

Medicalisering – naar een omschrijving

MEVROUW DRS. M. FAHRENFORT EN DRS. J. J. KLINKERT*

De groeiende belangstelling voor het omstreden begrip medicalisering vloeit voort uit een aantal maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen gaan alle in de richting van een toename van medische consumptie door patiënten. Deze toename wordt in een psychologisch kader geplaatst, door de motieven te bezien die mensen ertoe brengen zich in de kanalen van de gezondheidszorg te begeven of te blijven; en in een sociologisch kader door de positie van de gezondheidszorg en haar beoefenaren in de samenleving in beschouwing te nemen. Op grond hiervan wordt een definitie van medicalisering gegeven en worden de verschillende elementen van die definitie nader toegelicht.

Medicalisering, vermedisering of zelfs vergeneeskundiging¹ is een begrip, dat de laatste tijd steeds meer wordt gebruikt. Het werd in Nederland geïntroduceerd in een door I. K. Zola gegeven serie colleges aan het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, later uitgegeven onder de titel „De medische macht”².

Het begrip medicalisering – wij beperken ons verder tot deze meest gangbare vertaling van het Engelse woord „medicalizing” – heeft sociologische, psychologische en medische connotaties; het is daarom niet verwonderlijk, dat de precieze betekenis ervan dikwijls niet erg duidelijk is. In verschillende disciplines blijken met hetzelfde woord verschillende verschijnselen te worden aangeduid en de wetenschappelijke gebruikers van de term blijken zich daarvan niet steeds bewust te zijn.

Bij wijze van illustratie geven wij twee betekenissen van de term medicalisering, die wij in de literatuur aantreffen. De eerste is meer sociologisch van inhoud, de tweede legt meer psychologische accenten. De socioloog Zola geeft als omschrijving van medicalisering³: „De geneeskunde en de etiketten „gezond” en „ziek” worden relevant gemaakt voor een steeds groter deel van het menselijk bestaan”. Elders⁴ omschrijft hij het proces van medi-

calisering als volgt: „De geneeskunde is tot een institutie van sociale beheersing aan het uitgroeien”. Nader uitgewerkt betekent dit volgens Zola:

- a. De expansie van wat men in het leven relevant vindt voor een goede uitoefening van de geneeskunde;
- b. expansie van wat men in de geneeskunde relevant vindt voor een goede manier van leven.

De medicus Iemhoff⁵, als tweede voorbeeld, bedoelt met medicalisering „dingen als: het individualiseren van existentiële problemen, het wegvertalen van onrecht in leed, van conflict in klacht”.

In het volgende willen wij een poging doen een ondubbelzinnige definitie van het begrip medicalisering op te bouwen; een definitie die ook als basis voor onderzoek kan worden gebruikt. Dit laatste is om verschillende redenen belangrijk.

Ten eerste krijgt men de indruk dat medicalisering een veel voorkomend en bovendien belangrijk verschijnsel is. Dat alleen al maakt het van belang dat wetenschappelijk onderzoek zich hierop richt. Ten tweede is het begrip medicalisering een omstreden begrip. Voor sommigen heeft het een negatieve betekenis; in de omschrijving van Iemhoff is het woord „wegvertalen” daarvan een indicatie, terwijl ook de wijze waarop Zola het begrip omschrijft een ongunstige sfeer ademt. Medicalisering zou een proces zijn, dat per definitie ten onrechte plaatsvindt. Anderen echter beoordelen verschijnselen die wijzen op medicalisering positief: te den-

ken valt aan de toename van het optreden van artsen bij strafrechtzaken en de steeds omvangrijker wordende bevolkingsonderzoekingen.

Zonder ons nu in een discussie over waarden in de wetenschap te willen begeven, menen wij dat het in de eerste plaats nodig is een definitie te formuleren, die dit verschijnsel beschrijft zonder het te veroordelen. In concrete maatschappelijke situaties kan vervolgens een waardering ervan plaatsvinden. Een directe verbinding van medicalisering met ongewenstheid, een bij voorbaat aannemen van onterechtheid van het verschijnsel zou het voor onderzoek ontoegankelijk maken.

Wij gaan nu als volgt te werk. Eerst schetsen wij enkele ontwikkelingen die laten zien, dat er steeds meer van de diensten van medici wordt gebruikgemaakt. Daarna beschrijven wij enkele factoren op individueel niveau (preventie, klachten en vragen) en op maatschappelijk niveau (de positie van de arts en zijn professie), die voor die ontwikkeling belangrijk zijn. Vervolgens wordt vanuit deze achtergrond een omschrijving van medicalisering gegeven. Het artikel wordt afgerond met een samenvatting.

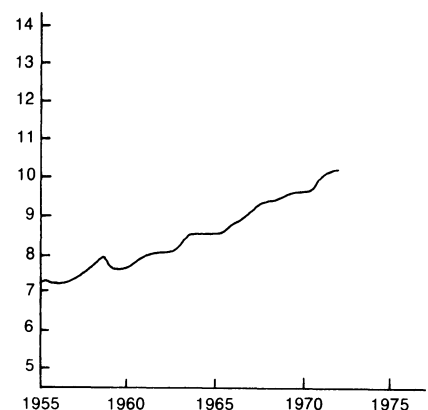
Enkele cijfers

De ook in Nederland opgekomen belangstelling voor het begrip medicalisering is vooral ontstaan uit de bezorgdheid over een aantal ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Dit betrof vooral de toename van belang en invloed van die zorg – en dan met name van de groep der geneeskundigen daarin – in onze samenleving. Ter illustratie verwijzen wij naar de tabellen 1, 2, 3 en 4.

Figuur 1 illustreert dat Nederlanders steeds vaker in een ziekenhuis worden opgenomen.¹⁰

Figuur 1. Ziekenhuisopname coëfficiënt in de jaren 1955-1972.

In ziekenhuizen opgenomen patiënten per 100 inwoners.



* Beiden werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep Gedragwetenschappen van de Medische Faculteit van de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Tabel 1. Aantal artsen per categorie per 100.000 inwoners in de jaren tussen 1965 en 1976⁶.

	1965	1970	1974	1975	1976
Huisartsen	36	35	35	35	36
Specialisten	39	42	48	49	53
Sociaal-geneeskundigen	4	8	8	8	8
Overigen	35	36	52	56	62
Totaal	114	121	143	149	159

Tabel 2. Het aantal mensen dat een uitkering ontving krachtens de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering na daarvoor een medisch onderzoek te hebben ondergaan in de jaren 1969 tot 1976⁷.

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Mannen (x 1000)	150	168	186	205	225	248	273	294
Vrouwen (x 1000)	45	47	51	55	60	65	76	83

Tabel 3. Het gemiddelde aantal ziekmeldingen per werknemer – in de meeste waarvan een controlerend geneesheer een rol zal hebben gespeeld – in de jaren tussen 1965 en 1975⁸.

	1965	1970	1973	1975
Mannen	1,5	1,7	1,7	1,8
Vrouwen	2,1	2,6	2,6	2,8

Tabel 4. Medische sportkeuringen in de jaren tussen 1949 en 1972⁹.

Jaar	Aantal gekeurden (x 1000)
1949	56,3
1953	91,1
1958	140,1
1963	192,1
1968	261,6
1969	272,3
1970	278,9
1971	312,3
1972	321,8

Een andere illustratie vormt de plaats waar bevallingen plaatsvinden. Was vroeger de bevalling thuis normaal, tegenwoordig zien wij (tabel 5) steeds vaker dat de blijde gebeurtenis in een ziekenhuis plaatsvindt¹¹.

Tegelijk met en parallel aan de ontwikkeling betreffende het aantal gevallen waarin mensen met artsen in aanraking komen zien wij ook, dat in het kader van de uitvoering van allerlei wetten medici in steeds meer gevallen worden ingeschakeld. In het bijzonder valt hier te denken aan de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Ziektewet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, en allerlei wetten op het terrein van de volksgezondheid en milieuhygiëne. Een laatste illustratie van de groei van het

Tabel 5. Plaats waar de bevalling gebeurde in de jaren tussen 1965 en 1974 in procenten.

Plaats	1965	1970	1972	1973	1974
Thuis	68,5	57,3	52,6	50,1	47,6
Ziekenhuis	27,3	36,3	40,8	43,9	47,3
Kraamkliniek	1,6	1,8	1,7	1,6	1,6
Overige	1,6	4,6	4,9	4,4	3,6
Totaal	100	100	100	100	100

Tabel 6. Kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt in percentage van het bruto nationaal product in de jaren tussen 1953 en 1978.

	1953	1958	1963	1968	1970	1973	1978
	3,3	3,9	4,5	5,9	6,5	7,5	9,0

belang van de gezondheidszorg in onze samenleving blijkt uit de gegevens over de kostenontwikkeling, als percentage van het bruto nationaal product¹².

Twee vragen

Uit de voorbeelden blijkt dat een tweetal ontwikkelingen is te onderscheiden. Mensen gaan ten eerste steeds meer naar artsen toe om hen te consulteren. En ten tweede worden artsen door maatregelen van de overheid steeds meer ingeschakeld om hun mening te geven. Beide ontwikkelingen zijn aspecten van eenzelfde achterliggende beweging, namelijk dat onze samenleving en haar leden steeds groter belang hechten aan de mening van artsen. Om de betekenis van deze ontwikkeling te zien dienen wij ons de volgende vragen te stellen:

1. Waaróm gaan mensen naar een arts?
2. Waarom gaan mensen naar een árts?

Waaróm gaan mensen naar een arts?

De eerste vraag, die naar het waarom van het bezoek aan een arts, kan worden beantwoord door dit waarom uiteen te leggen in aanleiding en oorzaak. De aanleiding van artsbezoek is de manifeste vraag om hulp, waarmee mensen zich tot de arts wenden. Deze is te onderscheiden in drie globale categorieën: preventie, klachten en vragen.

Preventie

Mensen bezoeken artsen om te vermijden dat er klachten of ongewenste ontwikkelingen in de toekomst zullen optreden, bijvoorbeeld cariës, cervixcarcinoom, zwangerschap enzovoort. Het feit dat er tegenwoordig meer dan vroeger wordt gebruikgemaakt van de mogelijkheden die op het gebied van preventie ter be-

schikking staan (zie bijvoorbeeld de cijfers betreffende sportkeuringen in tabel 4), doet vermoeden dat maatschappelijke factoren preventief artsenbezoek beïnvloeden.

Klachten

Mensen bezoeken artsen omdat zij een lichamelijke klacht ter behandeling of advies willen aanbieden. De geuite klacht is de vertaling van een gevoel van onwelbevinden in termen die in onze cultuur algemeen aanvaard en legitiem zijn. Mensen zoeken naar de oorzaak van hun onwelvoelen, mede in de hoop er door het opsporen van die oorzaak iets aan te kunnen (laten) doen. De oorzaken zijn echter zelden ondubbelzinnig en daarom brengen mensen simplificaties aan in hun interpretatie van fenomenen. Deze simplificaties zullen in onze cultuur meestal de vorm aannemen van een scheiding tussen „lichamelijk” en „geestelijk”. De interpretatie van klachten is dan eenzijdig: of lichamen of geestelijk. Voor het beschrijven van klachten of symptomen in termen van de mens als eenheid van lichaam en geest ontbreken ons zelfs de woorden. Een term als „psychosomatisch” benadrukt wel de samenhang van het een en het ander, maar gaat ondertussen uit van de dichotomie. Ditzelfde geldt voor een begrip als „somatisering”: de omzetting van emotionele problemen in fysieke stoornissen¹³. Aan deze in het medisch denken gangbare term worden zaken gekoppeld als: functionele klachten, psychosomatische ziekten enzovoorts. Wanneer mensen met een klacht bij hun arts komen mag men verwachten, gegeven de noodzaak van „keuze” in de geschetste dichotomie, dat zij hun klacht eerder lichamen dan psychisch interpreteren en presenteren. Ten eerste om-

dat er een vrij zwaar taboe heerst op geestesziekte en zwakkere pendanten van geestelijk onvolwaardig functioneren¹⁴. Een lichamelijke klacht is in arbeidsethisch en cultureel opzicht legitiemer dan vermoeidheid, overspannen zijn of slechte relaties met mensen in werk- of gezinssituatie; de discussie over de functie van de W.A.O. betreffende mensen met psychische afwijkingen toont dit voldoende aan¹⁵.

Ten tweede hebben mensen in onze cultuur aanzienlijk minder moeite om lichamelijke symptomen te beschrijven dan om een problematische sociale situatie uiteen te zetten. Dit zal verband houden met het taboe op deze zaken¹⁶. Een duidelijke illustratie hiervan geeft het morbideitsonderzoek van het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Van de 57 procent door de patiënten als puur lichamenlijk gepresenteerde klachten werd 18 procent door de artsen gediagnosticeerd als ten dele psychisch of met psychische componenten¹⁷.

Ten derde heeft de medische wetenschap een flink aantal vaak effectieve technieken ter beschikking die bij lichamenlijke klachten uitzicht bieden op behandeling en verbetering. Omdat dit voor „psychisch” dysfunctioneren veel minder het geval lijkt te zijn, zullen mensen, gedreven door de hoop op verbetering, vaak een lichamenlijke interpretatie hanteren: „Als die pijn in mijn rug over is, ben ik weer beter”.

Het feit dat klachten met deze achtergronden tegenwoordig in de (huis-)artspraktijk eerder regel dan uitzondering zijn, doet vermoeden dat er inderdaad van een toename van somatisering sprake is¹⁸. Zo lijkt somatisering op individueel niveau te liggen in het verlengde van medicalisering op maatschappelijk niveau.

Hierbij past echter een belangrijke aantekening. Het begrip somatisering gaat uit van de eerder omschreven dichotomie van lichamenlijk en geestelijk; het gebruik van de term heeft het gevaar die dichotomie in stand te houden of zelfs te versterken. Het verdient aanbeveling deze term voorlopig met grote voorzichtigheid te hanteren of zelfs geheel te laten vallen. Dat schept ruimte voor een benadering van menselijke klachten en problemen waarin fysieke en psychische aspecten in onderlinge samenhang aan de orde kunnen komen.

Vragen

De arts wordt met vragen op allerlei terreinen geconfronteerd. Een aantal daarvan rekent hij zelf niet tot zijn competentie, bijvoorbeeld adviezen over de aankoop van babykleertjes, of hulp bij het krijgen van sociale uitkeringen. Winkler Prins toonde aan dat enige tijd geleden dergelijke vra-

Tabel 7. Aantal malen dat in de jaargang 1977 in de rubriek „Margriet weet raad” het advies werd gegeven de huisarts te raadplegen naar aanleiding van verschillende soorten klachten.

Klacht	Aantal malen aangeraden de huisarts te bezoeken
Huwelijksproblemen	4
Depressiviteit (inclusief „zenuwen”)	7
Opvoedingsproblemen	2
Migraine	1
(Angst voor) bevalling	2
Overige (alcoholisme, agressief gedrag, stotteren, overgang, contactstoornissen)	5
Totaal	21

gen nog veelvuldig aan artsen werden gesteld¹⁹.

Bij andere vragen is minder duidelijk of de arts wel of niet competent is voor de behandeling ervan. Duidelijk is echter wel, dat voor vele mensen nog steeds de regel geldt: bij twijfel . . . naar de huisarts. Deze regel wordt ook in de media nog steeds aangemoedigd. In dit verband is het illustratief de rubriek „Margriet weet raad” in het weekblad Margriet eens door te nemen. Bij welke klachten meent de redactie dat de huisarts dient te worden geconsulteerd?

Men kan allerlei opvattingen hebben over de taak van de (huis-)arts, maar het is duidelijk dat de in Margriet gesignaleerde problemen onmogelijk alle als strikt medisch kunnen worden beschouwd (tabel 7). Tevens is duidelijk, dat één van de redenen waarom mensen met veelsoortige problemen bij de huisarts terechtkomen het feit is, dat er weinig eenvoudig toegankelijke eerstelijnszorg is op het gebied van psychische of sociale problemen. Vrijwel al deze problemen komen eerst bij de huisarts als verwijzingsstation terecht.

Aangezien ook de geestelijke gezondheidszorg historisch gezien een zaak van artsen (psychiaters) is, en vele huisartsen nog weinig informatie bezitten over verwijzingskanalen naar bijvoorbeeld maatschappelijk werk, lijkt de veronderstelling niet ongegrond, dat dit patroon bevorderend werkt voor het terechtkomen van mensen met problemen, die voornamelijk psychisch of sociaal zijn, in medische kanalen.

Tot zover een analyse van de aanleiding van het consulteren van een arts. Wij stellen voorts de vraag naar de oorzaak: welke factoren spelen een rol als mensen niet alleen een klacht hebben maar die ook uitgaan aan een hulpverlener, i.c. een arts? Philippen²⁰ wees in dit verband op de

noodzaak het ziekteproces te beschouwen als een beslissingsproces; het gaan naar de dokter is het resultaat van een beslissing van een patiënt. Dit is van belang, omdat uit bevolkingsonderzoek steeds weer blijkt²¹, dat het aantal klachten dat aan artsen wordt gepresenteerd slechts een klein deel vormt van het onder die bevolking bestaande aantal klachten. De eerder gesignaleerde toename van de medische consumptie behoeft dan ook niet in direct verband te staan met een verslechtering van de gezondheidssituatie van de bevolking. Van belang is eerst te weten, welke factoren daarnaast de beslissing tot het consulteren van artsen beïnvloeden.

Cassee²² heeft hiernaar onderzoek gedaan voor wat betreft het bezoek aan de huisarts. Naast de factor „fysiek onwelgevoelen” bleken het aantal barrières van financiële of sociale aard dat door de patiënt moest worden genomen, de aard van zijn ziekteopvatting en zijn opleiding belangrijke factoren te zijn. Met andere woorden: de oorzaak van artsenbezoek dient niet alleen te worden gezocht in de klacht, die als aanleiding wordt gepresenteerd, of in de oorzaak van die klacht, maar tevens in de concrete maatschappelijke situatie van de klager.

Het voorgaande overziende kunnen wij concluderen dat patiënten die een beroep op hun arts doen hem voor een keus stellen: voldoen aan de vraag om hulp of niet voldoen. Om die keus te kunnen maken moet de arts duidelijkheid hebben of die vraag al of niet op zijn terrein ligt. Echter, er is een breed scala van klachten waarvan niet duidelijk is welke klachten al dan niet op medisch terrein liggen. Daarbij komt dat is gebleken dat slechts een gering deel van de bestaande klachten onder de aandacht van de arts wordt gebracht. Hieruit volgt dat er een grote flexibiliteit in de omvang van de vraag naar gezondheidszorg – en met name naar de hulp van de arts – aanwezig is. Hiermee is de basis voor een verklaring gegeven van het verschijnsel, dat op verschillende tijden de omvang van de gezondheidszorg kan variëren.

Waarom gaan mensen naar een arts?

De tweede vraag die wij stelden naar aanleiding van de met cijfers geïllustreerde ontwikkelingen was: waarom gaan mensen juist naar een arts en niet naar een hulpverlener van een andere discipline? Het is duidelijk dat hierbij in de eerste plaats maatschappelijke invloeden een rol spelen. De samenleving heeft de arts een door de wet gesteunde monopoliepositie gegeven, waardoor mensen die klachten

hebben wel bijna gedwongen zijn hem te consulteren. Die dwang is niet absoluut – men kan naar alternatieve genezers – maar het oordeel van niet-artsen heeft voor een apotheek noch voor een werkgever rechtsgeldigheid.

Deze wetgeving staat niet op zichzelf maar heeft een basis in de in brede lagen van de bevolking levende opvattingen over gezondheid en ziekte²³ en over de positie van de arts in die samenleving²⁴. De opvatting dat voor een „gelukkig leven” een goede gezondheid van het allergrootste belang is, is zeer algemeen, zoals Cassee aantoonde. En de opvatting dat artsen de eerste aangewezen personen zijn om zijn klachten aan voor te leggen, is zo mogelijk nog algemener.

Sociologen als Freidson, Zola en Parsons²⁵ die de relatie arts-patiënt analyseerden, merkten op dat de arts en zijn beroepsgroep door deze – zowel verworven als opgedrongen – positie een belangrijke plaats in de samenleving zijn gaan innemen. Daarbij komt dat de beroepsgroep als een professie is te beschouwen.

Het belangrijkste kenmerk van een professioneel beroep is zijn autonomie: de mogelijkheid tot zelfregulering van het beroepshandelen²⁶. Anders gezegd: de arts en zijn beroepsgroep bekleden een belangrijke maatschappelijke positie, terwijl hun handelen zich onttrekt aan maatschappelijke controle; hierbij denke men met name aan de discussie die momenteel over het functioneren van het medisch tuchtrecht wordt gevoerd. Hieraan kan worden toegevoegd dat, waar ziekte als een vorm van afwijkend gedrag kan worden beschouwd²⁷, de positie van de medicus in de samenleving als die van een „agent van sociale controle” kan worden aangemerkt²⁸.

De natuurwetenschappelijke kennis, die geacht wordt de basis van het medisch handelen te vormen, geeft aan de positie van de arts en zijn professie een sterke legitimiteit. Dit soort kennis wordt immers geacht objectief te zijn: de natuurwetenschap verschaft de waarheid. Doordat de medische professie daarin haar uitgangspunt kiest, kunnen ook de door artsen geuite opvattingen als waarheden worden aangemerkt. Het zijn objectieve uitspraken waartegen geen verweer mogelijk is. Men denke bijvoorbeeld aan de positie van de sollicitant bij zijn medische keuring.

Medicalisering

In het voorgaande hebben wij de achtergrond geschetst van waaruit wij een omschrijving van medicalisering kunnen geven. Het komt erop neer dat de arts in een maatschappelijke positie is geraakt,

waarin hij met de meest verschillende problemen wordt geconfronteerd. In dit kader is medicalisering te definiëren als: het proces waarbij steeds meer verschijnselen in het menselijk bestaan onder de oordeelsbevoegdheid van leden van de medische professie worden gebracht.

De verschillende in deze omschrijving gebruikte termen kunnen wij als volgt toelichten:

Een proces: medicalisering is niet een bepaald statisch gegeven, een vaste situatie, maar is een proces van maatschappelijke verandering. En evenals de invloed van de „religieuze professie” na de middeleeuwen is afgenomen, kan in de toekomst ook medicalisering veranderen in „demedicalisering”²⁹.

Verschijnselen in het menselijk bestaan: de voorbeelden uit de tweede paragraaf geven enigszins aan wat onder deze verschijnselen kan vallen. Naar aanleiding van de vraag: „Waaróm gaan mensen naar een arts?” hebben wij deze verschijnselen gerubriceerd onder preventie, klachten en vragen. In feite zijn er weinig verschijnselen te bedenken, die er principieel niet toe behoren.

Oordeelsbevoegdheid: deze term heeft een formele en een informele component. Formeel waar hij doelt op de wetgeving die artsen bepaalde bevoegdheden geeft. Informeel, waar hij betrekking heeft op allerlei terreinen, waarvoor geen expliciete regels bestaan, maar waarop naar ieders mening artsen wel bevoegd zijn te oordelen.

Wat betekent hier „ieders mening”? Gaat het om de artsen zelf die zich op bepaalde gebieden tot oordelen bevoegd achten of om de patiënten, die deze bevoegdheid aan de artsen toeschuiven, door zich met bepaalde (niet duidelijk medische) problemen tot een arts te wenden?

Het lijkt waarschijnlijk dat artsen lang niet altijd gelukkig zijn met de groeiende veelsoortigheid van problemen waarmee zij worden geconfronteerd. De toenemende belangstelling onder artsen en in de medische opleiding voor psychologische en sociologische aspecten van hun werk lijkt ten dele ingegeven door de behoefte zich deskundig te kunnen voelen op terreinen die anderen, bijvoorbeeld patiënten, reeds aan hun bevoegdheid hebben toegewezen.

Hierbij kan nog worden opgemerkt, dat het onderwerpen van bepaalde verschijnselen aan de oordeelsbevoegdheid van een professie, i.c. artsen, noodzakelijkerwijs een reductie met zich brengt: levensverschijnselen worden teruggebracht tot medische verschijnselen. In hoeverre deze reductie ongewenste effecten heeft, is onder meer afhankelijk van de wijze van den-

ken en handelen in medische kringen: hier wordt de controverse tussen het zogenaamde medische model en eventuele andere modellen relevant. Het voert ons echter te ver hierop in het kader van dit artikel verder in te gaan.

Medische professie: de groepering van allen die de titel van arts mogen voeren. *Worden gebracht:* bij deze woorden behoeft niet te worden gedacht aan boze opzet, kwade trouw of machtswellust. Onderzoek zou moeten uitwijzen hoe processen van bevoegdheidstoewijzing in de samenleving verlopen.

Samenvatting. In het voorgaande hebben wij gepoogd een aantal feitelijke maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van de geneeskunde en de gezondheidszorg aan te geven en in een psychologisch en sociologisch kader te plaatsen. Psychologisch als het gaat om de motieven die mensen ertoe brengen zich in de kanalen van onze gezondheidszorg te begeven of te blijven; sociologisch waar het gaat om de plaats van die gezondheidszorg en haar beoefenaars binnen onze samenleving. Op grond van een analyse van verschillende factoren die hier een rol spelen, zijn wij tot een definitie van het omstreden begrip medicalisering gekomen; een begrip dat binnen het medisch-psychologisch en medisch-sociologisch denken bestaansrecht heeft gekregen, omdat het het denken over de feitelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg kan verhelderen en richting geven.

Summary. Medicalization – toward a definition. An attempt is made to outline a number of actual societal developments in medicine and health care, and to place these developments in a psychological and sociological context. In a psychological context with regard to people's motives for entering, or remaining in, the channels of our health care system; in a sociological context with regard to the position of the health care system and its practitioners in our society. On the basis of an analysis of several factors involved, a definition of the controversial concept of medicalization is presented. The concept of medicalization has found acceptance in medicopsychological and medicosociological thinking because it can elucidate and direct our thinking about actual developments in health care.

1. W. G. J. Iemhoff. Psycho-sociale klachten bestaan niet. (1973) Medisch Contact 28, 993-998.
2. I. K. Zola, De medische macht; de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Boom, Meppel, 1973.
3. I. K. Zola. op. cit., p. 8.
4. I. K. Zola. op. cit., p. 50 e.v.
5. W. G. J. Iemhoff, op. cit. →

De vrouw in en om het huisartsberoep

DRS. F. C. L. GOOSMANN, AGOOG*

De bij de opleiding van arts-assistenten tot huisarts opgedane ervaring dat het moeilijk blijkt voor vrouwelijke assistenten een plaats te vinden bij een huisarts-opleider, leidde tot confrontatie met een verrassende en tevens ingewikkelde problematiek betreffende de vrouw in de huisartspraktijk. Er is een poging gedaan deze problematiek te analyseren en een antwoord te formuleren op de vraag waarom de vrouw in dit beroep lijkt te worden gediscrimineerd.

Geen vrouw

Eén van de eerst opgemerkte verschijnselen was de uitspraak van een aanzienlijk aantal opleiders dat zij geen vrouw-in-opleiding in hun praktijk wensden, hetgeen door het dikwijls achterwege blijven van de argumentatie onaangenaam aandeed. Men kan dit als een vorm van discriminatie beschouwen en hoewel overtuigd dat man-vrouw verschillen, of deze nu cultureel, biologisch of psychologisch bepaald zijn, niet met een logische verhandeling uit de weg kunnen worden geruimd, dringt zich sterk de vraag op of het geringe percentage „de vrouw als huisarts” geen samenhang zou kunnen vertonen met het hoge medische consumptie-patroon van de „vrouw als patiënt” (*Van der Velden*).

Ten aanzien van de frequente verwerping van de vrouwelijke a.a.'s door de huisartsopleiders wordt bedoeld dat het hier niet alleen om een „zwijgende” discriminerende tendens gaat, maar dat er ook rationeel gezien een aantal zeer ongewenste elementen in deze afwijzing ligt. In de groepen a.a.'s die de huisartsopleiding volgen, was duidelijk waargenomen dat de inbreng en de „bijdrage” van de vrouwelijke a.a.'s een andere kwaliteit bezaten dan

Tijdens de opleiding van arts-assistenten (hierna aangeduid met a.a.'s) tot huisarts werd een toename opgemerkt van het aantal vrouwelijke assistenten dat de opleiding wilde volgen. Soms gemotiveerd om ook inderdaad huisarts te worden, soms ook niet met deze uitgesproken motivatie, maar meer met het idee om een studie af te ronden met een niet al te lang durende specialisatie, wel ziende wat men daarmee in de toekomst zou doen. Daarbij bleek een vrij ingewikkelde problematiek te bestaan, die zich vooral afspeelde in de onderlinge relaties tussen de vrouwelijke arts-assistenten en haar opleider, terwijl zich voorts een aantal problemen voordeed dat zich in het algemeen om „de vrouw in de praktijk” afspeelde, zoals de rol die de vrouw van de opleider speelde, de rol van de praktijk-assistente en de rol van de eventuele partner van de vrouwelijke arts-assistent.

Juist vanwege de ingewikkeldheid van de problematiek leek het zinvol een duidelijk onderscheid te maken in de aard daarvan.

* Wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en verbonden aan het Instituut voor huisartsgeneeskunde, Mariahoek 6, Utrecht.

verkenning van een professie. Van Gorcum, Assen, 1974, p. 21.

27. I. K. Zola, op. cit.

28. T. Parsons, op. cit., p. 428-479.

29. Zie: I. Illich. Het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid. Het Wereldvenster, Baarn, 1975, p. 139. Het boek is te beschouwen als een pleidooi voor „ontmedicalisering”.

23. E. Th. Cassee, op. cit., p. 12.

24. F. van Heek: Sociale stijging en daling in Nederland I. Stenfert Kroese, Leiden, 1958.

25. E. Freidson: Profession of medicine. Dodd, Mead en Comp., New York, 1973. I. K. Zola, op. cit., T. Parsons, op. cit.

26. E. Freidson, op. cit., p. 72. J. J. Klinkert. Macht van artsen, een bezorgde

6. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
7. Bron: C.B.S.
8. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
9. Centraal Bureau voor de Statistiek/ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Compendium Gezondheidsstatistiek Nederland, 1974, p. 137.
10. Centraal Bureau voor de Statistiek/ Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 1977, p. 53.
11. Centraal Bureau voor de Statistiek. Statistisch zakboek, 1976.
12. Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport benadering van de ontwikkeling van de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg, 1976.
13. Medical dictionary.
14. Zie bijv. E. Goffman. Stigma. Englewood Cliffs, N. J. 1963; voorts: D. N. Phillips. Rejection, a possible consequence of seeking help for mental disorders; in: S. P. Spitzer & N. K. Denzin. The mental patient. McGraw-Hill, New York, 1968.
15. Zie bijv. de documentatiemap van de „Woudschotenconferentie” over sociale wetenschappen in de geneeskunde.
16. Bovenstaande formuleringen zijn ten dele ontleend aan W. L. Lammers. Interne nota Vakgroep Gedragswetenschappen VU (niet gepubliceerd).
17. C. A. Vermeulen. Morbiditeit in het gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
18. C. A. Vermeulen, op. cit.
19. J. Winkler Prins. Huisarts en patiënt. Boom, Meppel, 1966, p. 160-162, 296-298. Vergelijk in dit verband het begrip „functionele specificiteit” van T. Parsons. The social system. Routledge en Kegan Paul Ltd. London, 1970, p. 428-479. Zie ook J. J. Klinkert. Inleiding in de medische sociologie. Van Gorcum, Assen, 1977, p. 90, 91.
20. H. Philipsen. Afwezigheid wegens ziekte; een onderzoek naar oorzaken van ziekteverzuim in 83 middelgrote bedrijven. Wolters-Noordhof, Groningen, 1969, p. 44.
21. Zie onder meer: L. Srole en anderen. Mental health in the metropolis – the Midtown Manhattan study. New York, McGraw-Hill, 1962; G. S. Siegel. Periodic health examinations – abstracts from the literature. Public health service, publ. nr. 1010, Washington D.C., Government Printing Office, 1963. Zie ook: I. K. Zola, op. cit., p. 70-93.
22. E. Th. Cassee: Naar de dokter; enkele achtergronden van ziektegedrag en gezondheidszorg. Boom, Meppel, 1973, p. 44-86.