

Medische **sociologie**

Dr. C.W. Aakster
Dr. J.W. Groothoff
(Redactie)



Noordhoff Uitgevers

Medische sociologie



Medische sociologie

Sociologische perspectieven op ziekte en zorg

Redactie:

Dr. C.W. Aakster

Prof.dr. J.W. Groothoff

Zesde druk

Noordhoff Uitgevers Groningen/Houten

Ontwerp omslag: G2K Designers, Groningen

Omslagillustratie: Stockbyte

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13,
9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl

4 5 / 13 12 11

© 2005 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

ISBN (ebook) 978-90-01-84949-8

ISBN 978-90-01-04535-7

NUR 883

Woord vooraf

Wij zijn er trots op dat wij nu, opnieuw dankzij de hulp van vele collega's, een geheel herziene zesde versie van *Medische sociologie* aan u kunnen voorleggen. Wij vinden het een interessant fenomeen dat een bepaald vakgebied zich, met een cyclus van vijf tot zes jaar, beschrijft en presenteert aan de kritische buitenwacht. Dit maakt zichtbaar dat niet alleen het boek door de ervaring gegroeid is, maar ook dat het vakgebied zich vanaf de eerste druk in 1978 heeft ontwikkeld van een aarzelend, nog aan zijn eigen identiteit twijfelend geheel, tot een zelfbewust professioneel overgangsgebied tussen de geneeskunde en de sociologie, tussen de gezondheidszorg en de maatschappij. Langzamerhand blijkt dit vakgebied naar beide zijden veel te bieden te hebben aan inzichten en methoden.

In de loop van de tijd hebben vele mensen aan dit project meegewerkt, hetzij als auteur hetzij als eindredacteur of beoordelaar. Een bijzonder woord van erkenning willen wij hier richten tot professor Gerrit Kuiper, initiatiefnemer van het eerste uur. Maar ook richting auteurs die aan de diverse versies (en soms aan alle zes!) meewerkten, past een woord van warme dank.

Wij gaan ervan uit dat veel studenten ook deze versie van *Medische sociologie* met genoegen zullen bestuderen en dat zij daarin zaken zullen aantreffen die hun gedachtevorming aanscherpen en hen helpen bij het oplossen van praktische problemen in de uitoefening van hun functie in of ten behoeve van de gezondheidszorg. Ook degenen die al wat verder gevorderd zijn in hun beroepsloopbaan, kunnen naar onze mening met vrucht kennismaken van dit boek, gezien het actuele karakter van de bijdragen en de diversiteit van behandelde onderwerpen. Dit boek biedt een breder perspectief voor het omgaan met ziekte, gezondheid en zorg. Telkens opnieuw blijkt dat ziekte en genezen niet geïsoleerd kunnen worden gezien van de sociale context waarin deze ontstaan en gemanaged worden. De hulpverlener van de toekomst is een socio-psycho-somatische hulpverlener, een integrale casemanager die – rekening houdend met het patiëntenperspectief – alle openstaande mogelijkheden overziet en benut ten behoeve van herstel en reïntegratie.

Medische sociologie biedt daarbij een kleine ondersteuning; de grootste lering moet uiteraard uit de praktijk, uit de ervaring zelf komen.

Veel plezier!

Prof.dr J.W. Groothoff

Dr. C.W. Aakster

Inhoud

Inleiding 13

Deel 1

Gezondheid en ziekte 18

1 Levensloop van de mens – G. Breeuwsma 21

- 1.1 Wat wordt bedoeld met levensloop? 22
 - 1.2 Op- en neergang in de levensloop 23
 - 1.3 Determinanten van de levensloop 24
 - 1.4 Het individu als product van zijn levensloop 26
- Samenvatting 28
Literatuur 28

2 Gezondheid – D.H. van de Mheen 29

- 2.1 Wat is gezondheid? 30
 - 2.2 Determinanten van gezondheid 31
 - 2.3 Belangrijkste gezondheidsproblemen 32
 - 2.4 Verschillen in gezondheid 32
 - 2.5 Beschrijving van bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen 33
 - 2.6 Verklaringen voor sociaal-economische gezondheidsverschillen 33
- Samenvatting 36
Literatuur 36

3 Ziekte als falende systeemregulatie – C.W. Aakster 37

- 3.1 Een systeem-theoretisch perspectief 38
 - 3.2 De wijze van ziekteproductie 39
 - 3.3 Ziekteproducerende sociale factoren 40
 - 3.4 De route gezond-ziek-gezond 41
 - 3.5 Toelichting bij enkele van de gebezigde begrippen 43
- Samenvatting 44
Literatuur 44

4 'Ziekte': sociale en culturele voorstellingen – Sj. van der Geest 47

- 4.1 Vergelijking 49
 - 4.2 Ziekte-uiting 49
 - 4.3 Ziekteverklaring 50
 - 4.4 Ziekte-ervaring 52
 - 4.5 'Illness' en 'disease' 53
 - 4.6 Cultuur als spiegel 53
- Samenvatting 54
Geraadpleegde literatuur 54
Literatuursuggesties 55

- 5 Chronische aandoening en kwaliteit van leven – Th.P.B.M. Suurmeijer 57**
 - 5.1 Prevalentie van chronische aandoeningen 58
 - 5.2 Gevolgen van een chronische aandoening voor het dagelijks leven 59
 - 5.3 Definitie van kwaliteit van leven 60
 - 5.4 Meten van kwaliteit van leven 62
 - 5.5 Kwaliteit van leven en aanpassing 62
 - 5.6 Kwaliteit van leven: een andere visie 63
 - Samenvatting 63
 - Literatuur 64

- 6 Coping en sociale steun – D.T.D. de Ridder 65**
 - 6.1 Ziekte als adaptieve opgave 65
 - 6.2 Ziekte en coping 67
 - 6.3 Determinanten van coping 67
 - 6.4 Coping en welbevinden 68
 - 6.5 Belang van sociale steun 69
 - 6.6 Determinanten van sociale steun 69
 - 6.7 Sociale steun en welbevinden 70
 - Samenvatting 70
 - Literatuur 71

Deel 2

Hulpverlening 75

- 7 Patiënt, autonomie en hulpverlening – G.I.J.M. Kempen en J.Th.M. van Eijk 75**
 - 7.1 Van pathologie naar beperkingen in dagelijks functioneren: het proces van disablement 76
 - 7.2 Disablement en de rol van verzachtende en versterkende factoren 77
 - 7.3 Autonomie en hulpverlening 78
 - 7.4 Zelfmanagement 79
 - 7.5 Hulpzoekend gedrag 80
 - 7.6 Patiëntenperspectief 80
 - Samenvatting 81
 - Literatuur 82

- 8 Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg – F. Stevens en H. Philipsen 85**
 - 8.1 Beroep versus professe 86
 - 8.2 De boeiende wereld van de professies 88
 - 8.3 Een systeem van professies 89
 - 8.4 Een voorbeeld: de oogheekundige zorg als systeem van professies 90
 - 8.5 Dilemma's in de professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg 91
 - Samenvatting 92
 - Literatuur 93

- 9 Verplegende beroepsgroep in de gezondheidszorg – G.A.H. Buist 95**
 - 9.1 Recente veranderingen in de verplegende beroepen 96
 - 9.2 Omvang van de verplegende en verzorgende beroepen 96
 - 9.3 Opleiding tot verplegende of verzorgende 98
 - 9.4 Verpleging als loopbaan 98
 - 9.5 Inhoudelijke kant van het verplegen 99
 - 9.6 Professionalisering en machtsverandering in de verplegende sector 100
 - Samenvatting 101
 - Literatuur 102

- 10 Therapie, interacties tussen therapeuten en patiënten – P.M. Verbeek-Heida 103**
 - 10.1 Therapie vroeger 104
 - 10.2 Therapie nu 105
 - 10.3 Therapietrouw 105
 - 10.4 Aandeel van de voorschrijvende artsen 106
 - 10.5 Aandeel van de patiënten 107
 - 10.6 Gevolgen voor therapieën 108
 - Samenvatting 109
 - Literatuur 109

- 11 Kwaliteit van de zorgverlening – R.M.J. Schepers en N.S Klazinga 111**
 - 11.1 Kwaliteit en enkele aanverwante begrippen 112
 - 11.2 Benaderingswijzen van kwaliteit 113
 - 11.3 De strijd om de kwaliteit 114
 - 11.4 Kwaliteitsbevordering in de praktijk 114
 - 11.5 Van individuele naar collectieve autonomie 115
 - 11.6 Enkele landelijke organisaties op het terrein van kwaliteit van zorg 116
 - Samenvatting 116
 - Literatuur 117

- 12 Jongeren in Nederland: Gezondheid in maatschappelijk perspectief – J. Tuinstra 119**
 - 12.1 Afbakening van de groep: jongeren, jeugd, adolescenten 120
 - 12.2 Hoeveel jongeren zijn er? 120
 - 12.3 Een overgangssituatie 121
 - 12.4 Gezondheid van jongeren, wat is dat? 121
 - 12.5 Determinanten van gezondheid, leefstijl en vaardigheden 123
 - 12.6 Preventieprogramma's 124
 - Samenvatting 125
 - Geraadpleegde literatuur 125

- 13 Veranderende ouderenzorg – J.A.I. Coolen 127**
 - 13.1 Gebruik van de ouderenzorg 128
 - 13.2 Recente veranderingen in de ouderenzorg 130
 - 13.3 Toekomstperspectief van de zorg voor ouderen 132
 - Samenvatting 134
 - Literatuur 134

- 14 Vrouwen en gezondheidszorg – C. Brinkgreve en F.W. van der Waals 135**
 - 14.1 Medische consumptie van vrouwen en mannen 136
 - 14.2 Waarom consumeren vrouwen meer zorg 136
 - 14.3 Psychische klachten bij vrouwen 137
 - 14.4 Zijn vrouwen dus vaker ziek? 138
 - 14.5 Vrouwen als hulpverleners 139
 - 14.6 Vrouwenhulpverlening 140
 - Literatuur 141

- 15 Alloctonen, gezondheid en gezondheidszorg – M. Bruijnzeels en M. Foets 143**
- 15.1 Wat verstaan we onder alloctonen? 144
- 15.2 Alloctonen in de Nederlandse samenleving 144
- 15.3 De gezondheidstoestand van alloctonen 145
- 15.4 Het gebruik van de zorg door alloctonen 145
- 15.5 Verklaringen voor verschillen in gezondheid tussen alloctonen en autoctonen 147
- 15.6 Verklaringen voor verschillen in gebruik van de zorg door alloctonen 147
- 15.7 Culturele factoren in zorggebruik 149
 - Samenvatting 149
 - Literatuur 150

Deel 3

Zorgsysteem 152

- 16 De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief – P.P. Groenewegen en D.M.J. Delnoij 155**
- 16.1 Basisvormen van gezondheidszorgsystemen in Europa 156
- 16.2 Verandering in de structuur van gezondheidszorgsystemen 157
- 16.3 De rol van Europa in de gezondheidszorg 159
- 16.4 Hoe goed doet Nederland het in vergelijking met andere gezondheidszorgsystemen? 161
 - Samenvatting 162
 - Literatuur 162
- 17 Eerste lijn, thuiszorg of primary health care – J. van der Zee 163**
- 17.1 De betekenis van enkele begrippen in beschrijvende zin 164
- 17.2 De context 166
- 17.3 Doelmatigheid van de zorg 168
- 17.4 Epiloog 169
 - Samenvatting 170
 - Literatuur 171
- 18 De functie en organisatie van het moderne ziekenhuis – F.C.J. Stevens en J.F.B.M. Fiolet 173**
- 18.1 Het ziekenhuis als professionele bureaucratie 175
- 18.2 Bureaucratie en professie 176
- 18.3 Bureaucratie versus professie 177
- 18.4 Het ziekenhuis als professionele bureaucratie 179
- 18.5 Het ziekenhuis als arena van onderhandelingen en ontmoetingen 179
- 18.6 Het ziekenhuis als cultureel systeem 180
- 18.7 De toekomst van het ziekenhuis 181
- 18.8 Slotbeschouwing: het ziekenhuis en zijn maatschappelijke omgeving 182
 - Samenvatting 182
 - Literatuur 183
- 19 Revalidatie en gehandicaptenzorg – J.P.M. Diederiks, J. Joosten en F.J.M. Vlaskamp 185**
- 19.1 Begripsbepaling 186
- 19.2 Schets van de geschiedenis van revalidatie en gehandicaptenzorg 187
- 19.3 Revalidatie in Nederland 187
- 19.4 Gehandicaptenzorg in Nederland 188
- 19.5 Besluit: Revalidatie en gehandicaptenzorg tussen visie en praktijk 191
 - Samenvatting 192
 - Literatuur 193

- 20 De geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking – G.H.H.M. ten Horn 195**
 - 20.1 Wat verstaan we onder psychische problemen en verstandelijke beperkingen? 196
 - 20.2 Hoeveel mensen hebben een psychisch probleem of een verstandelijke beperking? 197
 - 20.3 Trechterfenomeen naar de zorg 197
 - 20.4 Het zorgaanbod: de inhoud 198
 - 20.5 Het zorgaanbod: de voorzieningen 199
 - 20.6 Zorgprocessen 200
 - Samenvatting 202
 - Literatuur 202

- 21 Alternatieve geneeswijzen – C.W.J. Aakster 205**
 - 21.1 Wat zijn alternatieve geneeswijzen? 206
 - 21.2 Hoe ontstonden de alternatieve geneeswijzen? 206
 - 21.3 Waarom gaan mensen naar alternatieve genezers? 207
 - 21.4 De belangrijkste richtingen op alternatief geneeskundig gebied 207
 - 21.5 Onderscheid tussen alternatieve geneeswijzen en gangbare geneeskunde 208
 - 21.6 Bewijsvoering regulier en alternatief 208
 - 21.7 Ziekte en herstelprocessen volgens alternatieve opvattingen 209
 - 21.8 Recente maatschappelijke ontwikkelingen 209
 - 21.9 Ontwikkelingen binnen het alternatieve veld zelf 210
 - 21.10 Integratie in de reguliere zorg 211
 - Samenvatting 211
 - Literatuur 212

- 22 Sociale positie van gehandicapten – J.P.M. Diederiks, J. Joosten en F.J.M. Vlaskamp 213**
 - 22.1 Begripsbepaling 214
 - 22.2 Aspecten van handicap 214
 - 22.3 Sociale constructie van handicap 216
 - 22.4 Aantallen mensen met beperkingen 217
 - 22.5 Participatie in arbeid 217
 - 22.6 Participatie in de persoonlijke levenssfeer 218
 - Samenvatting 219
 - Literatuur 220

- 23 Preventie – P. Uniken Venema 223**
 - 23.1 Enkele belangrijke indelingen in de preventieve zorg 224
 - 23.2 De openbare gezondheidszorg 226
 - 23.3 Taken van de gemeenten en hun GGD op het terrein van de collectieve preventie 227
 - 23.4 Beschouwing 229
 - Samenvatting 230
 - Literatuur 230

- 24 De patiëntenbeweging als (f)actor in de gezondheidszorg – K. Geelen, P. van Harberden, E. Verkaar en H. Blaauwbroek 231**
 - 24.1 Ontstaan van de patiëntenbeweging 232
 - 24.2 Structuur van de patiëntenbeweging 233
 - 24.3 Activiteiten van patiëntenorganisaties 234
 - 24.4 Rol van de patiëntenbeweging in de gezondheidszorg 235
 - 24.5 Patiënten en de kwaliteit van de (zelf)zorg 238
 - Samenvatting 241
 - Literatuur 241

- 25 Verslaving en verslavingszorg – D.H. van de Mheen 243**
 - 25.1 Wat is verslaving? 244
 - 25.2 Determinanten van verslaving 244
 - 25.3 Organisatie van de verslavingszorg 245
 - 25.4 Taken van de verslavingszorg 247
 - 25.5 Vernieuwingen in de verslavingszorg: Resultaten Scoren 249
 - Samenvatting 250
 - Literatuur 250

- 26 Medische technologie: nieuwe keuzen, nieuwe controversen – T. Tijstra 251**
 - 26.1 Grenzen aan de zorg 252
 - 26.2 Evaluatie medische technologie: kwaliteit van leven 253
 - 26.3 Screening en bevolkingsonderzoek 253
 - 26.4 Risico-individualiserende diagnostiek 254
 - 26.5 Omgaan met risico's 255
 - 26.6 Genetica: het verlies van de zekerheid van de onwetendheid 255
 - Samenvatting 256
 - Literatuur 256

Deel 4

Gezondheidszorg en maatschappij 258

- 27 Invloed van maatschappelijke factoren op ziekte en gezondheid – M. Busch, H. Verkleij, A. van den Berg Jeths 261**
 - 27.1 Gezondheidstoestand in Nederland door de eeuwen heen 262
 - 27.2 Onze hedendaagse gezondheid 264
 - 27.3 Onze gezondheid in de toekomst 265
 - 27.4 Balans 267
 - Samenvatting 267
 - Literatuur 268

- 28 Medicalisering – M. Fahrenfort 269**
 - 28.1 Wat is medicalisering? 270
 - 28.2 Medicalisering in de theorie: Zola, Illich en Foucault 271
 - 28.3 Medicalisering in de praktijk: geneeskunde van wieg tot graf 272
 - 28.4 Discussies rond het begrip medicalisering 272
 - 28.5 Ziekte en verantwoordelijkheid 273
 - 28.6 Politieke en ethische implicaties 274
 - Samenvatting 275
 - Literatuur 275

- 29 Volksgezondheidsbeleid: gezondheid en zorg – W.J.A. van den Heuvel 277**
 - 29.1 Inleiding 278
 - 29.2 Doelen van het beleid 279
 - 29.3 Uitgangspunten 282
 - 29.4 Beleidsinstrumenten 284
 - 29.5 Ontwikkelingen in het volksgezondheidsbeleid en de rol van partijen 285
 - Samenvatting 288
 - Literatuur 289

Over de auteurs 290

Inleiding

Opnieuw hebt u een geheel herziene druk van het leerboek *Medische sociologie* in handen. De eerste druk verscheen in 1978 en sindsdien is het leerboek om de vijf à zes jaar geheel hernieuwd in de zin van nieuwe onderwerpen, nieuwe auteurs en nieuwe vormgevingsaspecten. Het is dus een min of meer unieke serie omdat er weinig toepassingsgebieden van de sociale wetenschappen zijn waarin de beoefenaren om de vijf jaar verslag doen van de stand van zaken op hun terrein.

We zullen in deze inleiding kort ingaan op het karakter van dit boek, op de geneeskunde als menswetenschap, de essentie van het helpen en op de medische sociologie als wetenschappelijke discipline. Een en ander wordt afgerond met een schematische indeling van het veld, waardoor de opbouw van dit boek in vier delen en 29 hoofdstukken duidelijk wordt. Deze inleiding zien wij niet als leerstof, het gaat meer om het aanbieden van een algemene achtergrond voor de overige hoofdstukken.

Karakter van het boek

Het leerboek *Medische sociologie* is in de eerste plaats bestemd voor (toekomstige) werkers in de gezondheidszorg en aanpalende verzorgingszorg, bijvoorbeeld artsen, verpleegkundigen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, laboranten, diëtisten, of complementair-geneeskundig therapeuten. Het wil hen gevoelig maken voor sociale aspecten en problemen in hun werksituatie en hen daarvoor mogelijke oplossingen en instrumenten aanreiken. De term 'sociaal' verwijst niet alleen naar het strikt sociologische, maar ook naar sociaal-psychologische, cultureel-antropologische, bestuurskundige en andragologische dimensies. Het gaat in feite om sociale wetenschappen toegepast op gezondheidskundige vraagstellingen, met het oog duidelijk gericht op de eenentwintigste eeuw.

De kritische lezer zal daarbij ontdekken dat wij worstelen met twee uitgangspunten die om de beurt meer of minder aandacht krijgen in de onderscheiden hoofdstukken. Deze twee uitgangspunten zijn:

- 1 het disciplinaire karakter: de auteur wil laten zien wat er op zijn of haar deelgebied bekend is, hoe er gedacht wordt, hoe het gebied zich systematisch laat indelen enzovoort;
- 2 het probleemgerichte karakter: de auteur gaat uit van het probleem zoals de werker in de zorgverlening daarmee geconfronteerd wordt en wil, soms over de disciplinegrenzen heen, praktische inzichten en handelwijzen aanreiken.

Gemeenschappelijk in beide uitgangspunten is het daaraan ten grondslag liggende sociaal-wetenschappelijke (sociologische) denkkader. Dus zal de student ook kennismaken met enkele basale concepten als rol, institutie, interactie, macht, professionalisering en medicalisering. Deze worden geplaatst in de context van de beschrijving en analyse van problemen in de gezondheidszorg. Gehoopt wordt dat de student zodoende gaandeweg een beetje 'sociologisch' leert denken. Of in elk geval dat hij leert inzien dat de medisch-wetenschappelijke benadering als zodanig slechts een *deel* toont van de werkelijkheid van de patiënt en van de zorgverlening, en dat de visie van de socioloog daarop een nuttige aanvulling kan en soms zelfs móet zijn.

De volgende *concrete leerdoelen* zijn in dit verband te noemen:

- gevoeliger maken voor sociaal-culturele (aspecten van) problemen van de patiënt (kennis van diens leefwereld en behoeften/waarden);
- inzicht in het eigen (toekomstige) functioneren en de structurerende rol van de werkomgeving;
- verwerven van een meer 'sociologische' denkwijze;
- leren betrekken van sociale aspecten bij de daadwerkelijke hulpverlening, advisering enzovoort;
- begrip kweken voor de plaats van en de wisselwerking tussen zorgverlening en maatschappij.

Geneeskunde als menswetenschap

Dankzij de opkomst van de natuurwetenschappen in het begin van de negentiende eeuw, is een stroming ontstaan van sterke en zelfbewuste universitaire geschoolde artsen die de geneeskunde van die tijd op een duidelijk (natuur)wetenschappelijke basis wilden vormgeven. Door de koppeling van deze (natuur)wetenschappelijke geneeskunde aan een politiek-maatschappelijk monopolie (Wet op de uitoefening van de geneeskunst van 1865) ontstond een medische praktijk met sterk natuurwetenschappelijke trekken. Hierbij bestond de overtuiging dat de ziekte in de cel (tegenwoordig uitgebreid tot DNA-structuren) was gelokaliseerd, dat de oorzaken van ziekte in de loop der tijd via laboratoriumonderzoek gelokaliseerd zouden kunnen worden, en dat natuurwetenschappelijke toetsingsmethoden onberispelijk de goede van de slechte therapievormen zouden weten te scheiden.

De hedendaagse praktijk wijst echter uit dat dit allemaal niet zo simpel ligt. Gaandeweg werd bijvoorbeeld bekend dat ziekten ook vaak sociale oorzaken hebben, dat de interactie tussen patiënt en hulpverlener niet in strikt wetenschappelijk-rationele termen valt te beschrijven en dat de structuur van de zorgverlening in de vorm van instellingen en professies een sterke invloed uitoefent op inhoud en proces van zorgverlening. De patiënt laat zich dan ook niet reduceren tot een natuurwetenschappelijk object. Hij is in de eerste plaats mens, in al zijn veelzijdigheid en veelkleurigheid, en wil men daarover zinnige dingen te berde brengen, dan zal dat in het perspectief van de *menswetenschappen* moeten zijn, een combinatie van natuurwetenschappelijke en sociaal-wetenschappelijke modellen en inzichten. Een stelling die overigens reeds in de jaren zestig op een van zijn colleges werd verkondigd door onze gemeenschappelijke Groningse leermeester in de theoretische sociologie, prof dr. P.J. Bouman. In *Medische sociologie* benaderen we weliswaar de geneeskunde, de patiënt en de zorgverlening vanuit het sociaal-wetenschappelijke standpunt, maar we doen dit in het besef daarbij bij te dragen aan een integraal-menswetenschappelijke visie op ziekte en genezingsprocessen.

Essentie van helpen

Een leerboek in de medische sociologie pretendeert kennis en oplossingen aan te reiken voor praktische problemen van hulpverleners in de zorgsector. Maar wat is helpen nu eigenlijk precies? Voor een antwoord baseren we ons op de inzichten zoals die in eerdere versies van dit leerboek werden verwoord door prof. G. Kuiper. Verwijzend naar mensen als Van Doorn en Van den Berg wijst Kuiper op de tegenstelling tussen macht en helpen. Duidt macht op het *beperken* van de gedragsalternatieven van de ander, helpen duidt juist op het *verruimen* van de gedragsalternatieven van die ander. En wel zodanig dat die ruimere gedragsalternatieven in overeenstemming zijn met de doelen en waarden van de ander.

Helaas zijn beide begrippen en processen in de praktijk van het helpen niet steeds zo duidelijk van elkaar te onderscheiden. Een van de verklaringen daarvoor is de asymmetrie die tussen helper c.q. het helpende systeem enerzijds, en de hulpvrager of cliënt anderzijds bestaat: de laatste is in beginsel ondeskundig (leek) en heeft zijn helper weinig anders te bieden dan zijn dankbaarheid in ruil voor de ontvangen hulp. De geldelijke compensatie verloopt immers in de regel geanonimiseerd, gecollectiveerd en indirect via de verzekeringsmaatschappij. Ten tweede zijn de problemen van de cliënt vaak niet in directe zin op te lossen door tekortschietende ‘technische’ mogelijkheden bij de helper, of doordat de werkelijke oorzaken buiten de beïnvloedingssfeer van de helper liggen. In het laatste geval kan men denken aan de problematiek die bepaald wordt door maatschappelijke ongelijkheid. Door een toenemende mondigheid van de patiënten, door hun collectieve belangenbehartiging, en door het totstandkomen van wetten die de patiëntenrechten nader regelen (behandelingsovereenkomst, privacy, medezeggenschap in instellingen enzovoort), alsmede op grond van de invoering van kwaliteitssystemen in instellingen verandert deze asymmetrie wellicht essentieel. Helpen kan dan weer zijn: het op basis van zijn (reële) behoeften veruimen van de gedragalternatieven van de hulpvrager, dat wil zeggen: het opheffen van (onnodige) afhankelijkheid (lichamelijk, psychisch, sociaal) door behoud of herstel van gezondheid, functionaliteit en zelfredzaamheid.

De medisch-sociologische discipline

De medische sociologie is een vergaarbak van methoden, kennis, inzichten. Zij is niet een afgerond zelfstandig wetenschapsgebied. Het belangrijkste wat medisch sociologen bindt, is het feit dat zij op de een of andere wijze een inbreng hebben in problemen rond ziekte, gezondheid en zorgverlening. Dit klinkt voor een buitenstaander wellicht iets te algemeen of bescheiden over het eigen vak, maar het is wel de werkelijkheid. Anderzijds kan geen auteur of onderzoeker voorbijgaan aan de inmiddels een halve eeuw oude traditie die in deze sector werd opgebouwd. Niemand kan meer voorbij aan ‘klassiekers’ als Talcot Parsons met zijn (beperkte) definiëring van de patiëntenrol, aan Goffman met zijn onderzoek naar het hospitalisatiesyndroom, aan Freidson met zijn inzichtgevende publicaties over professionalisering, aan Zola met zijn benoeming van reeds langer gesignaleerde problemen onder de noemer van medicalisering. Latere generaties medisch sociologen bouwden daarop voort. Het vak heeft zich mede daardoor zeer gedifferentieerd. Er is bijna geen probleemgebied binnen de geneeskunde of gezondheidszorg waarnaar medisch sociologen geen onderzoeken verrichtten. Gaandeweg heeft de medische sociologie daardoor haar exclusiviteit verloren, is zij zelfs deels opgegaan in grotere toepassingsgebieden samen met de sociale geneeskunde, de epidemiologie, de medische psychologie, de medische antropologie. Daardoor is ook Strauss’ oude ‘strijdvraag’ komen te vervallen of het nu ‘sociology *in* medicine’ is of ‘sociology *of* medicine’. Zij is het natuurlijk allebei (zie ook het schema).

Een ander gemeenschappelijk kenmerk van medisch sociologen is dat de beoefenaren in beginsel afkomstig zijn uit de moederdiscipline van de algemene sociologie. De bevruchtende rol die de toepassing op medische en gezondheidszorgvraagstukken heeft of zou kunnen hebben op deze moederdiscipline, is helaas sterk onderbelicht en naar onze mening ook onderbenut gebleven. Wij stellen dat met enige spijt vast, want de gezondheidszorg is een gebied waarin in feite de gehele hedendaagse maatschappij gereflecteerd wordt.

Kenmerkend voor het strikt sociologische is volgens Kuiper dat er aandacht bestaat voor de *common sense* (wij zijn er juist voor om die *common sense* en de daarachter schuilgaande werkelijkheid op te sporen), de betekenis van de context (cultuur en sociale structuur, zich vertalend in bijvoorbeeld waarden en rollen), de acceptatie van het perspectief van de mens als een (re)agerend wezen, en de spanning tussen het hier-en-nu en het onderkennen van de algemene wetmatigheid waarmee iedere socioloog voortdurend worstelt. In wezen gaat het dan om het zichtbaar én inzichtelijk maken van de dynamiek van het sociale c.q. maatschappelijke gebeuren, zowel op micro- als op macroschaal.

Uiteindelijk speelt daarin ook iets mee van wat Kuiper noemt 'besef van beperktheid en onwetendheid'. De sociale processen waarmee wij te maken hebben, zijn zo complex en de huidige mogelijkheden tot kennisvorming en deductie zijn zo beperkt, dat we heel bescheiden moeten zijn over de mogelijkheden van – in dit geval – de medische sociologie om voor alles wat zich aan sociale problemen voordoet in de werksituatie van de arts, verpleegkundige, therapeut concrete oplossingen aan te reiken. Het is eerder een proces waarbij deze praktische werkers geholpen kunnen worden door de 'wetenschappers', dankzij een basisset aan inzichten en een probleemoplossende werkwijze, om in de praktijk zelf oplossingen te bedenken of te bewerkstelligen. Het overwegend statische beeld van de 'expert' die de probleemdefinitie en de oplossing aanreikt, wordt daarmee vervangen door een dynamischer beeld. Namelijk dat van een hulpvrager die in interactieve zin tezamen met zijn deskundige raadgever, gaandeweg een – althans voor het moment – werkzame oplossing voortbrengt. Wanneer dit leerboek op deze wijze gelezen en verwerkt wordt, is dat precies het doel dat we ermee nastreven.

Schematische indeling van het werkveld

Hierna volgt een schematisch overzicht van het werkveld van de medische sociologie. We geven daarbij de volgende toelichting.

Het gebied van de medische sociologie betreft alle onderdelen van de gezondheidszorg, inclusief de gezondheidszorg als geheel, waaraan zich sociologisch-relevante aspecten laten onderscheiden.

Binnen dit geheel onderscheiden we vier hoofdgebieden (eerste niveau), namelijk:

- 1 gezondheid en ziekte naar aard en ontstaanswijze;
- 2 de hulpverlenende relatie;
- 3 structuren van hulpverlening (zorgsysteem);
- 4 gezondheidszorg en maatschappij in wisselwerking.

Deze vier hoofdgebieden laten zich ieder weer onderverdelen naar enkele belangrijke aandachtspunten (tweede niveau). Soms kan zo'n tweede niveau nog weer worden onderverdeeld naar verschillende onderwerpen die dan ieder een eigen hoofdstuk opleveren, in andere gevallen is het hoofdstuk-onderwerp identiek aan de aspect-omschrijving op het tweede niveau. Dit laatste is vanuit een logisch gezichtspunt niet zo heel erg fraai, maar het geeft wel de werkelijkheid weer.

Werkveld medische sociologie

Eerste niveau	Tweede niveau	Hoofdstukken
I Gezondheid en ziekte	Levensloop Gezondheid	1 Levensloop van de mens 2 Gezondheid 3 Ziekte als falende systeemregulatie
	Ziekte	4 'Ziekte': sociale en culturele voor- stellingen 5 Chronische aandoening en kwaliteit van leven 6 Coping en sociale steun
	Stress/coping	
II Hulpverlening	Patiënt Professies	7 Patiënt, autonomie en hulpverlening 8 De professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg 9 De verplegende beroepsgroep in de gezondheidszorg 10 Therapie, interacties tussen therapeuten en patiënten
	Kwaliteit/effectiviteit Bijzondere doelgroepen	11 Kwaliteit van de zorgverlening 12 Jongeren in Nederland: Gezondheid in maatschappelijk perspectief 13 Veranderende ouderenzorg 14 Vrouwen en gezondheidszorg 15 Allochtonen, gezondheid en gezondheidszorg
III Zorgsystemen	Zorgstelsel	16 De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief 17 Eerste lijn, thuiszorg of primary health care 18 De functie en organisatie van het moderne ziekenhuis 19 Revalidatie en gehandicaptenzorg
	Bijzondere doelgroepen	20 De geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking 21 Alternatieve geneeswijzen 22 De sociale positie van gehandicapten 23 Preventie 24 De patiëntenbeweging als (f)actor in de gezondheidszorg 25 Verslaving en verslavingszorg
	Geneeskunde en technologie	26 Medische technologie: nieuwe keuzen, nieuwe controversen
IV Gezondheidszorg en maatschappij	Maatschappelijke ontwikkelingen Medicalisering Beleid	27 De invloed van maatschappelijke factoren op ziekte en gezondheid 28 Medicalisering 29 Volksgezondheidsbeleid: gezondheid en zorg



Gezondheid en ziekte

- 1 Levensloop van de mens 21**
- 2 Gezondheid 29**
- 3 Ziekte als falende systeemregulatie 37**
- 4 'Ziekte': sociale en culturele voorstellingen 47**
- 5 Chronische aandoening en kwaliteit van leven 57**
- 6 Coping en sociale steun 65**

Het eerste onderdeel van het gebied van de medische sociologie gaat over de begripsvorming rond gezondheid en ziekte. Immers, zonder een helder begrip van wat onder gezondheid en ziekte wordt verstaan, staan we met lege handen in de gezondheidszorg. Bedoelde begrippen worden daarom in twee richtingen uitgewerkt: horizontaal over de grenzen van onze cultuur, en verticaal over de verschillende levensfasen van de mens. Om met dit laatste te beginnen: nieuw in de zesde versie van dit boek is de bijdrage van Breeuwsma over de levensloop van de mens en over de wijze waarop het ziek-zijn per levensfase verandert van aard en betekenis, met een belangrijk accent op het eigen vermogen van de mens om in zekere mate deze processen zelf te sturen. Van de Mheen sluit daarop aan met een uitdieping van het begrip gezondheid. Zij legt een duidelijke relatie naar evenwicht, naar belasting en belastbaarheid als dynamisch proces. Daarbij spelen determinanten vanuit de voorgeschiedenis en omgeving van de mens een grote rol. Een aantal van deze determinanten wordt door Van de Mheen besproken. Daarbij besteedt zij aandacht aan enkele belangrijke gezondheidsproblemen en gaat uitvoerig in op gezondheidsverschillen in onze hedendaagse samenleving. Aakster gaat ogenschijnlijk een heel andere kant op in zijn analyse van gezondheid en ziekte vanuit een algemeen systeemperspectief. Toch vinden de diverse benaderingen elkaar, wanneer ze de intrinsieke verwevenheid aangeven van intern en extern milieu van de mens: de continue wisselwerking tussen de mens en zijn of haar (sociale) omgeving en alle invloeden die van daaruit inwerken op de gezondheidstoestand van zowel individuele personen als grotere maatschappelijke categorieën.

De bijdrage van Van der Geest over ziekteopvattingen sluit goed aan bij het voorgaande, omdat daarin het begrip ziekte in een culturele context wordt geplaatst. Dit is niet alleen van belang om allochtone medelanders beter te kunnen begrijpen en helpen, maar ook omdat het onze eigen opvattingen relateert: alles is niet zo hard en helder als het soms lijkt. Met name de manier waarop ziekten geuit worden en benoemd, vragen om begrip voor de achterliggende waarden- en normenstelsels. 'De cultuur als spiegel' luidt dan ook de titel van de slotparagraaf van dit hoofdstuk. Een heel praktisch probleem wordt aangepakt door Suurmeijer die de problematiek van de chronische aandoeningen bespreekt en de kwaliteitsaspecten voor het leven van de patiënt die daarmee samenhangen. Het gaat hier vooral om de gevolgen van het hebben van een ziekte, aandoening of gebrek, waarvoor de hedendaagse geneeskunde (nog) geen definitieve oplossing kan bieden. Dit brengt ons als vanzelf bij een ander relevant en belangrijk aspect met betrekking tot ziekte: hoe gaan we

ermee om als een nieuwe vorm van stress. Anders gezegd: hoe 'copen' we ermee. Dit is het centrale concept van de bijdrage van De Ridder. Zij bepreekt ziekte als een 'adaptieve opgave' voor de individuele mens en onderzoekt welke factoren en omstandigheden een succesvolle adaptieve coping in de weg staan dan wel bevorderen. Succesvol copinggedrag bevordert het welbevinden, maar dat kan vaak niet zonder steun van de sociale omgeving, zo laat De Ridder zien.

Levensloop van de mens

G. Breeuwsma

1

OPENINGSCASUS

Franz Kafka

In zijn dagboekantekeningen en brieven schreef Franz Kafka (1968) veel over zijn ziekte en de plaats die deze in zijn leven innam. Door zijn tuberculose werd hij aan den lijve geconfronteerd met lichamelijk verval en we kunnen zeker concluderen dat het zijn doen en laten in veel opzichten heeft bepaald. Hij zag zijn ziekte echter niet zozeer als een beperking van zijn leven, maar veeleer als de symbolisering van wat hem met en in zijn leven te doen stond. Zijn kunstenaarschap vereiste dat hij zich verre hield van de normale vreugden van het leven, zodat hij zich geheel kon wijden aan zijn creatieve roeping. Zijn tuberculose representeerde daarmee bij wijze van spreken een keuze van hemzelf als kunstenaar en is nauw verbonden met zijn oeuvre (Zwart, 1993).

De voorstelling van de kunstenaar – hier in de persoon van Kafka – die zijn creatieve roeping betaalt met zijn leven zou je een romantisch, bijna Faustiaans beeld kunnen noemen. De onherroepelijkheid van verval en dood wordt in Kafka's 'casus' verzacht door de onsterfelijkheid van de nagelaten kunst en de roem die daarmee verbonden is.

Voor gezonde mensen is een (tijdelijke) ziekte een inbreuk op het normale leven. Een bestaan met een ernstige, chronische ziekte lijkt al gauw *geen* leven meer. Dat de ouderdom met gebreken komt, willen we nog wel aan-nemen, maar voor de rest van het leven staan ziekte en verval in feite haaks op ons idee van een normale levensloop. De levensloop, aldus opgevat, is in onze gangbare beleving dus vooral een *gezonde* levensloop.

De levensloop kan ook worden opgevat als een *model* voor de manier waar-op het leven van mensen zich voltrekt en zij het van betekenis voorzien. Levensloop verwijst dan niet zozeer naar het feitelijke leven van een per-son van vlees en bloed, met zijn eigen specifieke mogelijkheden en beper-kingen, maar het is een abstractie van de concrete werkelijkheid. Een abstractie betekent altijd een vereenvoudiging, om niet te zeggen versimpe-

ling van de werkelijkheid. Dat neemt niet weg dat die vereenvoudiging informatief kan zijn. Het specificeert langs welke lijnen de levens van mensen zich kunnen voltrekken in wat een standaardlevensloop is genoemd (Du Bois-Reymond, 1992).

Leeftijd is zo'n sterke vereenvoudiging. Hoewel leeftijd als zodanig vrijwel niets zegt over een specifiek persoon, en ook geen verklarende betekenis oplevert voor de veranderingen waarmee iemand in zijn leven te maken krijgt, geeft het wel een schat aan mogelijkheden om verwachtingen op te baseren. Op grond van de kennis van de leeftijden van een bepaalde groep individuen kunnen we uitspraken doen over hun leven, hun bezigheden, hun aspiraties, hun ervaringen, hun wereldbeeld, hun globale gezondheidstoestand. Bij iemand van vier jaar hebben we totaal andere verwachtingen dan bij iemand van twaalf, drieënveertig of eenentachtig.

In dit hoofdstuk komen beide aspecten van de menselijke levensloop aan de orde. Dat wil zeggen, die van de levensloop als kans, als het geleefde leven van concrete personen met al hun eigenaardigheden, en die van de levensloop als 'dwang', als model voor hoe het leven geleefd kan of zou moeten worden. De levensloop is de tijdspanne waarin het leven van concrete mensen zich voltrekt. Tegelijkertijd staat deze voor een abstractie van die concrete levens. Sommigen vatten de levensloop als een model op dat de veranderingen in de levensloop structureert en voorschrijft. In dat perspectief representeert gezondheid veelal het normale, het normatieve, patroon. In dit hoofdstuk wordt echter een model van de levensloop geschetst dat ondanks de onvermijdelijke abstractie wel degelijk ruimte biedt voor meer persoonsgebonden veranderingen en gebeurtenissen. Gezondheid is daarin niet de norm, maar veeleer een van de determinanten van de levensloop.

■ ■ ■ 1.1 Wat wordt bedoeld met levensloop?

Levensloop duidt op een bijzondere structuur in de tijd: het geïndividualiseerde product van een complexe interactie tussen (biologische) ontwikkeling en socialisatie, binnen het raamwerk van de cultuur en de geschiedenis. De levensloopspsychologie richt zich in het verlengde daarvan op de studie naar de individuele ontwikkeling (of ontogenese), vanaf de conceptie tot in de ouderdom en eindigend met de dood.

Uit deze definitie blijkt een nauwe verwantschap tussen biologische en psychische ontwikkeling en levensloop. Een van de kernassumpties van de levensloopspsychologie is dat de menselijke ontwikkeling met het bereiken van de volwassenheid niet is voltooid, maar doorgaat tot in de ouderdom (Baltes, Lindenberger en Staudinger, 1998). Met deze aandacht voor volwassenheid en ouderdom kwamen nieuwe thema's en ontwikkelingsproblemen binnen het gezichtsveld van de levensloopspsycholoog te liggen. Zo is er gezinsvorming, arbeid, nestvlieden en pensionering, de toenemende afhankelijkheid bij het ouder worden door lichamelijke aandoeningen en het verlies van persoonlijke autonomie. Vanuit de levensloopspsychologie wordt er daarom anders aangekeken tegen de rol die het individu speelt in de productie en sturing van zijn eigen ontwikkeling. Een individu ondergaat niet alleen zijn ontwikkeling, maar draagt met zijn doen en laten ook zelf bij aan de veranderingen in de levensloop.

■ ■ ■ 1.2 Op- en neergang in de levensloop

Wanneer noemen we veranderingen in het menselijk leven een ontwikkelingsproces? Niet elke verandering is per definitie een vorm van ontwikkeling. De klassieke ontwikkelingspsychologie geeft twee criteria voor de identificatie van een ontwikkelingsproces. Ten eerste impliceert ontwikkeling vooruitgang of groei. Ten tweede leidt ontwikkeling naar een specifiek einddoel. In veel ontwikkelingspsychologische theorieën is deze progressieve doelgerichtheid gerelateerd aan een stadiamodel met kwalitatief verschillende ontwikkelingsniveaus voor de onderscheiden stadia. Verder kennen ze een vaste volgorde en een welomschreven eindpunt van ontwikkeling. Het bekendste is misschien wel het stadiamodel van Jean Piaget voor de ontwikkeling van het denken van kinderen. Ontwikkeling wordt daarin voorgesteld als een unidirectioneel en unilineair proces, resulterend in een ontwikkelingspatroon dat voor alle individuen in principe gelijk is, met het vermogen te denken in formele – abstracte – operaties als eindpunt (Breeuwsma, 1993).

De levensloopbenadering van ontwikkeling verschilt op een aantal cruciale punten van dit traditionele ontwikkelingsperspectief. Volgens de levenslooppsychologie heeft ontwikkeling betrekking op processen die de hele levensloop door werkzaam zijn. Van een eenduidig eindpunt is daarbij geen sprake. Individuen doorlopen in meer of mindere mate verschillende levenslooptrajecten, met daarin een aantal verschillende levensfasen. Levensfasen zijn veel losser georganiseerd dan ontwikkelingsstadia en verwijzen niet nadrukkelijk naar een specifiek ontwikkelingsniveau, maar hangen samen met de maatschappelijke rollen en verwachtingen die horen bij bepaalde perioden in het leven. Naarmate die rollen en verwachtingen diffuser zijn, wordt het moeilijker om de precieze grenzen van levensfasen vast te stellen. Zo is in onze samenleving de betekenis van de adolescentie, met al het daarbij behorende gedrag, zo opgerekt dat nauwelijks duidelijk is op welk punt in de tijd de overgang naar de volwassenheid plaatsvindt.

Ook het criterium van progressie is in de levenslooppsychologie problematisch gebleken. Veranderingen in de latere fasen van de levensloop zijn niet altijd als vooruitgang te begrijpen en laten in een aantal gevallen zelfs een neergaande lijn zien. Deze tendens is het duidelijkst waarneembaar in veel van de fysieke veranderingen die vanaf de volwassenheid meer op de voorgrond staan. Variërend van spierkracht tot zintuiglijke waarneming, is er met het ouder worden een afname in de kracht, flexibiliteit en precisie van het fysieke functioneren. Dit werkt door op andere gebieden van het functioneren en voorzover er sprake is van intellectuele capaciteit in de (late) volwassenheid en ouderdom, kan dat niet los worden gezien van eventuele lichamelijke veranderingen en klachten.

Aanvankelijk resulteerde dit in een conceptie van de volwassen levensfasen die het 'deficit-model' is genoemd. Volgens Hall (in Lehr, 1980) moest men de ouderdom niet in termen van afname en neergang bestuderen, maar representeerde de tweede levenshelft een eigen manier van voelen, denken en willen, die kwalitatief en niet kwantitatief verschilde van het functioneren in de kinder- en jeugdfases. Inmiddels hebben er belangrijke verschuivingen plaatsgevonden in de opbouw van de populatie en haar algehele gezondheidstoestand. Volgens de *Rapportage ouderen 2001* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), verschilt de leefsituatie van veel 55- tot 74-jarigen tegenwoordig maar weinig van die van 35- tot 54-jarigen. Het vergaat 55-plussers in Nederland, vergeleken met een decennium geleden dan ook veel beter. Ook al

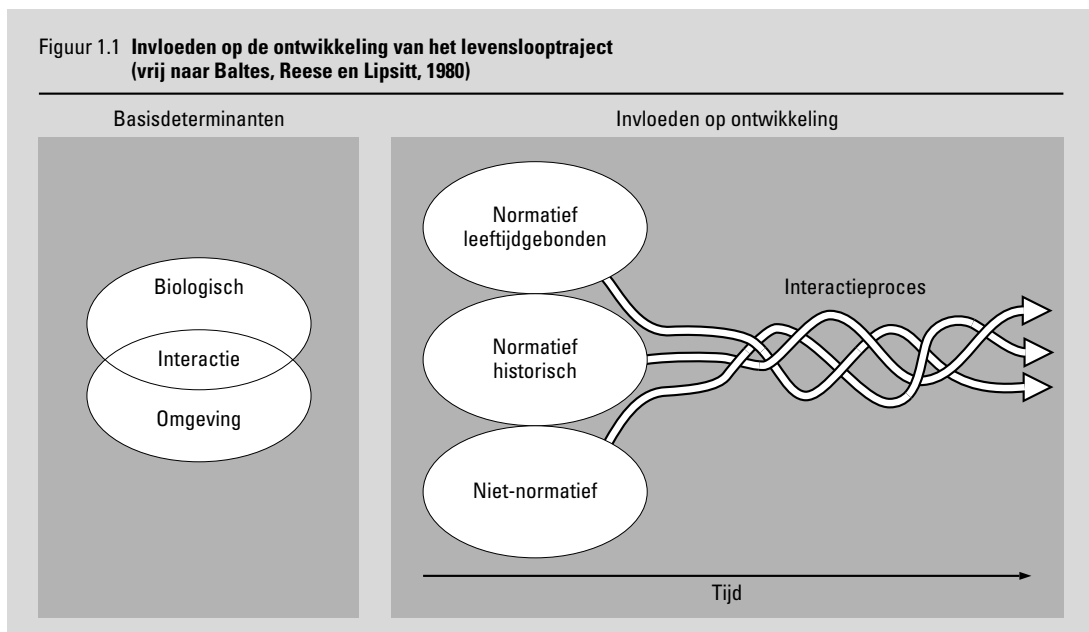
krijgen mensen met het ouder worden steeds vaker met lichamelijke problemen en ziekten te maken, van de zelfstandig wonenden ervaart meer dan de helft van de 65-84-jarige vrouwen en zo'n twee derde van de mannen de eigen gezondheid als (zeer) goed (Van den Berg Jeths & Gijsen, 1998).

Dit betekent niet dat gezondheid voor ouderen hetzelfde betekent als voor jongeren. De betekenis van bepaalde veranderingen zijn echter gerelateerd aan verwachtingen van mensen, hun weerbaarheid en vermogen zich aan te passen. Ontwikkelingsveranderingen kunnen gepaard gaan met het verlies van bepaalde capaciteiten en mogelijkheden, maar tegelijkertijd met het ontstaan van nieuwe adaptieve vermogens en het verlies van daarvoor bestaande vermogens. Anders gezegd, ziekte of letsel kan een negatief effect hebben op het actuele functioneren, maar tegelijkertijd aanleiding geven tot nieuwe vormen van adaptatie. De manier waarop is echter domein- en/of leeftijdafhankelijk. Wanneer jonge kinderen door een ongeval hersenletsel oplopen, is het mogelijk dat andere gebieden de beschadigde hersenfuncties in de hersenen overnemen. Bij ouderen is dat laatste vrijwel onmogelijk. Zij zullen aangewezen zijn op het leren van nieuwe strategieën om zo te compenseren voor het verlies (Vygotskij, 1996).

■ ■ ■ 1.3 Determinanten van de levensloop

Door Baltes en zijn collega's is een model voorgesteld waarin zij een drietal verschillende typen invloeden op ontwikkeling onderscheiden. Deze zouden effect hebben op de uiteindelijke realisering van het levenslooptraject: normatieve leeftijdgebonden, normatief historische, en niet-normatieve invloeden (Baltes, Reese & Lipsitt 1980). Het model veronderstelt dat deze invloeden niet onafhankelijk van elkaar in de ontwikkeling doorwerken, maar in interactieve zin. De levensloopontwikkeling kan worden opgevat als het resultaat van deze interacties (figuur 1.1).

Figuur 1.1 Invloeden op de ontwikkeling van het levenslooptraject (vrij naar Baltes, Reese en Lipsitt, 1980)



We bespreken deze drie determinanten nu eerst afzonderlijk.

Normatieve leeftijdgebonden invloeden hebben betrekking op *biologische* en *omgevingsdeterminanten* van ontwikkeling, voorzover deze gerelateerd zijn aan de chronologische leeftijd. Ze worden niet normatief genoemd omdat ze de ontwikkeling als norm voorschrijven, maar omdat ze in tijd en duur voor alle individuen van een bepaalde leeftijdsgroep relatief gelijk zijn. Hetzij als product van de algemene biologische dispositie van individuen, of als resultaat van de kenmerken van een bepaalde cultuur of subcultuur. Omdat iedereen ongeveer dezelfde motorische ontwikkeling doorloopt, dezelfde cognitieve ontwikkeling, taalontwikkeling, ligt het accent hier op algemene uitspraken over de menselijke ontwikkeling.

Normatief-historische invloeden hebben betrekking op het *historische tijdvak* waarin leden van een cultuur zich bevinden en de manier waarop dat doorwerkt in de levensloop van mensen. We kunnen denken aan gemeenschappelijke ervaringen, zoals een oorlog, economische crisis of hoogconjunctuur, maar ook bijvoorbeeld aan radicale medische verbeteringen, die een effect kunnen hebben op de ontwikkeling van een generatie of cohort. In culturen met snelle en ingrijpende sociale veranderingen kan dit aanleiding geven tot grote verschillen tussen individuen van verschillende generaties. Bij de vergelijking van verschillende generaties is het belangrijk rekening te houden met verschillen in deze normatief-historische invloeden.

Bij normatief-historische invloeden wordt duidelijk dat het niet mogelijk is om zomaar vast te stellen wanneer een ontwikkelingsdeterminant positief dan wel negatief uitpakt. Het is vaker zo dat positieve en negatieve effecten op een complexe manier interacteren. Zo hebben bijvoorbeeld medisch-technische voorzieningen het mogelijk gemaakt dat meer vrouwen (en op latere leeftijd) de kans krijgen voor kinderen te kiezen. Tegelijkertijd is in Nederland sterfte in het kraambed (weer) aan het toenemen, worden er meer kinderen (te) vroeg geboren en neemt de incidentie van tweelingen toe.

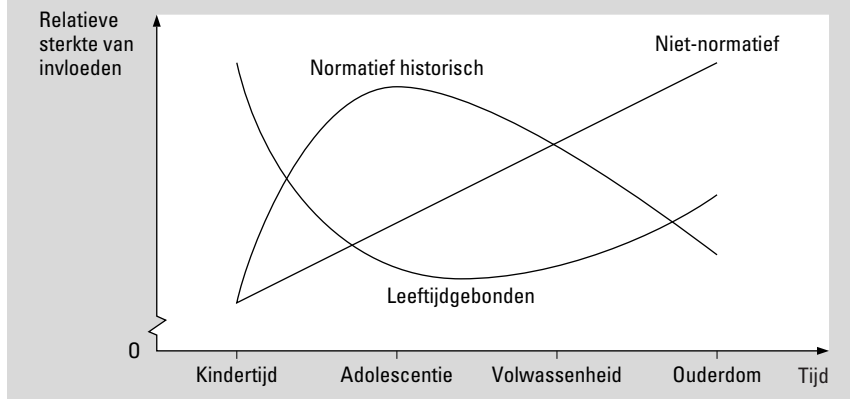
Niet-normatieve invloeden hebben betrekking op biologische en historische determinanten die niet typisch zijn voor een leeftijdscategorie of generatie, maar die sterk *persoonsgebonden zijn*. Ze hangen samen met de keuzes die het individu zelf maakt in zijn leven, maar ook met alle toevalligheden die op zijn pad komen, waarbij iedere keuze nieuwe toevalligheden genereert.

Het zal duidelijk zijn dat ziekte onder deze invloed moet worden gerangschikt. Ziekte moet daarbij niet worden gezien als determinant van een verstoorde ontwikkeling, maar als gebeurtenis die specifieke adaptieve eisen stelt aan het individu. Niet-normatieve invloeden kunnen voorts een rol spelen in de erfelijke aanleg van een individu, voorzover die kans geeft op de expressie van een aandoening, maar waarvan niet zeker is of dat gebeurt en wanneer.

Ter evaluatie van de hiervoor genoemde typen invloeden kunnen we het volgende opmerken. Normatieve invloeden refereren aan een min of meer algemeen geldend veranderingspatroon in de levensloop, waarbij leeftijdgebonden invloeden het sterkst doorwerken tijdens de kinder- en jeugdijaren. Historische invloeden daarentegen zouden het grootste effect hebben tijdens de adolescentie en vroege volwassenheid: de periode waarin we de jaren des onderscheids hebben bereikt, maar nog niet vastgeroest zijn. Dat is precies de reden waarom Erik Erikson (1968) deze periode essentieel achtte voor de identiteitsvorming. Er zijn aanwijzingen dat mensen retrospectief deze periode ook als hun meest vormende periode ervaren (Rubin, Rahhal & Poon, 1998). Gedurende de hele levensloop staan we onder invloed van niet-normatieve invloeden. Het is moeilijk – vaak onmogelijk – om gebeurtenissen op dit niveau te voorspellen, terwijl de betekenis ervan voor de individuele

levensgeschiedenis zeer ingrijpend kan zijn. De effecten ervan zullen met het ouder worden pregnanter worden. We mogen namelijk verwachten dat we in de tijd vaker met persoonsgebonden gebeurtenissen te maken krijgen, terwijl tegelijkertijd de relatieve invloed van normatieve invloeden afneemt. Pas in de late volwassenheid en ouderdom, met de onvermijdelijke afname van lichamelijke kracht en mentale flexibiliteit en de grotere gevoeligheid voor ziekte, nemen de leeftijdgebonden invloeden weer in betekenis toe. Een en ander resulteert in een profiel dat aanmerkelijk complexer is dan het traditionele beeld van op- en neergang in de levensloop (figuur 1.2).

Figuur 1.2 Profiel van de levensloop (vrij naar Baltes, Reese en Lipsitt, 1980)



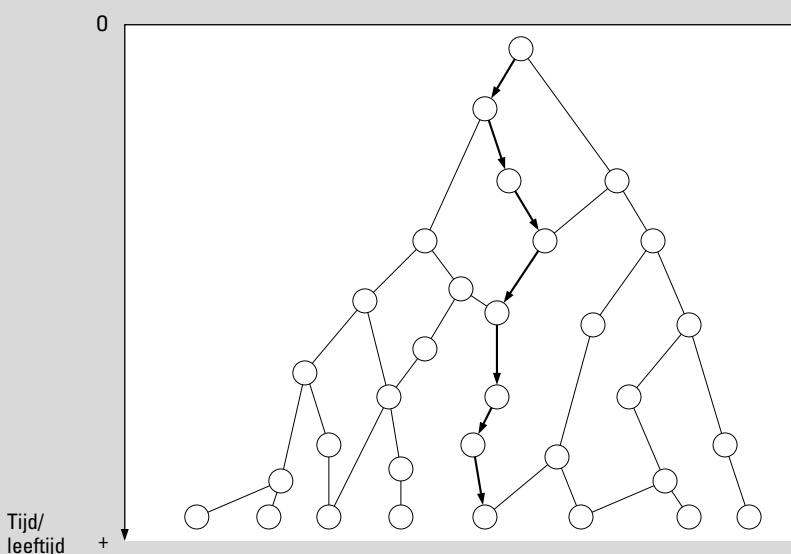
De scheiding tussen de verschillende invloeden en hun effecten op de levensloop is niet absoluut: er vinden altijd interacties plaats tussen de verschillende determinanten. Historische invloeden kunnen bijvoorbeeld doorwerken in de timing van leeftijdgebonden transitie in de levensloop.

■ ■ ■ 1.4 Het individu als producent van zijn levensloop

Volgens de levenslooppsychologie is het individu niet het passieve product van ontwikkeling, maar construeert hij deze actief in zijn handelingen en interacties. Lerner en Busch-Rossnagel (1981) spreken in dit verband over individuen als producenten van hun eigen ontwikkeling, bijvoorbeeld door de keuzes die ze maken in hun leven, voor een opleiding of een beroep, door een bepaalde manier van opvoeden van hun kinderen, of meer in het algemeen door de doelen die zij zich in hun leven stellen en de manieren waarop zij realisatie daarvan nastreven. Dit betekent niet dat mensen in alle opzichten zeggenschap hebben over de richting van hun ontwikkeling of geen beperkende invloeden tegenkomen. Die beperkingen kunnen echter een belangrijk motief zijn om een andere weg in te slaan. Ontwikkeling wordt daarmee niet gezien als iets wat zich *in* het individu voltrekt, maar veeleer als een fenomeen dat *door* het individu wordt gerealiseerd. Dit impliceert ruimte voor een benadering van de levensloop als een traject van keuze uit een groot aantal *mogelijke* trajecten. Dit komt op twee manieren tot uitdrukking in het denken over de levensloop: in de beschrijving van de structuur van de levensloop en in de factoren die een rol spelen in de door het individu geïnitieerde veranderingsprocessen.

Wat de structuur betreft zien we dat de organisatie van de levensloop steeds meer is verschoven van een *standaardlevensloop*, waarin vaste normen en waarden grotendeels de belangrijke stappen en levensfasen bepalen, naar een zogenaamde *keuzebiografie* (Du Bois-Reymond, 1992). Deze laatste veronderstelt dat individuen in toenemende mate zelf verantwoordelijk worden gesteld voor hun keuzes, ook als die uiteindelijk resulteren in een betrekkelijk traditioneel levenspatroon. De structuur van de levensloop wordt tegen die achtergrond niet voorgesteld als een voorgeschreven route die door het individu met meer of minder succes wordt afgelegd, maar als een boomstructuur, met een groot aantal vertakkingen. Daarbinnen wordt onder invloed van het gedrag van het individu en de omstandigheden in zijn leven een specifieke levensloop gerealiseerd (Breeuwsma, 1994) (figuur 1.3).

Figuur 1.3 Vertakkingsmodel van de levensloop. De levenslooppsychologische benadering: een individuele levensloop is één uit vele mogelijke trajecten.



Daarmee komen we bij de *factoren die een rol spelen in de veranderingsprocessen*. Om te ontkomen aan de dichotomie van op- en neergang, groei en verval in de levensloop is gesuggereerd om ontwikkeling voor te stellen als een interactie tussen groei aan de ene kant en een combinatie van behoud en veerkracht van vermogens en regulatie van verlies aan de andere kant. Het effect van die interactie is getypeerd als een proces van *allocation of reserve capacities* – het toewijzen en verdelen van reservecapaciteiten over de levensloop. Het ondersteunt de adaptieve *coping* van het individu aan (ingrijpende) veranderingen in zijn leven (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998). Ontwikkeling valt in dit perspectief niet samen met maximale groei, maar wordt gekenmerkt door ‘selectieve optimalisatie met compensatie’. Hiermee wordt bedoeld het afstemmen van mogelijkheden (en beperkingen) en selectieve doelen in het leven, inclusief de reactie op verlies (van met het doel samenhangende middelen), zodat een zo optimale adaptatie of harmonisering mogelijk is.

Gezondheid kan worden opgevat als een reservecapaciteit, die helpt bepaalde negatieve gebeurtenissen te ondervangen. Maar ook persoonlijkheidskenmer-

ken zoals temperament, of het sociale netwerk van een individu kunnen als een reservecapaciteit worden gezien. De beschikbaarheid van reservebronnen kan een beslissende invloed hebben op de ervaren kwaliteit van leven bij ziekte en verlies. De sociale steun van vrienden en familie die iemand ondervindt bij het verlies van zijn partner kan bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen in de veerkracht van de nabestaande. Die steun is niet een 'toevallig' gegeven, maar is in essentie een door het individu zelf gecreëerde reserve, door het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk.

■ ■ ■ Samenvatting

De levensloop is in dit hoofdstuk getypeerd als het geïndividualiseerde product van een complexe interactie tussen (biologische) ontwikkeling en socialisatie, binnen het raamwerk van de cultuur en geschiedenis. Mensen beschikken over het vermogen hun levensloop te veranderen en zich te ontwikkelen. De manier waarop ze die veranderingen bewerkstelligen is afhankelijk van een groot aantal factoren, zoals de interactie tussen de verschillende ontwikkelingsdeterminanten, de leeftijd en het domein van ontwikkeling. Hoewel ziekte voor de zieke persoon en zijn omgeving onvermijdelijk met de ervaring van negatieve effecten en beperkingen gepaard zal gaan, betekent dit niet dat ziekte als zodanig tegengesteld is aan ontwikkeling. Ziekte zal het individu eerder expliciet confronteren met zijn ontwikkelingscapaciteit. Bestudering van de adaptieve vermogens van mensen onder de conditie van ziekte en verlies, zal ons dan ook meer kunnen leren over de levensloop van de mens.

■ ■ ■ Literatuur

- Baltes, P.B., Lindenberger, U. & Staudinger, U.M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In: W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology, vol 1: Theoretical models of human development* (R.M. Lerner, volume editor), pp.1029-1143. New York: John Wiley & Sons.
- Baltes, P.B., Reese, H.W. & Lipsitt, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Berg Jeths, A. van den & Gijsen, R. (1998). De gezondheidstoestand van ouderen: een epidemiologisch overzicht. *De Psycholoog*, 33, 370-375.
- Bois-Reymond, M. du (1992). *Jongeren op weg naar volwassenheid*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Breeuwsma, G. (1993). *Alles over ontwikkeling. Over de grondslagen van de ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam: Boom.
- Breeuwsma, G. (1994). *De constructie van de levensloop*. Amsterdam: Boom.
- Erikson, E.H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kafka, F. (1968). *Tagebücher*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Lehr, U. (1980). *Psychologie van de ouderdom*. Deventer: Van Loghsum Slaterus.
- Lerner, R.M. & Busch-Rossnagel, N.A. (Eds.) (1981). *Individuals as producers of their development. A life-span perspective*. New York: Academic Press.
- Rubin, D.C., Rahhal, T.M. & Poon, L.W. (1998). Things learned in early adulthood are remembered best. *Memory & Cognition*, 26 (1), 3-19.
- Vygotskij, L. (1996). *Cultuur en ontwikkeling*. Amsterdam: Boom.
- Zwart, H. (1993). Het levensloopnarratief. *Psychologie en Maatschappij*, 64, 237-247.