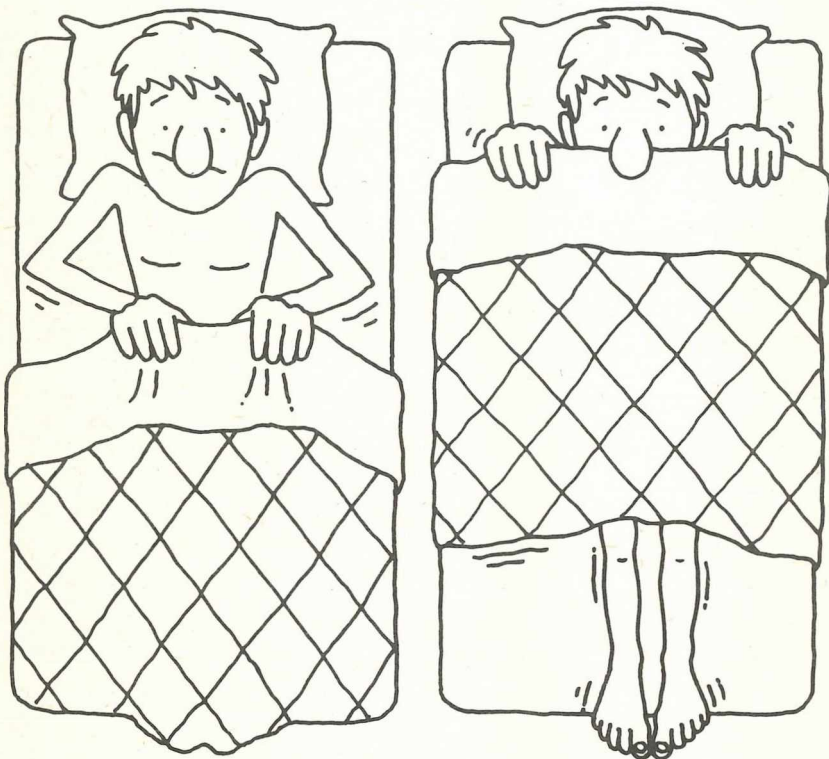


(Advertentie)

# SLECHT GEDEKT IS NIET GEDEKT



**Raadpleeg vlug voor al uw verzekeringen...**

**winterthur**  
**eendracht en voorzorg**

Kunstlaan 56 - 1040 Brussel - Tel.: 02/513.60.60  
Gewestelijke Directies te Antwerpen, Charleroi, Gent, Kortrijk en Luik.

**...vóór het te laat is!**

*Kinderen worden geleerd dat ze onderdanig moeten zijn aan autoriteit, hoe ze andermans meningen en conclusies moeten zoeken en hoe ze moeten citeren en zich schikken.*

Doris Lessing. "Het gouden boek"

De bedoeling van het artikel "Het behoeftenbegrip : analyse en kritiek" (1) is voor mij steeds geweest een reflectie op het eigen handelen als socioloog, en dat via een poging tot theorievorming die daarna via publicatie in een wetenschappelijk tijdschrift wordt voorgelegd aan het "wetenschappelijk forum". Lezing van de teksten die n.a.v. het "Tijdschrift voor Sociologie" in "Sociodata" zijn gepubliceerd, leert me evenwel dat het "wetenschappelijk forum" nooit als functie van het tijdschrift naar voor is geschoven. Het is uitdrukkelijk bedoeld als "medium waarin de resultaten van sociologiebeoefening worden weergegeven" (intentieverklaring) met prioritaire aandacht voor de leesbaarheid voor een groter publiek. Het toetsen van mijn artikel aan deze norm laat ik aan anderen over. Wel situeert het zich in één van de soorten bijdragen die de hoofdredacteur graag in het nieuwe tijdschrift zag opgenomen : het verkondigen van een sociologie-opvatting, "wat er soms in bestaat deze van anderen te bestrijden". (2)

Wat mij vooral stoort in Nuyens' repliek (3) is het feit dat hij zich doelbewust beperkt tot die éne pagina in mijn artikel, die over zijn werk handelt en de helft van zijn repliek reserveert voor een correctere weergave van citaten. Veel meer dan een "correctere" weergave is het immers niet. Zelfs indien deze in de door hem gewenste volledigheid worden opgenomen, moet aan het artikel niets worden gewijzigd. Wat je er ook rondweeft aan nuanceringen, het blijft zó dat volgens Nuyens gezondheidsbehoeften in eerste instantie kunnen worden afgelezen uit naakte ziekte- en sterftecijfers en een tekort aan noodzakelijke geachte kennis kan worden beschouwd als een behoefte. De lezers die zich willen documenteren betreffende het directe verband tussen Nuyens' operationalisering van het behoeftenbegrip en "de (dus noodzakelijk geachte uitbreiding van de) zorgverlening", verwijs ik naar een omschrijving van het onderzoek (nl. gericht op "(de behoefte aan) eerste lijnszorg", pag. 76) en naar wat wordt gesteld m.b.t. gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (pag. 125) en preventie (pag. 177). Als Nuyens nu niet de discussie uit de weg gaat over uitbreiding van de zorgenverlening via preventieprogramma's, dan kunnen we al een heel eind verder komen.

De basisstelling van het artikel ontkracht Nuyens in zijn repliek niet in het minst. De behoeften die hij formuleert zijn normatieve behoeften – met als norm een ideologisch gezondheidsbegrip. En in tegenstelling tot wat hij ter verdediging aanvoert, geeft hij op geen enkele plaats "enige prioriteit aan de behoeftenarticulatie door de betrokkenen". De "betrokkenen" waar hij het over heeft, zijn afgeleiden in wat in mijn oren steeds heeft geklonken als sociologische retoriek : de "kliënt als maatschappelijke verdrinking" in de problematisering van het aanbod. De "betrokkenen" – maar al te snel in de rol geduwd van cliënt/patiënt – komen enkel aan het woord via een voorgestructureerde vragenlijst en verdwijnen vervolgens in tabellenwerk. Individuele bevraging en statistische verwerking weerspiegelen aldus de maatschappelijke makro-tendensen van versplintering en omsingeling. Bewust van het mogelijke verwijt hiermee ook in socio-





logische retoriek te vervallen, ga ik op deze laatste stelling niet verder in en beperk me tot een verwijzing naar de discussie over actie-onderzoek. Betekenisvol is verder dat de "betrokkenen" in de onderzoekstechnische excursie (pag. 63-66) helemaal niet aan bod komen maar enkel de onderzoeksmatige en beleidsmatige optiek. Wel worden de "basisgroepen", naast o.a. de media en de wetenschappelijke wereld, achter de hand gehouden als "countervailing power" in het spanningsveld tussen beide (pag. 215). Het aanbod mag uitgebreid aan het woord komen in de strategische "Uitgeleide" (pag. 242-260); voor de *patiënten* volstaat blijkbaar de voorzitter van hun "Algemene Bond" (pag. 261-264).

De "betrokkenen" kunnen niet volwaardig uit de verf komen omdat "De eerste lijn is krom" zich fundamenteel situeert in het spanningsveld van twee polen: onderzoek en beleid.

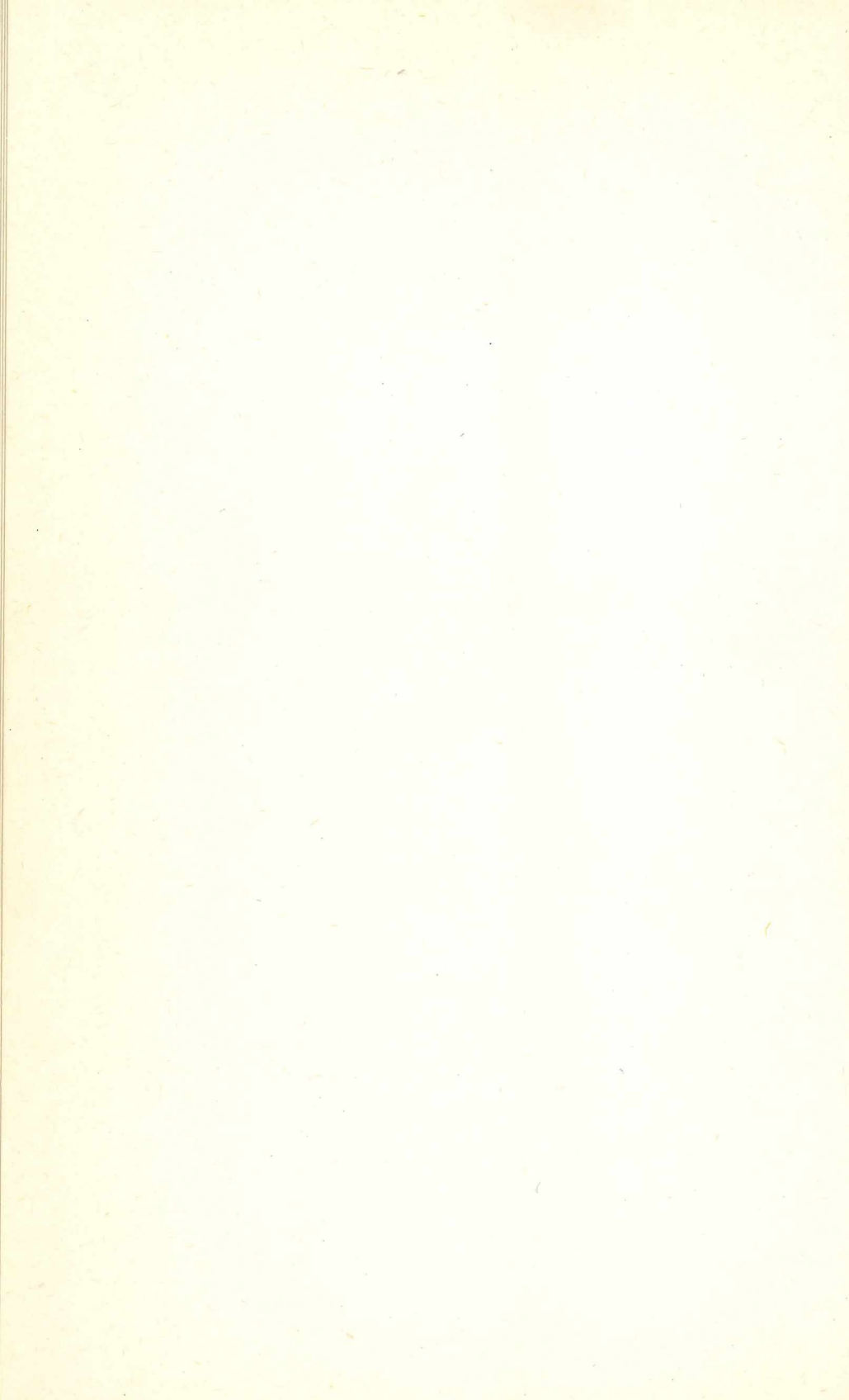
1. *Onderzoeksfocus is het aanbod*, dat hoofdzakelijk wordt geproblematiseerd via de vraag, of: het vraag-aanbodsmodel als centraal onderzoeksmodel. Niet verwonderlijk als men ziet hoe het dominante organisatiepatroon in de gezondheidszorg verschuift van een onafhankelijk-professioneel naar een bedrijfs-bureaucratisch model – een verschuiving die het gebruik van economische concepten als vraag en aanbod in de hand werkt – en naar individuele verantwoordelijkheid en zelfzorg/zelfhulp (4). Hoe het komt dat de "spanningsrelatie tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg geleidelijk aan in de centrale aandachtssfeer" van het beleid is gekomen (pag. 65), heb ik beperkt uitgewerkt in mijn artikel.
2. *De vraag zelf wordt nergens geproblematiseerd*, tenzij waar gewezen wordt op de eventuele aansprakelijkheid van het aanbod in het ontstaan resp. het in stand houden van probleemsituaties (pag. 124) en op de "technische driftgevoelens" van de bevolking (pag. 130). Nuyens huldigt hier de één-dimensionele visie op behoeften die, zoals gesteld in mijn artikel, in essentie teruggaat op het nuttigheids- en economisch denken. De strategie van behoeftenonderzoek zoals ik die voorstel is één van de mogelijke trajecten waarlangs deze *noodzakelijke* problematisering van de vraag kan gebeuren.
3. *Ook de analyse van gezondheidszorg en gezondheidsproblemen is vrij mager* en staat bovendien los van het eigenlijke onderzoekswerk, veeleer excursie dan kader. De keuze voor het vraag-aanbodsmodel als centraal onderzoeksmodel kadert zowel in de hogergenoemde verschuiving in het dominante organisatiepatroon in de gezondheidszorg als in het tamelijk recente medicaliseringsdenken. Daarin wordt een complexe structuur van op elkaar inwerkende krachten (peil van de volksgezondheid, kwaliteit van de gezondheidszorg en de maatschappijformatie als geheel) gereduceerd tot een min of meer eenduidige vorm van beïnvloeding, met het aanbod als centraal gegeven (5). Nuyens slaagt er niet in – althans niet in "De eerste lijn is krom" – adequate theorieën te ontwikkelen betreffende de gezondheidszorg en gezondheidsproblemen omdat hij niet bereid is de medische conceptualisering en definities van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg te overstijgen. Veel meer dan een beschrijving en evaluatie van de bestaande situatie heeft hij niet te bieden, doch biedt aldus wel een illustratie van het fundamentele sociologische principe dat geen enkele organisatie of institutie te begrijpen is "exclusively in and of itself" (6).

4. *Theorievorming en onderzoeksmethoden zijn structureel betrokken op het beheer van de afbrokkelende verzorgingsstaat.* Als partij in de "strijd om het beleid" (7) laat de sociologie à la Nuyens zich makkelijk inschakelen in dat management, waarbij het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen een dankbaar kader biedt. Veel meer dan alle intentieverklaringen zegt dit iets over de gehuldigde wetenschapsopvatting en de rol die men zichzelf toedicht in het huidige sociaal-economisch bestel.

L. NOTREDAME

#### NOTEN

1. NOTREDAME, L., Het behoeftenbegrip : analyse en kritiek, in : *Tijdschrift voor Sociologie*, 2 (1981) 2, pag. 141-162.
2. Zie *Sociodata*, 2 (1979) 1, 3 (1980) 3.
3. NUYENS, Y., Republiek. De behoeften van Notredame, in : *Tijdschrift voor Sociologie*, 2 (1981) 2, pag. 163-164.
4. VAN DEN HEUVEL, W., The role of the consumer in health policy, in *Social science and medicine*, 14 (1980), pag. 423-426.
5. JUFFERMANS, P., Volksgezondheid en sociale ontwikkeling, in : *Te elfder ure*, 26 (1981) 1, pag. 221-240.
6. CRANE, J., LEGEAY, S., Dimensions of crisis in American health care : toward a general theory of crisis in health care, in : *Social science and medicine*, 13 (1979), pag. 387-396.
7. Dit concept heb ik uitgewerkt m.b.t. het uitvoerend werk in : "Het OCMW en de radikale professie, in : *Tijdschrift voor sociaal welzijn*, 8 (1981) 6, 8-15.



# medewerkers aan dit nummer

---

**Paul Lerno** is doctor in de politieke en sociale wetenschappen aan de Universitaire Instelling Antwerpen (1981).

Hij is directeur van het Hoger St.-Lukasinstituut te Brussel.

**Eric Rosseel** (1950) promoveerde in 1982 tot doctor in de psychologische wetenschappen met de studie "Arbeidsoriëntaties : een conceptuele analyse en een empirisch onderzoek".

Zijn publicaties en onderzoekswerk behelzen de arbeids- en werkloosheidsbeleving en de verhouding tussen individuen en organisatie, meer in het bijzonder als thema van toekomstonderzoek.

Hij is verbonden aan het Centrum voor Organisatie- en Consumptiepsychologie van de Vrije Universiteit Brussel.

**Lieve Vanderleyden** studeerde sociologie aan de Katholieke Universiteit te Leuven.

Sedert 1973 is zij onderzoeksassistente bij het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies.

**Guy Van Habberney** (1954) studeerde sociologie (U.I.Antwerpen, 1978) en economie (K.U.Leuven, 1980).

Hij is als assistent (statistiek, dataverwerking) verbonden aan het Departement Sociologie van de K.U.L.

**Marlies Van Mechelen** studeerde sociologie aan de Katholieke Universiteit Leuven (1975).

Sinds 1976 is zij werkzaam bij Samenlevingsopbouw Heverlee vzw.



