

# geneeskunde en samenleving

## Een plaatsbepaling van de crisisliteratuur en de medicaliseringsstellingen

Jan Branckaerts

---

### PROLOOG

“Knock ou le Triomphe de la Médecine” werd in 1923 voor de eerste keer opgevoerd in Parijs. Het zou een daverend successtuk worden (1).

De schrijver, Jules Romains, voert in deze komedie een ietwat slenterig dorpje ten tonele. De komst van Dr. Knock brengt daar verandering in : hij stelt diagnoses, geeft ongevraagd adviezen en laat de armen zelfs gratis op consultatie komen. Op korte tijd zijn er voldoende zieken om van 's morgens tot 's avonds druk in de weer te zijn. “Maar”, zoals één van zijn eerste patiënten zegt, “men mag niet insinueren dat hij ziekten ontdekt bij mensen die er geen hebben. Ikzelf ben al tientallen keren op consultatie geweest. En elke keer ausculteert hij mij van kop tot teen met al zijn instrumenten zonder er zijn geduld bij te verliezen. En elke keer weer verzekert hij me dat er niets aan de hand is.”

Naar het einde van het stuk toe overschouwt Dr. Knock in gezelschap van zijn voorganger vanuit het raam van het tot hospitaal geworden dorpshotel het landschap : “Het is een ruw, nauwelijks menselijk landschap. Vandaag kan ik het U terug laten zien doordrenkt van geneeskunde, bezield met het ondergrondse vuur van onze kunst. Toen ik hier kwam woog m'n aanwezigheid niet zwaar. Maar nu bespeel ik hier het klavier. In alle 250 huizen van dit dorp zijn er 250 kamers waarin iemand de geneeskunde belijdt. 250 bedden waarin een uitgestrekt lichaam getuigt dat het leven een betekenis heeft, en dank zij mij een medische betekenis. 's Nachts is het nog mooier ; de niet-zieken slapen in het donker en de nacht doet alles wat nog in de marge van de geneeskunde ligt verdwijnen, maar de zieken hebben hun waaklampjes aan en bijna alle lichtjes zijn van mij ! En dan spreek ik nog niet van de torenklok. Beeld je eens in, voor heel dit wereldje is de eerste ochtendoefening het zich herinneren van mijn voorschriften. Beeld je eens in, binnen een paar minuten is het 10 uur, dat is het moment van de tweede temperatuuropning, binnen een paar minuten gaan hier tegelijkertijd 250 thermometers ...”.

Dat in het stuk het goed doordachte betalingssysteem en het financieel voordeel voor Dr. Knock ook onder de loupe genomen worden, spreekt bijna voor zichzelf. Maar er is geen sprake van profaan eigenbelang : zowel arts als patiënt staan ten dienste van een hoger belang : de geneeskunde.

Aangezien het hier om een komedie gaat en men volgens de canons van het genre blijft vasthouden aan de onrealistische maar onuitroeibare idee dat de “bedrieger bedrogen” wordt, eindigt het stuk met een tragisch happy-end : Dr. Knock is zo geoefend in de diagnostische blik dat hij zichzelf niet meer in een spiegel durft te bekijken !

De sociale verandering teweeggebracht door de komst van de proselytische arts, de



disciplineren van het gedrag, de preventieve onderzoeken, het financiële voordeel en het 'geloofstelsel' geneeskunde zijn evenzovele thema's die de laatste jaren meer systematisch uitgewerkt werden in de medische sociologie.

De thema's die Romains behandelde in zijn stuk zijn zeker niet nieuw. Molière schreef al "Médecin malgré lui" en "Le malade imaginaire" waarin de relatie "arts-patiënt" op de korrel genomen wordt. Het fenomeen geneeskunde spreekt blijkbaar tot de verbeelding en is omgeven met een soort van bevroede humor die het sacrale beschermt !

## INTRODUCTIE

De systematisering van de thema's die in "Knock" aan bod komen gebeurt in de sociologie onder de titel "medicalisering".

Deze term werd in 1973 geïntroduceerd door I.K. Zola in het boek "De medische macht" en verder ontwikkeld door I. Illich in "Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf : een bedreiging voor de gezondheid" De titels suggereren voldoende ! Het woord werd door de eerste gehanteerd om de ongeoorloofde sociale controlefunctie van de geneeskunde aan de kaak te stellen en door de tweede om de ziekmakende aspecten van de geneeskunde op verschillende niveaus van het samenleven te belichten. Een stroom van kritische publikaties zou volgen.

Door het spel van kritiek en tegenkritiek werd de term geneutraliseerd en opgenomen in het academisch-sociologisch begrippenapparaat. Het concept medicalisering in neutrale zin slaat dan op "het proces waardoor het menselijk bestaan steeds meer wordt geplaatst in het perspectief van gezond en ziek en dit bestaan derhalve, evenals het hele maatschappelijke leven, steeds meer in de greep raakt van de gezondheidszorg (4)", of korter "het proces van uitbreiding waardoor steeds meer levensterreinen onderworpen worden aan medische definiëring en jurisdictie (5)". In neutrale zin wordt het concept gebruikt ter systematisatie van observaties en als heuristisch principe bij het opzetten van empirisch onderzoek (6).

De maatschappelijke ontwikkelingen die men met het begrip medicalisering aanduidt variëren van auteur tot auteur. Aan de hand van de observaties besluiten sommigen tot "medicalisering" anderen tot het tegenovergestelde : "demedicalisering" of "de afname van medische definiëring en jurisdictie op meer en meer levensterreinen". In alle gevallen gaat het echter om uitspraken over de *plaats van de geneeskunde in de samenleving*.

Dat onderwerp is door vele auteurs – los van het concept medicalisering dat dan betrekking heeft op één aspect van die plaats, m.n. uitbreiding of inkrimping ervan – reeds behandeld in termen van "sociale controle", "professionele dominantie" of "medische macht".

Van de geneeskunde wordt meestal beweerd dat ze een centrale positie inneemt. Wanneer deze positie wankelt, of wanneer discrepanties ontdekt worden tussen de vermeende plaats en de observeerbare plaats, ontstaat hoongelach – men denke aan

de reeds genoemde komedies maar ook aan meer recente komische televisiefeuilletons over ziekenhuizen en scheepartsen – of scherp analyserende kritiek. Deze kritiek wordt geleverd door verschillende groepen – van de zuinige planner en observerende wetenschapper tot de verontwaardigde actiegroep en de verkeerd behandelde patiënt – uit de samenleving en heeft betrekking op een groot aantal deelaspecten van de geneeskunde. Deze kritieken worden gesystematiseerd in de “*crisisliteratuur*” (7). Daarin worden per negativum uitspraken gedaan over de plaats van de geneeskunde.

Vooraleer de positie van de geneeskunde, de crisis waarin deze gezegd wordt te verkeren en de uitbreiding of afname van haar belang te bespreken moet eerst nog aangegeven worden wat met “geneeskunde” bedoeld wordt. Het gaat om de wetenschap – kunde en kunst – van het diagnosestellen, het behandelen, verzorgen en voorkomen van ziekten, het verzachten van pijn en de bevordering en het behoud van de gezondheid. Geneeskunde heeft dus betrekking op heel wat aspecten ; ook de wijze waarop de wetenschap beoefend en toegepast wordt en de organisatievormen waarin dat gebeurt horen daarbij. Het is echter wel duidelijk te onderscheiden van “gezondheid” als staat van lichamelijk en geestelijk welbevinden, afgelezen aan de hand van objectieve criteria zoals morbiditeit en mortaliteit of van subjectieve evaluaties van de betrokkenen.

## DE CENTRALE POSITIE VAN DE GENEESKUNDE

Als vertrekpunt van de uitspraken over de positie van de geneeskunde verwijst men meestal naar observaties van culturele fenomenen – de interesse voor het onderwerp is b.v. groot in de media, in het wetenschappelijk onderzoek, bij het beleid en bij het brede publiek – en van meer structurele elementen zoals b.v. de groei van het aantal artsen en gezondheidswerkers, de groei van ziekenhuizen en van technische prestaties en meer economisch het aandeel van het medisch bedrijf in de staatshuishouding.

Volgens Nuyens kunnen elementen uit medisch-sociologische en algemeen-sociologische theorieën relevant zijn om deze positie te duiden (8). Aan de structurele kant kunnen Parsons en Freidson geplaatst worden, aan de culturele kant Field, Zola en Fox. In deze gemakkelijke tweedeling verwijst “structureel” naar de aandacht die gegeven wordt aan de wijze waarop de verhoudingen en betrekkingen tussen de individuen en groepen van een samenleving geregeld worden, terwijl bij meer “culturele benaderingen” de aandacht vooral gaat naar de waarden en normen die het gedrag bepalen.

Volgens Parsons wijken zieken af van de norm gezondheid en vormen zij – als devianten die niet meer in staat zijn hun normale rollen te vervullen – een bedreiging voor de stabiliteit van de samenleving (9). Deze laatste zorgt er dan ook voor dat een nieuwe en strikt omschreven andere rol kan opgenomen worden. Deze ziekerol omvat rechten en plichten : enerzijds wordt men vrijgesteld van de andere sociale rollen en niet aansprakelijk gesteld voor de ziekte maar anderzijds is men verplicht zo snel mogelijk beter te worden en daartoe technisch competente hulp te zoeken. In westerse samenlevingen wordt die technisch competente hulp geboden door medici en daarom zijn zij het die van de samenleving de officiële bevoegdheid toebedeeld kregen om de ziekerol



toe te kennen. Met andere woorden, men kan enkel legitiem ziek worden wanneer dit door een arts erkend wordt.

De bevoegde arts heeft als bewaker van de stabiliteit een belangrijke positie. Maar waarom hebben nu juist medici deze bevoegdheid en hoe oefenen zij deze uit? Freidson zegt dat de artsen in staat waren hun concurrenten – anderssoortige genezers – te verslaan omdat hun waarden nauw aansloten bij die van de sociale elite – die ook de staatsmacht uitoefende – en hen bevoorreedde. De waardencongruentie was zo groot dat de artsen hun werkzaamheden niet als een gewoon beroep uitoefenden maar als een professie of anders gezegd dat zij van de elite de mogelijkheid en wettelijke toelating kregen om zichzelf autonoom te organiseren. Deze autonomie betekent intra-professioneel dat men controle heeft over het eigen werk – de wetgeving, de opleiding en de deontologie van het artseneroep worden door artsen bepaald – en extra-professioneel dat artsen controle kunnen uitoefenen over het werk van andere gezondheidswerkers; men denke aan de hiërarchisering van de relaties met het verplegingsberoep en het maatschappelijk werk (10).

Deze legitieme autonomie beveiligd de positie en maakt het mogelijk naar eigen normen uit te breiden. De toelating van die autonomie werd verworven door waardencongruentie met de sociale elite. Vandaar de volgende vraag: om welke waarden gaat het? Daarop kunnen Field en Zola een antwoord bieden. Field wijst erop dat er vier analytisch te onderscheiden antwoorden zijn op ziekte en dood (11). In de magie ziet men deze als gevolg van bovennatuurlijke krachten die door ritualistische manipulaties verzacht kunnen worden. In de religie wordt aan ziekte en dood een zin toegekend door de mens te verzoenen met de ultieme mysteries die enkel passief en acceptierend kunnen benaderd worden. In de pastoraal wordt steun, verzekering en liefdevol vertrouwen geboden aan het geschokte individu. En tenslotte is er de geneeskunde waarin empirisch geverifieerde kennis actief toegepast wordt op wetenschappelijk gedefinieerde pathologieën.

Elke samenleving antwoordt op ziekte met een combinatie van bovenstaande vier modaliteiten. Door de groeiende betekenis van wetenschap en technologie en de daarmee samenhangende arbeidsverdeling in de moderne samenleving werd het medische antwoord geprononceerder waardoor andere antwoorden zoals b.v. het religieuze aan belang inboetten en de geneeskunde functioneel kon differentiëren met monopolie en exclusiviteit als gevolg.

Zola stelt dat de centrale positie van de geneeskunde – een belangrijke institutie van sociale controle – slechts mogelijk is omdat zij de basiswaarden van de moderne technologische samenleving, materialiseert en visualiseert. Deze waarden zijn: 1. activisme: de mens moet de natuurlijke omgeving beheersen, eerder dan zich aan te passen of er zich aan te onderwerpen; 2. materialisme: een algemene voorkeur voor het nastreven van praktische materiële doelen, eerder dan esthetische, mystieke of theoretische en 3. instrumentalisme: een nadruk op de middelen waarbij uitbreiding of vooruitgang bij ontstentenis van ultieme waarden tot doel op zich worden (1).

Terwijl Zola de centrale positie van de geneeskunde verklaart vanuit de historische omstandigheid dat het waardensysteem ervan gelijk liep met dat van de samenleving als geheel, benadrukt Fox dat ziekte, gezondheid en geneeskunde in elke samenleving

een centrale positie innemen die van groot structureel en symbolisch belang is omdat biologische, psychologische, sociale en culturele actiesystemen er een rol in spelen en erdoor verbonden worden (12). Geneeskunde – gezondheid en ziekte – raken aan elke andere belangrijke sociale institutie omdat zij betrekking hebben op de grondvoorwaarden van het samenleven en op de existentiële menselijke conditie.

Historische coincidentie of universele wetmatigheid kan dan wel een discussiepunt zijn, alleszins bestaat er consensus over de waardencongruentie tussen geneeskunde en samenleving als geheel. Dat betekent dat uitspraken over deze laatste ook van toepassing zijn op de eerste. Ter afronding van dit deel kan de oefening gemaakt worden waardoor een aantal begrippen iets verder kunnen uitgediept en mogelijk enkele nieuwe gezichtspunten worden aangedragen die het mogelijk maken de kritieken uit het volgende deel te plaatsen.

Van de Westerse samenleving zegt men dat ze modern is. Berger, Berger en Kellner hebben vanuit kennissociologisch perspectief getracht te bepalen wat dit betekent voor het bewustzijn (13). Modern bewustzijn, zeggen zij, wordt in eerste instantie gedragen door de technologische productie – hoe die dan ook economisch of sociaal georganiseerd mag zijn – en door de bureaucratisch georganiseerde staat – welke politieke stelling of ideologie die ook aanhangt. Deze twee dragers van de modernisering brachten historische ontwikkelingen mee die nu in zekere mate een eigen zelfstandigheid hebben zoals : urbanisering, een mobiel stratificatiesysteem, het ontstaan van een publieke en een private levenssfeer, de oprichting van instituties voor kennisproductie en technologische innovatie, massa-opvoeding en de daaruitvolgende massacommunicatie.

Welke thema's worden nu door de primaire dragers van de modernisering overgedragen op het symbolisch universum waarin mensen leven ? Wat de technologie betreft, is er 1. de rationaliteit, het doen van iets om tot een oplossing te komen ; in de geneeskunde : het interventionisme ; 2. de componentialiteit : de realiteit is samengesteld uit scheidbare elementen die op elkaar betrekking hebben in tijd, ruimte en oorzakelijk verband of de analytische, ontledende blik van de geneeskunde ; 3. multi-rationaliteit : constant moet het individu zich bewust zijn van een enorme variëteit aan relaties – met andere mensen, materiële objecten en abstracte ideeën : in de geneeskunde : het samenbrengen van biologische onderzoeksgegevens, psychologische constitutie en familiale setting ; 4. de maakbaarheid : het leven wordt gepercipieerd als één grote probleemoplossende activiteit ; in de geneeskunde : elke ziekte moet overwonnen worden, elk orgaan kunstmatig gefabriceerd en elk individu overtuigd worden om donor te zijn ; 5. de pluraliteit : verschillende werelden bestaan naast mekaar en worden als realiteit gedefinieerd en gelegitimeerd op totaal verschillende – vaak conflictuerende – manieren zonder dat er één omvattende visie is ; in de geneeskunde : de met instrumenten gemeten hypertensie wordt behandeld door te disciplineren tot het volgen van dieet en precies medicatiegebruik en tegelijkertijd door het advies “zich te laten gaan en te ontspannen” ; 6. progressiviteit : de zaken kunnen altijd verbeterd en vermeerderd worden met daarbij de verwachting van steeds optredende verandering en een positieve evaluatie daarvan ; in de geneeskunde : na de behandeling van ziekte ook de preventie en, algemeen, het veranderen van de levensstijl van individuen en populaties.



Uit de bureaucratie worden volgende thema's overgenomen in het moderne symbolisch universum :

1. De thematisering van de samenleving als zodanig : de samenleving wordt ervaren als een amorf geheel dat moet georganiseerd worden : het geheel is tegelijkertijd problematisch én veranderbaar. Tussen deze veranderbaarheid en de taxonomische stijl van een bureaucratisch bewustzijn is er een constante spanning. De gezondheidszorg dient zich aan als een gevarieerde mozaïek waarin constant getracht wordt via veranderingen coördinatie te realiseren.
2. De thematisering van de bureaucratie en haar taxonomisch bezig zijn mitigeren de bedreigende pluraliteit. Het pluralistische sociale leven met zijn gevarieerde ervaringen wordt geordend door de bureaucratische taxonomie en jurisdictie. In functie opereert de bureaukraat als zodanig en alleen als zodanig waardoor hij zich tegelijkertijd zowel beveiligd voor pluraliteit als de eigen identiteit pluraliseert. In de gezondheidszorg komen hier de thema's van humanisering van de tot nummer geworden patiënt en vermenselijking van de ziekenhuisrelaties naar voor.
3. Het toekennen van een specifiek gebied aan de privé sfeer. In de gezondheidszorg kan de longkankerspecialisatie in haar vrije tijd rustig roken en wat preventieve acties betreft, op alle gebieden hoort men dat de burger "doordrongen" moet worden met de boodschap of m.a.w. ze zó moet interioriseren dat ze mee van belang is in de privé sfeer. Veel kritiek richt zich tegen deze splitsing van privé- en publieke sfeer. Men wil dan dat de "heler" en de "patiënt als totaalpersoon" elkaar ontmoeten.
4. De notie van mensenrechten als bureaucratisch identificeerbare rechten. Daarmee hangt samen de notie van de standaardprocedure : op zichzelf een manier om van particularisme tot universalisme te komen. In de gezondheidszorg worden het recht op leven – bv. de transplantatie bij een nierpatiënt – en het recht op sterven – b.v. bij de artificieel beademde, comateuze patiënt – niet als evidenties overgelaten aan de particuliere beslissingen van de betrokkenen maar voor iedereen, op identieke wijze, genormeerd.  
Deze bureaucratische identificering van rechten komt ook zeer sterk tot uiting in de werkzaamheden van internationale instellingen zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie die als doelstelling "gezondheid voor allen in het jaar 2000" vooropstelt.

Bij de elementen uit het moderne symbolisch universum volgend uit de technologische produktiewijze werden voorbeelden uit de geneeskunde genomen ; bij die uit de bureaucratie, voorbeelden uit de gezondheidszorg. Het had ook andersom gekund of voor de beide helemaal, want geneeskunde en gezondheidszorg constitueren zich op dit ogenblik dóór en vóór elkaar en participeren beide tenvolle aan het moderne symbolische universum. De kritieken op zowel geneeskunde als gezondheidszorg kunnen daarom vaak begrepen worden als kritieken op de modernisering als zodanig. Daardoor benadrukken deze kritieken zeer vaak het feit dat één element wijzigen zondere resultaat blijft. Alles moet tegelijkertijd veranderen om terug te keren naar een gesloten, eenvormig symbolisch universum. Tegelijkertijd echter treft men in deze kritieken ook veroordelingen aan van nog aanwezige inefficiëntie of particularisme.

M.a.w. de geneeskunde en gezondheidszorg is nog niet modern genoeg ! Beide soorten van kritiek kunnen samen — soms zelfs bij dezelfde schrijver of dezelfde actiegroep — aangetroffen worden. Niet zelden is een explicitering van de doelen die men met de kritiek nastreeft en het te verwezenlijken alternatief volledig afwezig.

De vele partiële kritieken op de centrale positie van de geneeskunde, waarin zowel descripties als verklaringselementen voorkomen, kunnen op verschillende manieren gesystematiseerd worden. Hieronder volgt één mogelijkheid.

### DE KRITIEKEN OP DE GENEESKUNDE EN DE GEZONDHEIDSZORG

Zowel de nog te bespreken medicaliseringsliteratuur als de hier behandelde crisisliteratuur zijn in hoge mate kritisch. Kritiek vertrekt vanuit de spanning tussen geobserveerde realiteit en imaginair alternatief : alles zou anders kunnen zijn en toch zijn de zaken zoals ze zijn. Daaruit ontstaan vragen rond waarom het niet anders is en waarom het nu precies zó is.

De mogelijkheid dat de realiteit er anders zou kunnen uitzien wordt gecreëerd door het comparatief bestuderen van verschillende culturen of door het historisch benaderen van de eigen cultuur (14). Zo gaat Dubos na hoe op verschillende tijdstippen van de geschiedenis en in verschillende culturen verbanden kunnen gelegd worden tussen ziekte, gezondheid en geneeskunde en andere elementen zoals natuurlijke omgeving, economie en sociale organisatie (15). Van den Berg beschrijft de ontwikkeling van de chirurgie en de geneeskunde en duidt parallellen aan met veranderingen in de literatuur, architectuur, kunst, spiritualiteit en economie en stelt sterke verschuivingen vast in wat men ziek noemt en wat niet (16). McKeown gaat de bijdrage na van de individuele geneeskunde op de sterftedaling aan infectieziekten tijdens de industrialisatie en stelt vast dat verbeterde voeding en sanitaire hervorming zwaarder doorwegen dan het individueel ingrijpen (17).

Uit deze historische overzichten en culturele vergelijkingen treden twee grondintuïties, die aan de basis liggen van de meeste kritiek, naar voor. De eerste intuïtie situeert zich op het macro-, de tweede op het microvlak.

Op het vlak van de samenleving als geheel stelt men vast dat de gezondheidssituatie van de bevolking enerzijds en de geneeskunde en gezondheidszorg anderzijds twee verschillende realiteiten zijn. De evoluties in de beide lopen niet noodzakelijk parallel : de gezondheid kan verbeteren zonder bijdrage van de geneeskunde en de gezondheidszorg, de gezondheidsnoden kunnen zich wijzigen zonder gepast antwoord van de gezondheidszorg óf nog de geneeskunde en de gezondheidszorg kunnen vanuit een intrinsieke dynamiek uitbreiden terwijl de gezondheid van de bevolking stabiliseert of zelfs daalt.

Deze macrovaststellingen hebben een pendant op het individuele vlak. Vertrekkend vanuit de Parsoniaanse conceptie van ziekte als deviantie, stelt Williams dat bij het opnemen van de ziekerol twee factoren van belang zijn : enerzijds een al dan niet



dysfunctioneren (verzwakking of beschadiging) en anderzijds het definiëren van ziekte door zichzelf of door anderen. Op basis daarvan stelt hij volgende matrix op :

	Dysfunctionerende aandoening aanwezig	Dysfunctionerende aandoening afwezig
Zelf gedefinieerd	1	2
Door anderen gedefinieerd	3	4

1. In deze cel vallen de meeste kritiekloze toestanden : een persoon herkent een symptoom, neemt de ziekerol op en zoekt gepaste hulp om beter te worden. Bij gepaste curatieve of palliatieve zorgen wordt de geneeskunde hier algemeen geprezen (18)(19).
2. Hierin treft men de hypochonder aan. Zelfs als er geen fysiologische basis voor klachten is, gelooft het individu dat er symptomen optreden en neemt hij de ziekerol op. Van daaruit kan kritiek geformuleerd worden op de (negatieve) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding die via de massamedia vrees zou introduceren bij de bevolking en daardoor tot ongepaste of tot overconsumptie van zorgen leiden.
3. In deze cel onderkennen anderen – in casu de geneeskundigen – aanwezige pathologieën die niet vermoed werden door het individu. Als voorbeeld de vaststelling tijdens routine-onderzoek van TBC, hypertensie of diabetes in asymptotische stadia. Dit geeft aanleiding tot preventieve acties waarop dan de kritiek geformuleerd wordt dat men van de gezonden óók reeds patiënten maakt.
4. Dit is wellicht de meest ernstige mogelijkheid. Bij afwezige of betwijfelde pathologie n.a.v. bevroegbare symptomen die voor het individu niet leiden tot de ziekerol is de geneesheer meestal geneigd om toch op te treden omdat hij denkt dat behandeling zonder ziekte beter is dan ziekte zonder behandeling. Hier duikt het thema van door de artsen geïnduceerde medische consumptie op. Op het vlak van de psychiatrie wordt hier het meeste kritiek geleverd : het individu voelt zich niet ziek of afwijkend, neemt bijgevolg de ziekerol niet op maar wordt daarin geduwd door de anderen. Dat is althans de stelling die uitvoerig door Szasz uitgewerkt werd (20).

De bovenvermelde basisintuities – gesitueerd op het macro- en het microvlak – liggen aan de basis van een aantal in de wetenschappelijke en in de meer populaire literatuur geformuleerde kritiek op geneeskunde en gezondheidszorg. Men zegt van deze laatste dat ze in crisis zijn.

De disparate en partiële kritieken op geneeskunde en gezondheidszorg werden door Crane en Legeay gethematiseerd (21). Zij bieden een coherent theoretisch kader gebaseerd op het analyseprincipe “afhankelijkheid”. (Afhankelijkheid kenmerkt de interacties binnen de context van de medisch-sociale organisatievorm. Als dimensies in dit begrip elaboreren zij 1. de afhankelijkheid van de patiënt t.o.v. zijn ziekte waardoor hij de objectieve vorm wordt waarin deze zich voltrekt en 2. de afhankelijkheid t.o.v. de medische organisatievormen die legitimerend en restaurerend optreden.)



Als centraal thema van de crisis zien zij het falen van de gezondheidszorg om een wenselijk en mogelijk niveau van gezondheid voor de gehele populatie te realiseren. Het falen wordt gesitueerd op het vlak van de sociale organisatie en gethematiseerd in drie rubrieken : 1. toegankelijkheid, 2. afhankelijkheid en 3. breuken in het medisch wereldbeeld.

### **Crisis als beperkte toegankelijkheid**

Daaronder horen de toegenomen economische kosten van de diensten die tot staats-interventie nopen of tot selectieve participatie en de artificiële barrières die de toegankelijkheid beperken zoals de ongelijke spreiding van medische kennis aan de vraagzijde en het differentiële aanbod in urbane en rurale omgevingen. Verder is ook de kwaliteit van de diensten ongelijk gespreid naar socio-economische status van de consument en is de toegankelijkheid tot geïnstitutionaliseerde diensten afhankelijk van diens individuele waardenoriëntaties.

Tenslotte bestaan er ook kritieken die de beperkte toegankelijkheid toeschrijven aan een gebrek aan financiën en mankracht. Uitbreiding is dan de oplossing.

### **Crisis als creatie en uitbreiding van medische afhankelijkheid**

In deze rubriek wijst men op de toegenomen invloed van de geneeskunde die haar eigen kennis en technieken propageert als enige rationele vorm van handelen ook op niet-medische gebieden. Elementen van de kritiek zijn hier : 1. de sociale controlepunten van de geneeskunde ; 2. de exploitatie van subjecten door het continueren van ziekten om de medische organisatie in stand te houden en 3. de ineffectiviteit van de diensten tengevolge van o.a. het verwaarlozen van de subjectieve ervaringen van de zieke en de gebrekkige controle op de uitoefening van de geneeskunde. Van het verwaarlozen van de psycho-sociale noden van de zieken wordt gezegd dat deze deshumaniserend werken. Wat de controlemechanismen zoals collegiale intervisie betreft : deze richten zich vooral op de functionele rationaliteit en dan nog meestal de interpersoonlijke relaties en niet op de substantiële rationaliteit van de geneeskunde.

### **Crisis als breuken in het wereldbeeld van de moderne geneeskunde**

Daaronder valt : 1. de reeds behandelde misvatting die gezondheid gelijk stelt aan gezondheidszorg ; 2. de betwijfelde legitimiteit van de technologische vooruitgang die enkel in zijn toepassing fout zou kunnen zijn en niet in se nefast is en de betwijfelde organisatorische structurering van de geneeskunde die als "institutie" kan blijven bestaan zelfs als bepaalde functies niet meer vervuld worden en aanspraak maakt op soevereiniteit waardoor alternatieven geen kans krijgen ; 3. het sciëntisme of de prioriteit die gegeven wordt aan het wetenschappelijk bestuderen van ziekte waardoor therapeutisch gunstige praktijken zonder wetenschappelijke basis geen kans krijgen en het systeem zich als gesloten verder ontwikkelt zonder ruimte voor innovaties ; 4. tenslotte valt hieronder ook de vraag of de geneeskunde zó uniek is voor het sociale systeem dat ze als recht moet georganiseerd worden dan wel op de vrije markt aange-



boden als één van de zoveel andere, mogelijke diensten ; aangezien beide opvattingen simultaan aanwezig zijn kan een groot deel van de kritieken gelezen worden als het conflict tussen patiënten die gezondheidszorg zien als een recht, terwijl het aanbod gestructureerd is als voorziening.

Deze systematisering van de kritieken levert per negativum een beeld op van de positie van de geneeskunde en gezondheidszorg in de samenleving. Onder de tweede hoofding vindt men de voornaamste thema's uit de medicaliseringsliteratuur terug. Daarop wordt hieronder verder ingegaan.

## DE MEDICALISERINGSSTELLINGEN

Stellingen over medicalisering hebben betrekking op de uitbreiding van de geneeskunde en haar groeiende invloed op steeds meer levensdomeinen. Zij vormen dus een uitwerking van één dimensie van de centraliteit van de geneeskunde. Bovendien zijn deze stellingen overwegend polemisch van aard. Zij maken dus een niet onbelangrijk deel uit van de kritieken die op de geneeskunde geleverd worden.

In de medicaliseringsliteratuur zijn een drietal stromingen of "scholen" te onderscheiden : 1. De liberale pioniers van de kritiek, met o.a. Zola, Illich en Fuchs, die na een vaak omvattende kritiek toch de laatste verantwoordelijkheid bij het als vrij gedachte, individu plaatsen ; 2. De marxistische theoretici, met o.a. Navarro en Waitzkin, die een totaalkritiek leveren en 3. De neutraliserende analysten, met o.a. Fox, Strong, Wellen, Vakgroep Gedragswetenschappen van de Vrije Universiteit Amsterdam, die observeren, onderzoeksvatbaar maken of het begrip zelf bekritisieren.

### De pioniers van de kritiek

A. De socioloog I.K. Zola werkte vanaf 1972 een drietal basisideeën uit (22).

Zijn grondthema is dat de geneeskunde een belangrijke institutie van sociale controle is geworden die voorafgaandelijke beheersingsinstituties in zich opgenomen heeft of tenminste de loef afsteekt. De kerk en het gerecht worden in het dagelijkse leven van minder belang terwijl de geneeskunde steeds meer het gedrag bepaalt. Morele en bestraffende categorieën moeten wijken voor medische. Daarbij gaat het niet om de politieke macht van artsen noch om hun professionele dominantie maar om een deskundigheidsmacht verankerd in het technologisch en bureaucratisch systeem. De invloed van de geneeskunde op het dagelijkse leven is echter niet nieuw. De iure en de facto is de curatieve geneeskunde al betrokken bij sociale beheersing door b.v. het rapporteren van infectieziekten en het signaleren van zelfmoordpogingen, druggebruik en mishandeling, terwijl de preventieve geneeskunde en de psychiatrie van bij hun ontstaan een sociaal accent hadden. Het eerste thema luidt dan : de medicus vervangt de priester en de jurist. Het tweede thema is de medicalisering van de samenleving zelf : de geneeskunde moraliseert en oefent sociale controle uit door het monopolie te eisen op het begrip ziekte en alles wat daarmee samenhangt ongeacht haar mogelijk-

heden om daar effectief mee om te springen. Dit gebeurt op een viertal manieren :

1. Door uitbreiding van wat in het bestaan geacht wordt van belang te zijn voor een goede medische praktijkvoering. De evolutie van ethiologisch naar multicausaal ziektemodel met o.a. psychosomatiek en psychosociale factoren legitimeert de bemoeienissen van de arts met niet enkel de symptomen van het lichaam maar met de symptomen van het dagelijks bestaan. De preventieve geneeskunde versterkt de greep op het gezonde bestaan.
2. Door het onder controle houden van bepaalde technische procedures. Deze vormen in bepaalde wetgevingen de gangbare definitie van de medische praktijk. In de chirurgie evolueert de plastische of esthetische chirurgie van restauratie naar reconstructie en creatie. Voor bepaalde ingrepen zoals abortus a.p. richt men zich ook voor richtlijnen over het al dan niet toegelaten zijn tot de arts. En transplantaties bestendigen niet enkel biofysiek leven maar veranderen sociale definities over leven en dood. Algemeen komt de macht van de arts nog sterker naar voor in het exclusieve recht om geneesmiddelen voor te schrijven en dus gedrag te reguleren.
3. Door het bewaken van de nagenoeg enige toegang tot bepaalde taboeterreinen. De geneeskunde beoordeelt en behandelt de innerlijke werking van lichaam en geest. Dit is duidelijk bij normale natuurlijke processen zoals het ouder worden en zwangerschap, maar ook bij menselijke zwakheden zoals alcoholisme en verslaving. Persoonlijke en sociale problemen komen daardoor onder de invloed van de arts.
4. Door uitbreiding van wat in de geneeskunde van belang wordt geacht voor een goede levenspraktijk. Hier gaat het dan om het gebruik van de medische rethoriek, ook door andere groepen van de samenleving. De medische rethoriek verhoogt de status of verleent legitimiteit. Problemen zoals luchtvervuiling hebben enkel impact indien gesteld in medische termen zoals mgrammen lood in kinderlichamen, en de inflatie wordt treinsgewijs bestreden om de economie "gezond" te maken. De metafoor "ziek en gezond" wordt verder toegepast op huwelijk, arbeid, voeding, politiek e.v.a. gebieden.

Vandaar de kritiek van Zola dat het plaatsen van de oorzaak en behandeling van problemen binnen het individu belet dat men andere niveau's van probleemformulering en -oplossing ernstig neemt. Het privé-karakter van de medische praktijk als schijnbaar objectief-technisch-gebeuren onttrekt gezondheid en ziekte aan het morele en publieke discours. Schijnbaar kan het humaner zijn om b.v. de homoseksueel niet als "zondaar" of als "misdadiger" maar als "zieke" te beschouwen, maar de verandering van etiket wijzigt niets aan de bestaande waarde-oordelen en belet alternatieve strategieën ter emancipatie. Tenslotte antwoordt de sociale rethoriek bij weigering van het zieke-etiket "dat de patiënt niet weet wat goed voor hem is, want hij is ziek" !

In later werk (23) illustreert en elaboreert Zola deze stellingen en werkt hij een derde thema uit.

De geneeskunde, zegt hij, is géén neutrale onderneming maar amoreel inzoverre ze geleid wordt door de moraal van anderen en actief moreel inzoverre ze selectief intervineert. Dat de geneeskunde geleid wordt door de moraal van anderen toont hij aan door na te gaan welke rol de geneeskunde speelt in oorlogstijd. Het blijkt dan dat



medische redenen tot ongeschiktverklaring voor actieve legerdienst nogal rekbaar zijn : tijdens de mobilisatie zijn plots alle recruten gezond ! Ook in de oorlogsvoering zelf worden het verschaffen en aanleren van Eerste Hulp Bij Ongevallen meer gebruikt om de sympathie van de burgerbevolking te winnen dan om tegemoet te komen aan de medisch-ethische eis tot hulpverlening in nood. Dat blijkt uit de selectiviteit die men aan de dag legt.

Dat de geneeskunde ook actief moreel is toont hij aan door na te gaan hoe socio-politieke vragen rond b.v. contraceptie en abortus naar artsen toegeschoven worden en verder uitsluitend medisch genormeerd worden. Ook hier weer herhaalt hij zijn basis-kritieken : het individualiseren van sociale problemen brengt geen fundamentele oplossingen. Alhoewel Zola in eerste instantie wil bekritisieren en polemiseren, suggereert hij dat een mogelijke uitweg uit de impasse bestaat in het demonopoliseren van de taboeterreinen om in een publieke discussie tot consensus te komen.

B. In 1975 publiceerde I. Illich het boek "Medical Nemesis" als kritiek op het gezondheidsbedrijf. In zijn gehele werk, dat handelt over problemen van de industriële samenleving (o.a. onderwijs, massatransport, e.a.), staat één thema centraal : de opkomst van machtige instituties, die het individu beperken in zijn mogelijkheid tot persoonlijke groei en zelfzorg en daarom moeten ontmanteld worden (24, 25, 26, 27).

Zijn redenering vangt aan met een opsomming van de groeiende literatuur die de ineffectiviteit van de geneeskunde aantoont. Vervolgens toont hij aan dat de geneeskunde schadelijk is. Deze negatieve gevolgen verzamelt hij onder het begrip iatrogenese, die zou voorkomen op drie niveaus : het klinische, het sociale en het structurele.

1. Klinische iatrogenese omvat alle problemen die resulteren uit de onbedoelde vergissingen van artsen of uit complicaties van de behandeling. Hier zijn de therapieën, artsen en hospitalen dus patoogen (28).
2. Sociale iatrogenese heeft betrekking op de onbedoelde gevolgen van de ziekerol of van het ziektegedrag. De analyse van de medicalisering van het dagelijks leven loopt parallel met deze van Zola (cfr. supra) en Waitzkin (cfr. infra), namelijk de ziekerol is een mechanisme van sociale controle waardoor deviantie en protest beperkt worden. Door mensen afhankelijk te maken van het "instituut geneeskunde" stelt een beroepsgroep hen vrij van de taak de samenleving te herstructureren en bestendigt deze een defecte samenleving die op haar beurt patiënten blijft voortbrengen (29).
3. Structurele iatrogenese betreft het verlies aan autonomie van het individu en meer in het bijzonder zijn verlies aan zelfzorgmogelijkheden. De verantwoordelijkheid voor gezondheid wordt verplaatst van het individu naar de medische professie. Dit ziet hij als het meest verwerpelijke gevolg van de moderne geneeskunde : deze zelfoverschattende zoektocht naar het pijnloze, eeuwige leven kan niet anders dan tot Nemesis – de wraak der goden – leiden !

Oplossingen worden door Illich niet gesitueerd op het vlak van de sociale politiek. De medicalisering komt voor in alle geïndustrialiseerde landen – zowel kapitalistisch als

communistisch – en kan door politiek handelen niet doorbroken worden. Hij weerlegt een aantal mogelijkheden : 1. consumentencontrole verandert onafhankelijke mensen in cliënten ; 2. redistributie van diensten geeft enkel méér toegang tot de vergissingen van de geneeskunde ; 3. publieke controle en nationalisatie verstevigen het professionele monopolie ; 4. alternatieve genezers doen enkel meer professionele groepen ontstaan en 5. pogingen om de omgeving te veranderen legitimeren totale en totalitaire behandeling.

Voor Illich ligt de oplossing in het doorleven van- en leren omgaan met pijn, lijden en dood.

Kritieken op Illich betreffen dan ook meestal zijn ascetisch, haast religieus, verheerlijken van pijn. Verder verwaarloost hij het belang van sociale en economische ongelijkheid en levert door het propageren van autonome zelfzorg, argumenten om deze ongelijkheden te continueren en af te zien van een gezondheidsbeleid (25). De medische professie heeft zich verweerd door Illich zowel op theoretisch als op praktisch vlak te weerleggen. Zij zien oplossingen voor de deels toegegeven iatrogenese in het ontwikkelen van kwaliteitscontrole en in het hervormen van de professie door o.a. betere selectie en training waarbij andere dan intellectueel-technische capaciteiten domineren (27).

C. De gezondheidseconoom V. Fuchs vertrekt in zijn boek “Who shall live ? Health, Economics, and Social Choice” (1974) van de vaststelling dat de aard en hoeveelheid van zorgenverstrekking weinig of geen invloed hebben op de morbiditeits- en mortaliteitscijfers. Wat dan wel ? (30).

Verschillen in gezondheidsstatus tussen individuen en groepen, zegt hij, worden grotendeels bepaald door genetische factoren, omgevingsfactoren en de levensstijl (o.a. dieet, roken, relationele stabiliteit). Levensstijl en persoonlijk gedrag zijn daarbij determinerend.

In het ondertussen befaamde hoofdstuk “A Tale of Two States” vergelijkt hij dan twee, wat hun geografie en klimaat betreft, gelijke staten waarin grote verschillen in de morbiditeits- en mortaliteitscijfers vast te stellen zijn. Die verschillen verklaart hij vanuit de verschillende levensstijl : in de ene – Utah – leven de sobere Mormonen, terwijl in de tweede -- Nevada – Las Vegas gesitueerd is !

Volgens Fuchs zijn de drie problemen van het gezondheidssysteem in de U.S.A. : 1. de hoge kosten ; 2. de ontoegankelijkheid voor sommige groepen en 3. het slechte gezondheidspeil in vergelijking met andere landen.

Gelijklopend met Illich ziet hij de eigen verantwoordelijkheid van het individu als voornaamste bron van gezondheidsverbetering. In tegenstelling tot Illich meent hij echter dat ook het gezondheidssysteem kan veranderd worden. Zijn beleidsaanbevelingen kunnen op drie vlakken gesitueerd worden :

1. de artsen zijn de voornaamste oorzaak van de hoge kosten omdat zij de “afgeleide vraag” bepalen, d.w.z. testen, medicamenten en hospitaalopnames opdrijven. Fuchs



wil dan het systeem van betaling-per-dienst vervangen door een capitatie-systeem, het monopolie van de arts doorbreken door nieuwe beroepsgroepen een kans te geven en tenslotte het aanbod van artsen strenger controleren door de opleidingsmogelijkheden te beperken ;

2. tegen het overschot aan ziekenhuisbedden stelt hij een complete constructie- en expansiestop voor ; en
3. de overconsumptie van geneesmiddelen wil hij tegengaan door de individuele artsen beter te informeren.

Deze voorstellen – zo beweren critici – zijn pogingen om binnen de bestaande structuren enige economische rationaliteit te introduceren maar wijzigen niets aan de structuur zelf : de geneesmiddelenproductie blijft ongemoeid, een stop lost het hospitaalbeddenoverschot niet op en nieuwe beroepen verbreden enkel het dienstenaanbod zonder het te verkleinen. En wat de zelfzorg en levensstijl betreft : dit kan niet louter gezien worden als een individuele kwestie van psychologische ingesteldheid. Het individuele gedrag wordt mede gestructureerd door de economische en sociale verhoudingen (25).

D. Medicalisering als onderdeel van de kritieken op de geneeskunde vertrekt van de toename van de gezondheidszorg zonder gezondheidsverbetering en klaagt de klinische, sociale en structurele iatrogenese aan óf ziet deze uitbreiding als gevolg van het opnemen van een sociale controlefunctie.

Als oplossing voor deze als problematisch gedefinieerde situatie zien zowel Illich als Fuchs in laatste instantie het verhogen van het zelfzorgvermogen van het individu. Ook Zola denkt in deze richting maar suggereert verder ook maatschappelijke oplossingsmogelijkheden. Dat het individuele gedrag echter eveneens een economisch en sociaal bepaald gedrag is wordt niet in rekening gebracht. Het gehanteerde mensbeeld is dan ook liberaal in die zin dat alle heil te verwachten is van het vrije, tot zelfrealisatie bekwame individu.

De onderscheiden stellingen vonden een vlugge disseminatie en werden door verschillende maatschappelijke groepen ingeroepen ter legitimatie van hun voorstellen en acties. Ook door de wetenschappelijke wereld werden deze analyses overgenomen en toegepast voor specifieke landen (31) of voor andere maatschappelijke sectoren (32).

### **De marxistische theoretici**

In de marxistische kritieken op de geneeskunde worden de basisthema's "onrustwekkende groei en ineffectiviteit van de geneeskunde" gezien als deel van een bredere socio-economische crisissituatie. Een terugkerend thema in deze literatuur is dan ook de invloed van de staatsmacht en van de economie op de organisatie van de gezondheidszorg. Dit wordt aangevuld en vervolledigd met analyses van de invloed van de kapitalistische ideologie op de wetenschappelijke constructies van de geneeskunde en op de praktijkvoering zoals die blijkt uit de arts-patiënt interactie.

A. V. Navarro schetst de crisis in de geneeskunde als element van de sociale ontwikkeling die kapitaalsaccumulatie en centralisatie moet mogelijk maken. De produktiemiddelen blijven daarbij privébezit terwijl het productieproces wel gesocialiseerd wordt. De privésector hoeft zich daardoor geen zorgen te maken over de sociale kosten van haar werkwijze want de staat neemt deze op zich door welzijn en gezondheid te verzekeren (33).

Hij analyseert dan de algemene socio-economische crisis binnen de geneeskunde die hij uitgedrukt ziet in de volgende vier vaststellingen :

1. De toegenomen transformatie van de produktiewijze : van solopraktijk en huis-industrie naar samenwerking in organisaties.
2. Toegenomen specialisatie en hiërarchisering van de geneeskunde waarbij a. de compartimentalisering in deeltaken een breder zicht op het totaalproces onmogelijk maakt ; b. de hiërarchie de klassenverhoudingen binnen de samenleving weerspiegelt en tenslotte c. de medische arbeiders (d.w.z. artsen) aan invloed en creativiteit inboeten.
3. Toegenomen aantal gesalarieerde gezondheidswerkers en afname van het aantal zelfstandigen.
4. Verlies van autonomie van artsen door teamwerk onder de autoriteit van de administratieve staatsstructuur.

Het verlies van autonomie van artsen — dat door bijna alle andere schrijvers positief zou geëvalueerd worden — wordt hier gezien als toenemende invloed van de kapitalistische staat die daardoor binnen de gezondheidszorg de klassestructuur en bourgeoisi-deologie reproduceert (34).

Zijn centrale stelling, nl. “de belangrijkste functie van de geneeskunde in de huidige kapitalistische staat is niet om te behandelen of te genezen, maar wel om het onwelzijn tengevolge van de sociale verhoudingen van de produktiewijze te controleren en te administreren” werkt Navarro ook uit voor gesocialiseerde gezondheidszorgsystemen zoals dat van Groot-Brittanië (35).

De kapitalistische staat wijst de geneeskunde niet enkel een functie toe en structureert haar organisatie, maar doordringt ook haar wetenschapsbeoefening en praktijkvoering.

Wetenschap wordt dan gezien als een sociale relatie waardoor de vraag niet enkel is vóór welke klasse de kennis geproduceerd wordt, maar ook dóór welke — en samen mét welke klasse ?

Navarro onderkent drie ideologische posities in de positivistische benadering : 1. theorie en feit worden gezien als gescheiden entiteiten ; 2. daar de expert de enige houder is van juiste methoden worden burgers en arbeiders gereduceerd tot kennisobject of toeleverars van informatie en 3. collectieve informatie zou het aggregaat zijn van kwantificeerbare individuele informatie. Zijn alternatieve benadering van kennisverwerving in de geneeskunde is dan om a. alle gezondheidsproblemen collectief te



bespreken ; b. met door de arbeiders gekozen wetenschappers die c. ná de collectieve probleemdefiniëring ook samen mee naar een oplossing zoeken (36).

B. De wijze waarop de macrostructuur van uitbuiting en onderdrukking vorm krijgt op het microniveau van de interactie tussen individuen wordt door H. Waitzkin beantwoord aan de hand van een onderzoek naar de arts-patiënt relatie (37, 38).

De arts-patiënt relatie reproduceert de produktieverhoudingen op drie manieren : 1. de informatie is geconcentreerd bij enkele of één individu ; 2. de arts controleert de toegang tot de ziekenrol en kan daarmee ideologische stellingen over industriële discipline doordrukken en 3. zoals de arbeider als machine-onderdeel gezien wordt, zo wordt ook het lichaam geobjectiveerd en vaak zelfs met een machine vergeleken. Legitimatie van de klassestructuur gebeurt vooral doordat de arts sociale problemen individualiseert ook al zijn de oorzaken duidelijk sociaal. Verder bevestigt de arts de rol van de wetenschap als dominantiemechanisme in het kapitalisme door : a. andere dan westerse geneeskundige modellen te invalideren ; b. een jargon te gebruiken dat de esoterische aard van de wetenschap benadrukt en c. door de informatie te controleren.

Tenslotte wordt de medische controle op macroniveau herhaald doordat de arts : a. de deviatie bij het individu medisch vertaalt en b. de patiënt dwingt tot onderwerping aan de medische autoriteit.

Als strategie tegen deze ideologische reproductie en sociale controle, suggereert Waitzkin politieke opvoeding van arbeiders (en patiënten in het algemeen) om de geneeskunde te demystifiëren en acties te voeren tegen elke vorm van overheersing in het algemeen.

C. De kritieken die op Waitzkin – en gedeeltelijk ook Navarro – geformuleerd worden, hebben in eerste instantie betrekking op de simpele manier waarop zij omspringen met de materialistische theorie en met de benoeming van de huidige samenleving als “laatkapitalistisch”. M.b.t. het eerste kan – zo stelt men – moeilijk volgehouden worden dat de economische verhoudingen de geneeskunde totaal zouden determineren en i.v.m. het tweede is de relatie tussen kapitalisme, industrie en technologie niet eenduidig en zeker niet waar het gaat om invloeden op de geneeskunde (37).

Detailkritieken hebben dan verder nog betrekking op het feit dat een aantal zaken genegeerd worden. Zo besteden de marxisten nauwelijks aandacht aan de economische belangen die gemoeid zijn met het betalingssysteem voor medische verstrekkingen. Door zich te concentreren op de arbeiders verwaarlozen zij verder het feit dat andere bevolkingsgroepen eventueel met meer recht zichzelf als slachtoffer van de medische controle zouden kunnen zien : de verwijdering uit het productieproces van bejaarden en het al dan niet toelaten tot het productieproces van chronische zieken wordt nl. vaak via medische controle geregeld.

Tenslotte verwaarlozen de marxisten ook de conflicten die er bij de arts bestaan tengevolge van de dubbele normering waaraan zijn gedrag onderworpen is : enerzijds speelt hierin de samenleving maar anderzijds is er ook de individuele patiënt waarvan de arts gedeeltelijk afhankelijk is en die daardoor zijn optreden kan beïnvloeden.



Algemeen zien de marxisten de medicalisering en de crisis als exponent van de kapitalistische samenleving als geheel. Daardoor wordt het thema breed geplaatst. Maar daartegen miskennen zij het specifieke en unieke van de crisis in de geneeskunde en van de mate waarin dit het gevolg is van een interne dynamiek van de institutie "geneeskunde" zelf.

In hun probleemoplossing staat – in tegenstelling tot b.v. Fuchs en Illich – niet zozeer de individuele autonomie centraal, maar wel de economische en sociale verandering van de samenleving als geheel.

### De neutraliserende analisten

Waar de twee vorige groepen kritische stellingen naar voor schoven, wordt in deze derde benadering het begrip medicalisering geneutraliseerd, geoperationaliseerd voor onderzoek of zelfkritisch geanalyseerd. Voor deze auteurs is medicalisering niet een per se negatief te evalueren proces en is er naast medicalisering ook demedicalisering.

Tot deze stellingen wordt op verscheidene manieren bijgedragen : op een descriptief niveau door Fox en Wellen, op het niveau van het onderzoeksvatbaar maken door de Vakgroep Gedragwetenschappen van de Vrije Universiteit te Amsterdam en op het niveau van de conceptualisering door de discussie tussen Strong versus Conrad en Schneider.

#### A. Voorbeelden van neutralisatie bieden R. Fox en J. Wellen.

Fox gaat na welke factoren het begrip medicalisering constitueren (38). Een achttal observaties én evaluaties worden gezien als "indicator" van medicalisering : o.a. de diffusie definitie van gezondheid door de W.G.O. en de verhoogde publieke belangstelling voor bio-ethiek zijn er enkele van náást de meer klassieke zoals kostenstijging, toename van beroepsbeoefenaars en medische macht.

Máár, stelt zij, als er toename is van de invloed van de geneeskunde kan er ook afname zijn. Deze afname wordt dan vastgesteld in o.a. de opkomst van nieuwe beroepsgroepen, het declassificeren van bepaalde condities als ziekte (b.v. homosexualiteit dat uit de Amerikaanse psychiatrische nomenclatuur officieel geschrapt werd als ziekte) en in de opkomst van zelfzorg en zelfhulpgroepen. Of medicalisering én demedicalisering primair cultureel dan wel structureel gedacht moeten worden, blijft in het ongewisse. Evenmin worden de onder die termen gerangschikte observaties gekoppeld aan een theorie over het samenleven. De begrippen zijn daardoor puur beschrijvend geworden.

Ook Wellen neutraliseert het medicaliseringsbegrip (39). Hij definieert het als "het proces waardoor het menselijk bestaan steeds meer wordt geplaatst in het perspectief van gezond en ziek en daardoor, evenals het maatschappelijk leven, steeds meer in de greep raakt van de gezondheidszorg". Dit ziet hij niet als een greep naar de macht van de medici maar als het gevolg van een verschuiving in het waardenpatroon waardoor gezondheid een hoge plaats ging innemen in de waardenhierarchy. Medicalisering leidde tot een oneigenlijk beroep doen op artsen maar ook tot tewerkstelling van andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg. De keerzijde van de medicalisering, zo stelt hij, is de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg !



In het begrip medicalisering onderscheidt hij een culturele en een structurele dimensie, m.n. de waarde die gezondheid nu betekent en de vorm waarin de gezondheidszorg maatschappelijk gestalte kreeg. Gezondheid wordt door het publiek hoog gewaardeerd en is een rationeel na te streven doel geworden op zichzelf en dus niet meer een middel tot andere doelen.

Verwijzend naar Trimbos ziet hij als één van de belangrijkste factoren die het proces van medicalisering op gang brachten het opnemen van de psychiatrie binnen de geneeskunde. Een tweede factor is dan de preventieve gerichtheid van de moderne gezondheidszorg. Aan de kant van het publiek situeert hij een veranderde houding t.o.v. ziekte en gezondheid zich uitend in een ander klachtenaanbod en in een ander ziektegedrag.

De kritieken op de gezondheidszorg – kostenstijging en ineffectiviteit – noemt hij “de oneigenlijke aspecten van de medicalisering”. De negatieve associaties verbonden aan het begrip zijn een gevolg van de rivaliteit en animositeit van sociologen t.a.v. artsen. De kritiek richt zich vooral op de “tallose gevallen van oneigenlijke medicalisering die tot een ware zorgexplosie” heeft geleid. Deze was mogelijk dank zij de toegenomen welvaart maar heeft wel als nadeel dat de persoonlijke verantwoordelijkheid wordt ondergraven.

“In zich duidt medicalisering een logische en positieve ontwikkeling aan : het toegenomen medisch kunnen en de toegenomen mogelijkheden van de gezondheidszorg maken het zinvol daarop een beroep te doen. Uiteraard alleen ten aanzien van de problemen waar de gezondheidszorg iets aan kan doen”.

Het begrip medicalisering wordt hier neutraal gedefinieerd en positief geëvalueerd. In tegenstelling tot de pioniers die vooral de geneeskunde viseerden en in tegenstelling tot de marxisten die de kapitalistische samenleving verantwoordelijk stelden, gaat hier alle aandacht naar het publiek dat gezondheid hogelijk waardeert. Waar zowel pioniers als marxisten het falen van de geneeskunde zien als uitdrukking van haar positie, wordt dit falen hier gezien als een “oneigenlijk aspect van medicalisering”. Eigenlijke medicalisering is dan neutraal vaststelbaar en positief evolueerbaar.

B. Een verdere neutralisering van het begrip is aan te treffen bij de Vakgroep Gedragswetenschappen van de Faculteit Geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, die het onderwerp “medicalisering” koos als zwaartepunt in het onderzoeksbeleid (40).

In eerste instantie omschrijven zij medicalisering als “het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van medici worden gebracht”.

Zij maken zich zorgen over de negatieve gevolgen die dit kan hebben voor het welzijn van individuen. Vandaar de keuze.

Als oorzaken van medicalisering onderkennen zij een vijftal groepen factoren : 1. de rol van de medische professie ; 2. verschuivingen in het gedrag van zieken of patiënten en veranderingen in het morbiditeitspatroon ; 3. de invloed van technologische ontwikkelingen ; 4. de rol van de farmaceutische industrie en 5. de rol van de overheid.

Het thema medicalisering wordt door hen onderzocht op uiteenlopende terreinen zoals o.a. alternatieve behandeling van chronische pijn, contextuele therapie voor epilepsiepatiënten en hun gezin, besluitvorming in de polykliniek, therapeutisch gedrag van verpleegkundigen, medische indicatie bij zwangerschap en beroepssocialisatie van artsen.

Deze keuze voor de expliciete beschrijving van medicalisering op concreet-feitelijk niveau gebeurde vanuit de vaststelling dat de literatuur complex en controversieel is en dat van daaruit pogingen om medicalisering in de westerse wereld als totaalverschijnsel kwantitatief aan te tonen enigszins naïef lijken.

In hun overzicht van de literatuur stellen zij vast dat medicalisering een negatieve connotatie heeft en het begrip aanvankelijk een kritische toon had. Voor hen is het echter duidelijk dat sommige ontwikkelingen positief gewaardeerd kunnen worden. In dat opzicht lijkt het hen dus onverstandig medicalisering in zijn algemeenheid te waarderen – hetzij negatief hetzij positief. Zij willen als vakgroep ook duidelijk géén “schuldigen” zoeken, een risico dat gelopen wordt als men het begrip koppelt aan het begrip “oordeelsbevoegdheid van artsen” (cfr. supra).

Zij stellen dan dat ook het publiek en andere beroepsgroepen kunnen bijdragen tot de medische invloed én dat óók binnen de artsenberoepsgroep moet gedifferentieerd worden tussen minder en meer medicaliserend. Van daaruit herdefiniëren zij het begrip als volgt “van medicalisering is sprake wanneer een probleem wordt gedefinieerd in medische termen en wanneer dus een medische inbreng wordt gezien als geëigende oplossing” ; het tegendeel is dan demedicalisering.

In de onderzoeksprojecten wil men 1. de effecten van de medicalisering bij een bepaald soort problematiek in een welomlijnde situatie bestuderen en criteria ontwikkelen om die effecten te beoordelen ; 2. richtlijnen ontwikkelen om vastgestelde “ongewenste” medicalisering te vermijden en 3. medicaliseringstendenties buiten de medische professie onderzoeken.

Het begrip is hier geneutraliseerd door het te beperken tot de wijze van probleemdefiniëring en voorgestelde probleemoplossing. Deze kan “gewenst” of “ongewenst” zijn. Criteria daarvoor moeten echter nog opgesteld worden.

C. Als laatste element in de neutralisering van het begrip medicalisering kan hier de polemiek tussen enerzijds P.M. Strong en anderzijds P. Conrad en J. Schneider gesignaleerd worden. Hun discussie reveleert tenvolle de complexiteit van het probleem, voegt nieuwe elementen toe en verhoogt de analytische capaciteit van het begrip.

1. Strong omschrijft “medicalisering” en “medische imperialisme” als een toegenomen en illegitieme uitbreiding van de medische sfeer in de sociale leefwereld (41). De stellingen die dit verkondigen, bevatten volgens hem een aantal waardevolle inzichten die voortkomen uit hun algemeenheid maar zijn óók overdreven en gericht op eigenbelang.

Na een uitgebreide opsomming van de vooronderstellingen waarvan medicalisering vertrekt, stelt hij de vraag waarom sociologen dit soort van kritiek leveren. Een



eerste reeks van antwoordelementen vindt hij in het professionele pessimisme en scepticisme van sociologen die dan bovendien nog a-historisch tewerk gaan en daardoor de werkelijkheid afmeten aan een onbestaande ideale samenleving. Verder zijn sociologen belust op statuswinst en die kan bereikt worden door hun verklaringsmodellen ingang te doen vinden.

Verder trachten zij, zoals in alle beroepen, onder het mom van dienst aan de mensheid nieuwe terreinen te veroveren. De geneeskunde is er daar één van. Tenslotte hebben sociologen slechts een marginale positie binnen de intellectuele elite. Door contact met de machtelozen kan men de eigen positie bij het beleid verstevigen. De medisch sociologen – die eertijds met de overheid samenwerkten – vragen nu meer aandacht voor het sociale en politieke karakter van de geneeskunde en sluiten daartoe bondgenootschappen met de binnen de geneeskunde laag gewaardeerde sociale geneeskunde.

Het bepalen van de medicaliseringsstellingen als emancipatie-instrument voor sociologen ontkracht deze niet. Daarom bekijkt hij ook “de intellectuele producten van het naïeve imperialisme”. Hij stelt zes groepen van vertekeningen vast :

1. men valt de geneeskunde aan vanuit wijsheid achteraf of post-factum kennis.
2. een historisch en anthropologisch bewustzijn ontbreekt.
3. de geneeskunde wordt als een monoliet voorgesteld terwijl ze intern zeer gedifferentieerd is en vol tegenstellingen zit.
4. er is een tendens aanwezig om het technisch succes van de geneeskunde te onderschatten.
5. er zijn misvattingen over de mate waarin de staat het medisch imperialisme kan controleren.
6. men overbenadrukt de onafhankelijkheid van de patiënt t.o.v. de arts en men vergeet o.a. dat patiënten niet alle klachten presenteren, niet alle aanbevelingen opvolgen, kritisch staan t.o.v. hun arts, andere copingmechanismen ontwikkelen en gezondheid zien als voorwaarde voor prettiger zaken en niet als doel op zich.

Dat is niet alles : het medisch imperialisme heeft vanuit de ingenomen positie zélf een aantal grenzen :

1. de staatsinterventie doet de mogelijkheid tot medische consumptie toenemen maar introduceert tegelijkertijd controle erop.
2. geneeskunde is een toegepaste wetenschap die de nadruk legt op biologie en effectiviteit en zich niet graag bemoeit met het vage terrein van psycho-sociale klachten en psycho-somatiek ; dit laat men liever aan anderen over.
3. de uitbreiding van het aantal artsen is bedreigend voor het beroep zelf, vandaar dat zijzelf trachten de toegang te beperken. De creatie van paramedische beroepen is een voorlopige tussenoplossing om te kunnen uitbreiden maar op lange termijn kunnen zij niet onder controle gehouden worden.
4. de burgerlijke vrijheden van het individu vormen een laatste beperking : de arts heeft wél het monopolie op de praktijk maar geen legale macht om het individuele gedrag te bepalen ; tenslotte maakt de patiënt uit of hij hulp zoekt en indien geboden, of hij deze wil benutten. Zowel arts als patiënt zijn van elkaar afhankelijk : de eerste voor zijn gezondheid, de tweede voor zijn inkomen.

Daarom blijft de arts liefst neutraal-vriendelijk en beperkt hij zich tot de organische condities.

Strongs besluit is dat in de medische praktijk de etiologie en therapie geplaatst worden op het vlak van de individuele biologie. Een sociaal model van ziekte zou veel gevaarlijker zijn, want dan zou men niet enkel individuele organische ziekten blijven behandelen maar bijkomend ook nog gaan sleutelen aan de samenleving zodat dan pas werkelijk de interventies in het leven van individuen zouden toemen!

2. Conrad en Schneider waarderen de pogingen om het simplistisch geredeneer over medische macht te weerleggen (42). Toch stellen zij vast dat Strong uitgaat van een te nauwe visie op medicalisering. Strong betitelt de uitbreiding van de medische jurisdictie als "medisch imperialisme" en suggereert daarmee een zekere mate van intentionaliteit aan de kant van de artsen. Zijzelf geven de voorkeur aan een meer descriptieve bepaling zoals "uitbreiding" omdat historisch onderzoek naar de medicalisering van deviantie duidelijk maakt dat er van een intentie om te domineren geen sprake is (43). Verder menen zij dat Strong de medicalisering al te zeer wil aflezen uit "wat dokters nu feitelijk controleren en doen". De alledaagse praktijkvoering van de arts met alle routine vanden relativeert eerder het belang van de symptomen om de gezondheid van de cliënt te benadrukken. Maar medicalisering als complex fenomeen beperkt zich niet tot het niveau van de arts-patiënt relatie. Conrad en Schneider onderscheiden er minstens drie :
  1. op het *conceptueel niveau* worden medische modellen toegepast om problemen te definiëren en te ordenen. Dit kan gebeuren door de medische elite maar ook door de overheid, het gerecht en leken (b.v. de lekenorganisatie AA die alcoholisme definieert als ziekte).
  2. op het *institutionele niveau* worden medische definities van problemen gelegitimeerd door de aanwezigheid van enkele artsen óók al wordt het werk door niet-medici gedaan (b.v. consultatiecentra).
  3. op het *niveau van de arts-patiënt* is er medicalisering wanneer de arts "sociale problemen" medisch definieert en/of behandelt.

Evenmin als er van medisch imperialisme sprake is, kan er van sociologisch imperialisme gesproken worden. Er is aan medisch sociologische kant geen intentie om te controleren of te domineren. Maar zelfs als die er was zou dit nog de geldigheid van de medicaliseringsstellingen niet aantasten. Dan worden Strongs vastgestelde "vertekeningen" weerlegd (cfr. supra) :

1. men valt niet enkel aan vanuit kennis achteraf maar maakt ook analyses van de eigentijdse medicalisering.
2. er zijn voldoende historisch genuanceerde overzichten van de uitbreiding van de geneeskunde.
3. ook al is de geneeskunde gedifferentieerd het volstaat dat één groep een probleem medisch definieert om dat algemeen ingang te doen vinden bij het publiek.
4. het technisch succes van de geneeskunde wordt misschien onderschat maar geneeskunde is niet enkel een technische maar ook een morele onderneming.
5. de mate waarin de staat de geneeskunde kan controleren moet verder onderzocht worden ; wel staat het vast dat de staat instrumenteel is in de medicalisering.



6. dat patiënten niet verslaafd zijn aan dokters of aan geneeskunde wordt toegegeven, maar is ook niet het punt ; de vraag is : welke problemen worden door wie en waarom bij de arts geformuleerd ?

Wat de zelfbegrenzing van het "medisch imperialisme" betreft, stellen zij het volgende :

1. kostenbeheersing door de staat kan inderdaad de medicalisering doen afnemen maar het complexe fenomeen wordt gesimplificeerd door een economisch determinisme te hanteren.
2. samen met medicalisering treedt er óók demedicalisering op maar dit mag niet gelijkgeschakeld worden met deprofessionalisering. Het is niet omdat andere beroepen aantreden dat het probleem niet langer medisch gedefinieerd wordt. De medische definiëring zélf blijft bestaan, vaak samen onder de supervisie van artsen !
3. beperkingen op de toegang tot het medisch beroep kunnen inderdaad demedicaliserend werken maar vooralsnog stelt men een toename van het aantal artsen vast en dat zou een toename van het aantal als medisch gedefinieerde problemen kunnen betekenen.
4. de burgerlijke vrijheden kunnen inderdaad de medicalisering beperken maar vele gemedicaliseerde diensten laten geen keuzemoment ; zij worden onder dwang van gerecht, school of werkgever opgedrongen.

Conrad en Schneider geven toe dat een sociaal model van ziekte bovenop het medische model inderdaad de controle over de alledaagse leefwereld van de burger zou doen toenemen. Sociale gezondheidsexperten toevoegen zonder de bestaande medische dominantie te veranderen is problematisch. Maar ook staatscontrole is geen oplossing. Het gevaar dat men dan de slachtoffers beschuldigt — "blaming the victim" — of ziekte terug gaat zien als zonde is dan groot.

Eerder zal een oplossing gezocht moeten worden in het in evenwicht brengen van de definitiemacht en probleemoplossingsmogelijkheden van de gemeenschap, de onderscheiden gezondheidsexperten en de staat.

Tenslotte wordt nog benadrukt dat slechts weinigen de humane gevolgen van medicalisering betwijfelen maar dat deze vaststelling de vraag naar de geëigendheid van de medisch-technische definiëring van problemen niet invalideert. Alternatieve modellen voor het verstaan en oplossen van menselijke problemen moeten ontwikkeld worden.

## BESLUIT

De laatste discussie leidde vér.

De analyse van de sociale consequenties van medicalisering brengt terug de kritieken op — en de positie van de geneeskunde ter sprake. Maar het begrip wordt descriptief gebruikt, de medicaliseringsthesis wordt gedimensioneerd, uitgeklaard en verfijnd. De argumenten zijn van — historische en hedendaagse — vergelijkende aard. De neutrali-

sering van het medicaliseringsbegrip verhoogde de analytische capaciteiten ervan. Het kritisch vermogen – als mogelijkheid tot onderscheid én beoordeling – werd daardoor vergroot.

### SAMENVATTING

De laatste jaren kan men een toename van het aantal publikaties over de invloed van de geneeskunde op de samenleving vaststellen. In dit artikel wordt getracht daarin enige ordening aan te brengen.

Daartoe wordt onderscheid gemaakt tussen 1. bepalingen van de positie van de geneeskunde in de samenleving, 2. partiële kritieken op de geneeskunde die eventueel gesystematiseerd worden en 3. medicaliseringsstellingen die betrekking hebben op één aspect van de positie van de geneeskunde nl. de – al dan niet geoorloofde – uitbreiding ervan. M.b.t. deze medicaliseringsstellingen wordt een indeling voorgesteld in 1. liberale pioniers die het begrip als kritische term introduceren, 2. marxistische theoretici en 3. neutraliserende analisten die het begrip omvormen tot analytisch instrument.

Het brede doel van deze herformulering is een geschikt, zij het mogelijk een simplistisch, kader te bieden waarin de groeiende en schijnbaar onsamenvangende literatuur op coherente wijze kan ondergebracht worden.

### ABSTRACT

This paper reviews the proliferating literature concerning the influence of medicine and the health care system on society.

A distinction is introduced between 1. more general sociological analyses of the position of medicine in society, 2. fragmented criticisms of the crisis of medicine in the human sciences and popular literatures and 3. theses of medicalization and demedicalization pertaining to the expansion or reduction of the influence of medicine.

In this last section a distinction is suggested between 1. the liberal pioneers introducing medicalization as a critical concept, 2. theoreticians, inspired by Marx, using class-struggle concepts and 3. neutralizing analysts transforming the concept into an analytical tool.

The broad aim of this reformulation is to provide a convenient, albeit maybe a simplistic, framework from which to lend coherence to a growing and seemingly disjointed body of literature.

### NOTEN

1. ROMAINS, J. *Knock, ou le triomphe de la médecine*. Paris, Librairie Gallimard, 1923, Acte II, scène VII.
2. ZOLA, I.K. *De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*. Boom, Meppel, 1973.
3. ILLICH, I. *Grenzen aan de geneeskunde. Het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid?* Baarn, Het Wereldvenster, 1978. Vertaling van "Medical Nemesis", London, Manon Boyars, 1975.
4. WELLEN, J. Medicalisering van de samenleving. *Metamedica*, 1981, nr. 60, 197-209.
5. HILLIER, S.M. Medicine and Social Control, in PATRICK, D. & G. SCAMBLER. *Sociology as applied to medicine*. London, Baillière Tindall, 1982, 175-183.
6. Onderzoeksprogramma van de Vakgroep Gedragwetenschappen (Faculteit Geneeskunde) van de Vrije Universiteit te Amsterdam, in *Gezondheid en Samenleving*, jrg. 1, nr. 2, 1980, 147-150 (En reactie van Mulder en aanvullingen in de daaropvolgende nummers van G & S).
7. Cfr. infra.



8. NUYENS, Y. Limits to medical power, in N.N. *Santé, Médecine et Sociologie*. Paris, Centre National de la Recherche Scientifique, 1978, 157-166.  
NUYENS, Y. *Grenzen aan de medische macht*. Leuven, Davidsfonds, 1976.
9. PARSONS, T.C. *The Social System*, Chap. 10. The Free Press, Glencoe, Illinois, 1950.
10. FREIDSON, E. *Professional Dominance*. New York, Atherton Press, 1970.
11. FIELD, M. The concept of the health system at the macrosociological level. *Social Science and Medicine*, 1973, vol. 7, 763-785.
12. FOX, R. The medicalization and demedicalization of American society, in *Daedalus*, Journal of The American Academy of Arts and Sciences, 1977, vol. 106, 9-22.
13. BERGER, P., B. BERGER, H. KELLNER. *The Homeless Mind*, Modernization and Consciousness, New York, Random House, 1973.
14. COMAROFF, J. Medicine and Culture : some anthropological perspectives, in *Social Science and Medicine* ; vol. 12B, 247-254.
15. DUBOS, R. *Mirage of Health, Utopias, Progress and Biological Change*. New York, Harper & Row, 1959.
16. VAN DEN BERG, J.H. *Het Menselijk Lichaam*, Een metaboleisch onderzoek,  
Deel I : Het geopende lichaam. Nijkerk, Callenbach, 1959, 253 p. ;  
Deel II : Het verlaten lichaam. Nijkerk, Callenbach, 1961, 352 p.  
VAN DEN BERG, J.H. *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk, Callenbach, 1969, 49 p.  
In dit werk trekt de schrijver ethische conclusies uit de recente evolutie van de geneeskunde en neemt hij stellingen in die later en los van zijn geschriften, door Zola en Illich eveneens uitgewerkt zullen worden.
17. McKEOWN, T. A Historical Appraisal of the Medical Task, in G. McLACHLAN & T. McKEOWN (eds.) *Medical History and Medical Care*. Oxford University Press, London, 1971.
18. WILLIAMS, J.I. Disease as deviance, in *Social Science and Medicine*, 1971, vol. 5, 219-226.
19. Voor een positieve evaluatie van de geschiedenis van de geneeskunde zie : JANSSENS, P. *Van anulet tot penicilline*. Antwerpen, De Sikkel, 1963, 112 p.
20. SZASZ, T. *The Myth of Mental Illness*. New York, Hoeber-Harper, 1961.  
SZASZ, T. *The manufacture of madness*. New York, Harper & Row, 1970. Toch moet hier vermeld worden dat zelfs over infectieziekten theorieën bestaan die deze zien als cultuurziekten. Zie b.v. J.H. VAN DEN BERG. opus citatus.
21. CRANE, J. & S.P. LEAGEAY. Dimensions of crisis in American health care : toward a general theory of crisis in health care. *Social Science and Medicine*, vol. 13A, 387-396.
22. ZOLA, I.K. De geneeskunde als institutie van sociale beheersing, in *Hulpverlening en Veranderen*, afl. 7 (juni 1974), 18 p., overgenomen uit *The Sociological Review*, Nov. 1972, 487-504.  
ZOLA, I.K. *De medische macht, de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij*. Boom, Meppel, 1973, 142 p.  
De stelling dat de geneeskunde als normerende instantie een steeds grotere rol gaat spelen binnen de algehele evolutie "van recht naar norm" wordt ook verdedigd door : FOUCAULT, M. L'extension social de la norme, in *Politique Hebdo*, 1976, nr. 212.
23. ZOLA, I.K. In the name of health and illness ; on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science and Medicine*, 9 (1975) 2 (Febr.), 83-87.
24. ILLICH, I. *Grenzen aan de geneeskunde, o.c.* De toenemende macht van de dominerende professionaal wordt verder uitgewerkt in : ILLICH, I. e.a., *De deskundige : vriend of vijand ?* Baarn, Het Wereldvenster, 101 p.
25. WAITZKIN, M. Regressive policy implications of the "medicalization" and "self-care" concepts : the new reductionism in health care research, in *Santé, Médecine et Sociologie*, Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, 1978, 379-390.
26. VAN BLADEL, F. Het fenomeen Illich ; I ; Sleutelbegrippen en II : Analyserooster, in *Streven*,



- februari 1977, 387-400 en 531-544.
27. HORROBIN, D.F. Whither Medicine ? Nemesis or not ? A reply to Ivan Illich, in *World Health Forum I* (1, 2), 139-141 (1980, Genève, W.H.O.).
28. Deze "iatrogene ziekten" zoals ze meer neutraal benoemd worden, zijn vaak onderwerp van populaire artikels gericht op een breed publiek.  
Zie b.v. de serie "De verdoktering van Nederland" verschenen in *De Tijd* van 17, 24, 31 oktober, 21 november, 5 december 1980 en 20 februari 1981. Zie ook "Quand la médecine rend malade" in *Le Nouvel Observateur*, nrs. 519-520 van 21 en 28 oktober 1974.
29. Deze idee werd reeds uitgewerkt door : VAN DOORN, J.A.A. "Het medisch ventiel voor maatschappelijk falen". *Sociologische Gids*, 3, 8, 1956, 152-157.
30. FUCHS, V. *Who Shall Live ? Health Economics and Social Choice*. New York, Basic Books, 1974.
31. NUYENS, Y. *Grenzen aan de medische macht*, Leuven, Davidsfonds, 1976, 1, 84 p.
32. Illich wordt toegepast op de welzijnszorg door ACHTERHUIS, H. *De markt van welzijn en geluk*. Een kritiek van de anragogic. Baarn, Basisboeken Ambo, 1979.
33. NAVARRO, V. "Medicine under Capitalism." New York, Prodist, 1976.
34. NAVARRO, V. "Political Power, The State and their Implications in Medicine", in *Santé, Médecine et Sociologie, o.c.*, p. 36-49.
35. NAVARRO, V. "Class Struggle, the State and Medicine : A Historical and Contemporary Analysis of the Medical Sector in Great Britain", New York, Prodist, 1978, 156 p.
36. NAVARRO, V. "Work, Ideology and Science : the case of medicine", *Social Science and Medicine*, vol. 14C, 1980, 191-205.
37. WAITZKIN, H. Medicine, Superstructure and micropolitics, in *Social Science and Medicine*, vol. 13A, 1979, 601-609. Met in hetzelfde nummer kritieken van RAYNER & STIMSON en STRONG, P.M. *Materialism and Medical Interaction*.
38. WAITZKIN, H. & B. WATERMAN. *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis, Bobbs-Merrill, 1974.
38. FOX, R. zie noot 12.
39. WELLEN, J. zie noot 4.
40. VAKGROEP GEDRAGSWETENSCHAPPEN, zie noot 6.
41. STRONG, P.M. Sociological Imperialism and the Profession of Medicine. A critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*, vol. 13A, 1979, 199-215.
42. CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. Looking at levels of Medicalization : a comment on Strong's critique of the thesis of Medical Imperialism. *Social Science and Medicine*, vol. 14A, 75-79.
43. CONRAD, P. & SCHNEIDER, J. *Deviance and Medicalization : From Badness to Sickness*. St. Louis, C.V. Mosby, 1980.

(advertentie)

# Het leven is prachtig... De ASLK kan het u verzekeren.

't Leven is een feest als u er in volle ge-  
moedsrust van kunt profiteren. Als u uw  
gezin geborgen weet en uw comfort voor  
de latere leeftijd verzekerd is.

Een levensverzekering bij de ASLK geeft  
u dat veilige gevoel, voor weinig geld. Een  
goede levensverzekering  
hoeft echt niet duur te zijn,  
dat wordt u bij de ASLK met  
cijfers bewezen. U kunt er  
kiezen uit een brede waaier

van mogelijkheden, tegen een verrassend  
lage prijs.

In uw buurt woont een ASLK-agent.  
Praat eens met hem over een levens-  
verzekering die het best past bij uw  
situatie.

U zult het zien: een levens-  
verzekering bij de ASLK is  
een uitstekende belegging.  
En ze geeft een veilig gevoel  
voor uzelf en voor uw gezin.

# ASLK



## Levensverzekeringen voor een lage prijs

