
LITERATUURBESPREKING

“Inleiding in de medische sociologie” “Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven”

Boot, J.M.D. (2001) *Inleiding in de medische sociologie*.

Assen: Koninklijke Van Gorcum.
ISBN 90 232 3718 8 pag. 231. 7e
Herziene druk.

Nijhof, G. (2001) *Ziekenwerk. Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven*.

Amsterdam: Aksant. ISBN 90 5260 005
8 pag. 141.

Om een maatschappij te begrijpen en te kennen, is kennis van die samenleving van belang. Ervaringskennis is volgens Boot (2001) niet voldoende.

Wetenschappelijke kennis 'is preciezer en systematischer'. Het helpt om in de chaos en complexiteit nog enige samenhang te zien. Als hulpverleners hebben we, om die samenhang te begrijpen en te kennen, onder andere de beschikking over de sociologie als wetenschap. Nijhof (2001) benadert zijn vakgebied als medisch socioloog ditmaal van een andere kant; vanuit ervaringskennis. Voor het eerst in dertig jaar ondervond hij aan den lijve hoe de wereld van de gezondheidszorg aanvoelt, als je er zelf als patiënt mee te maken krijgt. Er blijkt een wereld van verschil te zitten in de precieze en systematische waarneming van sociologen als wetenschappelijk beroepsbeoefenaar achter een bureau, en één die in een ziekenhuisbed ligt. Dat roept op zijn minst de vraag op of sociologen kennis nemen van op schrift gestelde ervaringen van 'zieken'. Van belang is dan hoe die ervaringen worden gezien in wetenschappelijke kringen. Want zo zegt Boot (2001) 'als wetenschappelijke kennis is de realiteitswaarde van sociologische kennis hoger dan van common-sense

kennis'. Misschien valt ervaringsdeskundigheid onder common-sense kennis. Wat mij betreft mag ervaringskennis vaker gekozen worden tot onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. De wetenschappelijke werkelijkheid komt hiermee dichterbij de dagelijks beleefde werkelijkheid en dat leidt, in dit geval, tot andere inzichten.

Veel van wat Nijhuis hoorde en zag strookte namelijk niet met zijn kennis over 'zijn' medische sociologie. Een tamelijk eerlijke onthulling van een wetenschapper! Een vraag die bij hem opkwam was waarom er in de medische sociologie zoveel aandacht is voor artsen en zo weinig voor verpleegkundigen. Het personeel waar je als zieke in een ziekenhuis veel vaker mee te maken hebt dan met artsen. Om een antwoord hierop te vinden kon ik te rade gaan bij een standaard werk over medische sociologie, het boek van Boot (2001). In de paragraaf over sociale stratificatie (rangen en standen in de maatschappij) wordt de beroepen hiërarchie in de gezondheidszorg geschetst. Status en inkomen vertonen samenhang. Artsen hebben een hoger inkomen dan verpleegkundigen, hun status is hoger. Bovendien hebben zij zeggenschap en macht. Blijkbaar zijn dat interessante gebieden voor wetenschappers. Opmerkelijk daarbij is dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen nooit onderwerp van sociaal medisch onderzoek zijn geweest. In hetzelfde hoofdstuk wordt namelijk een tabel getoond waarin de inkomstenhiërarchie (FWG 3.0) in de gezondheidszorg wordt weergegeven (de laagste functiegroep die op de beroepsbeoefenaar van toepassing is

staat weergegeven). Verpleegkundigen worden onderverdeeld in A-, B- en Z-verpleegkundigen. De A- en Z-verpleegkundigen zijn ondergebracht in schaal 35 en de B-verpleegkundigen in schaal 40. Sociaal Psychiatrisch verpleegkundigen komen in het rijtje niet voor, we weten echter dat deze groep in 55 zou vallen -als we de laagste functiegroep weer geven - en in 60 als we dat niet zouden doen. Als ik medisch sociologisch wetenschapper was, zou ik willen onderzoeken wat de consequenties hiervan zijn met betrekking tot professionalisering en hiërarchie in de beroepenstructuur. Wat wetenschappers niet weten kunnen ze natuurlijk ook niet meten. De vraag die je daarbij kunt stellen is hoe vrij wetenschappers zijn om te mogen bepalen welke kennis zij tot zich nemen. Dat geldt zowel voor ervaringsdeskundigheid als kennis over beroepskrachten in de gezondheidszorg. Ook al doet de wetenschap nog zo zijn best om 'objectief' de wetenschappelijke stand van zaken weer te geven, zij ontkomt er niet aan alleen die werkelijkheid weer te geven die tot zich nemen. Bewust of onbewust, stuurt die werkelijkheid de gedachtegang van de wetenschapper. Zo heb ik kennis kunnen nemen van twee werken van medisch sociologen. Het feit dat ik het werk van Nijhuis eerst heb gelezen, kleurt de manier waarop ik kennis heb genomen van het werk van Boot. Ik ben er op zijn minst op bedacht dat de wijze waarop Boot naar de medische sociologie kijkt maar een deel van de werkelijkheid is.

Die werkelijkheid van **Boot (2001)** is als leerboek voor aankomende professionals zeker de moeite waard. Ook voor 'gevestigden' in de gezondheidszorg is het een goed boek. Als de kennis over dit onderwerp is weggezakt naar lagere regionen van het bewustzijn, kan het dienen als opfrisser of als bijscholing. De stand van zaken wordt op een overzichtelijke manier

aangeboden. Opmerkelijk is echter dat bij een beschrijving van het onderwerp hospitalisatie van chronisch zieken, de ontwikkelingen van vermaatschappelijking in de psychiatrie niet genoemd worden. Ook blijft de emancipatie van cliënten en families die zich organiseren, onvermeld.

De tekst is goed leesbaar en de onderwerpen zijn herkenbaar uit de praktijk. Vanuit een breed perspectief worden alle mogelijke thema's die een rol spelen in de gezondheidszorg, onder de loep genomen. De veranderende samenleving en de gezondheidszorg, en de plaats van de sociologie hierin worden in deel I beschreven. Deel II gaat over allereerste aspecten uit de sociologie. Zo worden de structuren, culturen en rollen van gezondheidszorginstellingen beschreven. Ook de eerder genoemde sociale stratificatie en de gevolgen hiervan voor verschillende groepen professionals komen aan bod. Tot slot wordt in dit deel aandacht besteed aan socialisatie en afwijkend gedrag. In paragraaf 6.3. wordt *Geestesziekte* behandeld. De lezer wordt duidelijk gemaakt dat medisch sociologen vooral geïnteresseerd zijn in de sociale aspecten van geestesziekte 'zoals patiëntenperceptie, gedrag van patiënten, de inhoud van waanvoorstellingen en de houding van anderen tegenover de patiënt'. Diagnosticeren is sociologisch gezien altijd etiketteren, 'los van de vraag of over de aard van de diagnose medisch-professionele meningsverschillen bestaan'. Het is goed om een deel van ons vakgebied vanuit een andere invalshoek te bekijken. Het doet je weer beseffen dat gebruik van 'gevestigde, algemeen aanvaarde' instrumenten om te diagnosticeren, richtinggevend is voor de waarneming. Het feit dat schizofrenie als biologische ziekte wordt gezien, of volgens de DSM IV wordt gediagnosticeerd heeft voor de

behandeling van de patiënt vergaande consequenties (Romme, SP 61-2001; Vlamincq MGV 4- 2002). Ook dit zijn sociale aspecten van 'geestesziekte'. Bepalend voor de waarneming is de bril waardoor we kijken.

Het laatste deel beschrijft verschillende sociologische theorieën. Een deel dat tamelijk saai, want droog, kan worden indien het louter uit opsommingen zou bestaan. Gelukkig doet de auteur dit niet. Ondanks het hogere abstractieniveau van dit hoofdstuk blijft het goed leesbaar. In paragraaf 7.3. wordt bijvoorbeeld het thema *Ziekte als protest* uitgewerkt. Onder SPV-en vooral bekend geworden als 'individualisering en uitstoting'. Ziekteverzuim wordt in deze paragraaf bekeken vanuit het perspectief van 'ziek worden' en niet van 'ziek zijn'. Werken in ploegendienst wordt onderzocht en uit de conclusie blijkt dat naast individuele factoren, arbeidsomstandigheden en de kapitalistische structuur van de samenleving evenzo goed een rol spelen. Dit is niet nieuw maar het geeft aan dat een verschijnsel ooit beschreven vanuit de sociale psychiatrie nog steeds actueel is en betrokken moet worden in onze werkwijze. Dat is vooral van belang nu ziek zijn zo onder vuur is komen te liggen, en er voor ziek worden steeds minder aandacht is. Ik hoop maar dat medewerkers van Arbo diensten of SPV-en die werken met arbeidsgerelateerde problematiek, deze kennis mee laten wegen in hun onderzoek bij zieke werknemers. Dat zij er niet toe overgaan om alleen de symptomen van het 'ziek zijn' te bestrijden maar symptomen die tot 'ziek worden' leiden, ook aanpakken.

In dit laatste deel wordt ook een en ander geschetst over onderzoek in en van de geneeskunde. Opmerkelijk is dat wetenschappelijke ontwikkelingen in de verpleegkunde hier totaal niet worden opgemerkt. Komt dat omdat het hier

een inleiding in de *medische* sociologie betreft?

Desondanks een lezenswaardig boekwerk, dat de brede sociologische context weergeeft van een wereld waarin wij werkzaam zijn en waarvan wij onderdeel zijn. Omdat het is geschreven vanuit het perspectief van de medische sociologie wacht ik met smart op een *Inleiding in de paramedische sociologie*.

Nijhuis (2001) schrijft zijn *Ziekenwerk, Een kleine sociologie van alledaags ziekenleven* vanuit een heel ander perspectief. Boot beschrijft de sociologie vanuit brede kaders en geeft daarbij praktijk voorbeelden. Nijhuis doet dit net andersom, vanuit het zijn eigen ervaringen als zieke passerende brede sociologische thema's de revue. Dat kan natuurlijk ook niet anders als je wetenschapper van beroep bent en je krijgt de kans om van zo dichtbij ervaringen langs je eigen wetenschappelijke meetlat te leggen. Hij doet dat en durft daarbij ook zelfkritiek te uiten. Opvallend is wel dat Nijhuis zich soms 'onder sociologen' schaart, maar daar op andere plaatsen weer afstand neemt. Zo schrijft hij in de inleiding "Na nog geen dag in het ziekenhuis zag ik al dat veel medisch sociologen veel over het hoofd zien. Medische sociologie gaat vooral over dokters, terwijl ik vooral met verpleegkundigen van doen had. Medische sociologie gaat vooral over interacties tussen artsen en patiënten, maar eenmaal in het ziekenhuis hoor en zie ik dat mijn artsen niet zozeer met mij maar vooral met anderen over me spreken." Ervaring kan blijkbaar ook tot afstand leiden. Dat is een thema dat op verschillende manieren terug komt in het boek.

De indringende wijze waarop de afstand, het getob en soms ook de eenzaamheid worden beschreven, staan mij het meest bij. Als hulpverlener werd ik met mijn neus op de feiten

gedrukt. Wat een bescheiden rol hebben we eigenlijk als je nagaat waar mensen in de thuissituatie voor komen te staan, daar vindt het échte 'ziekenwerk' plaats. Uit de beschrijving van de auteur blijkt dat dit heel hard werken is. Niet alleen voor 'de patiënt' maar vooral ook voor de directe omgeving, de partner. "Wat ik zag was alledaagse gezondheidszorg. En wat ik en de mensen om mij heen later deden, was alledaags ziekenwerk. Mezelf zag ik klungelen met dingen waarvoor ik nooit enige belangstelling had gehad: apparaten en leidingen aan mijn lijf. Maar wat veel mensen om me heen met mij deden, mag die naam zeker niet hebben. Dat ziekenwerk zag ik vooral bij Mar, mijn vrouw, en bij mezelf. Zij regelde en ik knutselde, alsof dit onze liefste lusten waren. Er was geen ontkomen aan. We leerden te behandelen, naar bevind van zaken" (Nijhuis 2001: 2 en 3).

De auteur realiseert zich door zijn ziekte en alles wat daar bij komt kijken dat het onderzoeksterrein van medisch sociologen op zijn minst onvolledig is. Zieken zijn vooral thuis, en niet zoals beschrijvingen suggereren, in ziekenhuizen of in spreekkamers. Daarnaast bestaat gezondheidszorg vooral uit zelfzorg, ziekenwerk zoals Nijhuis dit noemt. Werk waarvoor je niet betaald wordt ook niet met een PGB, want dan zorg je zelf voor je ingekochte zorg. Ik vraag me af die onvolledigheid is toe te schrijven aan de socialisatiecontext, omschreven door Boot (2001) in het kader van hospitalisatie. Hebben medisch sociologen zich in de loop der tijd aangepast aan de geldende regels van de wetenschap of de geneeskunde? Hetzelfde geldt voor de individuele

benadering in de gezondheidszorg, die is volgens de auteur totaal misplaatst. "Ziekenhuisbedden zijn eenpersoons. En in ziekenhuisbedden liggen alleen zieken, niet ook 'omwonenden'. En ook hebben de mensen die verzorgd worden een individuele naam. Zij heten 'patiënt'. Maar de meeste van deze patiënten hebben mensen om zich heen, meestal in nauwe relaties, op elkaar betrokken, en met complexe afhankelijkheden. In die relaties breekt een gezondheidszorg in met haar individuele concepten" (Nijhuis 2001: 34).

Zo staat het boek vol met ervaringen en reflecties daarop. Daar tussen door wordt wetenschap met een kleine 'w' bedreven. Want om de hoeveelheid voetnoten kwijt te kunnen heeft de auteur vijftien pagina's nodig. Opvallend daarvan is dat veel literatuur tamelijk verouderd is. Zoals de levensverhalen van mensen die ook een ziekte doorgemaakt hebben. Die levensverhalen van 'onze' cliënten of hun partners of familieleden, waarvan er bijna wekelijks een nieuw exemplaar uitkomt. Die levensverhalen zetten mij weer met beide voeten op de grond. Onder het lezen van het boek van Nijhuis dacht ik telkens: 'dat doen wij in de sociale psychiatrie toch wel anders. Wij nemen het systeem van de cliënt altijd als uitgangspunt van ons handelen. Wij individualiseren niet en uitstoting van zieken proberen wij zoveel mogelijk te voorkomen.' De ervaringsverhalen, bijeenkomsten van de Taskforce Vermaatschappelijking en de Multiloogbijeenkomsten, tonen aan dat ik veel bescheidener moet zijn. Dat ik mezelf vooral op dezelfde wijze onder loop zou moeten nemen als de heer Nijhuis in dit boekje heeft gedaan.

Ivonne van der Padt