

Vreemd is normaal en normaal is vreemd

T. Meguid

'Eigen gaat voor vreemd'

Nederlands gezegde

Toen ik in 1980 voor het eerst naar Nederland kwam om geneeskunde te studeren in Maastricht, dacht ik dat Maastricht, zoals wellicht elke Nederlandse stad, aan zee zou liggen of tenminste vlakbij. Ik dacht ook dat geneeskunde vooral zou gaan over gezondheid.

Vóór mijn derde studiejaar ben ik bijna drie maanden stage gaan lopen in een missieziekenhuis in Onandjokwe, in het noorden van Namibië. Toen was de oorlog voor onafhankelijkheid van Apartheid Zuid Afrika nog in volle gang.¹ Onandjokwe was mijn eerste ziekenhuis. Dat heeft mijn idee van wat een ziekenhuis is medebepaald. Deze ervaring heeft me een norm gegeven waartegen ik vervolgens, en nog steeds, meet wat daarmee overeenkomt en dus normaal is, en wat niet, en dus een beetje vreemd is.

Dat was thuis ook zo eigenlijk. Wat zo was als bij ons thuis was normaal en wat daarvan afweek was vreemd. Het vreemde was alleen dat het thuis van geen van mijn vrienden op ons thuis leek, dus iedereen was vreemd. Sterker nog, iedereen dacht dat wij vreemd waren, en dat zou wel met het feit te maken kunnen hebben dat mijn vader Egyptenaar en mijn moeder Duitse was.

Ik heb vervolgens vier jaar als tropenarts en zes jaar als gynaecoloog in Onandjokwe gewerkt en de overgang van oorlog naar vrede en van kolonie naar onafhankelijke staat meegemaakt.² Ook de overgang van diagnostische laparotomie³ naar diagnostische laparoscopie⁴, en van de catastrofe van landmijnen naar de catastrofe van hiv/aids⁵, en de catastrofe van politiek geweld⁶ naar de catastrofe van huiselijk geweld.⁷ Later werkte ik als gynaecoloog, weer voor zes jaar, in Malawi dat een van de armste landen op aarde is.

Overgangen van de éne norm naar een andere voelen vreemd en vergen energie omdat men opnieuw moet doordringen, niet tot wat normaal is maar wat juist is. Dat is net zoals opgroeien, en een noodzake-



Figuur 1. Samen met de manager van CMT Annette Namangale. (Foto Eric Minaard)

lijke activiteit voor iedere arts. Het voelt urgenter als de normen zo duidelijk niet juist voelen. En dit is eerder het geval naarmate men minder diep in zijn eigen wereld zit, naarmate men een beetje buiten zichzelf is, naarmate men ook zichzelf kan bekijken; als een vreemde als het ware; zoals gezegd, net als opgroeien, zeker als je een vreemde bent in den vreemde.

Dat we als artsen en dus ook als gynaecologen eigenlijk niets met gezondheid maar alleen maar met ziekte te maken hebben, is ook zoiets vreemds. Het duurde bij en voor mij vrij lang voordat ik dat doorhad. In Nederland had ik er weinig erg in, dat gezegd werd dat de oorzaken voor verschillende ziektes met name te zoeken waren op het biologisch vlak. Infecties werden veroorzaakt door bacteriën en virussen en parasieten misschien nog, andere ziektes waren genetisch bepaald of het resultaat van een verkeerde leefwijze inclusief traumata; en een combinatie van dit allemaal (multifactorieel). De focus was gericht op de arts als biologisch, wetenschappelijk geschoolde en denkende factor, die begreep hoe het allemaal kwam en daar dan ook biologische, dat wil zeggen medische, oplossingen voor had en zocht.

Ik moest eerst tientallen zwangere vrouwen dood zien gaan in Namibië en nog veel meer in Malawi, voordat ik begreep dat dit de verkeerde manier van kijken was.⁸ Of tenminste niet volledig.

Met een beetje bescheidenheid mogen wij zeggen,

denk ik, dat onze wetenschappelijke/biologische kijk alleen maar vragen beantwoordt die beginnen met hoe?. Maar niet de causale vragen, die we allemaal zo graag willen beantwoorden.⁹ Op de waaromvraag krijgen we geen antwoord als we alleen naar ziekte en niet ook naar gezondheid kijken.

Waarom gaan zo ontzettend veel vrouwen nu dood tijdens of kort na het einde van een zwangerschap? Het antwoord op die vraag is simpel en schandalig. De moedersterfte is wereldwijd zo hoog omdat de slachtoffers ervan drie dingen gemeen hebben, ze zijn allemaal:

- Machteloos
- Arm
- Vrouw

(De drie P's van *powerless, poor en pregnant*)

Als die drie kwaliteiten bij elkaar komen, is er een grote kans op overlijden. Heel simpel en helemaal te gek voor woorden. Wat bijzonder opmerkelijk is hieraan is het feit, dat dit schandaal geen echt schandaal schijnt te zijn, het is bijna normaal; heel erg vreemd is dat. Zo vreemd, dat we dit niet mogen en niet kunnen en niet zullen accepteren.

Vandaar dat het belangrijk is de dodelijke trojka beter te bekijken en de conclusie voor ons medici, en zeker voor ons gynaecologen!, kan alleen maar zijn dat we het eerste punt moeten veranderen. Het is immers een hele andere zaak de armoede te bestrijden en aan het feit dat vrouwen vrouwen zijn willen we al helemaal niets veranderen. Dus de machteloosheid van arme vrouwen moet weg.

Het zal pas over zijn met deze moedersterfte als de vrouwen zelf het voor het zeggen hebben als het om hun gezondheid gaat. Niemand doet het voor ze, noch in rijke landen als Nederland, noch in de eigen landen meestal in het zuiden.¹⁰ Dat is een heel pragmatische, zeker geen cynische reden. Zo werkt dat nu eenmaal, mensen moeten zich bevrijden van de onderdrukking die ze belemmert, uitbuit en ook doodt.¹¹

Het gaat dus om gezondheid, maar eigenlijk om rechtvaardigheid. Het gaat erom dat ook arme vrouwen op



Figuur 2. Oude kraamzaal. (Foto Arlette Olaerts)

een menselijke manier de zorg krijgen, die ze nodig hebben. Dat zijn open deuren en in 2011, 222 jaar na de Franse en 235 jaar na de Amerikaanse Revolutie is het meer dan vreemd dat we het nog over dit soort zaken moeten hebben.¹² Wie ooit in een arm land op een verloskamer heeft gewerkt, weet heel goed dat het bijna altijd gaat om een kamer waarin geleden wordt en waarin vrouwen dikwijls als vee worden behandeld.¹³ Dat begint al met het gebouw waarin de verloskamer gehuisvest is, die ook meer iets van een stal heeft dan van een kamer.¹⁴ En gaat verder met de manier waarop wij, de artsen, verpleegkundigen en verloskundigen, arme vrouwen bejegenen.¹⁵

Op een dag besepte ik dat het inderdaad gaat om rechtvaardigheid en daarom studeerde ik nog rechten in de avonduren (*distance learning*).^{16,17} Dat heeft mijn kijk op de geneeskunde, en de gynaecologie en verloskunde enorm verbreed en ik ben blij dat ik nu tenminste niet zo een, twee, drie omver kan worden gepraat door een of ander technocraat van een of ander ministerie, NGO of universiteit. Maar het heeft me ook duidelijk gemaakt, dat rechten net zo ver weg staan van rechtvaardigheid als geneeskunde van gezondheid.

Het blijft een uitdaging de machteloosheid van onze patiënten te verkleinen en uiteindelijk de wereld uit te helpen. En daar moeten wij gynaecologen een leidende rol in spelen, in ieder geval zouden wij een actieve bijdrage kunnen leveren.

In Malawi hebben we dat getracht te doen door het neerzetten van het eerste en tot nu toe enige ziekenhuis in Afrika waar elke vrouw, dus niet alleen *the rich, famous and beautiful*, maar echt elke vrouw een eigen verloskamer heeft. Om dit te bereiken is de *Chitenje Maternity Trust* (CMT) gesticht, die een basis vormde voor het werven van fondsen. De bedoeling hiervan was om voor vrouwen die bevallen ruimte te scheppen om hun eigen stem te vinden. Het design van de verloskamers is zo, dat de barende vrouw haar man of eigen *doula* mee kan nemen en dat ook inderdaad bijna altijd doet. De machtsverhoudingen tussen patiënt en verloskundige/arts verschuiven ten gunste van de patiënt én omdat zij haar eigen kamer heeft waar de hulpverlener naartoe gaat (en niet andersom) én omdat ze niet alleen is. Dit samen met veel andere aspecten, die hier niet kunnen worden besproken, heeft er inderdaad toe geleid dat vrouwen die nu in Lilongwe in Malawi bevallen meer hun stem laten horen. Het is een begin.¹⁸

En ook hier was het vreemd te zien hoe mensen probeerden dit onmogelijk te maken met argumenten zoals de oude doodoener, dat er sowieso niet genoeg personeel is om dit draaiende te houden, en wat dies meer zij. Heel vreemd te horen dat het leed van de vrouwen



Figuur 3. Nieuwe kraamzaal. (Foto Tarek Meguid)

ondergeschikt wordt gemaakt aan de 'realiteit', als of die niet door mensen (met name mannen) is gemaakt.¹⁹ Dit laat onder andere ook zien hoe belangrijk het is dat er inderdaad geluisterd wordt naar de stemmen van de patiënten. Maar het blijft zeker vreemd.

De volgende stap voor mij zal zijn te proberen binnen de universiteit van Namibia (UNAM) een bijdrage te leveren aan het opleiden van nieuwe artsen en medisch specialisten, die hun taak als medici niet alleen biologisch/natuurwetenschappelijk maar ook maatschappelijk begrijpen²⁰ en van wie het primaire doel zal zijn hun patiënten de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te doen toekomen. Hoge kwaliteit van zorg moet, heel breed, gedefinieerd worden als een service die zo veel mogelijk evidence-based is en die de waardigheid van de patiënt centraal heeft staan. Normen kunnen en moeten worden veranderd en dan is niets meer echt vreemd alleen maar omdat het anders is. Wellicht zou dit ook met Nederlandse assistentie en ondersteuning kunnen gaan, ten voordele van alle partners.

Ik hoop dat dit niet al te vreemd klinkt en kan zeggen dat ik, meer dan dertig jaar geleden, weliswaar niet in de zee heb kunnen zwemmen in de buurt van Maastricht, maar wel in heel lekker water vlakbij. En dat was helemaal normaal.

Literatuur

1. Meredith M. *The State of Africa. A History of Fifty Years of Independence*. Free Press, London, 2006.
2. Forrest JB. *A Promising Start: The Inauguration and Consolidation of Democracy in Namibia*. *World Policy Journal* 1992;9(4):739-53.
3. Farthing A, Lawrence A. *Laparoscopy*. In: Shaw RW, Luesley D, Monga A. *Gynaecology*. 4th Edition, Churchill Livingstone, London, 2011;36-47.
4. Meguid T. *Introducing Laparoscopic Surgery to a Semi-Rural African Hospital*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1997;76(Supp)167;5:49.
5. Piot P, Bartos M, Ghys PD, Walker N, Schwartzländer B. *The global impact of HIV/AIDS*. *Nature* 2001;410:968-73.
6. Robertson G. *Crimes Against Humanity. The Struggle for Global Justice*. Penguin Books, London, 2006.

7. Meguid T. *An Exploratory Study of Beliefs and Understandings of Health Workers at Onandjokwe Hospital, Namibia Regarding Child Sexual Abuse*. Master Thesis, University of Cape Town, 2001.
8. Bergström S. *Obstetric ectoscopy: an eye-opener for hospital-based clinicians*. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005;84(2):105-7.
9. Bunge MA. *Causality and modern science*. 3rd Edition, Dover Publications, New York, 1979.
10. Hancock G. *Lords of Poverty. The Power, Prestige, and Corruption of the International Aid Business*. Atlantic Monthly Press, New York, 1995.
11. King Jr. ML. *Stride Toward Freedom. The Montgomery Story*. Harper & Brothers, New York, 1958.
12. Grayling AC. *Toward the Light of Liberty. The Struggle for Freedom and Rights that made the Modern Western World*. Walker & Company, New York, 2007.
13. Roosmalen J van, Mbaraku G, Beltman J, Schaik C van, Meguid T. *Women Deliver: About the Quality of Obstetric Care in Poor Resource Settings*. *Bulletin of the Netherlands Society of Tropical Medicine & International Health*, 2008;49(1):4-5.
14. Meguid T, Mgbako C. *The Architecture of Maternal Death*. RH Reality Check, 2011.
15. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. *Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services*. *Social Science & Medicine*, 1998;47(11):1781-95.
16. Meguid T. *Justice in Respect to Patients in Poor Countries in General & in Malawi in Particular*. Bachelor Thesis, Nottingham Trent University, 2006.
17. Meguid T. *The Possibility of Public Interest Litigation in Malawi to Clarify National and International Responsibility to Fulfil the Right to (Maternal) Health*. Master Thesis, University of Oxford, 2010.
18. Christensen H. *Testimonies on Motherhood from the Ethel Mutharika Maternity Ward*. Nation on Sunday, Lilongwe, 15 October 2010.
19. Russell A. *Big Men - Little People. The Leaders who Defined Africa*. New York University Press, New York, 2000.
20. Gordon JJ, Evans HM. *Learning medicine from the humanities*. In: Swanwick T (Ed). *Understanding Medical Education. Evidence, Theory and Practise*. Wiley-Blackwell, Oxford, 2010;83-98.

Auteur

Tarek Meguid, gynaecoloog, Department of Obstetrics & Gynaecology, UNAM (University of Namibia), Windhoek, Namibia

Correspondentieadres

Tarek Meguid
E-mail: tarekmeguid@gmail.com