditie gebaseerd op natuurwetenschappelijke premissen die elke religieuze verklaring uitsluiten. Biedt zo’n traditie dus wel ruimte voor samenwerking met spirituele genezers?

Naast bovengenoemde overwegingen, gerelateerd aan de eigen kenmerken van ‘traditionele’ genezers en hun wereldbeschouwingen, moeten ook de houding en de opvatting van deze genezers ten opzichte van de biomedische traditie en haar personeel in beschouwing worden genomen. Uit gesprekken met genezers, werkzaam in Somoetro, bleek dat zij meestal een tolerante houding aannamen ten opzichte van de biomedische traditie en die traditie zelfs beschouwen als een aanvulling op hun eigen geneeswijze. Het gebeurde bijvoorbeeld vaak dat een niet-genezen patiënt door hen naar een nabijgelegen gezondheidscentrum (*Puskesmas*) werd verwezen. Bovendien beschouwen zij een aantal ziekten als het domein van de biomedische specialisten. Als zij de diagnose van één van die ziekten stelden, raadden zij de patiënt aan om een arts te raadplegen. Wel moet daarbij gezegd worden dat de meeste genezers hun eigen geneesmethoden hoger waardeerden dan de ‘westerse’. Per slot van rekening, zeiden zij, waren die methoden de vrucht van de wijsheid van hun Javaanse voorouders.

Ten aanzien van een mogelijke integratie hadden deze genezers géén opvatting, aangezien deze discussie steeds op internationaal en nationaal niveau gevoerd werd en hun onbekend was. De enige uitzondering hierop vormden de *dukun bayi* die verplicht waren een cursus in het gezondheidscentrum te volgen. Vooral de oudsten onder hen waren het hier niet mee eens, omdat zij vonden dat zij na zoveel jaren ervaring in de verzorging van moeder en kind niets meer konden leren van ‘nieuwelingen’ (de jonge *Puskesmas* staf).

Het biomedische personeel

De rurale primaire gezondheidszorg wordt in Indonesië verstrekt via gezondheidscentra (*Puskesmas*). Naast preventieve en curatieve zorg, besteedt men in deze centra ook aandacht aan moeder- en kindzorg, geboortenbeperking, en de bestrijding en preventie van besmettelijke ziekten. Ieder centrum wordt begeleid door een arts en bemand door een staf die onder andere bestaat uit een tandarts, een aantal verpleegkundigen (*mantri* en *perawat*), verloskundigen (*bidan*) en assistenten (om te helpen bij vaccinatie en voorlichting). Daarnaast zijn er in de dorpen enkele ‘vrijwillige’ gezondheidswerkers die onder de supervisie staan van de *Puskesmas* staf. Het zijn dorpsbewoners die opgeleid zijn om algemene voorlichting te geven over gezondheid en voeding en een eenvoudige medicijnpost te beheren. De bovengenoemde specialisten verschillen in hun houding tegenover ‘traditionele’ genezers. In het algemeen kan men zeggen dat er een zekere correspondentie bestaat tussen de plaats die zij in de hiërarchie innemen en de mate van tolerantie: hoe lager hun positie is, hoe verdraagzamer hun houding wordt.

In Somoketro was de arts, hoofd van de *Puskesmas*, degene met de grootste bezwaren tegen het voortbestaan van 'traditionele' geneeswijzen. Hij beschouwde deze behandelingen als uitingen van bijgeloof en onwetendheid, zonder enige medische waarde. Het waren overblijfselen uit het verleden die geen plaats meer verdienden in een 'moderne vooruitstrevende' maatschappij. Hij was van mening dat de *dukun* een gevaar vormen voor de publieke gezondheid. Patiënten die een biomedische behandeling nodig hebben, komen niet of te laat naar de *Puskesmas*, omdat zij eerst allerlei *dukun* bezoeken. Daarom moest, volgens de arts, de biomedische traditie de 'traditionele' geneeswijzen vervangen. Er was geen sprake van interesse in de mogelijke integratie van autochtone genezers. De patiënten moesten de biomedische geneeswijze leren beschouwen als de enig waardevolle curatieve oplossing.

Een zekere 'noodzakelijk' tolerantie was alléén te merken ten opzichte van de *dukun bayi*. De arts voelde zich (door nationale beleidsdirectieven) verplicht om iedere maand een cursus voor deze vroedvrouwen te leiden. Tegelijkertijd merkte hij echter op dat het verloren tijd was. Volgens hem was het een bijna onmogelijke onderneming om hygiënische normen over te dragen aan *dukun bayi*, die toch aan hun eigen bevalingsmethoden en rituelen bleven vasthouden.

Ook voelde de arts zich superieur in status ten opzichte van de *dukun* en wel om twee redenen. Ten eerste dacht hij dat artsen, als vertegenwoordigers van het 'officiële' medische systeem, meer prestige verdienden. De 'vooruitstrevende' wensen van de Indonesische regering vertrouwen namelijk aan dit systeem een dominante rol toe in de curatieve zorg ten koste van 'traditionele' genezers die gedoemd zijn te verdwijnen met het verdergaande moderniseringsproces. Ten tweede voelde de arts zich meer 'ontwikkeld', omdat hij een hoger opleidingsniveau had. Per slot van rekening heeft de arts op de universiteit gestudeerd om zijn titel te halen, terwijl 'traditionele' genezers géén of slechts een laag opleidingsniveau hebben.

In tegenstelling tot de arts nam het verpleegkundig personeel een tamelijk verdraagzame houding aan ten opzichte van inheemse medische praktijken. Zij hadden groot vertrouwen in de autochtone behandelwijzen en erkenden bepaalde ziekten als het specifieke domein van 'traditionele' genezers. Niet zelden verwezen zij patiënten naar de *dukun*, als zij dachten dat deze de aangewezen persoon was om de ziekte in kwestie te behandelen. Wel waren zij zich bewust dat 'moderne' geneesmiddelen (pillen en injecties) voor sommige ziekten de passende oplossing waren omdat zij sneller en efficiënter werkten. De *mantri* en *perawat* vormden als het ware een brug tussen de 'traditionele' en 'moderne' medische traditie.

Nog verdraagzamer was de houding van de dorpsgezondheidswerkers, die zelf nog geheel binnen het 'traditionele' wereldbeeld leefden. Zij beschikten over weinig biomedische kennis en in het geval van ziekte lieten zij zichzelf en hun gezin vaak eerst door een *dukun* onderzoeken. Zij vonden zelfs dat 'traditionele' geneesmiddelen een betere werking hadden dan de farmaceutische produkten die zij moesten verstrekken.

Uit het bovenstaande blijkt dat met name het hoogst gekwalificeerde personeel bezwaren heeft tegen autochtone geneeswijzen. Dit zou verband kunnen houden met het hogere opleidingsniveau dat zij hebben genoten. Langdurige enculturatie in de biomedische traditie lijkt een positieve beoordeling van 'traditionele' geneeswijzen in de weg

te staan. Bovendien lijkt de status die aan hun functie verbonden is deze onwil verder te versterken. Samenwerking tussen biomedische en 'traditionele' genezers is derhalve eerder te verwachten van het paramedisch personeel dan van de arts.

De patiënten

De bewoners van Somoketro waren zich wel degelijk bewust van de verschillen tussen de diverse medische tradities maar beschouwden deze als complementair. Met name twee criteria werden vaak gebruikt om de beschikbare medische opties te classificeren. Het eerste luidde als volgt: zijn de geneeswijzen in kwestie van oorsprong autochtoon of allochtoon? Met andere woorden, stammen zij uit de Javaanse dorpstraditie (*obat desa*, *obat dusun*: 'dorpsmedicijn') of komen zij van buiten? De allochtone geneeswijzen bestaan in dit geval uit twee medische tradities: de biomedische, die uit het Westen komt en door de regering geïntroduceerd is (vandaar de uitdrukking *obat pemerintah*, 'overheidsmedicijn') en de Islamitische traditie die met de verbreiding van de Islam op Java is gekomen.

Het tweede criterium was: zijn de geneeswijzen in kwestie van seculiere, technische aard (*ilmu kasar*: grove kennis, *ilmu lahir*: zichtbare, uiterlijke kennis) of zijn zij van religieuze aard (*ilmuh alus*: verfijnde kennis; *ilmu batin*: onzichtbare, innerlijke kennis)?

De 'emic' perceptie van het medisch systeem correspondeerde in zekere mate met hun ziekte-classificatie en het desbetreffende keuzegedrag. De verschillende medische tradities (Westerse, Javaanse en Islamitische), onderverdeeld in seculiere en sacrale geneeswijzen, vormden een passend geheel voor de behandeling van de vier ziekte-categoriën die de bewoners van Somoketro hanteerden, namelijk lichte ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak (*penyakit batin ringan*), ernstige ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak (*penyakit batin berat*), lichte ziekten met een natuurlijke oorzaak (*penyakit lahir ringan*), en ernstige ziekten met een natuurlijke oorzaak (*penyakit lahir berat*). Zonder hier verder in detail te treden, kan gezegd worden dat Islamitische en Javaanse genezers met name bezocht werden voor de behandeling van ernstige ziekten met een bovennatuurlijke oorzaak, terwijl 'Westerse', biomedische genezers vooral geschikt werden geacht voor de behandeling van ernstige ziekten met een natuurlijke oorzaak. Bij lichte ziekten konden meestal hetzij Javaanse, hetzij Westerse geneesmiddelen worden toegepast.

Uit het bovenstaande blijkt dat de bewoners van Somoketro aan allochtone geneeswijzen een functie hebben toegekend die past in hun eigen denkwereld. Alle geneeswijzen hebben voor de patiënten een bepaald nut en dienen een specifiek doel. Als zodanig zijn ze gelijkwaardig. Voor hen is de relevante vraag niet zo zeer welke geneeswijze het beste is in algemene zin, maar welke geneeswijze voor een bepaalde ziekte het meest geschikt is. 'Traditionele' en 'moderne' geneeswijzen zijn niet antagonistisch. Zij vullen elkaar aan.

Samenvattend zou men kunnen zeggen dat de patiënten al een gelijkwaardige integratie tussen 'traditionele' en biomedische geneeswijzen in hun keuzegedrag op gang heb-

ben gebracht. Zonder zich bewust te zijn van de moeizame pogingen op nationaal en internationaal niveau hebben zij op lokaal niveau die integratie in zekere zin al uitgevoerd. Wel moet daarbij gezegd worden dat zij in veel opzichten een hogere waardering voor de *dukun* hebben dan voor de westers-opgeleide arts. Enkele kenmerken van de laatstgenoemde werden door de bewoners van Somoketro uitdrukkelijk als negatief beschouwd. Ten eerste was dit de communicatie tussen patiënt en arts, die door de patiënten als onpersoonlijk en te formeel werd ervaren. Hun tweede kritiekpunt was daar nauw mee verbonden: patiënten en biomedische genezers hebben geen gemeenschappelijk wereldbeeld, dit in tegenstelling tot de Javaanse genezers, die dezelfde opvattingen over ziekte en gezondheid hebben als hun patiënten. Tenslotte was er de geringe interactie met 'moderne' artsen; de bewoners van Somoketro onderhielden veel meer sociale contacten met 'traditionele' genezers.

Conclusie

In het bovenstaande heb ik geprobeerd vanuit een 'multilevel' perspectief een beeld te schetsen van de opvattingen en houdingen van de diverse partijen die betrokken zijn bij de geplande integratie van 'traditionele' genezers in PHC. Uit deze beschrijving kunnen vier conclusies getrokken worden.

Ten eerste blijkt dat de Indonesische regering tot nu toe weinig bereidheid en politieke wil heeft getoond om de geplande integratie in praktijk te brengen. Weinig programma's zijn op lokaal niveau uitgevoerd. Ondubbelzinnige beleidsvoornemens, hoewel op zich zelf nog niet voldoende, zullen noodzakelijk zijn om de weerstand van het hogere personeel van de *Puskemas* tegen 'traditionele' genezers te overwinnen.

Ten tweede kan men zich afvragen in welke mate de verschillende soorten waardering van de betrokkenen in termen van status en prestige de uitvoering van integratie verhinderen. 'Traditionele' genezers, gesteund door de patiënten, beschouwen zichzelf (vertegenwoordigers van de Javaanse traditie) als belangrijker dan het biomedisch personeel. Laatstgenoemden echter, en in het bijzonder de artsen die een hoge opleiding hebben genoten en de 'officiële' gezondheidszorg vertegenwoordigen, kennen zichzelf weer een hogere status toe.

Ten derde kan men zich afvragen in hoeverre het verschil in opvattingen omtrent ziekte en gezondheid hier een rol moet spelen. Voor de patiënten zelf lijkt dit geen hindernis te zijn om van allerlei verschillende geneeswijzen gebruik te maken. Op dit moment echter vormt de negatieve houding van het biomedisch personeel ten opzichte van 'traditionele' denkwijzen, door hen als onwetendheid en bijgeloof bestempeld, een groot struikelblok.

Ten vierde blijkt dat *dukun* en paramedisch personeel bereid zijn met elkaar samen te werken en patiënten naar elkaar door te verwijzen, maar dat het hogere *Puskemas* personeel en de beleidsplanners een denigrerende houding aannemen ten opzichte van de 'primitieve' *dukun*. Het lijkt zelfs dat zij de verdwijning van deze genezers voor ogen hebben in plaats van hun integratie.

Deze verkennende studie suggereert dan ook dat er nog geen sprake is van een gestructureerd overheidsbeleid voor integratie van medische tradities in PHC ook al hebben

de 'gewone mensen' die integratie in hun leefsituatie reeds spontaan op gang gebracht.

Noten

- 1 De term 'traditionele' genezers verwijst hier naar een grote verscheidenheid van medische specialisten, namelijk alle genezers die zich buiten het veld van de allopatische of biomedische traditie bevinden. Verderop zal ik de genezers aanwezig in de lokale situatie van Somoketro, Midden Java, in het kort beschrijven.
- 2 De landelijke werkgroep 'Schakelingen' heeft een grootschalig onderzoeksplan ontworpen waarin primary health care vanuit een 'multi-level' perspectief benaderd wordt. Het plan komt er in grote lijnen op neer dat onderzocht wordt welke opvattingen over en belangen in primary health care bestaan op de verschillende niveaus van maatschappelijke organisatie (internationaal, nationaal, district, lokaal) en hoe eventuele tegenstellingen het functioneren van primary health care beïnvloeden (zie verder: Van der Geest e.a. 1990).
- 3 Voor een overzicht van de ontwikkelingen rond inheemse geneesmiddelen in Indonesië, zie Afdhal & Welsh 1988.

Literatuur

- Afdhal, A.F. & R.L. Welsh
1988 The rise of the modern *jamu* industry in Indonesia: a preliminary overview. In: S. van der Geest & S.R. Whyte (eds) *The context of medicines in developing countries: studies in pharmaceutical anthropology*. Dordrecht: Kluwer, pp. 149-72.
- Geest, S. van der, J.D. Speckmann & P.H. Streefland
1990 Primary health care in a multi-level perspective: towards a research agenda. *Social Science & Medicine* 30(9): 1025-34.
- Heggenhougen, K. & P. Sesia-Lewis
1988 *Traditional medicine and Primary Health Care. An introduction and selected annotated bibliography*. EPC Publication 18. London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Ministry of Health, Republic of Indonesia
1984 *Fourth five-year development plan (Repelita IV)*. Chapter 23: Health.
- Ory, F.
1984 *Community health development. Jenepono 1980-83*. Rotterdam: Erasmus University; Ujung Pandang: Universitas Hasanuddin.
- Pillsbury, B.K.
1982 Policy and evaluation perspectives on traditional health practitioners in national health care systems. *Social Science & Medicine* 16 (21): 1825-34.
- Rienks, A. & P. Iskander
1985 *Illness and intervention in Central Java: village versus governmental perceptions*. Kartas Kerja Project Hedera.
- Sciortino, R.
1987 *Yang menyembuhkan Tuhan, tetapi lewat dukun, arts, konidin, Jamu...* (*Wie geneest is God, maar Hij manifesteert zich door en/in de dukun, arts, konidin Jamu...*) Doctoraalscriptie CA/NWS, Amsterdam: VU.
- Subagio Poerwodihardjo
1974 Traditional birth attendants in Indonesia. In: *Role of traditional birth attendants in Family Planning*. Proceedings of an International Seminar in Bangkok and Kuala Lumpur, 19-26/7/74.

Veen, K.W. van der

- 1984 Classification and pluralism of medical systems. In: G.J. Meulenbeld (ed.) *Proceedings of the International Workshop on Priorities in the Study of Indian Medicine*. Groningen: Institute of Indian Studies, pp. 345-81.

Wolters, W.G.

- 1987 Levels and linkages: an alternative analytical approach to development problems. *Netherlands Review of Development Studies* 1: 39-54.

World Health Organization

- 1978 *Primary Health Care. International Conference on PHC Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva and New York: WHO and UNICEF.