

Vluchten kan niet meer

Macht en tegenmacht in de gezondheidszorg

Jozef Keulartz

Inleiding

De verzorgingsstaat verkeert reeds lang in crisis en staat alom ter discussie. Zij is volgens het oordeel van velen onbetaalbaar en onbestuurbaar geworden, terwijl er van het beloofde geluk en welzijn weinig is terecht gekomen. Was er een paar jaar geleden nog sprake van een 'stagnerende verzorgingsstaat' (1), tegenwoordig heeft men het reeds over de 'nadagen van de verzorgingsstaat' (2). Sommigen menen nog steeds dat de crisis conjunctureel van aard is en dat we derhalve tijdelijk de tering naar de nering moeten zetten om t.z.t. tot het oude (of een iets lager) nivo van verzekeringen en verstrekkingen terug te kunnen keren. Een groeiend aantal mensen huldigt echter de opvatting dat de crisis structureel en permanent is, wat het zoeken naar nieuwe wegen tot een eerste vereiste maakt. Voor een antwoord op de vraag welke opties daarbij theoreties mogelijk en prakties wenselijk zijn richten velen hun blik op de zogenaamde 'nieuwe sociale bewegingen'.

Eén van deze bewegingen is de gezondheidsbeweging. Deze is momenteel enigszins in het defensief gedrongen. Veel van haar kernthema's, zoals het streven naar déprofessionalisering en démedikalisering en de nadruk op zelfhulp en eigen verantwoordelijkheid, zijn met succes door de overheid overgenomen en dienen nu - verdraaid en verwrongen - als ideologische dekmantel voor een keihard bezuinigingsbeleid en een ongebreideld privatiserings- en dereguleringsstreven. Reeds in 1980 signaleerde Hans Achterhuis in het slothoofdstuk van 'De markt van welzijn en geluk' de verwarring die ontstaat wanneer bezuinigingen die gericht zijn op de instandhouding en stabilisering van de bestaande maatschappelijke verhoudingen expliciet worden verdedigd met een beroep op noties die ontleend zijn aan de ideologie van de zelfhulpbeweging die juist maatschappijverandering voorstaat. Achterhuis was toen nog van mening dat deze verwarring er niet toe mag leiden dat de zelfhulpbeweging als 'verdacht' wordt afgeschreven (3).

Dat is echter precies wat Achterhuis zélf doet in het slot-hoofdstuk van zijn nieuwe boek, 'Arbeid, een eigenaardig medicijn' uit 1984. Hierin stelt hij dat het idee van zelfhulp de opkomst van het kapitalisme begeleidde. 'Self-help droeg er toe bij de Engelse arbeidersklasse de voor de fabrieksarbeid

noodzakelijke zelfkontrolle en zelfdiscipline gekoppeld aan onderworpenheid bij te brengen' (4). Voorts wordt zelfhulp volgens Achterhuis telkens van stal gehaald als de kapitalistische economie in een crisis verkeert en het nodig is om de mensen aan te passen aan de zich wijzigende omstandigheden. In onze tijd met zijn enorme structurele werkloosheid moeten mensen niet meer leren om via zelfhulp een arbeidsethos te ontwikkelen dat hen in staat stelt loonarbeid te verrichten, 'neen hun vrije voor konsumptie beschikbare tijd moet gevuld worden' (5). Ze moeten leren om 'aan zichzelf te werken'. Tegenover zelfhulp stelt Achterhuis het idee van 'eigenarbeid' zoals dat gestalte krijgt in Memo-bedrijfjes, alternatieve arbeidersprojekten etcetera. Daarmee worden zelfhulpgroepen op het terrein van gezondheid en welzijn als mogelijke tegenkracht met een emancipatories potentieel in feite afgeschreven.

Achterhuis' kritiek op de gezondheidsbeweging is slechts ten dele terecht. Zij gaat mank aan een overschatting van de macht van de staat en/of de macht der professies en onderschat bijgevolg de tegenmacht van sociale bewegingen. Het is, aldus Achterhuis, voor deze bewegingen bijkans onmogelijk om eigen lijnen voor acties uit te stippen, 'hun verzet is al beantwoord en ingekapseld voordat het echt tot ontwikkeling is gekomen' (6). Vreemd genoeg maakt Achterhuis een uitzondering voor de werkbeweging: eigenarbeid valt niet van bovenaf te bevorderen en kan niet door professionele krachten worden opgezet; dit wordt namelijk door het beleid rondom uitkeringen en sociale voorzieningen op allerlei wijzen bemoeilijkt. Deze opvatting is m.i. buitengewoon naïef en staat trouwens lijnrecht tegenover de opvatting van (delen van) de werkbeweging zelf, zoals m.n. blijkt uit de nijmeegse brochure 'Haalt de eigenwerkbeweging 1985?'. Deze vraag slaat vooral op de Wet Onbevoelde Arbeid door Uitkeringsgerechtigden (WOAU), die dit voorjaar in werking zal treden. Met deze wet, die voorziet in een landelijk netwerk van regionale toetsingskommissies, zet het huidige kabinet een eerste stap om de informele economie te 'regulariseren' in plaats van haar met verbodsbepalingen de kop in te drukken, een streven dat in toekomst alleen maar geïntensiveerd zal worden (7). Het wachten is dan weer op een nieuw boek van Achterhuis over de volgende sociale beweging die de dans lijkt te kunnen ontspringen!

Onder het motto 'vluchten kan niet meer' wil ik in dit artikel een aanzet geven tot een genuanceerdere analyse van de problemen en perspectieven van sociale bewegingen. Daarbij wil ik me concentreren op de gezondheidsbeweging omdat die, juist nu ze een speelbal van konservatieve krachten dreigt te worden, onze kritiese aandacht en solidariteit vraagt en verdient. In dit artikel bespreek ik achtereenvolgens de drie nivo's die m.i. bij de machtsproblematiek in de gezondheidszorg een belangrijke rol spelen:

1 In de eerste plaats het beleidsniveau waarop de bestuursbaar-

heid en betaalbaarheid van de verzorgingsarrangementen en verzorgingsapparaten centraal staat. Op dit nivo wordt gesproken en gedacht in termen van een betere afstemming van doeleinden en middelen, van schaalvergroting en verhoging van het kostenbewustzijn, van effectiviteit en efficiëntie, van coördinatie en harmonisatie, van planning en metaplaning.

- 2 In de tweede plaats wordt aandacht besteed aan het maatschappelijke middenveld tussen burger en burokratie waarop de gezondheids- en welzijnsexperts en hun instellingen opereren. Hun functie wordt in de verzorgings sociologie over het algemeen geanalyseerd in termen van bewaking en beheersing, van disciplineren en normalisering, van etikettering en stigmatisering, van uitstoting en opsluiting.
- 3 In de derde en laatste plaats wordt aandacht geschonken aan de burger die als cliënt hulp zoekt en diensten ontvangt en die via organisatie en kollektieve actie invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van de zorg. Als gevolg van een ingrijpende verschuiving in behoefteninterpretaties en waardenoriëntaties zijn binnen de zelfhulpbeweging, de gekkenbeweging en de groeibeweging nieuwe opvattingen tot ontwikkeling gekomen over gezondheid en ziekte, over diagnose en therapie, over de relatie tussen arts en patiënt en tussen professie en publiek.

In dit artikel wil ik proberen te laten zien dat aan machtsuitoefening op alle drie de bovengenoemde nivo's duidelijke grenzen zijn gesteld. Dat betekent onder meer dat de technokratische en professionele machtsuitoefening nooit zo volledig kan zijn als Achterhuis cum suis beweren, zodat er wel degelijk bepaalde marges zijn voor verandering en vernieuwing door sociale bewegingen. Deze marges te belichten is de voornaamste inzet van dit artikel.

I. HET GEZONDHEIDSSYSTEEM

De crisis van het subsysteem van de gezondheidszorg kondigde zich reeds aan in de loop van de jaren zestig toen de transformatie van de verzorgingsstaat van een vloer van sociale zekerheid in een plafond van aspiraties voor specifiek welzijn haar beslag kreeg (8). Door de voortdurende opeenstapeling van verlangens ten aanzien van de omvang van het ziekenfondspakket, de geavanceerdheid van de apparatuur, de effectiviteit van de preventie enzovoorts, werd de betaalbaarheid van dit subsysteem een groot probleem. Bovendien werd de beheersbaarheid van het systeem in hoge mate bemoeilijkt door de wildgroei van elkaar overkoepelende en overlappende instellingen. Leenen gebruikt het volgende krachtige beeld om de versnippering en verkokering van het systeem mee te illustreren: 'Het is alsof je in een bak met levende paling kijkt. Systeem is er niet in te bekennen. Het nederlandse systeem is een non-

systeem' (9).

De nederlandse gezondheidszorg is begin jaren zeventig duidelijk aan planmatige herziening en herstructurering toe. In de Struktuurnota Gezondheidszorg uit 1974 schetst staatssecretaris Hendriks uit het kabinet-Den Uyl de contouren van een dergelijke reorganisatie. In de loop van de tijd werd een drietal kaderwetten voorgesteld, die de uitgangspunten van de Struktuurnota juridies en beleidsmatig moesten onderbouwen: de Wet Volksverzekering Ziektekosten (W.V.Z.), de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (W.V.G.) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (W.T.G.). De relatie tussen deze drie wetten is als volgt (10):

$$\begin{array}{l} \text{Uitgaven} = \text{Volume} \times \text{Prijs} \\ \text{W.V.Z.} \quad \quad \text{W.V.G.} \quad \quad \text{W.T.G.} \end{array}$$

De grondgedachte is dat door beheersing van het volume (middelen en menskracht) en de prijs (inkomens van de verschillende beroepsgroepen) de totale kosten onder controle gebracht kunnen worden. De W.V.Z. heeft de Kamer overigens niet gehaald, terwijl de W.V.G. op dit moment wordt omgebouwd tot een wat bredere 'Wet op de Zorg', die niet alleen betrekking heeft op de gezondheidszorg, maar ook op aanpalende terreinen van maatschappelijke dienstverlening.

Net als in andere westeuropese landen heeft het herstructureeringsproces in Nederland een technokraties karakter aangenomen. 'Typerend voor een technokratiese herstructurering is dat de discussie zich voornamelijk beweegt rond de vraag op welke wijze een zo efficiënt en goedkoop mogelijke inzet van de schaarse middelen kan worden verkregen. Economiese kostenbaten-analyses spelen hier de hoofdrol' (11). De herstructurering staat momenteel in het teken van een (neo)conservatief saneringsbeleid, waarin de publieke sektor fors dient in te leveren om het herstel en de hernieuwde groei van de partikuliere (markt)sector mogelijk te maken, en waarin solidariteit opzij wordt gezet voor winststreven. Volgens privatiseringsideologen en 'supply side'-ekonomen dient er ook een markt te komen voor welzijns- en gezondheidsvoorzieningen, waarop de afhankelijke cliënt van weleer zich als een konsument in ekonomiese zin 'vrij' kan bewegen, een gedachte die leidt tot voorstellen ter invoering van eigen bijdragen en ter opvoering van eigen risico's.

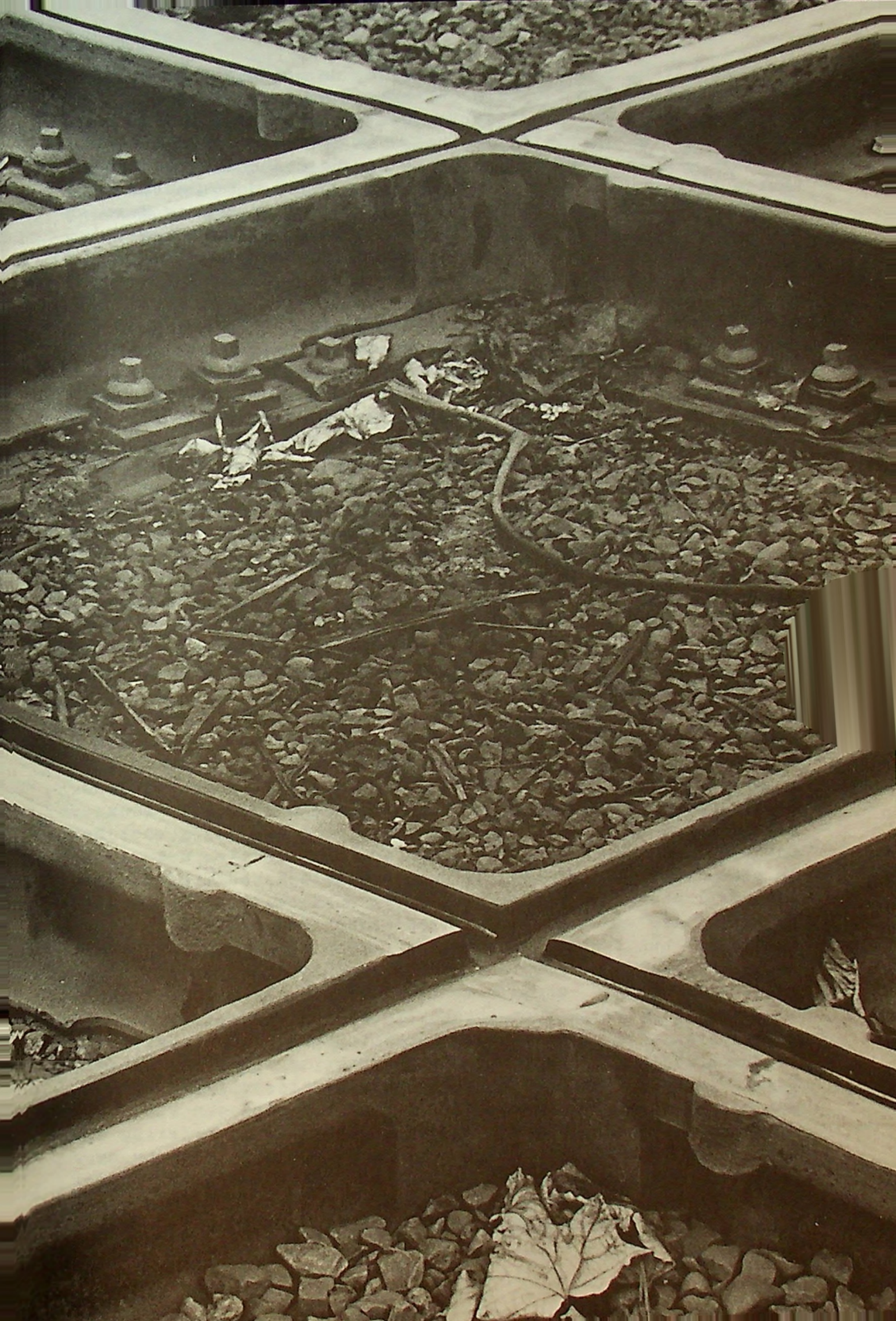
In het planningsperspektief van de overheid verschijnen de opvattingen over de maatschappelijke omgang met gezondheid en ziekte, zoals die bij bepaalde bevolkingsgroepen leven, uitsluitend als randvoorwaarden die zodanig gemanipuleerd moeten worden dat dit leidt tot een vergroting van de doelrationaliteit en sturingscapaciteit van het systeem. Dat blijkt bijvoorbeeld duidelijk uit de wijze waarop de overheid ter legitimatie van haar saneringsbeleid teruggrijpt op bepaalde opvattingen uit de zelfhulpbeweging en de beweging voor een gezonde

leefwijze. Deze bewegingen stellen de eigen verantwoordelijkheid centraal en lopen zodoende het gevaar dat ze onbewust en ongewild steun bieden aan een overheidsbeleid waarin wordt uitgegaan van de stelling: 'wanneer je verantwoordelijk bent voor je ziekte, moet je ook maar voor de rekening opdraaien' (12). De nadruk op eigen verantwoordelijkheid kan leiden tot allerlei vormen van 'victim blaming', waarbij mensen moreel aansprakelijk worden gesteld voor ziekten die sociaal veroorzaakt zijn, bijvoorbeeld door stress op de werkplek, nucleaire dreiging of milieuvervuiling. Gezondheid dreigt op deze wijze van een recht in een plicht te veranderen, waardoor wij allen in ons dagelijks leven tot deviant worden - 'wanneer we een sigaret opsteken, een eitje eten bij het ontbijt of niet in staat zijn onze gevoelens volledig te uiten' (13). Onze individuele levensstijl kan zodoende tot mikpunt van overheidsbemoeyenis worden, hetgeen haaks staat op het streven van de gezondheidsbeweging om greep te krijgen en te behouden op de maatschappelijke voorwaarden voor een gezond bestaan. Het is echter nog maar de vraag of en in hoeverre de overheid erin zal slagen om het verzet van de gezondheidsbeweging om te funktioneren en te gebruiken ten behoeve van beleid waartegen dat verzet zich oorspronkelijk juist richtte. Wie deze vraag al *bij voorbaat* bevestigend beantwoordt en de inkapseling van het verzet als onontkoombaar gegeven aanvaardt, heeft mijns inziens onvoldoende oog voor de grenzen die aan technokratische machtsuitoefening gesteld zijn. Dit wil ik onderstaand aannemelijk proberen te maken.

Grenzen aan technokratische macht

Het inzicht dat er duidelijke grenzen zijn aan de opvoering van de doelrationaliteit en sturingscapaciteit van het systeem is van betrekkelijk recente datum. In de fase van de opbouw van de verzorgingsstaat vanaf 1945 tot 1960 werd planning beschouwd als panacee, als dé remedie voor alle maatschappelijke kwalen. In deze opbouwfase werd de verzorgingsstaat zowel door werkgevers als werknemers ten volle aanvaard. De eersten verzetten zich niet meer tegen overheidsbemoeyenis ten behoeve van een zekere herverdeling van goederen en diensten in ruil voor het veiligstellen van de randvoorwaarden van de kapitalistische economie en het korrigerend optreden bij structurele en conjuncturele moeilijkheden. De laatsten verzetten zich niet langer tegen de ondernemingsgewijze produktie in ruil voor het verhogen van het konsumptienivo en het verschaffen van een pakket van verzekeringen en voorzieningen. Op deze manier kon het klassenconflict worden stilgelegd en ontstond een beeld van grote sociale vrede en stabiliteit.

Rond 1960 kwam een aantal sociologen, zoals Lipset, Bell en Schelsky, tot de konklusie dat het tijdperk van de grote ideologieën voorbij was. Als oorzaak hiervan noemden zij, naast



de pacifikatie van de arbeidersklasse, de negatieve ervaring met ideologieën als fascisme en stalinisme, en de nationale wederopbouw die een mobilisering van alle beschikbare personen en middelen vereiste. De these van het einde van de ideologie werd door Schelsky gekoppeld aan de zogenaamde technokratie-these, die omstreeks dezelfde tijd ook door Gehlen en Ellul naar voren werd gebracht. De politiek is volgens deze these veranderd van een democraties wils- en besluitvormingsproces in bestuur en beheer, van praxis in techné. Ook de rol van de intellectueel is veranderd, van die van een maatschappij-kritikus of partij-ideoloog in die van een technokraat, die op grond van zijn wetenschappelijke inzichten een sleutelpositie inneemt bij de voorbereiding en vormgeving van overheidsbeleid. Thoenes sprak in dit verband van de opkomst van een 'funktionarissen-elite', die de knoppen kent waarmee de machine der maatschappij soepel, zonder te grote economische en sociale schokken, bediend kan worden (14).

De inkt waarmee dit alles geschreven werd, was nog niet droog of de maatschappelijke strijd ontbrandde in alle hevigheid. Er was sprake van een onverwachte 'herideologisering', niet alleen in de arbeidersbeweging maar ook in de politiek, hetgeen vooral tot uiting kwam in de opkomst van nieuwe partijen (D'66) en frakties (Nieuw Links), en in het ontstaan van een buitenparlementaire oppositie. Bovendien ontstonden er naast de dominante ouderkultuur allerlei sub- en tegenkulturen van jongeren (nozems, provo's, hippies), die zich ieder op eigen wijze afzetten tegen het burgerlijke gezin en de burgerlijke (arbeids)moraal.

Deze hernieuwde politisering van het maatschappelijke leven kan als volgt worden begrepen. Het welslagen van infrastructurale planningsprocessen is mede afhankelijk van de verschaffing en verwerking van informatie, afkomstig van de betrokken bevolkingsgroepen. Informatie, verkregen via enquêtes, hoorzittingen of konsultatieve referenda, is noodzakelijk voor het ontwerpen, uitvoeren en beoordelen van programma's. Succesvolle planning is echter niet alleen afhankelijk van de informatie, maar bovendien van de akklamatie en dikwijls zelfs van de koöperatie van de betrokken individuen en kollektieven. Zij moeten hun instemming betuigen met en hun medewerking verlenen aan maatregelen op het gebied van volkshuisvesting, stadsontwikkeling, energievoorziening, etc. In eerste instantie kan loyaliteit worden opgewekt met behulp van de nodige compensaties (in de vorm van konsumptiemogelijkheden, vrije tijd, enz.). Dit is echter niet onbeperkt mogelijk gezien de 'smalle marges' van een dergelijke compensatiepolitiek, die met handen en voeten gebonden is aan de imperatieven van het economies systeem: de spreiding van inkomen en bevordering van welzijn mag namelijk nooit zover gaan dat de structuur en dynamiek van de kapitalistische produktiewijze erdoor wordt aangetast.

Wanneer de mogelijkheden van distributieve pacifikatie voor

het opwekken van loyaliteit zijn uitgeput, wordt van overheidswege overgeschakeld op partiële participatie. Op dit punt openbaar zich 'het politieke dilemma der technokratie' (15). Om de apathie van de mensen te overwinnen en hen tot meedoen te bewegen, moeten ze ook kunnen meepraten. Daarmee ontstaat echter het gevaar van politisering, waarmee doorgaans het tegendeel wordt bereikt van de gewenste loyaliteit: de mensen willen dan niet alleen meepraten maar ook meebeslissen. Om het schip van staat veilig door te loodsen tussen onder- en overparticipatie, tussen te grote apathie en te grote betrokkenheid, schiet de stuurmanskunst van de technokratie principieel tekort. De reden hiervoor is gelegen in de in het systeem ingebouwde tegenspraak tussen het op private toeëigening gebaseerde accumulatieproces en het op publieke discussie gebaseerde legitimatieproces (16).

Uit bovenstaand betoog komt naar voren dat er grenzen zijn aan planning en sturing omdat er als gevolg van de groeiende behoefte aan loyaliteit systematies speelruimtes ontstaan voor politisering en verzet, speelruimtes waarvan met name de nieuwe sociale bewegingen gebruik maken bij hun streven naar verandering en vernieuwing (zie III). Tegen dit betoog kan worden ingebracht dat het te zeer het optimisme van de jaren zestig weerspiegelt. De jaren vanaf 1968 tot 1973 - vanaf het mislukken van de meirevolte tot het optreden van de eerste oliekrisis - hebben volgens het oordeel van velen duidelijk gemaakt dat men zich niet blind mag staren op de staat en haar instellingen wanneer men de manier waarop verzet wordt ingekapseld wil begrijpen, maar dat men daarvoor de blik moet richten op vormen van disciplineren en normalisering in opvoeding en onderwijs, in de cultuurindustrie en de verzorgingsapparaten, etc. De aandacht dient met andere woorden te worden verplaatst van technokratische naar professionele machtsuitoefening. In de volgende paragraaf wil ik aannemelijk proberen te maken dat er echter ook aan deze professionele machtsuitoefening structurele grenzen gesteld zijn en dat er ook op het maatschappelijke middenveld tussen systeem en leefwereld aangrijpingspunten voor tegenmacht gevonden kunnen worden.

II. DE GEZONDHEIDSPROFESSIES

Eén van de eerste auteurs die het doen en laten der verzorgende professies benaderde in termen van de sociale controle van afwijkend gedrag is Talcott Parsons. In 'The Social System' uit 1951 legt Parsons uit hoe afwijkend gedrag ontstaat en hoe het maatschappelijk tegemoet wordt getreden. Parsons gaat er van uit dat elk interaktiesysteem streeft naar een toestand van evenwicht. In een dergelijke toestand is er sprake van komplementaire gedragsverwachtingen, waarbij de reacties van alter op de akties van ego functioneren als positieve sankties: door aan de gestelde verwachtingen te voldoen, bevredigt

gen sociale aktoren wederzijds elkaars behoeften, en worden zodoende gemotiveerd om bepaalde sociale rollen zo goed mogelijk te vervullen.

Wanneer alter (om welke reden dan ook) niet voldoet aan ego's verwachtingen, dreigt hun interaktiesysteem uit balans te raken. Ego's behoeften worden op dat moment niet bevredigd en het is mogelijk dat hij als gevolg van deze frustratie een ambivalente houding ten opzichte van alter ontwikkelt, die gekenmerkt wordt door een mengeling van positieve én negatieve gevoelens. Wanneer ego stelselmatig één van deze beide gevoelscomponenten onderdrukt, komt hij terecht in wat Parsons de 'vicieuze cirkel in de genese van deviant gedrag' noemt. In dat geval treedt namelijk het afweermechanisme van de 'reaktiefomatie' in werking en krijgt het gedrag van ego dwangmatige trekken: hij weigert met toenemende vastberadenheid om zijn 'symptomen' op te geven.

Volgens Parsons heeft er in de loop van de tijd een verschuiving plaatsgevonden van de religieuze en juridiese definitie van deviantie als zonde en misdaad naar de mediese definitie ervan als ziekte, waarbij boetedoening en bestraffing in toenemende mate plaats hebben gemaakt voor verzorging en verpleging. Deze verschuiving van harde naar zachte technieken doet volgens Parsons allerm minst afbreuk aan de effectiviteit van de sociale controle. Integendeel: bestraffing leidt immers niet tot een doorbreking van de vicieuze cirkel die tot afwijkend gedrag leidt, maar juist tot een versterking ervan. De misdadiger wordt door de maatschappij 'afgeschreven', terwijl de zieke daarentegen volgens Parsons opnieuw in de maatschappij wordt geïntegreerd (17).

Van interaktionistische zijde is er veel kritiek gekomen op deze funktionalistische benadering in de deviantiesociologie. Deze kritiek heeft vooral betrekking op de volstrekt eenzijdige preokkupatie van het funktionalisme met het vraagstuk van de sociale orde en stabiliteit, die door afwijkend gedrag ondermijnd dreigt te worden. Auteurs als Lemert, Becker, Scheff en Goffman verzetten zich met name tegen Parsons' opvatting dat afwijkend gedrag tot stand komt op basis van individuele motivaties. Afwijkend gedrag wordt volgens deze auteurs in het leven geroepen door de sociale reacties op een bepaald gedrag. Het ontstaat als gevolg van de beoordeling en benoeming van dat gedrag als deviant. 'Gedrag is alleen afwijkend omdat het zo genoemd wordt' (18). Het aksent wordt zodoende verlegd van de afwijkend genoemde persoon naar de instantie of institutie die het label of etiket 'deviant' aanbrengt (19). Het gros der zogenaamde etiketteringstheoretici is het overigens met Parsons eens dat er in de loop van de tijd een verschuiving heeft plaatsgevonden van de kerk via het recht naar de geneeskunde als centrale institutie van sociale controle: 'de toga's bleven maar veranderden van kleur, van rood en zwart naar wit' (20).

De etiketteringstheoretici maken onderscheid tussen primaire

en sekundaire deviantie. Van primaire deviantie is sprake bij alle gedrag dat ongewoon of ongewenst is, bijvoorbeeld omdat het in strijd is met algemeen aanvaarde regels of normen. Veel van dit soort gedrag wordt niet opgemerkt of 'weg' gerationaliseerd. Wordt een bepaald gedrag wél als afwijkend beoordeeld en van een of ander etiket voorzien dan kan dat ingrijpende gevolgen hebben en tot sekundaire deviantie leiden. Hiervan is sprake wanneer de persoon in kwestie de beoordeling van zijn omgeving aksepteed en de bijbehorende rol gaat spelen. Het etiket bewerkstelligt dan een reorganisatie van zijn gedrag: de zwaarlijvige man gaat zichzelf opvatten en gedragen als geval van obésitas, de magere vrouw als geval van anoréxia, het lastige kind als geval van hyperkinésis. Sekundaire deviantie is dikwijls de enige uitweg uit de problemen die zijn ontstaan door de sociale reacties op primaire deviantie. De betreffende persoon kan in zijn angst en eenzaamheid pas 'hulp' krijgen als hij erkent dat hij bijvoorbeeld ziek of gek is en de bijbehorende rol, met al haar plichten en privileges, op zich neemt. Hierdoor verandert hij in een hanteerbaar en behandelbaar geval: 'hij wordt in wezen een 'professionele' deviant' (21).

De overgang van primaire naar sekundaire deviantie vindt plaats met behulp van een proces dat De Swaan als 'protoprofessionalisering' aanduidt. Gedurende dit proces leren mensen om hun eigen ervaringen en problemen te begrijpen en te verwoorden in professionele terminologie. De grondhoudingen en basisbegrippen die binnen een bepaalde beroepskring cirkuleren worden het eerst overgenomen door mensen die deze beroepskring sociaal nabij zijn, bijvoorbeeld omdat zij een verwante opleiding hebben genoten of in een belendend beroep werkzaam zijn, en verbreiden zich vervolgens in uitdijende kringen van leken door onderlinge gesprekken en via de media (22).

Grenzen aan professionele macht

Een bezwaar tegen de etiketteringstheorie is haar fixatie op het professionele middenveld. Door zich blind te staren op de macht van het medies bolwerk verliezen aanhangers van deze theorie maar al te gemakkelijk de maatschappelijke functie van de etiketteringsprocessen uit het oog. De aandacht voor problemen van sociale controle in de etiketteringstheorie 'opent weliswaar perspectieven op relevante analyses waarin maatschappelijke verschijnselen een rol spelen, de sociaal-structurele konditionering van deze controle blijft echter veelal buiten beschouwing' (23).

Voor al door het ontbreken van de rol van de overheid in het verhaal van het gros der etiketteringstheoretici ontstaat het simplistische beeld van samenzwerende deskundigen - Illich gewaagt zelfs van een 'mediese mafia'. De verbreiding en vestiging van het medies regiem mag echter niet zo worden voorge-

steld 'alsof een kongsie van dokters als een korporaalskliek de macht gegrepen heeft' (24). De ontwikkeling van de mediese beroepsgroepen moet veeleer worden gezien in het kader van de 'verstatelijking van verzorgingsarrangementen' (25), waarbij sprake is van een toenemende vervlechting van beroepsorganisaties en ambtelijke apparaten. De overheid krijgt door erkenning van de beroepsopleiding en de beroepsuitoefening en door subsidiëring en verdere regeling steeds meer greep op de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Ook de burger kan zijn greep op de gezondheidszorg vergroten. Door organisatie en kollektieve aktie kan hij de mediese beroepsgroepen dwingen hem als subjekt in plaats van objekt van zorg te benaderen en de kwaliteit van de zorgaktiviteit meer en beter af te stemmen op zijn behoeften en wensen. Op de rol van de gezondheidsbewegingen kom ik nog uitgebreid terug (zie III).

Ook de professies hebben in feite met een dilemma te kampen. Dit dilemma kan het best begrepen worden vanuit hun middenpositie tussen overheid en burger, of - in termen van Habermas' theorie van het kommunikatieve handelen - tussen het monetair-burokraties systeem en de leefwereld van (individuele en kollektieve) sociale aktoren. Van de kant van het systeem beschouwd staat de beheersfunctie van de professionele verzorger voorop, van de kant van de leefwereld gezien is vooral de geneesfunctie van belang. Beide functies zijn moeilijk met elkaar te verenigen: de beheersfunctie dwingt de expert tot strategies handelen, de geneesfunctie dwingt hem daarentegen tot kommunikatief handelen. Wanneer de expert in de verleiding komt het hiermee gegeven probleem op te lossen door het kommunikatieve handelen op strategiese wijze in te zetten, kreert hij (bewust of onbewust) een 'double bind'-situatie, die herinnert aan bepaalde gezinskonstellaties, waarin een opgroeiend kind in een afhankelijke positie wordt gehouden en waarin zijn gevoelens onderdrukt en zijn behoeften genegeerd worden (26).

Problemen ontstaan ook wanneer één van beide functies de overhand dreigt te nemen. Een toename van de geneesfunctie op kosten van de beheersfunctie betekent een gevaar voor de beroepsmogelijkheden en de daarmee verbonden kansen op aanzien en inkomen, zeker nu de overheid haar greep op de beroepsopleiding en beroepsuitoefening heeft verstevigd. Van de andere kant kan een toename van de beheersfunctie op kosten van de geneesfunctie een bedreiging inhouden voor de gezagspositie van het reguliere mediese korps. Naarmate de beheersfunctie groeit zullen zich steeds vaker situaties voordoen waarin beslissingen worden genomen die niet toereikend gefundeerd kunnen worden met een beroep op geldige mediese kennis en aantoonbare onderzoeksresultaten, zoals bij omstreden maatregelen in het arbeidsproces (bijvoorbeeld de WAO), de toewijzing van schaarse voorzieningen (zoals woningen), de selektie van mensen (militaire en andere keuringen), de afweging van kollektieve risiko's (gif-

tigheid van voedsel) enzovoorts: 'daarin steekt het legitimeringsprobleem van de professionele machtsuitoefening en dat legitimeringsprobleem veroorzaakt interne tegenstellingen en scheidt externe beperkingen' (27). Onder deze omstandigheden stellen mediese elites zich doorgaans terughoudend op met betrekking tot de uitbreiding van de professionele competentiesfeer. Binnen de mediese beroepsgroep in haar geheel bestaat echter een voortdurende druk tot uitbreiding van deze sfeer door de komst van telkens nieuwe generaties medici op zoek naar werk. In deze situatie begint het medies bolwerk scheuren te vertonen: de tegenstellingen tussen eerstelijns werkers en specialisten, verplegers en doktoren, radikale en gevestigde frakties treden dan in alle duidelijkheid naar buiten. Bovendien bedreigen allerlei alternatieve beroepsgroepen - profiterend van het legitimeringsverlies dat het gevolg is van de ongebreidelde groei van de beheersfunctie - met succes de monopoliepositie van de reguliere beroepsgroepen.

Zo verloren in de loop van de jaren zestig de medici hun alleenrecht op het beroep van psychotherapeut. Ook maatschappelijk werkers en beoefenaren van sociale wetenschappen, zoals psychologen, pedagogen en andragogen kregen toegang tot dit beroep. De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, die in het begin van de jaren zeventig de toelatingseisen voor haar leden begon te formaliseren met behulp van een puntenstelsel waarmee de opleiding en ervaring beoordeeld kunnen worden, verschaft momenteel niet alleen onderdak aan de (medies geïnteresseerde) psychoanalytici, maar onder meer ook aan gedrags-, groeps-, Gestalt- en Rogeriaanse therapeuten (28). Een meer recent voorbeeld betreft de groeiende publieke en politieke belangstelling voor alternatieve geneeswijzen in de westerse wereld. In het Nederlandse parlement behaalden de alternatieve geneeswijzen nog zeer onlangs een belangrijke overwinning. Tijdens de behandeling op 5 september 1983 van het rapport van de Commissie Alternatieve Geneeswijzen, waarin achtereenvolgens akupunctuur, paranormale geneeswijze, natuurgeneeswijze, anthroposofische geneeswijze, homeopathie en manuele therapie besproken en beoordeeld worden, gaf een ruime meerderheid van de Tweede Kamer te kennen dat de alternatieve geneeswijzen moeten worden opgenomen in het ziekenfondspakket, een wens die overigens stuitte op de onwil van het kabinet. Naast veel positieve geluiden over de alternatieve geneeswijzen viel in de Kamer bovendien de nodige skepsis te beluisteren ten aanzien van de reguliere geneeskunde. Kortom: de alternatieven zitten duidelijk in de lift (29).

Professionaliseringsprocessen zijn het resultaat van kennisvernieuwing en concurrentiestrijd tussen beroepsgroepen. Deze processen hebben dan ook een eigen interne dynamiek, maar spelen zich - zoals uit het bovenstaande blijkt - niet af in een maatschappelijk vacuüm. Door de overheid in de beschouwing te betrekken is het mogelijk om ontstaan en ontwikkeling van beroepsgroepen te analyseren in termen van veel bredere stra-

tegieën. Dergelijke analyses maken zich echter schuldig aan een eenzijdige geschiedschrijving 'van boven' zolang ze geen aandacht schenken aan de rol van sociale bewegingen, die de ontwikkeling van professionaliseringsprocessen als het ware 'van onder' meebepalen (30). Op deze rol wil ik in de volgende paragraaf nader ingaan. Daar bespreek ik de problemen en perspectieven van de gezondheidsbeweging.

III. DE GEZONDHEIDSBEWEGING

De gezondheidsbeweging omvat een breed scala van losjes met elkaar verbonden netwerken van gebruikers en werkers, met aan het ene uiterste groepen die streven naar 'méér van hetzelfde' en aan het andere uiterste groepen die alles anders willen. Tot het eerste type behoren de zogenaamde *kategorale patiëntenverenigingen*, bestaande uit patiënten met een bepaalde ziekte of handicap en hun familieleden, zoals de Vereniging voor Multiple Sclerose patiënten, de Diabetes Vereniging Nederland, enzovoorts. Deze groepen houden zich bezig met verbetering van voorzieningen en bevordering van maatschappelijke akseptatie. Daarnaast zijn er de *algemene patiëntengroepen*, samengesteld uit incidentele of potentiële patiënten en veelal verbonden aan plaatselijke instellingen zoals gezondheidscentra. Deze groepen beperken zich niet tot belangenbehartiging (in termen van meer en betere voorzieningen), maar streven ook naar meer gelijkwaardige verhoudingen in de gezondheidszorg en proberen meer inhoud te geven aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. In het midden van het boven aangeduide spektrum bevinden zich de *zelfhulpgroepen*, bestaande uit personen met eenzelfde problematiek, zoals slapeloosheids-, hyperventilatie-, valium- en rouwgroepen. Deze groepen doen niet of nauwelijks aan externe belangenbehartiging, maar streven ernaar het gedeelde probleem in kwestie door onderlinge steun en begeleiding hanteerbaar te maken en zo mogelijk op te heffen. Zelfhulpgroepen functioneren deels als alternatief voor, deels als aanvulling op professionele zorg (31).

Een aparte plaats binnen de patiëntenbeweging wordt ingenomen door de psychiatrische tegenbeweging of '*gekkenbeweging*', die vooral in het nieuws is gekomen door acties tegen elektroshock, 'isoleer', dwangmedikatie, bio-psychiatrie, psycho-chirurgie en nieuwbouw van psychiatrische mammoetinstituten. Naast het streven binnen de instellingen naar een betere bejegening en behuizing heeft de gekkenbeweging veel aandacht besteed aan het opzetten van alternatieven voor de bestaande hulpverlening, zoals de JAC's, Releases, klachten- en adviesburo's, krisiscentra, psychotheken en - meer recent - de wegloophuizen, waarin de zelfhulpgedachte centraal staat (32).

Aan de andere kant van het scala, waar zich de groepen bevinden die naar alternatieven streven, vinden we de zogenaamde

'groeibeweging'. Hierbinnen kan onderscheid gemaakt worden tussen groepen die gericht zijn op het psychiese, somatische of spirituele moment. Het psychiese aspekt staat centraal in de zogenaamde 'Human Potential Movement', een konglomeraat van alternatieve psychotherapieën. Het lichamelijke moment staat voorop bij de beweging voor een gezonde leefwijze, waarbij met name alternatieve (makro-biotiese, biologies-dynamiese etc.) voeding en alternatieve geneeswijzen een grote rol spelen. Het spirituele aspekt tenslotte staat op de voorgrond bij de nieuwe religieuze bewegingen die zich grotendeels op oosterse godsdiensten en levensbeschouwingen oriënteren, zoals de Baghwan-beweging, Hare Krishna, Transcendentale Meditatie enzovoorts (33).

De gezondheidsbeweging kan worden beschouwd als deel van de zogenaamde nieuwe sociale bewegingen, die niet primair gericht zijn op verdelingsvraagstukken (zoals bijvoorbeeld de arbeidersbeweging) maar op de 'grammatika van levensvormen', zoals Habermas dat (met een knipoog naar Wittgenstein) noemt (34). Om zicht te krijgen op de ontstaansvoorwaarden en ontwikkelingsperspektieven van de nieuwe sociale bewegingen moeten we een moment terugkeren naar het in paragraaf I geschetste dilemma van de technokratie. Doordat de staatsburokratie al plannend steeds dieper in de levenssfeer van haar onderdanen binnendringt, ontstaat er een snel groeiende *behoefte* aan loyaliteit: zonder goedkeuring en medewerking van de betrokkenen is planning tot mislukken gedoemd. Er ontstaat nu een legitimiteitsprobleem doordat de toenemende behoefte aan loyaliteit van de kant van de overheid gepaard gaat met een afnemende *bereidheid* tot loyaliteit van de kant van de burgers. Deze 'credibility gap' is ontstaan door de opkomst van voor het systeem dysfunktionele motivatiestructuren en oriëntatiepatronen, waarvan de vestiging en verbreiding door tal van auteurs in verband gebracht worden met de nieuwe sociale bewegingen. Eén van deze auteurs is Daniël Bell. In zijn boek 'The Cultural Contradictions of Capitalism' uit 1976 gaat hij er in navolging van Max Weber van uit dat het de ontwikkeling van het kapitalisme zélf is geweest die in toenemende mate de morele en motivationele voorwaarden voor zijn verdere voortbestaan heeft ondergraven. Door het voortschrijdend ontvoeringsproces heeft de protestantse beroepsethiek volgens Weber plaats gemaakt voor een *utilitaristische* houding ten opzichte van arbeid, waarin eigenbelang en niet plichtsgevoel voorop staat. Bovendien heeft zich als komplement van dit utilitarisme een *hedonistische* levensstijl in de sfeer van de vrije tijd ontwikkeld. Bell wijst dit hedonisme aan als oorzaak van de huidige crisis. Het is tot ontwikkeling gekomen in de 19de eeuwse *Bohème* en de 20ste eeuwse avantgardebewegingen en heeft door de 'populistiese' revoluties van de jaren 60 en 70 definitief haar stempel gezet op de massakultuur. De erosie van burgerlijke waarden die van belang zijn voor het goed functioneren van markteconomie en staatsburokratie, zoals arbeidsdiscipline

en loyaliteit, is daarmee voltooid.

Terecht is er veel kritiek geleverd op bovenstaande neo-kon-servatieve visie op de nieuwe sociale bewegingen. Zo stelt Habermas dat Bell een *eenzijdig* beeld schetst van de waardenveranderingen in westerse samenlevingen (35). Om deze stelling te onderbouwen verwijst Habermas naar empiriese studies naar deze veranderingen zoals bijvoorbeeld verricht door de ameri-kaanse politikoloog Ronald Inglehardt. In zijn boek 'The Silent Revolution' uit 1977 toont Inglehardt op grond van vergelijkend onderzoek in tien westeuropese landen en de Verenigde Staten aan dat er sinds de jaren 70 in deze landen vooral onder jongeren een ingrijpende verschuiving heeft plaatsgevonden van 'materialistische' naar 'postmaterialistische' waarden. Postmaterialistische waarden hebben niet alleen betrekking op de esthetiese maar ook op de *ethiese* dimensie: naast de nieuwe behoefte aan zelfexpressie en zelfontplooiing en de nieuwe gevoeligheid voor de kwetsbaarheid van natuurlijk en histories gegroeide situaties en konstellaties is er óók sprake van een nieuwe behoefte aan inspraak in de werksituatie en in de politiek, aan de bescherming van burgerrechten, de ontwikkeling van nieuwe vormen van solidair samenleven enzo-voorts.

In het hier gepresenteerde verklaringsperspektief wordt de opkomst van de nieuwe sociale bewegingen gezien als gevolg van een maatschappelijk geïnduceerde verschuiving naar waardenpatronen en behoefteninterpretaties die in strijd zijn met de functionele eisen van het monetair-burokraties systeem. Vanuit een ander, eveneens gangbaar verklaringsperspektief wordt deze opkomst beschouwd als reactie op de dreigende vernietiging van het natuurlijke en sociale milieu door de ongelimiteerde expansie van het systeem. Deze 'kolonisering van de leefwereld' door het systeem, zoals Habermas dat noemt, brengt onder meer een enorme plundering van de bronnen voor identiteitsvinding en identiteitsvorming met zich mee. Askriptieve (d.w.z. toegeschreven i.p.v. verworven) kenmerken, zoals geslacht, leeftijd, huidskleur, seksuele voorkeur en handicaps, die het mikpunt zijn van maatschappelijke diskrimineringsprocessen, vormen onder deze omstandigheden de structurele kern voor verzet en voor de ontwikkeling van nieuwe sub- of tegenkulturele identiteiten.

Beide hier genoemde verklaringsperspektieven sluiten elkaar geenszins uit, maar kunnen zelfs komplementair op elkaar betrokken worden: personen en groepen binnen de nieuwe sociale bewegingen maken namelijk bij de interpretatie van hun behoeften en de vormgeving van hun individuele en kollektieve identiteit voor een belangrijk deel gebruik van bovengenoemde postmaterialistische waarden; de artikulatiepunten voor verzet, dat zijn de askriptieve kenmerken zoals geslacht en huidskleur, fungeren zodoende tevens als kristallisatiepunten voor deze waarden. Deze zienswijze maakt het mogelijk de *richting* van het verzet te bepalen en werpt een licht op de doel-

stellingen en aktievormen van de nieuwe sociale bewegingen.

Grenzen aan tegenmacht

Wat zijn de perspektieven van het verzet der nieuwe sociale bewegingen? Kunnen deze bewegingen erin slagen om de kolonisering van de leefwereld door het systeem althans gedeeltelijk om te zetten in de 'domesticering van het systeem' door de leefwereld, zoals Schnabel dat heel toepasselijk noemt? Domesticering is een verschijnsel dat we ook uit het echte kolonialisme kennen: 'de kolonisator verandert door de eisen die de gekoloniseerden stellen. Hij doet dat om zelf te kunnen overleven, maar vooral ook om de relatie met de kolonie niet al te zwaar te belasten, met andere woorden om de motivatie om voor de kolonist te werken of de legitimiteit van zijn eigen aanwezigheid niet door onbuigzaamheid te ondermijnen' (36).

Om boven gestelde vraag te kunnen beantwoorden is het nodig om te weten wat tegenmacht precies inhoudt. Tegenmacht onderscheidt zich duidelijk van het sturingsmedium met behulp waarvan het politieke systeem haar interne organisatie en haar externe relatie met de sociale omgeving regelt. Het sturingsmedium macht vertoont volgens Parsons een aantal structurele overeenkomsten met geld: het kan net als geld in omloop gebracht, opgepot of geïnvesteerd worden; en de totale hoeveelheid kan groeien of afnemen, met alle inflatoire en deflatoire gevolgen vandien (37). De uiteindelijke basis van macht, die de mobilisering van menskracht en middelen ter realisering van kollektieve doeleinden mogelijk maakt, is fysiek geweld. Terwijl geld gedekt wordt door goudreserves en internationale trekkingsrechten, wordt macht dus gedekt door de beschikbaarheid van dwangmiddelen. Tegenmacht daarentegen berust niet zoals de sturingsmedia geld en macht op empiries gemotiveerde bindingen maar op rationeel gemotiveerd vertrouwen; ze berust op overtuigingskracht, op wat Habermas de 'dwangloze dwang van het betere argument' noemt. De dekking bestaat in dit geval dan ook niet uit goud of geweld, maar uit goede redenen.

Tegenmacht ontstaat en ontwikkelt zich bij gratie van de mogelijkheid om discussies te entameren en zodoende rond specifieke thema's een publiek te formeren, waaruit desgewenst aktievoerders gerekruteerd kunnen worden. Strategies handelen zoals bij bezettingen of boycotts en gebruik van geweld tegen zaken of zelfs personen worden slechts als legitiem ervaren, en kunnen daarom slechts effectief zijn zolang ze gericht zijn op het opruimen van kommunikatieblokkades, die het op gang komen van argumentatief gestuurde leerprocessen verhinderen of hun verdere voortgang dwarsbomen.

De materialisaties en manifestaties van tegenmacht worden gevormd door alternatieve projekten, waarin geëxperimenteerd wordt met andere vormen van wonen en werken, zoals memo-bedrijfsjes, levensmiddelenkoöperaties, natuurvoedingswinkels,

kraakkafés, wegloophuizen, vrouwenboekhandels, gezondheids-winkels, potten- en flikkertijdschriften, meidenhuizen enzovoorts. Deze aanzetten en projekten en hun onderlinge verbinding tot elkaar deels overlappende netwerken verschaffen een sociale infrastructuur, die onontbeerlijk is voor de totstandkoming en instandhouding van de reproductievoorwaarden voor sub- of tegenkulturele levensvormen en van de nodige speelruimtes voor leerprocessen.

Deze sociale infrastructuur is echter zeer kwetsbaar. Van de ene kant wordt ze bedreigd door het gevaar van *isolering en marginalisering*. Dit is het geval wanneer men zich geheel en al aan het marktmechanisme wil onttrekken en ook geen enkel beroep wenst te doen op de overheid als subsidiegever. Deze onafhankelijke opstelling wordt dikwijls duur betaald, en wel met zelfuitbuiting, bijvoorbeeld in de vorm van lange werktijden en harde arbeidsdiscipline. Veel projekten zijn als gevolg van de fysieke, sociale en psychiese kosten waarmee dit gepaard gaat tot mislukken gedoemd.

Van de andere kant wordt de sociale infrastructuur van alternatieve projekten bedreigd door het gevaar van *integratie en koöptatie*. Dit is het geval wanneer men zich om te overleven wél tot op zekere hoogte onderwerpt aan het marktmechanisme of aan het bureaucraties planningsmechanisme. Aanvaarding van het marktmechanisme leidt op termijn tot schaalvergroting en fusie, tot de herinvoering van de eens zo verguisde arbeidsdeling en specialisering en tot de vervanging van het beginsel van de direkte democratie door het vertegenwoordigingsprincipe. Ook aanvaarding van subsidie leidt doorgaans tot een aanpassing van doelstellingen en werkwijzen en betekent het einde van de gelijkwaardigheid van de medewerkers doordat men zich keurig moet houden aan functie-indelingen en bijpassende salarisschalen (38).

Voor de gezondheidsbeweging geldt dat ze om te overleven steunpunten zal moeten zoeken en bruggenhoofden zal moeten vestigen op het professionele middennivo zónder daarbij volledig te worden ingelijfd en ingekapseld, voorwaar geen eenvoudige opgave. Dikwijls schiet een dergelijk strategies bondgenootschap met (delen van) de verzorgende professies nog tekort en zal er gestreefd moeten worden naar bredere koalities met oppositionele machtsblokken. Dat geldt in het bijzonder voor alternatieve projekten in de sfeer van de geestelijke gezondheidszorg, waarvan het voortbestaan niet alleen afhankelijk is van economiese maar ook van sociale randvoorwaarden. Het succes van deze projekten wordt namelijk mede bepaald door de mate van tolerantie van de direkte omgeving voor afwijkend gedrag. Deze tolerantie is gezien het overheersende karakter van materialistische behoefteninterpretaties en waardenoriëntaties over het algemeen gering. Wanneer hiermee onvoldoende rekening wordt gehouden, raken de projekten onontwarbaar verstrikt in het boven geschetste dilemma van aanpassing en zelfopheffing: van de ene kant dienen er, om therapeuties succesvol te zijn,

strukturen en kommunikatiestijlen ontwikkeld te worden die een bevrijdend alternatief vormen voor de heersende pathogene sociale verhoudingen; van de andere kant mogen deze alternatieve binnenstrukturen echter niet zozeer afwijken van wat gangbaar is dat ze sankties van de buitenwereld uitlokken die het experiment vroegtijdig om zeep helpen (39). Zoals de experimenten van de italiaanse democratische psychiatrie duidelijk hebben aangetoond kan dit dilemma slechts op progressieve wijze worden opgelost wanneer de opbouw en uitbouw van een alternatieve infrastructuur wordt verbonden met de mobilisering van oppositionele partijen, vakbonden, kerkgenootschappen enzovoorts. Een dergelijke 'intermediaire' strategie (40) is niet alleen van levensbelang voor de projekten van de psychiatriese tegenbeweging maar ook voor die van (delen van) de overige nieuwe sociale bewegingen.

Slot

Ik wil nu tot slot van dit artikel kort een balans opmaken van de moeilijkheden waarmee de gezondheidsbeweging gekonfronteerd wordt én van de mogelijkheden tot verandering en verbetering van de bestaande situatie die zij ondanks deze moeilijkheden heeft.

In de eerste plaats heeft de gezondheidsbeweging te maken met een overheid die bestuurbaarheid en beheersbaarheid voorop stelt en die er niet voor terugschrikt kernthema's van de gezondheidsbeweging over te nemen en ideologies in te zetten voor een steeds verdergaande kolonisering van de leefwereld. Hoe dieper de overheid de leefwereld binnendringt hoe afhankelijker zij echter wordt van de instemming en medewerking van betrokken werkers en gebruikers. Wanneer de gezondheidsbeweging erin slaagt zich aan inkapselingspogingen te onttrekken, bijvoorbeeld door de wijze aan de kaak te stellen waarop de overheid haar bedoelingen verdraait en vertekent, kan ze zeker een bijdrage leveren aan de domesticering van het systeem.

In de tweede plaats heeft de gezondheidsbeweging te maken met gezondheidsprofessies die uit zijn op de vergroting van kansen op inkomen en prestige en die niet schromen steeds meer beheersfuncties op zich te nemen. Wanneer dit echter ten koste gaat van de geneesfuncties ontstaat een legitimiteitsprobleem dat leidt tot interne tegenstellingen binnen het reguliere korps en tot de opkomst van alternatieve beroepsgroepen. Voorwaarde voor het welslagen van haar domesticeringspogingen is dat de gezondheidsbeweging de interne tegenstellingen weet uit te buiten en greep weet te krijgen en te behouden op de alternatieve genezers en therapeuten.

In de derde plaats heeft de gezondheidsbeweging te maken met een economiese en sociale omgeving waarin materialistische waarden de overhand hebben en waarin over het algemeen een wantrouwige en vijandige houding bestaat tegenover alterna-

tieve projekten en experimenten, die zodoende tot aanpassing gedwongen of in een isolement gedreven worden. Aan dit dilemma kan echter worden ontsnapt door de vorming van koalities met verwante bewegingen en oppositionele stromingen in het politieke en sociale leven.

Dit zijn geen eenvoudige opgaven voor een beweging die sterk versplinterd is en een sterk vlottend ledenbestand heeft. Betwijfeld mag worden of ze erin zal slagen deze opgaven te vervullen. Dit mag echter zeker niet bij voorbaat worden uitgesloten.

Noten

- 1 Zie Van Doorn en Schuyt, 1978.
- 2 Zie Idenburg, 1983.
- 3 Achterhuis, 1980, pp. 232-233.
- 4 Achterhuis, 1984, p. 305.
- 5 Ibidem, p. 310.
- 6 Ibidem, p. 297.
- 7 Zie ook Albeda, 1983.
- 8 Zie Zijderveld, 1983, p. 200.
- 9 Leenen, 1976, p. 1106.
- 10 Zie ook Nuyens, 1983, p. 98
- 11 Juffermans, 1983, p. 23.
- 12 Crawford, 1977, p. 670.
- 13 Crawford, 1980, p. 380.
- 14 Thoenes, 1962.
- 15 Zie Claus Offe, 1972, pp. 107-123.
- 16 Zie Claus Offe, 1979, pp. 311 e.v.
- 17 Zie Parsons, 1952, pp. 428-480.
- 18 Becker, 1963.
- 19 Ook het poststrukturalisme legt de nadruk op de denuncierende institutie i.p.v. op het deviante individu.
- 20 Zola, 1973, p. 15.
- 21 Freidson, 1973, p. 219.
- 22 De Swaan, 1979.
- 23 Nijhof, 1979, p. 165.
- 24 De Swaan, 1982, p. 155.
- 25 Ibidem, pp. 31-51.
- 26 Zie ook Habermas, 1984, pp. 226-273.
- 27 De Swaan, 1982, p. 220.
- 28 Zie Brinkgreve, 1976.
- 29 Zie Keulartz, Kwa en Radder, 1983 en 1984.
- 30 Zie Keulartz en Kunneman, 1983.
- 31 Zie voor dit overzicht Aghina, 1982.
- 32 Zie Fox e.a., 1983.
- 33 Zie Van Steenbergen, 1984.
- 34 Habermas, 1981, p. 576.
- 35 Habermas, 1983, p. 79.
- 36 Schnabel, 1984, p. 42.

- 37 Dit machtsbegrip heeft slechts betrekking op de bureaucratiese uitoefening van macht. In een omvattend machtsbegrip dienen ook de kommunikatieve voortbrenging van en de strategiese konkurrentie om macht verdiskonteerd te worden. Zie ook Habermas, 1978.
- 38 Zie voor dit dilemma Brand, 1982, pp. 116-118, pp. 126-127 en pp. 182-183.
- 39 Zie ook Bopp, 1980, p. 29.
- 40 De term komt voor bij Huber, 1980.

Literatuur

- Achterhuis: De markt van welzijn en geluk. Baarn 1980.
- Achterhuis: Arbeid, een eigenaardig medicijn. Baarn 1984.
- Aghina: Patiëntenparticipatie in perspectief. In: Hollenbeek en Knottnerus (red.), Vertrekpunten in de gezondheidszorg. Amsterdam 1982, pp. 21-33.
- Albeda: Arbeid tussen werkelijkheid en utopie. In: Idenburg 1983, pp. 163-195.
- Becker: Outsiders - Studies in the sociology of deviance. Glencoe Ill. 1963.
- Bopp: Antipsychiatrie, Theorien, Therapien, Politik. Frankfurt a/M 1980.
- Brand: Neue soziale Bewegungen. Opladen 1982.
- Brinkgreve: De ontwikkeling van het beroep van psychotherapeut. In: A.S.T. 1976, pp. 406-419.
- Crawford: You are dangerous to your health: the Ideology and Politics of victim blaming. In: Int. J. of Health Services, 7 (1977), pp. 663-681.
- Crawford: Healthism and the medicalization of everyday life. In: Int. J. of Health Services, 10 (1980), pp. 365-388.
- Fox e.a.: Psychiatrische tegenbeweging in Nederland. Amsterdam 1983.
- Freidson: Profession of Medicine. New York 1973.
- Habermas: Hannah Arendts Begriff der Macht. In: Politik, Kunst, Religion. Stuttgart 1978, pp. 103-127.
- Habermas: Theorie des kommunikativen Handelns, deel 2. Frankfurt a/M 1981.
- Habermas: Neoconservative culture criticism in the United States and West Germany. In: Telos, nr. 56 (1983), pp.75-90.
- Habermas: Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt a/M 1984.
- Huber: Wer soll das ändern. Die Alternativen der Alternativbewegung. Berlin 1980.
- Idenburg (red.): De nadagen van de verzorgingsstaat. Amsterdam 1983.
- Juffermans: Crisis en gezondheidszorg in internationaal perspectief. In: 37,5, tijdschrift voor gezondheid en politiek, 1e jrg., nr. 1 1983, pp. 20-26.
- Keulartz en Kunneman: Disciplineren en bevrijding in Haber-

- mas' maatschappijtheorie. In: *Krisis* 12 (1983), pp. 28-54.
- Keulartz, Kwa en Radder: Beoordeling alternatieve geneeswijzen discutabel. In: 37,5, tijdschrift voor gezondheid en politiek, 1e jrg., nr. 3 1983, pp. 50-56.
- Keulartz, Kwa en Radder: Hoe alternatief zijn de alternatieven. In: 37,5, tijdschrift voor gezondheid en politiek, 2e jrg., nr. 1 1984, pp. 39-46.
- Leenen: De opbouw van een gezondheidszorgsysteem. In: *Medisch Contact*, 31e jrg., 27 aug. 1976.
- Nijhof: Individualisering en uitstoting. Nijmegen 1979.
- Nuyens: Als we maar gezond zijn! In: Rieken en Baaijens (red.), *Overheid, wat nu?* Deventer 1983.
- Offe: *Strukturprobleme des Kapitalistischen Staates*. Frankfurt a/M 1972.
- Offe: 'Unregierbarkeit'. Zur Renaissance konservativer Krisentheorien. In: Habermas (red.), *Stichworte zur 'Geistigen Situation der Zeit'*, 1. Band. Frankfurt a/M 1979, pp. 294-319.
- Parsons: *The Social System*. London 1952.
- Schnabel: De crisis in de verzorgingsstaat als sociologisch probleem en als probleem van sociologen. In: Thoenes e.a., *De crisis als uitdaging*. Amsterdam 1984, pp. 29-51.
- Van Steenberghe: Langs vele wegen naar hetzelfde doel; sociale bewegingen als voorhoede bij cultuurvernieuwing. In: Thoenes e.a., *De crisis als uitdaging*. Amsterdam 1984, pp. 73-97.
- De Swaan e.a.: *Sociologie van psychotherapie*, 2 delen. Utrecht/Antwerpen 1979.
- De Swaan: *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam 1982.
- Thoenes: *De elite in de verzorgingsstaat*. Leiden 1962.
- Zola: *De medische macht*. Meppel 1973.
- Zijderveld: *Transformatie van de verzorgingsstaat*. In: Idenburg 1983, pp. 195-224.

(vervolg van noten blz. 51)

- politiek*, Vol. 1 (1983), nr. 3, 50-6. En: J. Keulartz, C.L. Kwa, H. Radder, 'Maatschappelijke aspecten van de alternatieve geneeswijzen: hoe alternatief zijn de alternatieven?', 37,5 - *Tijdschrift voor gezondheid en politiek*, Vol. 2 (1984), nr. 1, 39-46. Hierin hebben we de controverses tussen reguliere en alternatieve geneeswijzen langs bovenstaande lijnen geanalyseerd.
- 32 M. Foucault, 'The Subject and Power', Afterword van: H.L. Dreyfus, P. Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (The Harvester Press: Brighton, 1982), 208-26, 212.
- 33 Zie Radder, op. cit. noot 1, m.n. 116-17.