

H. Philipsen

# Medische sociologie en gezondheidszorg in Nederland

## I. De plaats van de medische sociologie

Recent is in Leuven een adresboek verschenen, dat een lijst bevat van 606 medische sociologen uit 20 Europese landen. Het grootste contingent vakgenoten levert het Verenigd Koninkrijk (149), daarna komt Nederland met 117. Op ruime afstand volgen West-Duitsland met 68, Frankrijk met 67 en België met 37 medische sociologen. Samen zijn deze vijf aan elkaar grenzende landen goed voor 72% van alle zich medisch noemende sociologen. Deze getallen roepen twee conclusies op: de medische sociologie floreert in West-Europa; Nederland neemt binnen dat gebied een zeer prominente plaats in. Hoe kan deze frappante situatie worden verklaard?

Waarschijnlijk is de oorzaak daarin gelegen dat het in Nederland gebruikelijk is bij de onderkenning van maatschappelijke problemen in een of andere sector van de samenleving de sociale wetenschappen te betrekken bij de oplossing ervan.

In de gezondheidszorg nu doen zich vele processen voor die ook de samenleving als geheel kenmerken: voortschrijdende arbeidsdeling, toenemende complexiteit, schaalvergroting, interne en externe democratisering, grote verwevenheid met andere samenlevingssegmenten, ongeremde kostenontwikkelingen, verdichting van het organisatorisch netwerk waarin het geheel van voorzieningen gevangen wordt, groeiende twijfel aan de effectiviteit en *efficiency* van de voorzieningen, veronderstelde dehumanisering van de verhoudingen en een toenemend belang van consumenten en belangengroeperingen. Deze processen roepen reactie op van de overheid, die ze met meer of minder succes probeert te beheersen door een niet allatende wet- en regelgeving. Nederland kenmerkt zich door een neiging deze beheersing na te streven op grond van een maatschappelijke consensus waarbij, uiterst rechts en uiterst links daargelaten, het brede politieke midden uniforme idealen van redelijkheid, verdelende rechtvaardigheid, zekerheid en welzijn stelt. In dit klimaat wordt ook de deskundigheid van de beoefenaar van de sociale en verwante wetenschappen geaccepteerd, althans geniet hij het voordeel van de twijfel. De socioloog, de jurist, de politicoloog, de bedrijfskundige, de psycholoog, de econoom en vele anderen kunnen carrière maken bij de beleidsvoorbereiding en -uitvoering, bij de planning en in het toegepast onderzoek. Weliswaar zijn de gekozen loopbanen in de regel niet zuiver sociologisch, juridisch, economisch... van aard. Toch zijn zij zo verscheiden van inhoud dat men zich toch socioloog, jurist of econoom kan voelen.

Met enige overdrijving zou men het geheel van bovenstaande processen kunnen samenvatten als 'samenlevingsgroei', het verschijnsel waaraan de American Sociolo-

gical Association in 1978 haar jaarlijkse bijeenkomst wijdde (Hawley, 1979). Nu is een belangrijk begrip als samenlevingsgroei zowel globaal, abstract als analytisch van aard. Juist daardoor komt het voor dit betoog goed van pas. Het hoofdstuk van Boot en Knapen in deze bundel laat in detail zien zowel hoe in de Nederlandse gezondheidszorg arbeidsdeling, kostenstijging, democratisering, ... een belangrijke rol spelen, als hoe de overheid en de maatschappelijke organisaties daarop reageren. Toch kan men zich niet van de indruk ontdoen dat de gezondheidszorg zo beschreven, slechts een voorbeeld is van een algemener verschijnsel. Dezelfde aspecten van de samenlevingsgroei kan men als basale processen waarnemen in andere samenlevingssectoren zoals het onderwijs, de godsdienst, de volkshuisvesting, het welzijn en de werkgelegenheid. Ook in die sectoren heeft de samenleving behoefte aan specialisten in samenlevingsgroei, dat wil zeggen aan sociologen naast economen, juristen en vele anderen. Nederland vertoont daarbij niet alleen in de gezondheidszorg, maar ook in de genoemde segmenten, het zeker niet universele beeld dat deze specialisten een plaats krijgen binnen het systeem. Veel minder dan elders vormen zij een categorie kritische commentatoren aan de zijlijn. Sociologen en anderen mogen op vele gebieden meewerken aan het beleid dat poogt, ten eerste, de samenlevingsgroei te sturen en, ten tweede, de ongewenste effecten te bestrijden. Ten aanzien van dit verschijnsel zouden vergelijkende studies nut kunnen hebben. Worden elders sociologen en verwante wetenschapsbeoefenaren zo vanzelfsprekend minister, bestuurder of directeur? In bovenstaande visie is de medische socioloog een specialist in samenlevingsgroei, die zich heeft verdiept in één samenlevingssegment, namelijk dat van de organisatie van gezondheid en ziekte. De visie is in zijn eenvoud aantrekkelijk. Het grote aantal 'geregistreerde' medische sociologen zou men bovendien kunnen opvatten als bewijzen van succes en houdbaarheid van deze visie. Toch zou dit te gemakkelijk zijn. In twee opzichten is er méér aan de hand. Allereerst doet zich een algemeen verschijnsel voor. Wijdverbreid is het inzicht dat de samenlevingsgroei en zijn beheersbaarheid niet meer zijn wat zij in de afgelopen decennia beloofden. In de tweede plaats wordt meer en meer duidelijk dat de noodzaak zich te verdiepen in één samenlevingssegment, bijvoorbeeld de gezondheidszorg, leidt tot afstandname van het sociologisch denken in algemene analytisch-theoretische begrippen als democratisering, arbeidsdeling en normatieve integratie. Niet dat deze begrippen hun waarde verliezen, maar zij moeten een specifieke invulling krijgen toegepast in de afzonderlijke samenlevingssectoren: wat betekent bijvoorbeeld democratisering in de patiëntenzorg of in de gezondheidsbeleving?

## II. De samenlevingsgroei is niet meer wat hij geweest is

Hoe kort het ook maar heeft geduurd in het licht van de wereldgeschiedenis, een aantal generaties is men er van overtuigd geweest dat zo verscheiden processen als toenemende arbeidsdeling, technologische ontwikkeling, stijgende welvaart, externe en interne democratisering, toenemende organisatiegraad van het maatschappelijk gebeuren, onderlinge verwevenheid van samenlevingssegmenten alsmede het afnemen van een strikte normatieve integratie, tezamen en in combinatie zouden leiden tot een hogere kwaliteit van het bestaan. Bovendien overheerste de mening dat de zo nu en dan optredende ongewenste neveneffecten door een gevarieerd instrumentarium van beheersingsmaatregelen wel te bestrijden zouden zijn.

Het is niet de bedoeling op deze plaats in te gaan op de algemene problemen van de

afbrokkeling van deze gedachtenwereld. Toespitsing op de gezondheidszorg verdient voorrang.

De kritiek op de gezondheidszorg vanuit het beschreven perspectief is niet eenduidig, maar valt in een aantal varianten uiteen. Op het eerste gezicht lijkt het alsof de kritiek slechts één hoofdtoon heeft. In analogie met het Communistisch Manifest kan men zeggen dat er een spook door Nederland en de gehele welvarende wereld waait: het spook van een onbetaalbare, onbeheersbare, weinig doeltreffende en ondoelmatige gezondheidszorg. Bij nadere beschouwing blijkt de kritiek zeer verscheiden van aard. Hieronder treft men een elftal paradoxen aan, waarin de verscheidenheid van de kritiek aan bod komt.

1. Langs betrekkelijk autonome lijnen wordt het medisch-technisch kunnen en kennen nog steeds verder ontwikkeld. Tegelijk ontstaan in en buiten de gezondheidszorg vermoedens dat er in toenemende sprake is van verminderde meeropbrengst, terwijl grote risico's ontstaan voor het behoud van de persoonlijke integriteit van de patiënt bij de toepassing van deze kennis en kunde.
2. De gezondheidszorg kan zich terecht beroepen op grote en geconsolideerde successen op het terrein van de bestrijding van een aantal ziekten, aandoeningen en gebreken. Tegelijk blijft al vele decaden een doorbraak uit in de bestrijding van een aantal zgn. degeneratieve en beschavingsziekten.
3. De gezondheidszorg kent toenemende kosten, oplopend tot ruim 10% van het nationaal inkomen. Tegelijk groeit de verontrusting en de zekerheid dat bij een ongewijzigd beleid de beheersbaarheid van het systeem volstrekt onvoldoende is.
4. De gezondheidszorg kan alleen blijven functioneren door een toenemende mate van financiering vanuit de publieke sector, zonder dat er vanuit de overheid een noemenswaardige beheersing en sturing van de gezondheidszorg plaatsvindt anders dan door zeer grove budget- en vestigingsmaatregelen.
5. Er bestaat een grote mate van overeenstemming over de noodzaak méér aandacht te besteden aan preventie en aan de maatschappelijke gezondheidszorg. Tegelijk echter is het de intramurale gezondheidszorg die steeds duurder wordt, vooral door de salarisontwikkeling.
6. De gezondheidszorg heeft geleid tot de opkomst van een medisch-industrieel complex, terwijl tegelijk een politiek-verankerend streven naar mondigheid en zelfbewustheid van de patiënt valt waar te nemen.
7. Als traditionele professionele elite tonen de artsen een opmerkelijke stabiliteit; tegelijk echter treedt op de grens van welzijns- en gezondheidszorg succesvolle nieuwlichterij op door moderne elites.
8. Alle categorieën werkers in de gezondheidszorg streven een sterke professionalisering na; tegelijk is er ontwikkeling bij de patiënten naar consumentisme. Dit consumentisme neemt ten eerste de vorm aan van veelvuldig en ondoordacht gebruik van gezondheidszorg als 'commodity'. Ten tweede bestaan strevingen naar patiëntenorganisatie en de uitbouw van patiëntenrechten.
9. De gezondheidszorg beroept zich terecht op zijn wetenschappelijke fundamenten; tegelijk is het een zeer modegevoelig samenlevingssegment. De trimbaan langs de autoweg — het eerste monument van de post-industriële archeologie — en allerhande screeningsonderzoek zijn daarvan recente voorbeelden.
10. Bij velen leeft een sterk vertrouwen in de zegeningen van een voortschrijdende medische technologie waarin het beste nog niet goed genoeg is voor de 'gewone' man of vrouw; tegelijk is er een krachtige herleving van de overtuiging dat alle kwalen voortvloeien uit het leefpatroon of milieuvervuiling.
11. De gezondheidszorg stelt zich dienstbaar, universeel, a-politiek en belangeloos

op, maar fungeert nolens volens als censor over maatschappelijke vragen van normaal en abnormaal, regelt de toegang tot de arbeidsmarkt voor mensen van boven de 25 jaar, al evenzeer willens nilens.

Deze elf paradoxen vormen geen limitatieve opsomming. Men kan er gemakkelijk méér verzinnen en bovendien de tegenstellingen anders mengen. Toch kan men de problemen van de gezondheidszorg in het spanningsveld van deze polariteiten op een bevredigende wijze aan de orde stellen.

De kritiek kan in drie hoofdlijnen worden samengevat (Ehrenreich, 1978):

*Financieel-economische kritiek.* Hoewel in vele opzichten de samenlevingsgroei nog steeds doorgaat, stagneert een van de meest elementaire aspecten ervan: de welvaartstoename. De groei van het nationaal inkomen kan niet langer het procentueel toenemend aandeel van de gezondheidszorg in de besteding van het nationaal inkomen opvangen. Kostenbeheersing en -ombuiging zijn daarom onvermijdelijk, tenzij in de politiek nieuwe prioriteiten worden gesteld. Deze problematiek betreft niet alleen de directe kosten van de gezondheidszorg, maar ook de indirecte, veroorzaakt door de nauwe verwevenheid van de gezondheidszorg met het stelsel van de sociale zekerheid.

*Politiek-economische kritiek.* Vanaf het moment dat de idee van verdelende rechtvaardigheid veld won, vormt de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen een kernprobleem. Klassiek luidt de formulering van dit vraagstuk: hoe wordt bewerkstelligd dat ook de minder bedeelden de medische zorg krijgen die ze op grond van hun gelijkheid voor de wet verdienen? Nederland is een van de weinige landen, die dit probleem hebben opgelost. Geen Nederlander kan zijn gezondheids-toestand wijten aan selectie in de gezondheidszorg. Een van de aardige trekjes van de Nederlandse samenleving vormt dan ook de neiging volop aan de gezondheidszorg te participeren: het valt niet mee Nederlanders te vinden die op de geëigende tijdstippen kleuterbureaus vermijden, de tandarts minder dan twee keer per jaar bezoeken, geen eigen huisarts hebben, niet verzekerd zijn tegen alle mogelijke risico's en zich afmelden voor bevolkingsonderzoeken. De Nederlandse medische sociologen hebben zich hieraan aangepast. Zorgelijk onderzoeken zij non-participatie in allerlei gezondheids-activiteiten. Toch is ook in Nederland kritiek van politiek-economische aard te beluisteren. Deze neemt drie vormen aan:

— Onweerlegbaar gaat de Nederlandse ziekenfondsverzekerde vaker naar de dokter en meldt hij zich vaker ziek dan de overige Nederlanders. Ook al heeft dit verschijnsel allerlei demografische oorzaken, toch blijft de vraag of de verzorgingsstaat te ver kan gaan. Ook de vraag naar de eigen verantwoordelijkheid kan zonder rechtspolitieke dissonanten gesteld worden.

— Even onweerlegbaar is de constatering dat de toonaangevende professie in de gezondheidszorg, sinds ongeveer een eeuw de artsen, vele maatschappelijke ontwikkelingen doorstaan heeft zonder noemenswaardig verlies aan invloed. Interne democratisering, hoe succesvol ook in andere samenlevingsfragmenten, heeft wat de gezondheidszorg betreft, volgens vele critici gefaald.

— De derde vorm van kritiek graaft dieper. Het mag dan waar zijn dat iedereen een even grote kans heeft in de gezondheidszorg behandeld te worden, toch meent men dat zowel de kwaliteit als de humaniteit van de zorg afneemt, naarmate de patiënt of cliënt een lagere status bezit. Hoewel de feitelijke juistheid van deze stellingname allerminst vaststaat, draagt deze vorm van kritiek een pertinent karakter. De idee dat de voorzieningen niet meer geëigend zijn voor alle lagen van de samenleving, betreft trouwens niet alleen de gezondheidszorg, maar ook het onderwijs, de cultuur, de huisvesting enz.

*Sociaal-culturele kritiek.* De financieel- en politiek-economische kritiek hebben gemeen dat zij niet twifelen aan de waarde van de geboden gezondheidszorg. Met de zorg zelf is niets mis; hij moet goedkoper, efficiënter, democratischer beheerd worden en/of méér rekening houden met verschillen tussen de sociale lagen. Daarnaast is er een heel ander type kritiek ontstaan, die wel twijfel uitspreekt over de zorg. Het is in die visie juist de veel geprezen samenlevingsgroei zélf die door de arbeidsdeling in de gezondheidszorg, medisch-technologische *overkill*, schaalvergroting, onttrekking van de patiënt aan zijn eigen milieu, overdreven aandacht voor curatie boven preventie en uitholling van zelfzorg, geen gezondheid produceert, maar anti-gezondheid (Ilich, 1979). Ook deze kritiek kent vele varianten. Sommigen benadrukken vooral de dehumanisering van het medische bedrijf door de ongeremde medisch-technologische ontwikkelingen. Anderen vragen de aandacht voor de veranderingen in de patronen van sterfte en ziekte: een gezondheidszorg die voldeed in de tijd van infectieziekten bij vrij jonge mensen voldoet niet langer in het geval van beschavings- en degeneratieve ziekten bij ouderen. Ten slotte valt bij velen een omslag te bespeuren van consumentisme ("de gezondheidszorg is de bedrijfstak die bij ziekte de genezing verzorgt") naar fundamentalisme ("ziekte is uiteindelijk het gevolg van de eigen leefwijze die daarom moet worden herzien").

In bovenstaande drie vormen van kritiek gaat het vanuit het meer abstracte perspectief van de samenlevingsgroei om twee zeer verschillende zaken.

In de eerste plaats blijkt dat in de gezondheidszorg net als in andere samenlevingssegmenten het vanzelfsprekende geloof tussen samenlevingsgroei en een toenemende kwaliteit van het bestaan verdwenen is. Niet alle fundamentele processen van arbeidsdeling, welvaart of democratisering werken meer in dezelfde richting. De afname van de welvaarts-groei werpt tot nu toe onvermoede barrières op. Autonome technologische ontwikkelingen roepen juist het tegendeel op van de beoogde effecten op het gebied van gezondheid en welzijn. De toenemende verwevenheid van maatschappelijke sectoren schept ongekende problemen; één voorbeeld: bijsturing in de gezondheidszorg kan nauwelijks meer geschieden zonder het werkgelegenheidsvraagstuk te vergroten. Deze voorbeelden laten zien dat aan de specialist in samenlevingsgroei die de medische socioloog op zijn gebied is, anno 1983 andere eisen gesteld worden dan voorheen het geval was. Het accent moet in zijn werk thans veel méér liggen op het zoeken naar de minst ongunstige afstemming van fundamentele samenlevingsprocessen op elkaar, dan op maximalisering van de samenlevingsgroei ten behoeve van de kwaliteit van het bestaan.

In de tweede plaats blijkt uit het brede scala van voorbeelden dat onafhankelijk van de vermelde samenlevingsprocessen ziekte, gezondheid en de daarop gerichte zorg hun eigen interne dynamiek hebben. De verschuivingen in ziekte- en sterftepatronen, bijvoorbeeld, hebben een situatie gecreëerd, waarin de ouderdom eigenlijk pas goed bij het tachtigste levensjaar begint. De effecten daarvan treden niet alleen op in de sector van de gezondheidszorg zelf, maar beïnvloeden in sterke mate de rest van de samenleving. Zowel de zich wijzigende alledaagse invulling van de verschillende gezinsfasen als de toenemende behoefte aan niet-productieve werkgelegenheid in de kwartaire sector vormen daarvan voorbeelden. Binnen het terrein van de gezondheidszorg zelf geven deze verschuivingen aanleiding tot een geheel andere vraag naar gezondheidszorg, waarvoor nog nauwelijks een adequaat hulpaanbod bestaat.

### III. Ziekte, gezondheid en patiëntenzorg zijn ook niet meer wat ze geweest zijn

Veel misverstanden rond de problemen met betrekking tot de gezondheidszorg berusten op een denkfout betreffende het produkt van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg valt te definiëren als een geheel van individuele hulpverleners, van instanties die hun werk organiseren en van faciliteiten die de zorg, maar ook de organisatie van de zorg mogelijk maken. Een dergelijke definitie heeft echter een opsommend en willekeurig karakter. De *gezondheid* namelijk die deze zorg oplevert is geen aanwijsbaar, concreet en ondeelbaar fenomeen. Mensen hebben klachten en kwalen van zeer uiteenlopende aard, die zeer verschillende oorzaken en gevolgen hebben. De beheersing van al deze symptomen van menselijke kwetsbaarheid in één samenlevingssegment, de gezondheidszorg, is een verschijnsel van betrekkelijk willekeurig historiciteit, zij het dat deze gezondheidszorg, zoals in bepaalde delen van Europa ontwikkeld, door een snelle diffusie over de gehele wereld is verspreid. Tot de gezondheidszorg anno 1983 behoren zulke verschillende zaken als zwakzinnigenzorg, de operatieve verwijdering van galstenen, zuigelingen­zorg en psychotherapie voor weduwen in hun rouwproces. Wat al deze verschijnselen verbindt is niet zo gemakkelijk aan te geven.

Gezondheidszorg berust op een soort communis opinio dat de bestrijding van de menselijke kwetsbaarheid — voorzover tot uiting komend in een gebrek aan welbevinden van het individu als psycho-somatische entiteit — in vele gevallen niet *alleen of niet langer aan de zorg van het individu en zijn directe omgeving kan worden overgelaten*. Deze omschrijving bevat twee elementen die voor een goed begrip van wezenlijk belang zijn.

#### *a. Kwetsbaarheid van het individu als psychosomatische entiteit.*

Voor zover het begrip gezondheid eenduidig te omschrijven valt, kan het niet anders dan door verwijzing naar het individuele bestaan. Ziekte en gezondheid hebben alleen betekenis als zij in verband gebracht worden met het meest schaarse goed dat ieder bezit, het eigen lichaam. Elk ziekte- of gezondheidsbegrip dat niet langer verwijst naar de integriteit en de continuïteit van de individuele mens als psychosomatische entiteit verliest zich in vage en vluchtige beeldspraak. Een term als volksgezondheid is een contradictio in terminis. Kuiper (1975) beklemtoont dan ook terecht dat nieuwe ontwikkelingen als gezondheidkunde alleen zin hebben als ze het individuele gezonde bestaan als startpunt nemen. De consequenties van deze opvatting zijn niet gering. Allereerst volgt er uit de meest fundamentele verschijnselen waarmee de medische sociologie te maken heeft (individuele klachten, kwalen en gebreken en de daarop gerichte individuele patiëntenzorg) in belangrijke mate niet sociaal-wetenschappelijk van aard zijn maar humaan-biologisch of zo men wil medisch. De medische sociologie stuit in de kern van zijn studie-­object op wat men met een groot woord 'een geheim' zou kunnen noemen: dat van het individuele leven. Op zichzelf is dat geen unieke situatie in het wetenschappelijke bedrijf: de godsdienstsocioloog kent het geheim van het individuele geloof. Een andere gevolgtrekking moet zijn dat de biologische dimensies van ziekte en gezondheid niet aan politieke en culturele grenzen gebonden zijn. Een hartinfarct is een hartinfarct, zowel in New York als in Peking, zowel in Brussel als Amsterdam, zowel in Lutjebroek als Neeroeteren. Het benadrukken van de typische Nederlandse of het typische Belgische in de op deze levensbedreiging gerichte patiëntenzorg heeft daarom iets sociologisch, iets futiels. Vele basisproblemen in de

gezondheidszorg verschillen niet of nauwelijks van het ene land naar het andere.

*b. Welke gevallen van menselijke kwetsbaarheid zijn object van de gezondheidszorg?*

De meest voorkomende en tegelijk zeer ingrijpende vormen van kwetsbaarheid verschillen sterk in de tijd, zij het niet van land tot land (Philipsen, 1976). Omstreeks 1900 waren tuberculose, armoede, het jong verloren kind, de dood in het kraambed, de angst voor een beroepsongeval, symbolen van de menselijke kwetsbaarheid. Nu betreffen de angsten ondermeer het hartinfarct, langdurig lijden aan kanker, geestelijke aftakeling, het niet meer zien zitten en de kernramp. Deze kwalitatieve veranderingen in het optreden van ziekte- en gezondheidsbeleving, in hulpvraag en aanbod zijn vermoedelijk veel wezenlijker voor wat zich in de gezondheidszorg afspeelt, dan een aantal hoog geschatte aspecten van de samenlevingsgroei als democratisering, harmonisering van voorzieningen of welzijnsbeoordeling. Enigszins demagogisch gesteld: democratisering van coronary care is uiteindelijk een vrijblijvend ideaal in vergelijking met de bevordering van de effectiviteit van de geboden zorg.

Welke gevolgen vloeien voort uit bovenstaande beschouwing over de wezenlijke kenmerken van ziekte en gezondheid? De eerste conclusie kan zijn dat een medisch socioloog niet kan abstraheren van de niet-sociale kenmerken van ziekte, gezondheid en patiëntenzorg. Er bestaan veel gedrags- en maatschappelijke studies op het gebied van de gezondheidszorg die de basisprocessen in de patiëntenzorg als een 'black box' beschouwen. In econometrisch onderzoek, om een extreem voorbeeld te noemen, staat noch het nut van de hulpvraag noch de aard van de geboden hulp noch de opbrengst van de zorg ter discussie behoudens het financieel-economisch kader ervan. Veel organisatiekundige studies hebben waarde voor de gezondheidszorg omdat zij het management verbeteren. De veronderstelling dat zulks ook de genezing van de patiënt bevordert, is gewoonlijk slechts een dubieus verkoopargument. Nu hoeft een dergelijk specialistische wetenschapsbeoefening niet irrelevant te zijn. Als er volledige consensus bestond over wat ziekte en gezondheidszorg is en hoe de patiëntenzorg daarop gericht zou moeten zijn en als daarnaast het arsenaal aan kennis en vaardigheden volledig en adequaat zou zijn, dan kan met de black boxbenadering worden volstaan.

Uit het betoog blijkt echter ook dat hiervan geen sprake is. Ziektepatronen zijn aan verandering onderhevig. In een aantal gevallen toont de gezondheidszorg daarop een zeer adequaat antwoord, ondermeer op het gebied van de acute geneeskunde. Voorzover de verschuivingen samenhangen met de leefwijze en de demografische veroudering, is de huidige gezondheidszorg, ondanks een hoog niveau van zorg, diagnostiek en therapie, weinig effectief. Daarnaast is er een geheel nieuw gebied van psycho-sociale zorgverlening ontstaan dat zeer energiek moderne vormen van kwetsbaarheid zoals de gevolgen van persoonlijk falen, scheidingen of arbeidsongeschiktheid, te lijf gaat. Op dit terrein bestaat zoveel onzekerheid over de inhoud van de zwarte doos (van Pandora), dat inhoudelijk gerichte wetenschapsbeoefening een *conditio sine qua non* zou moeten zijn. Op grond van dit alles lijkt het onvermijdelijk dat de medische sociologie méér dan voorheen prioriteit geeft aan vragen zoals: welke visies op het individuele gezonde bestaan worden onder verschillende omstandigheden gehanteerd? Wat gebeurt er precies bij patiëntenzorg? Op welke dimensies wordt de effectiviteit beoordeeld zowel door leken en professionals? Voor welke symptomen van individuele kwetsbaarheid bestaat wél adequate (professionele) aandacht en voor welke niet? Uiteraard wordt met deze opsomming niet bedoeld dat deze vragen nooit gesteld worden. Wel kan niet ontkend worden dat vooral in Nederland waar de medisch socioloog zo fijn mag meedoen

binnen het apparaat, de verleiding groot is de aandacht te verschuiven naar zogeheten beleidsrelevante vraagstukken van samenlevingsgroei: harmonisering van voorzieningen, democratisering van het ziekenhuis, budgettering, regionalisering, patiëntenrechten, méér eerstelijns geneeskunde enzovoort. Juist omdat de samenlevingsgroei niet meer is wat hij geweest is lijkt het verstandiger zich blijvend te concentreren op wat zich onder het oppervlak van de regelgeving en overheidsbeleid aan basisprocessen afspeelt. Men zal dan bemerken dat zich daar weinig typisch Nederlands afspeelt; voorzover er nog fundamentele verschillen bestaan, hebben die te maken met de mondiale noord-zuidtegenstelling.

#### Geciteerde literatuur

J. EHRENREICH, *The Cultural Crisis of Modern Medicine*, Monthly Review Press, New York/Londen, 1978.

A.H. HAWLEY (red.), *Societal Growth. Processes and Implications*, Free Press Collier, New York/Londen, 1979.

I. ILLICH, *Grenzen aan de geneeskunde*, Het Wereldvenster, Baarn, 1978.

G. KUIPER, *Het zal onze zorg zijn*, Van Gorcum, Assen, 1975.

H. PHILIPSEN, 'Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen', in C.W. AAKSTER, G. KUIPER (red.), *Leerboek Medische Sociologie*, Wolters/Noordhoff, Groningen, 1978.