

Piet Bracke
gastredacteur

Gedurende het bijna dertigjarige bestaan van het *Tijdschrift voor Sociologie* werden slechts weinig gezondheidssociologische of sociaal-epidemiologische bijdragen gepubliceerd. In een themanummer over 'De sociologische kaart van België en Nederland' uit 1983, onder de redactie van Luc Huyse en Jan Berding, werden manuscripten o.m. van de hand van Yvo Nuyens opgenomen over de gezondheidszorg en de medische sociologie in de Lage Landen. Een volledig nummer werd gewijd aan zorgen en de verzorgingsstaat in 1984. Dit was onder de redactie van Frans Lammertyn, Walter Van Trier en Erik Henderickx. In een themanummer over sociale ongelijkheid uit 1991, onder de gastredactie van Jan Vranken en Eric Henderickx, vinden we tevens een bijdrage over de sociale gradiënt in ziekte en gezondheid van Chris Polus en Fred Louckx. Doorheen de jaren werden nog enkele artikels over formele en informele zorgverstrekking, seksuele voorlichting en zelfmoord gepubliceerd, maar de meeste bijdragen zijn ondertussen meer dan een decennium oud. Is de aandacht van Vlaamse sociologen voor gezondheid, ziekte en zorg tanende?

De hoogste tijd, vond ik, voor een nummer waarin gezondheidssociologische bijdragen centraal staan. In vergelijking tot andere domeinen in de sociologie wordt de gezondheidssociologie gekenmerkt door een sterke neiging tot interdisciplinair denken. Deze openheid voor andere denkkaders kan worden toegeschreven aan de dwingende vaststelling dat ziekte (en gezondheid) manifest lichamelijke en cognitieve dimensies hebben. Hoewel sociologen zelden fervente verdedigers van een biomedische kijk op ziekte en gezondheid waren, kende de meest invloedrijke sociologische definitie van ziekte en gezondheid, namelijk deze van Talcott Parsons (1958), toch nog een ruime plaats toe aan organisme en lichaam. Het onderzoeksdomein kon, met andere woorden, gemakkelijk weerstand bieden aan hardleerse sociologisch-reductionistische interpretaties van zijn kernbegrip. Ook in de bijdragen in dit themanummer is de spanning tussen het sociale en het lichamelijke duidelijk zichtbaar. In de bijdrage van *Desnerck* en haar collega's over mensen met een handicap wordt resoluut afstand genomen van de zuiver constructivistische benadering vanuit het besef dat een handicap een biologische realiteit is. *Rommel* richt zich expli-

ciet op de vraag hoe jongvolwassenen met kanker hun veranderende lichamelijke beleving en *Verbergt & Geens* gaan na hoe arts en patiënt lichamelijke ziekte en lijden ervaren als een gedeeld proces van onzekerheid. De sociaal-epidemiologische studie van *Van Hal* en collega's over borstkankerscreening, het onderzoek van *Wouters* naar de impact van antiretrovirale programma's op de fysieke en emotionele levenskwaliteit van HIV-patiënten en het essay van *Vanwesenbeeck* over een adequate seksuele gezondheidsbeleid, dragen in hun titel reeds expliciet een verwijzing naar het lichaam.

Een tweede verklaring voor de openheid van gezondheidssociologen voor interdisciplinariteit is verbonden met de sociaal structurele en materiële condities van hun onderzoekswerk. Wetenschapssociologen leren ons dat de wijze waarop wetenschap wordt beoefend functie is van hoe het wetenschappelijke domein is georganiseerd (Fuchs 1993). De meeste academische gezondheidssociologen werken immers in medische faculteiten aan departementen sociale geneeskunde of sociale epidemiologie en niet aan sociaalwetenschappelijke faculteiten. Deze gezondheidssociologen zijn geneigd zich tegenover hun biomedisch georiënteerde collega's te legitimeren door de relevantie te benadrukken van hun sociologische kennis en onderzoeksmethoden voor de ontwikkeling van medische of epidemiologische probleemstellingen. Ze hebben dan ook een sterk interdisciplinaire oriëntatie. Gezondheidssociologen tewerkgesteld in onderzoeksgroepen verbonden met faculteiten sociale wetenschappen wettigen hun wetenschappelijke arbeid dan weer door gericht aandacht te besteden aan de relevantie van gezondheidssociologische kennis voor de ontwikkeling van de sociologie als discipline. De laatstgenoemden vormen echter een minderheid. Ik nodig de lezers uit de proef op de som te nemen en uit de probleemstellingen in de bijdragen tot dit themanummer af te leiden met welke faculteiten de auteurs zijn verbonden.

Ondanks het feit dat de oproep tot medewerking aan dit themanummer open en zeer algemeen was, laten de aanvaarde manuscripten zich in enkele domeinen opdelen. Vier bijdragen brengen lopende gezondheidssociologische vraagstellingen in verband met enkele kernbegrippen uit de sociologie of met enkele meer algemene sociologische probleemstellingen. Ze bereiken daardoor een dubbel doel: (a) ze maken sociologische kennis relevant voor een onderzoeksveld, de studie van de oorzaken en gevolgen van ziekte en ziek-zijn, dat doorgaans wordt bezet door andere disciplines, en (b) ze verhogen het belang van het gezondheidssociologisch onderzoek voor de ontwikkeling van de discipline in haar totaliteit. De eerste doelstelling is belangrijk omdat gezondheidssociologen behorende tot sociaalwetenschappelijke faculteiten zich doorgaans niet bewust zijn van de geringe relevantie van de sociologie voor het domein van de studie van de gezondheid en de gezondheidszorg; een domein dat doorgaans wordt ingenomen door epidemiologen, gezondheidseconomen en -psychologen en door geneesheren en paramedici. De tweede doelstelling is tevens belangrijk omdat de meerderheid van de sociologen verbonden met me-

dische faculteiten zich niet genoeg realiseert dat de gezondheidssociologie zich ophoudt aan de rand van de discipline. Arbeid en tewerkstelling, armoede en sociale ongelijkheid, cultuurconsumptie en godsdienstbeleving, modernisering, onderwijs en socialisatie vormen vanzelfsprekende domeinen van sociologisch onderzoek; terwijl de studie van de organisatie van de formele en informele zorg, het psychisch welbevinden, handicap en ouderenzorg, HIV, kanker of seksuele gezondheid, doorgaans niet zonder bijkomende motivatie als sociologisch onderwerp wordt aanvaard. Aangezien sociologen weten dat het vanzelfsprekende in vraag moet worden gesteld, denk ik dat vele sociale wetenschappers ziekte en ziek-zijn impliciet of expliciet als abnormaliteit beschouwen en – daarmee samengaand – veronderstellen dat de geijkte sociologische verklaringsmodellen zich enkel lenen voor de studie van *normaal* gedrag. Vandaar het enorme belang van gedegen theoretische bijdragen voor de verdere ontwikkeling van de gezondheidssociologie.

Bert Morrens presenteert een overzicht van recent onderzoek naar de relatie tussen sociaal kapitaal en gezondheid. Hij leunt daarmee aan bij een Durkheimiaanse traditie van onderzoek naar de relatie tussen levenskwaliteit en sociale cohesie/sociale integratie. De notie dat de aanwezigheid van sociaal kapitaal helende effecten heeft, gaat terug tot de negentiende-eeuwse romantische kritiek op de moderniteit en de industrialisatie. De verdienste van het hedendaagse begrip sociaal kapitaal is evenwel dat het een neomarxistisch concept introduceert in een discussie die doorgaans een sociaalpsychologische en functionalistische bijklank heeft. Hierdoor wordt een meer sociologische herinterpretatie van het onderzoek over de functie van sociale steun mogelijk. Ten slotte zorgt de introductie van ‘sociaal kapitaal’ binnen de gezondheidssociologie tevens voor een verrijking binnen de discussie over sociale ongelijkheid in ziekte en gezondheid, een onderzoeksveld gekenmerkt door bloedarmoede als een gevolg van een overwicht aan louter beschrijvende, sociaal-epidemiologische studies. Ook *Christophe Vanroelen*, *Fred Louckx* & *Miriam Beck* stellen zich tot doel deze bloedarmoede in de sociale epidemiologie te lijf te gaan met een gezonde portie sociologische inzichten over de oorzaken en gevolgen van sociale ongelijkheid en stratificatie. Ze volgen *Link* en *Phelan* wanneer ze stellen dat deze maatschappelijke processen en structuren meer fundamentele oorzaken van de sociale gradiënt in gezondheid en levenskwaliteit zijn. Sociale ongelijkheid en achterstelling zijn meer dan proxy's voor risicogedrag en voor de blootstelling aan en vatbaarheid voor stress. De auteurs pleiten terecht voor het verlaten van de gekende sociaal-epidemiologische benadering gebaseerd op het risicogedragmodel, ten voordele van een gezondheidssociologie die ongelijkheid in ziekte en gezondheid wortelt in het relationele mechanisme van middelenallocatie. Deze auteurs zijn dan ook expliciet in hun pleidooi voor een neomarxistische, sociaal-realistische herinterpretatie van de onderzoeksbevindingen en inzichten. Ook bij *Wendy Christiaens* is, weliswaar meer impliciet, deze heroriëntatie naar een meer materialistische en sociaalhistorisch in-

gebedde gezondheidssociologie zichtbaar. Deze auteur brengt de medicalisatiethese in verband met de verloskundige praktijk. Niet enkel verruimt ze daardoor het bereik van deze klassieke sociologische theorie, ze komt eveneens tot een interessante kruisbestuiving tussen inzichten uit de gezinssociologie, de gezondheidssociologie en de sociologie van de ontwikkeling van de welvaartsstaat. Deze sociologe nodigt ons uit om de processen van medicalisering en familialisering van de zorg voor moeder en pasgeboren kind te beschouwen vanuit de divergente ontwikkeling van de Belgische en Nederlandse welvaartsstaat. De mogelijkheden voor toekomstig onderzoek zijn legio. Gezins-sociologische inzichten over de dynamiek van partnerrelaties worden plots relevant voor een sociologie over het gebruik van formele zorgverstrekking. Kennis over medicalisering en institutionalisering van geboorte en verloskundige zorg kan in verband worden gebracht met theorieën over gender en de ontwikkeling van de welvaartsstaat. "Disability studies" is tot slot een relatief jong domein binnen de sociologie. Het is gegroeid vanuit de gezondheidssociologie, maar tracht zich ervan te onderscheiden omwille van de idee dat mensen met een handicap niet ziek zijn. Beide domeinen delen wel hun aandacht voor emancipatie, participatie en empowerment. Een belangrijke bijdrage van de sociologie van mensen met een handicap is haar kritiek op het defectmodel. *Greetje Desnerck, Sigrid Bosteels & Stefan Hardonk* ontleden dit model en pleiten voor een meer emancipatorische visie en een expliciet interdisciplinaire benadering, waarbij zowel de sociale context als de lichamelijke realiteit van gehandicapt zijn in rekening worden gebracht. Zoals boven reeds aangehaald is deze bijdrage een bijkomend bewijs voor de stelling dat de organische realiteit van een handicap gezondheidssociologen dwingt tot interdisciplinair denken.

Ziek zijn, maar ook gehandicapt zijn, gaan hand in hand met zorgen. Een aanzienlijk aandeel gezondheidssociologische bijdragen belichten bijgevolg de sociale organisatie van de zorg. De sociologie van de zorg laat zich opsplitsen in aandacht voor de formele zorg enerzijds, en in aandacht voor de informele zorg voor zieken en zorgbehoevenden anderzijds. De studie van de formele zorg leunt aan bij de organisatie- en de arbeidssociologie. De studie van informele zorgverstrekking is sterk begaan met gender- en gezinssociologische thema's omdat familieleden (en vrouwen) nu eenmaal nog steeds de belangrijkste zorgverstrekkers zijn. Sociologische studies over het sociaal beleid en de ontwikkeling van de welvaartsstaat zijn een evidente bron van informatie voor zowel de studie van de informele als de formele zorgverstrekking. In dit themanummer vindt u drie bijdragen als voorbeelden van elk subdomein. *Joost Bronselaer, Marc Callens & Lut Vanden Boer* gaan de impact na van individuele en organisatiekenmerken op het subjectief welbevinden van niet-dementerende bewoners van rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen. Deze senioren lijden vooral onder eenzaamheid en hun welbevinden wordt eveneens sterk bepaald door hun gezondheidsbeleving. Weinig systematische verschillen tus-

sen instellingen worden teruggevonden. Dit brengt de auteurs tot het besluit dat over het algemeen de kwaliteit van de dienstverlening van de instellingen van een vergelijkbaar niveau is. De studie is een voorbeeld van het belang van de sociologische benadering voor het onderzoek naar de kwaliteit van dienstverlening. Zoals ook in deze studie, kenmerkt de sociologische werkwijze zich tegenwoordig door onderzoek in naturalistische settings, waarbij zowel met individuele, als met organisatiekenmerken rekening wordt gehouden. De premisse dat gezinnen en families de assen zijn waarrond de informele zorg zich organiseert en dat vrouwen daarbij centrale posities innemen, wordt door vele sociologen mogelijks als achterhaald beschouwd. De samenstelling van de steekproef waarop de analyses van *Benedicte De Koker* en *Thérèse Jacobs* werden uitgevoerd, toont evenwel aan dat maatschappelijke transformaties tijd vergen. Deze steekproef van 1816 mantelzorgers bestaat voor 65% uit vrouwen en slechts voor 5,6% uit mantelzorgers die geen familie zijn van de zorgbehoevende. De implicaties van onderzoek naar de determinanten en de gevolgen van zorgbelasting kunnen daarom moeilijk genderneutraal zijn. Deze gezinssociologen stellen vast dat het verlenen van mantelzorg soms te belastend is en het welbevinden van de zorgverstrekker kan ondermijnen. De intensiteit van de verleende zorg, de kwaliteit van de relatie met de zorgbehoevende persoon, het geslacht van de mantelzorgster en de aard van de sociale band met de zorgbehoevende persoon zijn daarbij van doorslaggevend belang. *Bart Peeters*, *Bieke Crabbe*, *An De Craecker*, *Veerle Devriendt*, *Veerle Duprez*, *Guido Schoorens*, *Katrien Beeckman*, *Marlies Eggermont* en *Silvian Leroux* vervolledigen de lijst van bijdragen over zorg. Ze richten de focus op professionele zorgverstrekkers en brengen hun visie op armoede en op hun zorgrelatie met generatiearmen in kaart. Hun resultaten leggen de harde, eerder cynische realiteit bloot van de aanwezigheid van een kloof tussen een professioneel discours over respect en gelijkwaardigheid enerzijds en een reële schuldinducerende houding van de gezondheidswerkers anderzijds. De auteurs pleiten voor een aangepast vormingsprogramma voor professionele gezondheidswerkers. Sta me toe vraagtekens te plaatsen bij de haalbaarheid van deze nobele doelstelling. De kans bestaat dat nog meer vorming de kloof tussen een professioneel ideaalbeeld en de dagdagelijkse realiteit van de zorgverstrekking enkel maar zal vergroten.

Een derde cluster van bijdragen behandelt de dynamische aspecten van het ziekteproces. *Ward Rommel* gaat na hoe dit proces wordt beleefd door jongvolwassenen met kanker. Hij schetst de diverse wijzen waarop jongvolwassenen omgaan met de lichamelijke bijverschijnselen van chemotherapie en zich aanpassen aan een beperkt lichaam. Lichaam en lichaamsbeeld staan hierbij centraal. *Greet Verbergt* & *Karine Geens* beschrijven het lijden dat wordt veroorzaakt door ziekte zonder diagnose als onderdeel van een proces van gedeelde onzekerheid tussen arts en patiënt. Deze bijdrage is gebaseerd op een gevalstudie en is doorspekt met fragmenten uit gesprekken met de betrokkenen.

Veralgemeenbaarheid van de onderzoeksresultaten is geen betrachting. Centraal staat het meedelen van de betekenis zoals die wordt ervaren door arts en patiënt. Beide bijdragen schetsen een beeld van ziek-zijn als een proces van menselijk lijden. Het doet me even verwijlen bij de stelling van sommigen dat we terug moeten grijpen naar het vertrouwde woord *patiënt* – afgeleid van *patiens*, het Latijns voor lijden – om een belangrijke essentie van ziek-zijn blijvend te benoemen in plaats van ons te verliezen in alternatieve benamingen als consument of cliënt, die teveel nadruk leggen op de markt of op de professionele zorgverstrekker.

De gemeenschappelijke noemer van een laatste groep van manuscripten zijn de thema's volksgezondheid en gezondheidspolitiek. Deze bijdragen zijn zeer divers qua benadering en qua opbouw. *Edwin Wouters* brengt de invloed van het Zuid-Afrikaanse antiretrovirale programma op de levenskwaliteit van AIDS-patiënten in de Vrijstaatprovincie in kaart. Dit onderzoek naar de effectiviteit van zorgverstrekking in een naturalistische setting kent een longitudinaal opzet met twee meetmomenten. Zowel het onderzoeksdesign als de statistische methodes zijn van een hoog niveau. De conclusies zijn duidelijk. De gunstige effecten van het antiretrovirale programma voor de levenskwaliteit verdwijnen na zes maanden. Bovendien blijkt dit publieke programma de armste patiënten niet als eerste te begunstigen. De studie van *Guido Van Hal*, *Pieter Rotthier*, *Sofie Van Roosbroeck*, *Elke Dierckx*, *Anneleen Michiels* en *Joost Weyler* toont het verband aan tussen deelname aan het borstkankeropsporingsprogramma in de stad Antwerpen en de sociaal-economische status van de buurt waarin de vrouwen wonen. Vrouwen uit kansarme buurten en buurten met een hoog aandeel allochtonen vertonen een lagere participatiegraad. Preventie van borstkanker via doorgedreven opsporingsprogramma's is een heel effectieve manier om sterfte door borstkanker te verminderen. Vrouwen uit kansrijke middens blijken veel gemakkelijker in te gaan op uitnodigingen tot deelname. Ik neem de vrijheid om de bevindingen van beide studies te beschouwen als bijkomende evidentie voor de, eerder wrange, vaststelling uit de sociale epidemiologie dat effectieve behandelingen en preventiemaatregelen bijdragen tot een toename van de sociale gradiënt in ziekte en gezondheid. Immers scholing, financiële armslag en een steunend sociaal netwerk brengen kansrijke personen ertoe extra aandacht te besteden aan elke effectieve manier om hun levenskwaliteit te verhogen of optimaal te houden. Het themanummer sluit af met een essay over het maatschappelijk belang van een adequate seksuele gezondheidspolitiek. *Ine Vanwesenbeeck* steekt haar nek uit en breekt een lans voor seksuele gezondheidspolitiek ontdaan van een eng gemedicaliseerd, ethisch of pornografisch vertoog. Daarbij stelt ze dat, indien overheden resoluut zouden investeren in seksuele gezondheid via de coherente uitbouw van een seksuele en reproductieve gezondheidszorg, de sociale en economische winst omvangrijk zou zijn. Denken we maar aan onbedoelde zwangerschappen, HIV, seksueel geweld op kinderen en vrouwen, enzovoort.

De reactie op de oproep voor dit themanummer was met 24 initiële inzendingen, naar de normen van Nederlandstalige wetenschappelijke tijdschriften, ronduit indrukwekkend. Het was me een genoegen deze kwaliteitsvolle bijdragen door te nemen en te beoordelen. Uiteindelijk werd de helft van deze manuscripten aanvaard voor publicatie. Het beoordelingsproces liep enige vertraging op, wat te wijten was aan het succes van de oproep, maar voldoende deskundigen vinden in Nederland en Vlaanderen voor de evaluatie van 24 gezondheidssociologische inzendingen was geen sinecure. Het welslagen van deze onderneming was uiteraard slechts voor een deel mijn verantwoordelijkheid. De ondersteuning door de hoofdredacteur, de redactiesecretaris en de vaste redactie van het *Tijdschrift voor Sociologie* was onontbeerlijk. Bij deze wens ik dit team dan ook nog veel geluk te wensen met hun tijdschrift. Het blijft een onmisbaar kanaal voor de publicatie van Nederlandstalige, sociaal-wetenschappelijke bijdragen en draagt in sterke mate bij tot de disseminatie van sociologische inzichten en bevindingen in Vlaanderen en Nederland. Het is mijn stille hoop dat dit themanummer bijdraagt tot de verdere uitbouw van de gezondheidssociologie in Vlaanderen en een basis kan vormen voor samenwerking in onderwijs en onderzoek.

BIBLIOGRAFIE

- Fuchs, S. (1993), Three Sociological Epistemologies. *Sociological Perspectives*, 36 (1), 23-44.
- Parsons, T. (1958), Definition of health and illness in the light of American values and social structure. In *Patients, Physicians and Illness*, ed. Jaco, E.G., Glencoe Free Press.