

Medische sociologie

1. Cursusboek

- R. Schepers. (2007). Ziekte en zorg. Inleiding in de medische sociologie, Leuven: Acco.
 - Inhoud
 - ✓ Ziekte en zorg: een historische schets
 - ✓ Ziekte, gezondheid en handicap in sociologisch perspectief
 - ✓ Sociologische theorieën inzake ziekte
 - ✓ Leken en ziekte: ziekte- en gezondheidsgedrag
 - ✓ Arts en patiënt
 - ✓ Beroepen in de gezondheidszorg
 - ✓ Zorgverlenende organisaties
 - ✓ Ongelijkheid in gezondheid
 - ✓ Wat is medische sociologie?

2. Hoe?

- Hoorcolleges
- Laatste half uur/kwartier: extraatje
- Topics door jullie zelf aan te brengen

3. Examen

- Mondeling, met schriftelijke voorbereiding
- Tijd voor schriftelijke voorbereiding is beperkt tot 20 minuten
- Drie vragen
- Twee eerder letterlijk / één inzichtsvraag, bijvoorbeeld een krantenartikel(tje) dat je moet toepassen op de cursus

Wat is sociologie?

- De wetenschap die het samenleven van mensen bestudeert
- Studie van het sociale leven, sociale verandering en de sociale oorzaken en gevolgen van menselijk gedrag

1. Medische sociologie: twee takken

- Sociologie van de geneeskunde - Sociology of medicine
- Sociologie binnen de geneeskunde - Sociology of health and illness

2. Uitgangspunten van deze cursus

- Maatschappelijke evoluties beïnvloeden
 - Vraag naar zorg
 - Aanbod van zorg
 - Organisatie van zorg
 - Wat als (zorg)probleem wordt ervaren
- Dus: nieuw/ander probleem → vraag verandert → aanbod en organisatie veranderen
- Wat als probleem wordt ervaren, verandert ook doorheen de tijd
 - Vb. Paarden vs. Auto's
 - ✓ De boodschap: problemen van nu zijn niet de problemen van de toekomst en de oplossingen van nu zijn niet noodzakelijk oplossingen in de toekomst

3. Medische sociologie

- Voorbeelden van thema's: houding ten opzichte van roken en rokers, veranderingen in relatie tussen arts en patiënt, ...
- KERN:
 - biologische factoren bepalen sociale mogelijkheden
 - Maar: sociale wereld stelt ook grenzen aan wat biologisch mogelijk is

Hoofdstuk 1: Ziekte en zorg: een historische schets	5
• Inleiding _____	5
• Terminologie _____	5
• Ontwikkelingen in het sterfte en ziektepatroon _____	5
- Sterftedaling tot 1850 -----	5
- Sterftedaling tussen 1850 en 1970 -----	6
- Engeland en Wales -----	6
- België -----	6
- Verklaringen van de sterftedaling sedert 1850 tot 1970 -----	6
• Sterftedaling sinds 1970 en het hedendaagse sterfte- en ziektepatroon _____	8
- Gezonde levensverwachting -----	8
- Niet minder, maar meer vraag naar gezondheidszorg -----	8
- Paradox van de gezondheidszorg -----	8
- Geen plateau in ontwikkeling van levensverwachting -----	8
• Van zieken naar patiënten _____	9
• Geneeskundige systemen _____	9
• Geneeskunde en biomedisch model _____	10
- Biomedisch model -----	10
- Kritiek op biomedisch model -----	10
• Reguliere en alternatieve geneeskunde _____	11
• Voorspellende geneeskunde _____	11
• De nieuwe genetica _____	12
- Risico-maatschappij -----	12
- Onderzoek -----	12
- Hoe word je 'at risk'? -----	13
- Wat impliceert 'at risk' zijn? -----	13
- Voor arts -----	13
- Hoe gaat de persoon in kwestie daar nu mee om? -----	13
- Lekenopvattingen en professionele opvattingen over 'risico' -----	14

- Verzekeraars: eerste reactie -----	15
- Dus -----	15
- Angst voor legislatie -----	16
- Bijgevolg-----	16
- Verzekeraars niet één homogene groep -----	17
- Kunnen niet alleen oordelen over wat rechtvaardig is-----	17

Hoofdstuk 1: Ziekte en zorg: een historische schets

1. Inleiding

- Verandering van patronen van ziekte en sterfte in de tijd beïnvloedt:
 - de manier waarop we over ziekte en gezondheid denken
 - ons gedrag
 - het beeld van de zieke

2. Terminologie

- Demografische transitie
 - de overgang van een situatie met relatief hoge geboorte- en sterftcijfers naar een situatie met relatief lage geboorte- en sterftcijfers als gevolg van sociaal-economische veranderingen.
- Tweede demografische transitie
 - evolutie naar veelheid van samenlevingsvormen, met uitstel van krijgen kinderen en minder kinderen, terwijl sterftcijfer laag blijft
- Epidemiologische transitie
 - overgang van een situatie met infectieziekten en ziektes veroorzaakt door voedseltekort naar situatie met chronische, niet-infectieuze aandoeningen, zoals hartziekten en kankers. Deze drastische verandering in ziekte- en sterftepatronen ging gepaard met de transitie van een landbouwsamenleving naar een industriële maatschappij.

3. Ontwikkelingen in het sterfte en ziektepatroon

a. Sterftedaling tot 1850

- De levensverwachting bij de geboorte steeg van +/- 36 jaar bij het begin van de 18^e eeuw tot +/- 40 jaar bij het begin van de 19^e eeuw.
- Oorzaken? → daling van de sterfte ten gevolge van:
 - ondervoeding
 - infectieziekten
 - ✓ biologische factoren: aan einde van epidemie zou ‘aanvalskracht’ van micro-organismen verminderen → moeilijk te bewijzen, maar mag niet worden uitgesloten
 - ✓ medische interventies vb. inenting tegen pokken

- ✓ veranderingen in sociale omgeving, vooral verbetering voeding en levensomstandigheden
vb. stenen in plaats van houten huizen, katoenen kledij

b. Sterftedaling tussen 1850 en 1970

- Meer gedocumenteerd omdat sinds het midden van de 19^e eeuw gegevens over sterfte naar doodsoorzaak beschikbaar zijn.

c. Engeland en Wales

- 4 categorieën van doodsoorzaken
 - Ziekten overgedragen via de lucht: longtuberculose, roodvonk/difterie, pokken, bronchitis/influenza/pneumonie, ...
 - Ziekten overgedragen via drinkwater en voedsel: cholera/diarree, typhus, ...
 - Andere infectieziekten: syfilis, stuipen, kraamvrouwenkoorts, ...
 - Ziekten van niet-infectueuze aard: aangeboren afwijkingen, kanker, ...
- De totale sterftedaling tussen ca. 1850 en 1970 was voornamelijk aan de daling van de sterfte aan infectieziekten te danken.

d. België

- De levensduur van de Belg is in de voorbije 150 jaar ca. verdubbeld.
- De grootste kentering trad op vanaf jaren 1870-1880
 - De sterkste dalingen in de sterfte deden zich voor bij de kinderen.
 - De zuigelingensterfte bleef echter wel langer hoog: rond 1900 was ca. 1/5 van de baby's tegen de leeftijd van 1 jaar al overleden. Tussen 1900-1925 liep deze met meer dan de helft terug dankzij:
 - ✓ sterilisatie melk
 - ✓ specifieke beleidsmaatregelen

e. Verklaringen van de sterftedaling sedert 1850 tot 1970

- Het debat over de verklaring van de sterftedaling, en in het bijzonder de sterke daling van de sterfte aan infectieziekten sinds 1850, richt zich op 3 punten:
 - Invloed van medische interventies
 - Impact van maatregelen ter bevordering van hygiëne en openbare gezondheidszorg
 - Verbetering van voeding en van de levensstandaard

- Stelling van Thomas McKeown: De sterftedaling kan grotendeels worden toegeschreven aan een daling van de infectieziektesterfte.
 - Geneeskunde heeft hieraan slechts een geringe bijdrage geleverd want voor de 20^e eeuw waren er geen effectieve medische ingrepen tegen infectieziekten.
 - Conclusie: de daling van de sterfte wordt aan andere oorzaken dan verbeterde medische zorg toegeschreven, met name aan een verbetering van de levensstandaard bv. een verbetering van de voeding.
- Kritiek op McKeown
 - 5 punten van kritiek:
 - ✓ Hij onderschat de bijdrage van de gezondheidszorg aan de sterftedaling door: zijn enge definitie van medische interventie, door geen aandacht te besteden aan collectieve preventie en door de invloed van geneeskunde op niet-infectueuze aandoeningen te verwaarlozen.
 - ✓ Hij baseert zijn conclusie op uitsluiting van andere mogelijkheden: dit is methodologisch verdacht.
 - ✓ Men acht het onwaarschijnlijk dat de daling van longtuberculose enkel door een verbetering van de voeding voeding wordt veroorzaakt.
 - ✓ Hij verwaarloost de toename tussen 1850-1900 van bronchitis, pneumonie en influenza; eveneens ziekten die via de lucht werden verspreid.
 - ✓ Ineffectiviteit in het verleden betekent niet dat de geneeskunde ook in de toekomst ineffectief zal zijn.
- Stelling van Szreter: Stedelijke congestie wordt door sociale interventies opgelost.
 - In het begin van de 19^e eeuw leidden industrialisering en economische groei tot een massale trek naar de industriesteden, dewelke deze toevloed niet konden absorberen. Dit leidde tot een verslechtering van de hygiënische omstandigheden.
 - In de tweede helft van de 20^e eeuw:
 - ✓ Maatregelen ter verbetering van de openbare gezondheidszorg: riolering, afvalophaling, verbetering voeding, ...
 - ✓ Stijging bronchitis, griep en longontsteking: moeilijker om effectieve maatregelen te treffen, maar ook tegenmaatregelen: sloop ongezonde woningen, ventilatie in werkomgeving
 - ✓ Langzame daling van de zuigelingensterfte: dankzij belangrijke rol van medici, gezondheidsinspectie, getrainde vroedvrouwen,

- Deze twee verklaringen voor de sterftedaling sinds 1850 hebben verschillende implicaties voor het hedendaagse gezondheidsbeleid
 - McKeown: sterftedaling = nevenproduct van de economische groei
 - Szreter: economische groei kan de gezondheid schaden

4. Sterftedaling sinds 1970 en het hedendaagse sterfte- en ziektepatroon

- Minder spectaculaire ontwikkelingen: ongeveer + 1,5 levensjaar per decennium
- Voor veel zieken effectieve medische behandeling gevonden
- Rol van collectieve preventie
- Moderne geneeskunde: zou voor ongeveer 50% van sterftedaling na 1970 verantwoordelijk zijn + belangrijke bijdrage aan verbetering levenskwaliteit

a. Gezonde levensverwachting

- hogere levensverwachting voor V dan voor M
- MAAR: levensverwachting in goede gezondheid +/- zelfde voor M en V

b. Niet minder, maar meer vraag naar gezondheidszorg

- ↑ levensverwachting in minder goede gezondheid
- verschuiving van acute naar chronische en degeneratieve ziektes
- ↑ doeltreffendheid gezondheidszorg
- verbeterde diagnostiek en vroege opsporing
 - => paradox van de gezondheidszorg

c. Paradox van de gezondheidszorg

- Toename doeltreffendheid gezondheidszorg leidt vaak tot toename ipv afname vraag naar gezondheidszorg
- Vergrijzing bevolking
- Toename overlevingskansen bij ernstige ziekte
- Vergrijzing leidt tot verschuiving ziektepatroon naar chronische en degeneratieve ziekten

d. Geen plateau in ontwikkeling van levensverwachting

- rond 1970 dacht men dat
- dacht: door generatieve ziektes, met ouderdom zal dat niet meer lukken
- maar: toch hernieuwde sterftedaling
- = vierde fase van de epidemiologische transitie of 'era of delayed degenerative diseases'

- Wat betekent dat?
 - uitstel van degeneratieve ziektes naar latere leeftijd
 - ook: daling overlijdens door ongevallen
 - Maar ook:
 - ✓ sommige infectieziektes teruggekeerd (vb. tuberculose)
 - ✓ nieuwe infectieziektes zoals AIDS
 - ✓ dreiging van pandemieën zoals vogelpest/vogelgriep/Mexicaanse griep

5. Van zieken naar patiënten

- Heden ten dage is patiënt-zijn meer dan lijden aan een bepaalde ziekte. Het is ook een bepaalde positie bekleden, een rol vervullen. Men kan bv. jarenlang patiënt zijn in tegenstelling tot in de tijd van de grote epidemieën. Het is een manier van leven in plaats van sterven.
- In de 20^e eeuw werden begrippen van ziekte en gezondheid door de sociale wetgeving met de arbeid verbonden. Iemands fysieke toestand werd in termen van arbeidsongeschiktheid gekarakteriseerd. De patiënt wordt binnen de categorie van inactieve bevolking geplaatst: hij is vrij van zijn arbeidsverplichtingen en wordt als zodanig geaccepteerd.
- De relatie tussen medische beroepsbeoefenaren, medische instituties en verwachtingen van zieken/patiënten verandert. Dit heeft ook gevolgen voor de medische sociologie.
- Er wordt meer aandacht besteed aan het ‘verhaal’ van de patiënt: bijgevolg bestaan er veel ‘narratieve studies’ waarin men de ervaringen van patiënten met chronische aandoeningen bestudeert, door hen hun eigen verhaal te laten vertellen

6. Geneeskundige systemen

- Tot laat in de 18^e eeuw bestond de Europese geneeskunde uit een grote verscheidenheid van geneeskundige systemen en scholen.
- Gemeenschappelijke overtuiging: ziekte = symptoom van verstoord lichamelijk evenwicht. Genezing was bijgevolg gericht op een herstel van de harmonie.
- vb. humoraal systeem

7. Geneeskunde en biomedisch model

- Vanaf de 19^e eeuw: kentering in de opvattingen over en de omgang met ziekten
 - Succes natuurwetenschappen bij het verklaren en meer beheersen van natuurverschijnselen
 - Ontwikkelen van meer op natuurwetenschappen georiënteerde geneeskunde
- a. Biomedisch model
 - Doctrine van specificiteit
 - Voor elke ziekte wordt een specifieke, overwegend biologische oorzaak gezocht
 - Diagnosticeren = door observatie, objectieve tests en lichamelijk onderzoek vaststellen tot welke ziektecategorie een bepaalde aandoening behoort
 - => ziekte wordt beschouwd als een universeel verschijnsel, met algemeen voorkomende eigenschappen, over de verschillende historische perioden, plaatsen en culturen heen
 - Lichaam en geest kunnen afzonderlijk worden behandeld
 - Nadruk eerder op het genezen van de ziekte dan op het welzijn van de persoon
 - Richt zich op de pathologie en niet op de hele persoon
 - Lichaam = machine
 - Lichaam kan als een machine worden hersteld
 - Belang van technologische ingrepen (= technologische imperatief)
 - Reductionisme
 - Verklaringen van ziekte richten zich overwegend op biologische factoren
 - Sociale en psychologische factoren worden veronachtzaamd
- b. Kritiek op biomedisch model
 - Vanaf ca. 1970 werd deze geneeskunde in toenemende mate bekritiseerd
 - Bijdrage van de geneeskunde aan de verbetering van de volksgezondheid
 - 'Verdoktering' van de samenleving
 - Te weinig aandacht voor socio-economische invloeden op ziekte
 - Teveel patiënt als passief object behandelen in plaats van de hele persoon

- Toch
 - Groot vertrouwen in biomedische geneeskunde
 - ✓ Biomedische benadering kreeg status van 'reguliere' geneeskunde
 - Terwijl de rest van de opvattingen, benaderingen en geneeskundige systemen verzameld werden onder de noemer "alternatieve geneeskunde"
 - ✓ acupunctuur, homeopathie,
 - ✓ van nauw aanleunend bij biomedische tot sterk afwijkend
 - ✓ vaak: meer holistisch (hele persoon)
- Regulier en alternatief worden vaak parallel gebruikt

8. Reguliere en alternatieve geneeskunde

- Rapport WHO 2001: 40% van de Belgische bevolking consulteerde ooit een vorm van niet-conventionele geneeswijzen
- Gezondheidsenquête 2004: het jaar voorafgaand aan de enquête had 12% contact met een alternatieve of niet-conventionele therapeut
 - 6% niet-conventionele therapie bij een arts
 - 4,6% bij een paramedisch therapeut
 - 5,8% homeopathie, 1,6% acupunctuur, 3,8% osteopathie, 1,7% chiropractie
 - Vrouwen iets vaker dan mannen (13% vs 10%)
 - Meest middelste leeftijdsgroepen en hoger opleidingsniveau

9. Voorspellende geneeskunde

- Biomedische geneeskunde
 - de patiënt raadpleegt de arts ivm een gezondheidsklacht => klachtgebonden geneeskunde
 - maar ook: adviserende geneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, arbeidsgeneeskunde, medisch schooltoezicht...
- Voorspellende geneeskunde: bekijkt welke risico's je loopt => risicoprofiel opstellen
 - Op basis van symptomen, pathologieën, leefstijl, gezondheidsgedrag, sociale omstandigheden, genetische kenmerken, ...
 - Nadruk op voorspelling en preventie in plaats van diagnose en behandeling

10. De nieuwe genetica

- Risico en ambivalentie zijn kenmerken van onze huidige samenleving (zie eerste les)
- Hoe toepassen op genetica ('new human genetics')?
- a. Risico-maatschappij
 - Genetica: alliantie tussen groot-kapitaal (biotechnologische industrie), klinici en wetenschappers met velerlei achtergronden, maar ook politici en beleidsmakers
 - Is ook iets internationaals, grensoverschrijdend
 - Genetische tests en screening- programma's voor aantal ziektes
 - Voor mensen met familiegeschiedenis van bepaalde ziektes (Huntington, borstkanker, ...)
 - Maar ook: als vorm van pre-natale en post-natale zorg (vb. voor cystic fibrosis of Duchenne)
 - Individuele keuze? Morele verantwoordelijkheid? Recht op informatie en behandeling? Nodig om leven te kunnen plannen?
 - Resultaat is zelden 'ja' of 'neen', maar vaker 'kans'
 - Dus: angst of geruststelling?
 - Past in 'idealen' van de 'cultuur van perfecte gezondheid'
 - Verschuiving van sociale voorzieningen voor wie problemen heeft naar medische interventies om problemen te voorkomen/niet meer te laten voorkomen
 - Biedt keuzes die er vroeger niet waren
 - Maar: niet zo vrijblijvend als het lijkt: culturele/maatschappelijke druk om zich te laten testen
 - Verzekeraars, werkgevers, gezondheidszorg- en welzijnsorganisaties: erg geïnteresseerd in die info
 - Kunnen zo eigen risico's/verliezen inperken
 - Kan helpen om planning voor de toekomst te maken en zich te richten naar specifieke 'risicogroepen'
- b. Onderzoek
 - Onderzoek naar reactie van wie positief test op genetische tests (Scott et al., 2005)
 - Onderzoek naar reactie van verzekeraars (Van Hoyweghen, Horstman & Schepers, 2005)
 - Personen die genetische test ondergaan
 - Artikel bestudeert hoe de genetica mbt kanker de relatie tussen arts, patiënt, ziekenhuis en verpleegkundige beïnvloedt
 - Cijfers uit UK: 1 op 3 wordt ooit geconfronteerd met kanker, 1 op 4 sterfgevallen is veroorzaakt door kanker
 - Genetische tests kunnen risico op bepaalde kankers blootleggen

- Impliceert wel verschuiving van ‘een ziekte hebben’/’kanker hebben’ naar ‘een potentiële kankerpatiënt zijn’
 - Ziekte als een gevaar dat ons allen bedreigt en waar we onszelf tegen moeten beschermen
 - ‘Bewakingsgeneeskunde’ komt als het ware in elk facet van ons leven binnen (oppassen voor AIDS, genetische tests, voeding,)
- c. Hoe word je ‘at risk’?
- Krijgen status ‘at risk’ door te behoren tot een bepaalde groep of groepen: ouderen, rokers, mensen met overgewicht,
 - Of door bepaalde persoonlijke kenmerken: een genetische predispositie hebben
- d. Wat impliceert ‘at risk’ zijn?
- Voelt je goed
 - Hebt geen symptomen
 - Maar altijd bewust van het feit dat je de mogelijkheid in je draagt dat dat verandert
 - Moet leren leven met feit dat je in de toekomst (grote) kans loopt om aan een zekere pathologie te lijden
 - Unieke positie in het gezondheidszorgsysteem: soort tussenpositie tussen gezond en ziek
- e. Voor arts
- Focus verschuift
 - van lichaam en cel naar DNA
 - van individuele patiënt naar familie
 - van het ziekbed naar het labo
 - van de ronde op de afdeling naar counselling en controle-bezoeken
 - Hoe vertel je dat aan patiënt? Hoe zal die omgaan met de informatie?
 - Vandaar: evolutie naar ‘genetic counselling’
- f. Hoe gaat de persoon in kwestie daar nu mee om?
- 58 semi-gestructureerde interviews met mensen die in 2001-2002 doorverwezen waren naar een regionale dienst voor de screening van genetische predispositie voor kanker
 - Vragen over hun ervaringen met die dienst en om hun verhaal in hun eigen woorden te vertellen
 - Aangevuld met data uit 17 consultaties op het bureau

- Hoe wordt risico ingeschat?
 - Wie als ‘laag-risico’ word gezien, krijgt gewoonlijk geen face-to-face consultatie
 - Wie een gemiddeld of hoog risico loopt, wel
 - Enkel wie een hoog risico heeft, krijgt genetische testen (meer dan screenen) en counselling
 - Enkel gemiddeld en hoog risico: bijkomende screenings
- Wat betekent dat voor de persoon?
 - ‘Patiënten’ worstelen zelf met hun status
 - Noch ziek, noch gezond
 - ‘potentiële ziekte-rol’
 - Krijgt niet privileges van ziekte-rol, maar wordt ook niet als volledig gezond beschouwd
 - Quasi-ziek
- Laag-risico: niet eens uitgenodigd voor gesprek, maar telefonisch of via brief gecommuniceerd: soort anti-climax
- Voor sommigen voelde dat aan alsof hen onrechtmatig diensten ontzegd werden

g. Lekenopvattingen en professionele opvattingen over ‘risico’

- Leken en professionelen zien risico niet noodzakelijk op dezelfde manier
- Leken: eerder op basis van lichamelijke gelijkenis met familieleden: ik lijk erg op hem, hij stierf aan kanker, dus ik loop ook groot risico
- Of opvatting dat ‘het een generatie overslaat’
- Geloofden de professionelen wel, maar toch sceptisch dat ‘enkel’ de genetische predispositie kanker bij hen zou veroorzaken
- Genetisch risico als één facet, naast andere zoals voedingsgewoontes, of een stresserende gebeurtenis in hun leven
- Lijken dit soort opvattingen ook nodig te hebben om toch enige controle te voelen over hun toekomstige gezondheid
- Aan andere kant: sommigen die te horen krijgen dat het risico laag is, geloven het niet
- Sommigen die als ‘hoog risico’ werden gecatalogeerd, waren dan weer net opgelucht: voelden zich veiliger, gerustgesteld in de handen van de ‘medische macht’ (niet langer zelf verantwoordelijk)
- Hebben ook het gevoel dat hun familie/gezin nu ‘veilig’ en beschermd is
- Is meer dan ‘lekengeloof’, maar ook wijze om om te gaan met status van quasi-patiënt
- Hoog-risico: heeft status gekregen, krijgt vaak controle
- Laag-risico: geen status gekregen, geen plaats in gezondheidszorgsysteem

h. Verzekeraars: eerste reactie

- Begin jaren 1990: eerste publieke debatten over genetica en verzekeren “Insurers unite! Genetic testing is coming of age” (Chambers, Chairman of the Genetic Task Force of the American Council of Life Insurance)
- Werde wel gevolg aan gegeven, maar verzekeraars reageerden niet allemaal op dezelfde wijze
- Voelden zich zondebok of slachtoffer: indruk dat het grote publiek, de medische professie en de biotechn. industrie hen beschuldigden van het scheppen van problemen, terwijl ze slechts ‘onschuldige toeschouwers’ waren
- Stelden:
 - Niet de drijvende kracht achter het onderzoek te zijn
 - Louter te zoeken naar het inschatten van risico’s op een kosten-efficiënte manier
 - Beslisten alleen rekening te houden met genetische testen in hun risico-assessment als zulke testen al gebeurd waren bij een persoon, maw er niet zelf naar vragen, maar wel willen weten wat de cliënt weet
- Verzekeraars stelden ook dat zij niet verantwoordelijk waren voor de ‘gene fright’ of angst bij het grote publiek
- Vonden dat publiek misleid werd omdat de genetische tests niet zo accuraat waren als werd aangenomen door het brede publiek
- Verzekeraars wilden liever niet geassocieerd worden met iets dat in de media vaak negatief werd voorgesteld (vb. ‘genetic underclass’)
- Verzekeraars kloegen ook dat het grote publiek niet goed begreep wat nu juist de principes van verzekeren zijn: private verzekering is geen recht en wie meer risico loopt, moet ook meer betalen

i. Dus

- Defensieve benadering: zich terugplooiën op algemene verzekeringsprincipes en verzekeringstechnieken
- ‘actuarial fairness’: iedereen betaalt volgens zijn eigen risico
- “the lower your risk, the lower your premium”
- Indien niet: groot risico en kans op faillissementen of grote bedrijfsverliezen
- Stelden dat genetische testen niets nieuws teweeg brachten: wilden compleet inzicht in de tests wanneer iemand bijvoorbeeld een aanvraag deed voor een levensverzekering

j. Angst voor legislatie

- Voor verzekeraars: genetische technologie heeft geen andere implicaties dan andere technologie voor prognoses
- Maar: in verschillende landen werd een strenge wetgeving over het gebruik van genetische informatie geïntroduceerd (zie bijvoorbeeld Nys, H. et al., 2002)
- Verzekeraars bekeken dit met lede ogen, ook omdat vaak zo vaag dat ook andere prognostische tests eronder konden vallen (vb. cholesterol-test)
- Had wel voor gevolg de de verzekeraars hun defensieve houding gingen herbekijken.
- Stelden zelf: ‘the two main pillars of our arguments had fatal flaws’ (O’Leary, 1998)
 - Argument dat genetische info niet anders dan andere medische info werd niet als valide gepercipieerd door de media, het grote publiek en de beleidsmakers
 - Het grote publiek ging niet akkoord met het argument van ‘actuarial fairness’
- Vonden nog steeds dat ze gelijk hadden, maar dat ze het verkeerd hadden aangepakt:
- Hadden omgekeerde teweegebracht: stelling dat genetische info niet anders dan andere had gezorgd voor brede definities in de wetgeving

k. Bijgevolg

- Naar pro-actieve benadering ipv defensieve
- Zochten naar sociaal aanvaardbare oplossingen
- Stelden ‘code of practices’ voor, zelf-regulering, ...
- Zochten naar actuariële basis om op andere manier naar genetische testen dan naar andere data te kijken
- Wilden dus nog steeds kijken wat gevolg kon zijn: vb. wat zou het de verzekeraars kosten indien ze de genetische info NIET mochten gebruiken?
- Als die kost laag uitviel, konden ze hun protest opgeven
- Ook: kijken wat de kosten waren voor het individu dat een slechte genetische test had: zo konden ze berekenen hoeveel ze mensen met genetisch grotere kans op aandoening konden aanrekenen voor een verzekering ipv hen simpelweg te weigeren
- Zochten naar nieuwe producten, bvb. ‘endowment life insurance’ = betere (standaard) risico-classificatie geven aan mensen met hoger genetisch risico die aantonen dat ze gezond(makend) gedrag vertonen
- Zochten naar manieren om het risico te verdelen over de industrie, de belastingbetaler en de beleidsmakers, vb. idee van ‘genetische verzekering’ (Tabarrok, 1994)

- = verplichte verzekering voor iedereen die genetische test ondergaat, voor het geval het resultaat positief is (met negatieve consequenties), verzekering wordt gezamenlijk georganiseerd door de private firma's en de overheid
 - Ipv van algemene uitspraak over genetische tests te doen, hoopte men dat men geval per geval/ziekte per ziekte/verzekeringsproduct per verzekeringsproduct zou gaan kijken
 - Lukte gedeeltelijk: vb. in UK werd test voor Huntington betrouwbaar genoeg bevonden om te mogen gebruikt worden voor doelstellingen van levensverzekeringen
- l. Verzekeraars niet één homogene groep*
- Bleken het niet allemaal met elkaar eens te zijn
 - Actuarissen hadden er problemen mee dat zij nu plots als de 'probleemoplossers' werden gezien
 - Klaagden aan dat er te weinig data waren om mee te werken, te weinig om op voort te gaan om risico's te berekenen, te weinig academische input
 - Ook kritiek op begrip 'actuariële relevantie' omv vaagheid
 - En tenslotte: bewijslast zou niet alleen op actuariële principes gebaseerd mogen zijn, die volstonden niet waar het genetica betrof: 'competing interpretations of fairness'
- m. Kunnen niet alleen oordelen over wat rechtvaardig is*
- Idee groeide dat men deel moest gaan nemen aan een breder sociaal debat
 - Dus: verzekeraars kunnen niet volledig vertrouwen op statistieken, maar moeten ook reflecteren over waarden
 - Een politiek van 'wachten'
 - De verenigingen van verzekeraars hebben owv die interne verdeeldheid gekozen voor een wacht-beleid omdat er nog te veel onduidelijkheid rond genetische testen hangt
 - 'wait and see'
 - Hoe sterk dat wachten is, hangt ook wat af van de legislatie van het land in kwestie: in sommige landen is beslist om helemaal geen rekening te houden met genetische data en in andere om dat slechts tot op zekere hoogte te doen
 - Verzekeraars zien dit wel als een slechts tijdelijke situatie

Hoofdstuk 2: Ziekte, gezondheid en handicap in sociologisch perspectief 19

•	Ziekte en gezondheid _____	19
-	Definitie van ziekte-----	19
-	Definitie gezondheid -----	19
-	Van individueel naar sociaal model-----	20
-	Hoe gezondheid meten? -----	20
-	Gezondheid als waarde en norm-----	21
•	Risico op ziekte en ziek zijn_____	21
-	Invloed van officiële definities van gezondheid-----	21
-	Sociale reacties op ziekte-----	21
•	Stigma _____	21
-	Wat is stigma? -----	21
-	Vier componenten zorgen voor stigma -----	22
-	Wat maakt stigma erger? -----	22
-	Soorten stigma-----	22

Hoofdstuk 2: Ziekte, gezondheid en handicap in sociologisch perspectief

- Van medische sociologie (enkel ziekte) naar sociologie van ziekte **en** gezondheid
 - Meer holistische benadering
 - ✓ Ook preventie, leefstijl: vb. Eten, roken, etc.

1. Ziekte en gezondheid

- Zijn iets fysiologisch en psychologisch, maar ook iets sociaals

a. Definitie van ziekte

- Verschil ziek zijn en ziekte hebben
- In het Engels verschillende woorden: sickness, illness en disease
 - Disease
 - ✓ gestoorde werking van één of meer organen, afwijking in de structuur en/of het functioneren van het lichaam als biologisch organisme
 - => ziekten zijn universeel, onafhankelijk van het individu, de cultuur of de groep waarbinnen zij optreden
 - ✓ diagnostische categorieën gebruikt door arts
 - => ziekten zijn sociaal geconstrueerd dus variëren in tijd en plaats
Vb. histerie
 - Illness
 - ✓ ervaring van het ziek zijn en de betekenis die aan die ervaring wordt gegeven.
 - => perspectief van de zieke zelf op ziek zijn
 - Sickness
 - ✓ gerapporteerde illness
- Ervaring van ziekte = tijd- en plaatsgebonden

b. Definitie gezondheid

- Hangt van veel zaken af, onder meer leeftijd, geslacht en beroep
- Definitie 'afwezigheid van ziekte' = nogal medische definitie + negatieve definitie => moet diagnose hebben of niet ziek
 - => Complex en multi-dimensioneel

- Oplossing: definitie van het WHO:
 - “Health is defined in WHO's Constitution as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”
 - ✓ Meer positieve definitie en incorporeert ook sociale en persoonlijke veranderingen naast medische vooruitgang.
 - Kritiek: ook deze definitie verbergt aantal assumpties
 - ✓ “The extent to which an individual or group is able, on the one hand, to realize aspirations and satisfy needs and on the other hand, to change or cope with the environment. Health is therefore seen as a resource for everyday life, not the objective of living: it is a positive concept emphasizing social and personal resources as well as physical capabilities.” (WHO, 1984)
- c. Van individueel naar sociaal model
 - Personal tragedy model/deficit model
 - mensen met een ziekte/handicap wijken af, vertonen een deficit, ondergaan een persoonlijke tragedie
 - ↔ de maatschappij is neutraal en onveranderlijk
 - Dus: mensen moeten zich aanpassen aan hun deficit, moeten worden gecorrigeerd en worden daarbij geholpen/moeten zich laten helpen door professionelen
 - Sociaal model
 - Legt nadruk op barrières in de samenleving
 - Samenleving moet zich aanpassen, niet de zieke/persoon met een handicap
 - Welke factoren weerhouden mensen ervan ten volle te participeren in de samenleving? → oplossing zoeken op maatschappelijk niveau
- d. Hoe gezondheid meten?
 - Vaak: mortaliteit en morbiditeit
 - Mortaliteit: klassiek
 - ✓ levensverwachting bij geboorte, ook andere statistieken
 - Morbiditeit
 - ✓ voorkomen van ziektes
 - Als morbiditeit daalt: gelijkgesteld met verbetering van nationale gezondheid

e. Gezondheid als waarde en norm

- Gezondheid = belangrijke waarde en norm
- Kenmerken westerse maatschappij:
 - instrumenteel activisme en functionele rationaliteit
 - individualisme, met als centrale waarden autonomie, zelfontplooiing en competitie

2. **Risico op ziekte en ziek zijn**

- Zie nieuwe genetica
- Maar ook: meer en meer nadruk op leefstijl

a. Invloed van officiële definities van gezondheid

- Mensen sterk beïnvloed door ‘experten’ of officiële opvattingen
- Ook officiële opvattingen veranderen
- Kunnen conflicteren met lekenopvattingen
 - Voorbeeld: AIDS/HIV in Afrika
 - ✓ Over algemeen: heel fatalistische houding
 - ✓ Ontkenning en stoïcijnse houding t.o.v. de dood

b. Sociale reacties op ziekte

- Stigmatisering ervaren hoort vaak bij het hebben van een chronische ziekte
- Ziektelabel kan je dominante status worden: anderen zien het als de belangrijkste bron van je identiteit
- In dat geval wordt alles geïnterpreteerd in het kader van je ziekte
- Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen de persoon en zijn of haar ziekte of beperkingen

3. **Stigma**

- “a social process or related personal experience characterised by exclusion, rejection, blame, or devaluation that results from experience or reasonable anticipation of an adverse social judgment about a person or group identified with a particular health problem.” (Weiss & Ramakrishna, 2006)

a. Wat is stigma?

- gezien worden door anderen als minderwaardig of in zekere zin onacceptabel en daarom geen volledige/volwaardige sociale aanvaarding krijgen (Erving Goffman)
- ‘spoiled identity’
 - in interacties met anderen en vandaaruit ook vaak in zelfbeeld
- Vaker stigma als beperking/ziekte zichtbaar is (maar niet altijd)

- Als niet zichtbaar en stigma is mogelijk (vb. HIV, epilepsie, ...): moet beslissen wat je aan wie gaat vertellen -> informatiecontrole
=> Het management van stigma is een belangrijk onderdeel van het management van ziekte

b. Vier componenten zorgen voor stigma

- Definitie van bepaalde menselijke verschillen wordt als ‘sociaal relevant’ gedefinieerd door degenen die daartoe de sociale, politieke of economische macht toe hebben.
- Die relevante verschillen worden gelinkt aan negatieve stereotypes
- Dat leidt tot sociale afstand en afscheiding
- Daaruit volgt statusverlies en discriminatie

c. Wat maakt stigma erger?

- als de ziekte vaak voorkomt bij groepen die sowieso al in discrediet zijn gebracht (bvb. AIDS bij homo's)
- als de ziekte gepaard gaat met verlies van controle over lichaamsfuncties
- als het seksueel overdraagbaar is
- als het met ‘vuil zijn’, geurtjes en dergelijke samengaat (bvb. incontinentie)

d. Soorten stigma

- Felt stigma
 - stigma zoals het wordt aanvoeld (“mensen bekijken mij scheef”, “ik ben bang om gediscrimineerd te worden”)
- Enacted stigma
 - stigma zoals het wordt ervaren (“ik werd ontslagen omwille van mijn positieve HIV-status”, “mijn vriendje mag niet meer met mij spelen omdat ik epilepsie heb”)
- Courtesy stigma
 - stigma van relatie/band met lid van gestigmatiseerde groep (vb. ouder van kind met epilepsie)

Hoofdstuk 3: Sociologische theorieën inzake ziekte 24

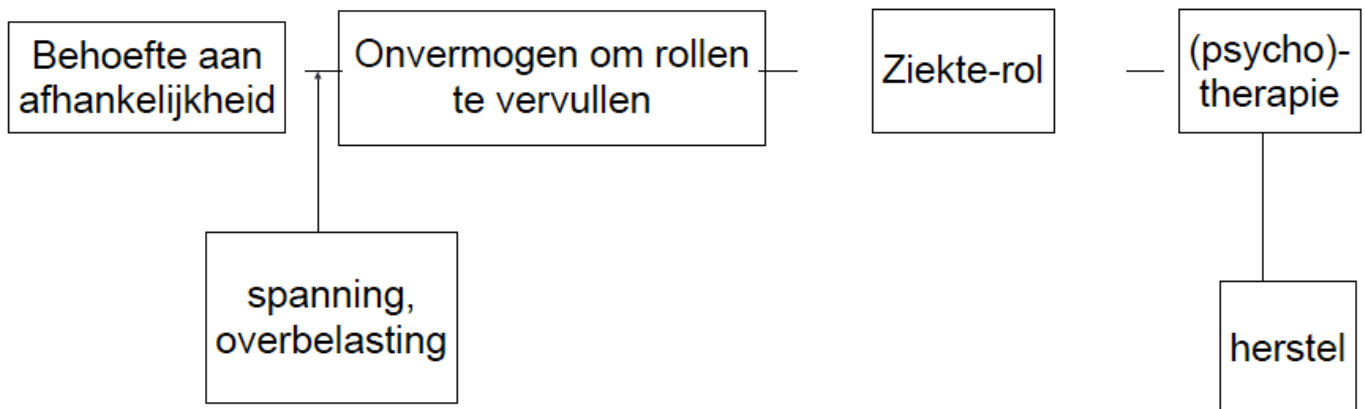
- Ziekte als onvermogen en gemotiveerde afwijking _____ 24
 - Ziekte als onvermogen en gemotiveerde afwijking: onderlinge samenhang-----24
 - Ziekte-rol-----24
 - Functies van de ziekte-rol-----25
 - Variaties in ziekte-rol -----25
 - Varul -----25
 - Chronisch zieken-----25
 - 'Chronic health' -----26
 - Crossley -----26
 - Kritiek op Parsons -----26
 - Antwoord van Parsons in 1975-----26
 - Toepassing op AIDS/HIV: Europe Against Aids- programma -----27
 - Nadruk op ervaringskennis en autoriteit van de betrokkene -----27
 - Verwerping van de ziekte-rol-----28
 - Ambigüiteiten tussen empowerment en onderliggende afhankelijkheid -----28
- Ziekte als professionele constructie en als onderhandeling _____ 28
 - Niet één, maar verschillende ziekte-rollen-----29
 - Ziekte als onderhandeling -----29
- Ziekte als verlies en als uitbuiting _____ 30
 - Ziekte als verlies-----30
 - Ziekte als uitbuiting -----30

Hoofdstuk 3: Sociologische theorieën inzake ziekte

1. Ziekte als onvermogen en gemotiveerde afwijking

- Talcott Parsons: ziekte als sociale afwijking
- Ziekte = winst en verlies
- Verstoring van het sociale systeem
- Geneeskunde = regulerend mechanisme in sociale systeem
- Talcott Parsons
 - Ziekte als onvermogen: ziekte is vorm van afwijkend gedrag
 - Ziekterol en rol van de arts
 - Ziekte als gemotiveerde afwijking
 - Twee staan niet los van elkaar

a. Ziekte als onvermogen en gemotiveerde afwijking: onderlinge samenhang



b. Ziekte-rol

- Term geeft aan dat samenleving specifieke rollen voor mensen heeft geconstrueerd
- Parsons: twee rechten en twee plichten
 - Recht: ontheven van normale rolverplichtingen
 - Recht: zieke wordt niet verantwoordelijk geacht voor voor zijn toestand
 - Plicht: omgeving verwacht dat zieke situatie ongewenst vindt en beter wil worden
 - Plicht: zieke moet competente hulp zoeken bij anderen en hiermee samenwerken

c. Functies van de ziekte-rol

- Twee functies: isolerende en reïntegratieve
- Isolerende: ziekte-rol kanaliseert afwijkingen
- Reïntegratieve: zo snel mogelijk oude rollen weer vervullen
- Ziekte kan soms functioneel zijn, als veiligheidsklep
- Ziekte-rol = ideaaltype
- Ziekte-rol = transitierol, mag geen permanente rol zijn

d. Variaties in ziekte-rol

- Invloed van aard van de ziekte
- Duur van de ziekte
- Ook: sociale, culturele en individuele factoren (leeftijd, sociale klasse, ethnie)
- Ziekte is NIET moedwillig afwijken van sociale normen, maar er wel niet in staat zijn om aan die normen te voldoen
- = verschil met misdaad of immoraliteit
- Voor het systeem maakt dat niet uit: als heel veel zieken, dan functioneert het niet meer

e. Varul

- Tegenwoordig wordt er vooral 'negatief' naar Parsons' ziekteconcept gerefereerd
- Concept = historisch adequaat voor midden 20ste eeuw
- Maar nu: chronische ziektes en pathologisering van dagdagelijks gedrag + bij acute ziektes meer vermarkting en empowerment van patiënten
- Volgens Varul toch nog adequaat nu: kan de wankelende sociale positie van chronisch zieken en verwachtingen tov gezonde mensen helpen begrijpen

f. Chronisch zieken

- Ziekte-rol is niet meer beperkt in ruimte en tijd
- Relatie arts-patiënt stopt niet meer
- Zieke wordt verondersteld zijn/haar best te doen om terug zoveel mogelijk de normale taken op te nemen
- 'Beter worden' wordt een levenslange 'job'
- Moeten dus nog steeds voldoen aan plichten ziekte-rol, maar krijgen rechten niet (helemaal) meer.
- Vertaalt zich onder meer in inkomensverlies en demotie

- Succesvolle ‘normalisatie’ leidt ook tot erosie medische autoriteit
 - Chronisch zieken managen zelf meer hun ziekte, hun kennis neemt toe
 - Erosie is niet zelfde als verdwijnen medische autoriteit!

g. ‘Chronic health’

- Duidelijke parallellen ts wat wordt voorgeschreven aan chronisch zieken en promotie van gezonde levensstijl
- Dieet, quasi-medicatie (supplementen, vitamines, ...), beweging, zelf-observatie
- Motivatie om gezond te blijven = plicht

h. Crossley

- Positie van zieke in huidige samenleving
- Toepassing van Parsons’ ziekte-rol op mensen die HIV-positief zijn
- Klopt theorie van Parsons’ theorie nog of is ze gedateerd?

i. Kritiek op Parsons

- Maakt de zieke ‘passief’ en houdt geen rekening met mogelijk actieve rol in coping en omgaan met ziekte
- Overschat de autoriteit van medische professionals
- Chronische ziekte: feit dat langdurig is, maakt dat je niet vrijgesteld wordt van sociale verantwoordelijkheden
- Wordt verwacht zo lang en zo goed mogelijk je ‘normale leven’ te leiden
- Plicht om advies professional te volgen: hoe zit dat als de medische kennis nog beperkt is?
- Heeft dit impact op de structuur van de relatie arts-patiënt?
- ‘insider view’ op ziekte ipv ‘outsider view’
- Vandaar: groei zelfhulpgroepen

j. Antwoord van Parsons in 1975

- Onafhankelijk van het type ziekte, de medische kennis en de actieve participatie van de patiënt: blijft asymmetrische relatie want er is een machtsonevenwicht tussen arts en patiënt
- Asymmetrische structuur is zelfs functioneel, want professie is verantwoordelijk voor gezondheidstoestand hele populatie
- Maatschappelijke nadruk op preventie: dus ook niet-professionelen verantwoordelijk
- Maar: enkel professionals hebben voldoende competentie en ook ‘professional concern’

k. Toepassing op AIDS/HIV: Europe Against Aids- programma

- Afwijzen van de ziekte-rol
- Aangezien minder verantwoordelijkheden: worden verwacht hulp te zoeken
- Medische autoriteit wordt echter vaak verworpen
- Willen niet afhankelijk zijn, owv 'empowerment'
- Zeer weinig mensen in de steekproef accepteerden een meegaande afhankelijkheidsrelatie met hun artsen
- Meesten stonden sceptisch tov medische professie en medische kennis en technologie
- Algemeen: scepticisme owv medische onzekerheid en gebrek aan kennis over prognoses, behandelvormen en vaccinatie
- Weerstand tegen bepaalde medische tests en behandelvormen, zoals CD4/T4 lymphocyte blood count
- Ook kritisch owv houding medici tov lekenkennis
- Weerstand tegen feit dat dokters slechts mondjesmaat en beperkt informatie geven.
- Interpretieren dat als methode om patiënten geen controle te geven
- Samengevat
 - Kritiek op medische professie owv
 - ✓ Bepaalde medische technologieën
 - ✓ Staat van kennis, onzekerheid
 - ✓ Gebrek aan vrije beschikbaarheid van kennis
 - ✓ Weigering van bepaalde dokters om lekenkennis te erkennen

l. Nadruk op ervaringskennis en autoriteit van de betrokkene

- Proberen medische afhankelijkheid te counteren met 'empowerment'
- Verenigen zich, komen samen om over ervaringen, praktische, emotionele en psychische problemen te praten
- Vertrouwen in ervaringskennis, subjectieve kennis van je eigen lichaam
- Weerstand tegen biomedisch model
- Nadruk op positieve houding en alternatieve methodes zoals homeopathie, Reiki, ... die allemaal een holistische filosofie aanhangen

m. Verwerping van de ziekte-rol

- Verwerpen van ‘sociale verplichtingen’
- Zetten zich niet alleen af tegen medische regels, ook tegen sociale regels, vooral mbt ‘verplichting’ of ‘plicht’ mbt sex en voortplanting
- Recht op ‘sexuele vrijheid’
- Op vraag naar risico om ziekte door te geven en verantwoordelijkheid voor anderen, was antwoord meestal dat hun verantwoordelijkheid vooral voor henzelf en minder voor anderen was
- Hemofilie-patiënten waren boos omdat the ‘Haemophiliac Treatment Centres’ hen over het algemeen niet wilden helpen om kinderen te krijgen.

n. Ambigüïteiten tussen empowerment en onderliggende afhankelijkheid

- Vragen een ‘normalisatie’ van hun HIV-status en gelijke behandeling met niet-seropositieve mensen
- Perspectief verwaarloost echter bepaalde structurele en functionele elementen van de situatie, net die die Parsons benadrukte
 - Insider-perspectief overdrijft onafhankelijkheid van dokter. Blijven fundamenteel afhankelijk van de medische voortuitgang en medische technieken, hun leven hangt er letterlijk van af
 - Nood aan residentiële weekends met lotgenoten en verenigingen van lotgenoten toont paradoxale afhankelijkheid van datgene waartegen ze zich verzetten = disease-identity dependence
 - Contrasteert ook met feit dat meerderheid vrijwillig werk opgaf.
 - Negeren structurele factoren als ze recht op kinderen benadrukken: risico op besmetting is niet enige, ook risico dat ouder snel sterft, financiële implicaties, ...

2. Ziekte als professionele constructie en als onderhandeling

- Ziekte ook hier afwijking
- Afwijkend gedrag = relatief begrip
- Gaat vooral om manier waarop de samenleving reageert
- Ziekte als biologisch feit en ziekte als sociale realiteit
- Ziekte als professionele constructie: Freidson: lekendefinitie en professionele definitie van ziekte

Niet één, maar verschillende ziekte-rollen

- 3 kernvariabelen: verantwoordelijkheid, ernst en legitimiteit
- 3 soorten legitimiteit:
 - (1) voorwaardelijke legitimiteit
 - (2) onvoorwaardelijke legitimiteit
 - (3) illegimiteit
- Zes sociologische types van ziekten

Toegekende graad van ernst	Illegitiem, gestigmatiseerd	Voorwaardelijk legitiem	Onvoorwaardelijk legitiem
	Cel 1 'stotteren'	Cel 2 'een verkoudheid'	Cel 3 'littkens van pokken'
Geringe deviatie	Gedeeltelijke opschorting van enkele normale verplichtingen, weinig of geen privileges; enkele nieuwe verplichtingen	Tijdelijke opschorting van enkele verplichtingen; tijdelijke vermeerdering van gewone privileges; verplichting om beter te worden	Geen speciale veranderingen in verplichtingen of privileges
	Cel 4 'epilepsie'	Cel 5 'longontsteking'	Cel 6 'kanker'
Ernstige deviatie	Opschorting van enkele gewone verplichtingen; enkele nieuwe verplichtingen; weinig of geen nieuwe privileges	Tijdelijke ontheffing van gewone verplicht.; toevoeging aan gewone privileges; verplichting tot medewerking en hulpzoeken in behandeling	Permanente opschorting van vele gewone verplichtingen; duidelijke toevoeging aan privileges

c. Ziekte als onderhandeling

- Ziektecarrière
 - = door de verschillende fasen van ziekte gaan
- Ziekte als onderhandeling
 - regels en rollen liggen niet vast, maar zijn de uitkomst van onderhandelingen tussen betrokken personen
- Management van ziekte, vooral bij chronisch zieken

3. Ziekte als verlies en als uitbuiting

- Hoe beïnvloeden benarde en uitzichtloze levensomstandigheden het voorkomen van ziekte?
- Ziekte als uitbuiting
 - het is de samenleving die ziek maakt
- Ziekte als verlies
 - ziekte treedt op als onevenwicht tussen kwetsbaarheid en steun

a. Ziekte als verlies

- Gezondheid = evenwicht tussen sociale stress en sociale steun
- Risico op ziekte of vroegtijdige dood is ongelijk verdeeld
- Risico is gekoppeld aan sociale posities
- Sociale posities bepalen sociale stress
- Relaties en middelen kunnen effecten neutraliseren
- Ziekte: als onevenwicht tussen stress en steun
- Ziekte = biologisch, maar oorzaken ervan = sociaal

b. Ziekte als uitbuiting

- Marxistische benadering
- Ziekte is
 - Weerspiegeling van situatie van uitbuiting en ongelijkheid
 - Situatie die verdere uitbuiting door machtige medische professie toelaat
- Oorzaken van ziekte: kapitalistische productie en haar gevolgen
- Ziekte-rol: lijkt op die van Parsons, maar interpretatie verschilt: patiënt wordt monddood gemaakt
- Medische professie beschermt systeem door individualiseren en neutraliseren

Hoofstuk 4: Leken en ziekte 32

•	Ziektegedrag als sociaal probleem _____	32
-	Symptomenijsberg -----	32
-	Onder- of overconsumptie? -----	32
-	Ziektegedrag -----	33
-	Gezondheidsgedrag -----	33
-	Vormen van zorg -----	33
•	Determinanten van medische consumptie _____	33
-	Economische benadering -----	33
-	Sociaal-demografische benadering -----	34
-	Sociaal-psychologische benadering -----	34
-	Sociaal-culturele benadering -----	34
-	Organisatorische benadering -----	34
-	Samenhang tussen benaderingswijzen: Model van Andersen (WHO) -----	34
-	Onderzoek met drie vragen -----	35
•	Lekenmodellen van ziekte en gezondheid _____	36
-	Netwerk -----	36
-	Lekenverwijssysteem -----	36
-	Lekenmodellen en persoonlijke ziekteverhalen -----	37
•	Chronisch zieken en zelfhulpgroepen _____	37
•	Sociale bewegingen mbt gezondheid _____	38
•	Leefstijlen en consumentencultuur _____	38

Hoofstuk 4: Leken en ziekte

- Wat doen we als we ziek zijn?
- Wat doen we om gezond te blijven?
- → mensen gaan op zeer verschillende manieren met ziekte om
 - Waarom moeten we daar meer over weten?
 - ✓ Effectiviteit van preventie, voorlichting e.d.
 - ✓ Ook voor een arts belangrijk om te weten: helpt in arts-patiëntrelatie
 - ✓ Status van de informele gezondheidszorg

1. Ziektegedrag als sociaal probleem

- Opheffen van financiële drempels niet voldoende om mensen medische zorg te doen gebruiken
- Gaan lang niet met elke klacht naar gezondheidszorgvoorziening
- a. *Symptomenijsberg*
 - Schatting: 1/3 van mensen met symptomen zoekt hulp, 1/3 doet aan zelfmedicatie en 1/3 doet niets
 - Of: meeste gezondheidsklachten blijven onder water
- b. *Onder- of overconsumptie?*
 - owv aard klacht: niet ernstig genoeg om naar dokter te gaan? Dan: is geen onderconsumptie
 - Maar: blijktbaar gaan ook heel wat mensen met ernstige klachten toch niet naar dokter
 - En: aantal mensen zonder ernstige klachten gaan wél = overconsumptie
 - Hoe komt dat?
 - Verschil tussen professionele ziekteopvattingen en opvattingen van leken
 - Aanwezigheid van ernstige klacht = geen voldoende reden voor raadplegen arts
 - Ook sociaal-culturele factoren spelen een rol
 - = ziektegedrag
 - Studie naar adequaatheid artsenbezoek (Nederland): Gaan mensen, gezien hun klachten, te snel of juist niet snel genoeg naar dokter?
 - 26% onderconsumptie
 - 18% overconsumptie
 - 56% correct gedrag

c. Ziektegedrag

- wijze waarop symptomen verschillend worden waargenomen en geëvalueerd en hoe men er al dan niet op reageert
- proces, dat door anderen kan worden beïnvloed
 - => Niet alleen definitie van ziekte zelf, ook die van anderen (omgeving)

d. Gezondheidsgedrag

- iedere activiteit die iemand onderneemt om de gezondheid te behouden en/of het ontstaan van ziekte te vermijden
- = preventie: primair, secundair en tertiair

e. Vormen van zorg

- Zelfzorg
- Mantelzorg of informele zorg
 - Mantelzorg is “de zorg die niet in het kader van een beroep of van het georganiseerd vrijwilligerswerk wordt gegeven aan een huisgenoot, familielid, vriend, kennis of buur, die zorg nodig heeft omwille van ziekte, handicap of ouderdom”.
- Professionele zorg

2. Determinanten van medische consumptie

a. Economische benadering

- Nadruk op financiële barrières
- Verklaart slechts gedeelte van onder- of overconsumptie
- Sociaal-economische verschillen in de toegankelijkheid van de gezondheidszorg
 - Gemiddeld wordt 6% van maandelijks beschikbaar inkomen (130€) besteed aan gezondheidszorg (zonder rekening te houden met terugbetalingen)
 - 35% van huishoudens vindt kosten voor gezondheidszorg moeilijk om te dragen (29% in 2004)
 - 14% was in verleden genoodzaakt om uitgaven voor gezondheidszorg tijdelijk te staken (10% in 2004)
- MAF
 - De maximumfactuur (MAF) is een financiële beschermingsmaatregel die de jaarlijkse medische kosten voor gezinnen tot een plafondbedrag beperkt. Zodra de uitgaven voor geneeskundige zorg in de loop van het kalenderjaar dit plafondbedrag bereiken, krijgt een gezin voor de daaropvolgende verstrekkingen het remgeld volledig terugbetaald.

- Omnio-statuuat
 - Het OMNIO-statuuat geeft sinds 1 juli 2007 recht op betere vergoeding van medische kosten (arts, tandarts, kinesitherapeut, apotheker, hospitalisatie, ...) voor gezinnen met een laag inkomen. De persoonlijke bijdrage (remgeld) die men voor die prestaties betaalt, is dan merkeliijk lager.

- b. Sociaal-demografische benadering
 - Gebruik van medische diensten hangt samen met: leeftijd, geslacht, opleiding, religie, behoren tot bepaalde etnische groep, sociaal-economische status

- c. Sociaal-psychologische benadering
 - Health belief model: mensen roepen alleen medische hulp in als ze gemotiveerd zijn om gezond te blijven of te worden en als ze van die hulp baat verwachten
 - Wisselwerking tussen sociaal-culturele en sociaal-psychologische factoren

- d. Sociaal-culturele benadering
 - Samenhang tussen waarden, normen, overtuigingen en levensstijlen
 - Geldt zowel voor herkennen van symptomen als voor ondernemen van gepaste actie
 - Groepen uit verschillende culturen gevoelig voor verschillende 'triggers' (factoren die doorslag geven om deskundige te raadplegen)

- e. Organisatorische benadering
 - Effecten van de organisatie van de gezondheidszorg
 - Sociale klassenverschillen tussen aanbieders van zorg en zorgvragers

- f. Samenhang tussen benaderingswijzen: Model van Andersen (WHO)
 - Noodzaakfactoren /behoeftefactoren: definitie van gezondheidstoestand door individu
 - mensen gaan naar dokter omdat ze klacht voelen: vb. ik heb koorts en keelpijn
 - Geneigdheidsfactoren: kennis, attitudes, opvattingen en verwachtingen
 - Gewoontes: als ik koorts heb, ga ik altijd naar de dokter, zo deden mijn ouders het ook
 - Vertrouwen in de medische zorg
 - Opvattingen over ziekte: als je koorts hebt, ben je echt ziek
 - = socio-culturele en sociaal-psychologische factoren
 - Mogelijkheidsfactoren: kosten, toegankelijkheid, ...
 - Nabijheid: ik heb geen auto en dichtsbijzijnde arts is op een half uur wandelen

- Tijd: ik moet binnen een uur gaan werken en meestal zit er 20 wachtenden voor me in de wachtzaal
 - Geld: 20 euro voorschieten kan nu even niet
 - Cultuur: ik spreek de taal van de arts niet en hij de mijne niet
 - Systeemfactoren: kenmerken van het gezondheidszorgsysteem
 - capaciteit van de voorzieningen: wachtlijsten
 - verzekeringsstelsel: Brits versus Belgisch stelsel
 - organisatie van de gezondheidszorg: ik kan makkelijk naar de specialist zonder eerst de huisarts te raadplegen
 - artsgebonden factoren: wanneer vindt mijn huisarts dat ik 'echt' ziek ben?
- g. Onderzoek met drie vragen*
- Welke individuele en gemeentelijke kenmerken bepalen het wel of niet beroep doen op informele zorg?
 - Welke individuele en gemeentelijke kenmerken bepalen het gebruik van formele/professionele zorg?
 - Is er substitutie of complementariteit tussen formeel en informeel zorggebruik?
 - Methode
 - Koppeling van databank (LOVO) met gegevens over 2.462 Vlaamse ouderen met databank lokale statistieken
 - Multilevel logistische regressie
 - 1. Informeel zorggebruik
 - 8/10 thuiswonende ouderen tussen 60 en 90 jaar gebruiken informele zorg
 - Wordt op individueel niveau vooral door geneigdhedsfactoren (predisposing) bepaald: wie ouder is, man, partner heeft, in groter gezin woont meer informeel zorggebruik
 - Ook geneigdhedsfactoren (need), maar in mindere mate
 - Invloed van enabling factoren en van gemeentelijke kenmerken eerder gering (meer landelijke en meer welstellende gemeenten meer)
 - 2. Formeel zorggebruik
 - 4/10 formeel zorggebruik
 - Op individueel niveau: ook vooral predisposing-factoren (geslacht, leeftijd, huishoudomvang, genoten opleiding en betrokkenheid in verenigingsleven)

- Ook invloed van gemeentelijke kenmerken: gemeentelijke indicator van zorgnood (predisposing) + gemeentelijke indicator van zorgaanbod (enabling) hangen samen met kans dat oudere formele zorg gebruikt
- 3. Relatie formele en informele zorg
 - Hangen niet samen, dus ene daalt niet als andere stijgt of nemen niet samen toe
 - Kan betekenen dat ouderen kiezen voor ene of andere
 - Aard van zorg heeft wel impact op wat men kiest: meer persoonsverzorging = meer formele zorg; meer huishoudelijke activiteiten = meer informele zorg
 - Zorgvoorkeur van oudere GEEN impact op zorgcircuit dat wordt aangesproken

3. **Lekenmodellen van ziekte en gezondheid**

- Belangrijk om te kunnen begrijpen waarom iemand zich al dan niet ziek acht en waarom iemand al dan niet een arts zal raadplegen
- Biografisch, levensverhalen
- Ook sociaal-cultureel bepaald
- a. Netwerk
 - geheel van contacten met verwanten, vrienden, buren en anderen, waardoor individuen hun sociale identiteit handhaven, emotionele steun, materiële hulp, diensten en informatie ontvangen en nieuwe sociale contacten ontwikkelen
 - Mensen geven elkaar advies
- b. Lekenverwijssysteem
 - Bepaald door:
 - specifieke cultuur of kennis
 - wederzijdse betrekkingen tussen leken aan wie advies wordt gevraagd (netwerk)
 - Typologie van Freidson om gebruik van professionele diensten te voorspellen adhv lekencultuur en lekenverwijsstructuur

- Typologie van Freidson

Lekenverwijs-structuur	Lekencultuur	
	Overeenstemmend met professionele cultuur	Niet overeenstemmend met professionele cultuur
Los, beperkt	Middelmatig tot veel gebruik	Middelmatig tot weinig gebruik
Coherent, uitgebreid	Meeste gebruik	Minste gebruik

c. Lekenmodellen en persoonlijke ziekteverhalen

- Bij ziekte zoeken mensen een antwoord op drie vragen: waarom ik? waarom nu? wat kan eraan worden gedaan?
- Antwoord en gedrag dat erop volgt, leiden tot lekenmodel van ziekte of persoonlijk ziekteverhaal
- Uniek voor elke persoon, maar wel sociaal-cultureel bepaald

4. **Chronisch zieken en zelfhulpgroepen**

- Stadia bij chronische ziekte:
 - Verstoring van het levensverhaal
 - Zoeken naar verklaring
 - Verrechtvaardiging
 - Behandeling
 - Aanpassing
- In iedere fase wordt met omgeving onderhandeld

- Zelfhulpgroepen
 - patiënten zijn geen passieve ontvanger van zorg (meer)
 - Trefpunt Zelfhulp
 - Zelfhulpgroepen verstrekken individuele en collectieve steun

5. **Sociale bewegingen mbt gezondheid**

- nieuwe sociale beweging = groepering die op grond van gemeenschappelijke waarden en overtuigingen, via gezamenlijke actie, ernaar streeft de maatschappelijke ontwikkeling te beïnvloeden door verandering te bevorderen of juist tegen te houden
 - vb verzet tegen genetisch gemanipuleerde gewassen of tegen milieuvervuiling in algemeen
 - vb Vlaams Patiëntenplatform

6. **Leefstijlen en consumentencultuur**

- Huidige nadruk op leefstijlen in relatie tot gezondheid
- Meer nadruk op persoonlijke verantwoordelijkheid

Hoofdstuk 5: Arts en patiënt	40
• Relatie arts - patiënt _____	40
- Consensusbenadering -----	40
- Arts en ziekte als onvermogen-----	40
- Ziekte als gemotiveerde afwijking en arts -----	41
• Botsing van perspectieven _____	41
- Kan tot conflict leiden-----	42
- Arts en patiënt in onderhandeling-----	42
• Compliance & concordance _____	43
• Sociale klasse en arts-patiënt relatie_____	43

Hoofdstuk 5: Arts en patiënt

1. Relatie arts - patiënt

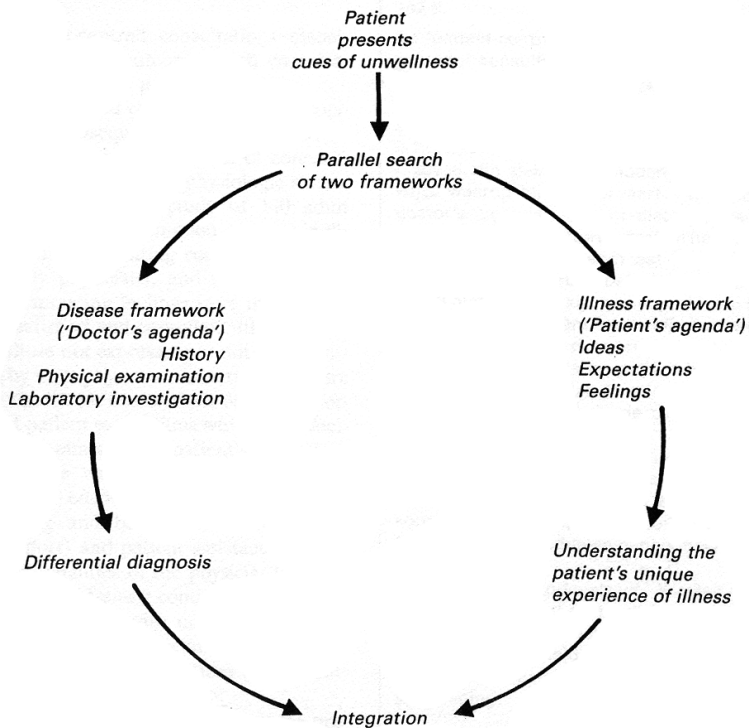
- Einde van de eeuw: van ontmoeting tussen deskundige en leek naar ‘meeting between experts’
 - Waarom? Ten gevolge van een aantal factoren, namelijk:
 - ✓ Opkomst van chronische ziekten die niet konden worden genezen
 - DUS Stuiten op beperkingen, belang van zorg en sociale steun
 - ✓ Leken hebben meer kennis + meer verantwoordelijkheid
 - ✓ Kritische consumenten
- a. Consensusbenadering
 - Parsons zag de geneeskunde als het belangrijkste regulerende mechanisme in het sociale systeem: het herstelt het onvermogen om de normale rol te vervullen
 - Rol van de arts (= ideaaltype)
 - ✓ Past algemeen geldende med-wet kennis toe op problemen (universalisme)
 - ✓ Beperkt zich tot eigen vakgebied (functionele specificiteit)
 - ✓ Gaat zakelijk met patiënten om (affectieve neutraliteit)
 - ✓ Laat belang patiënt zwaarder wegen dan eigenbelang (oriëntatie op de collectiviteit)
 - ✓ Rol is verworven door lange en intensieve opleiding (verworven positie of rol)
 - Kritiek op Parsons
 - Ideaaltype en ideaal van artsenrol worden verward
 - ✓ Ideaaltype = instrument om de sociale werkelijkheid inzichtelijk te maken
 - ✓ Ideaal = formuleren van idealen om na te streven
 - Feitelijk gedrag arts: wel particularisme, zelfs verschil tussen landen
 - Artsen wel bezig met allerlei menselijke en sociale niet-medische problemen
 - Gaan ook gevoelsmatig te werk
- b. Arts en ziekte als onvermogen
 - In consensusmodel: arts en patiënt zijn erover eens welk gedrag ze van elkaar mogen verwachten
 - Consensus is aangeleerd via culturele verwachtingen
 - ✓ Ziekte is onvermogen, dus misbruik en uitbuiting voorkomen
 - ✓ Zieke moet hulp zoeken, arts moet zich door belang patiënt laten leiden
 - ✓

- Kenmerken van arts-enrol (functionele specificiteit et cetera) maken dat er stabiele, harmonische arts-patiëntrelatie is
 - 2 kenmerken van de arts-patiëntrelatie:
 - ✓ Is wederkerig: zelfde doel (gezondheid patiënt)
 - ✓ Is asymmetrisch: arts heeft erkend gezag
- c. Ziekte als gemotiveerde afwijking en arts
- Ziekte als onbewuste + onopzettelijke terugtrekking uit sociale verplichtingen
- Parsons: medische praktijk omvat altijd aspect van onbewuste psychotherapie
- Drie types van arts-patiëntrelaties:
 - Activiteit/passiviteit
 - ✓ De patiënt heeft geen inbreng in de relatie
 - ✓ Vb. coma
 - Leiding/medewerking
 - ✓ De arts geeft de patiënt instructies die de patiënt op zijn beurt uitvoert
 - ✓ Vb. infecties
 - Wederzijdse participatie
 - ✓ De arts helpt de patiënt zichzelf te helpen
 - ✓ Vb. Chronische ziekte
- Wat ontbreekt?
 - Wat als arts passief en patiënt actief?
 - Vierde model: contractuele model
 - ✓ Verbonden met consumentisme

1. Botsing van perspectieven

- Confrontatie tussen twee werelden: diagnose kan zware consequenties hebben
 - Vb. Bij gestigmatiseerde aandoeningen
- Patiënt: persoonlijk probleem dat soms moeilijk te verwoorden is ↔ arts: kwestie van werk en soms routine
- Lekenperspectief vs klinische perspectief

Figure 2 The patient-centred clinical interview



a. Kan tot conflict leiden

- Wat voor arts triviaal is, is het niet noodzakelijk voor de patiënt
 - Andere ziekte-opvatting
- Freidson: 4 factoren spelen rol bij types van arts-patiëntrelatie
 - De eisen van het werk
 - De manier waarop op een aandoening wordt gereageerd
 - Culturele factoren
 - Structurele factoren
 - ✓ Cliëntafhankelijke praktijk Vb. Huisartsenpraktijk
 - ✓ Collega-afhankelijke praktijk Vb. Polikliniek

b. Arts en patiënt in onderhandeling

- Arts en patiënt moeten communiceren
 - Door middel van onderhandeling:
 - ✓ Erkennen van vraag als legitiem
 - ✓ Stellen van diagnose
 - ✓ Geldig verklaren van diagnose door patiënt & omgeving
- Communicatie kan mislukken

- Pseudocommunicatie ten gevolge van een gebrek aan overeenstemming over betekenissen
=> gevoel dat je elkaar begrijpt zonder dat dit zo is

3. **Compliance & concordance**

- Compliance
 - = therapietrouw
 - = de mate waarin het gedrag van de patiënt overeenstemt met het medische advies
- Term wordt problematisch want veronderstelt mak opvolgen van de orders van de arts
- Daarom: concordantie
 - = overeenstemming
 - = open en geïnformeerde discussie tussen arts en patiënt

4. **Sociale klasse en arts-patiënt relatie**

- 3 opvattingen:
 - Sociale klasse beïnvloedt:
 - ✓ Sociale afstand
 - ✓ Verschillen in kennis, attitude en opvattingen
 - ✓ Positie van cliënt tov deskundige: professionele controle

Hoofdstuk 6: Beroepen in de gezondheidszorg	45
• Theoretische benaderingen van medische professie _____	45
- Professie = beroep met bijzondere kenmerken-----	45
- Stadia van professionaliseringsproces -----	45
- Functionalistische benadering van dienstverlening -----	45
- Machts- en beheersingsbenadering-----	46
• Andere beroepen in de gezondheidszorg _____	46
• Deprofessionalisering, proletarisering en formalisering van professionele sociale controle _____	46
- Deprofessionalisering-----	46
- Proletarisering -----	46
- Formalisering van professionele sociale controle-----	47
• Medicalisering _____	47
- Wat is medicalisering?-----	47
- Vragen-----	47
- Medicalisering van geboorte -----	47
- Medicalisering van sterven -----	47
- Medicalisering van seksualiteit-----	48
- Waarom kan medicalisering een probleem zijn?-----	49
- Wie promoot medicalisering? -----	49
- Grenzen aan de medicalisering -----	49
- Medicalisering van verlegenheid (Scott, 2006)-----	50
- Wat heeft impact op medicalisering?-----	51
• Nieuwe medische ontdekkingen _____	51
- Mediated markets-----	52
- Viagra -----	52
- Paxil (Seroxat) -----	53
- Private markt -----	53

Hoofdstuk 6: Beroepen in de gezondheidszorg

1. Theoretische benaderingen van medische professie

a. Professie = beroep met bijzondere kenmerken

- Gespecialiseerde kennis en langdurige opleiding
 - Moet altruïstisch zijn
 - Heeft monopolie over bepaalde handelingen
 - Is zelfregulerend en beschikt over autonomie

b. Stadia van professionaliseringsproces

- Werk wordt volledige dagtaak
- Opleiding wordt georganiseerd
- Oprichting beroepsvereniging
- Wettelijke bescherming dmv politieke actie: beroepsbescherming en titelbescherming, wettelijk tuchtrecht
- Ethische code
- Beroep van arts bezit zeker die kenmerken
- Verpleegkundige: grotendeels ook
- Kinesitherapeut: ook
-

c. Functionalistische benadering van dienstverlening

- Heel belangrijk dat gezondheidsprofessional competent en deskundig is
- Maar: leken kunnen werk van die professional niet goed beoordelen
- Dus: gevaarlijk voor de maatschappij
- Daarom: beoordelen en controleren zichzelf en vragen in ruil vertrouwen
 - => Kenmerken professie zijn functioneel voor relatie tussen professional en cliënt
- Kritiek
 - Te veel aandacht voor eenheid, consensus, integratie enz.

d. Machts- en beheersingsbenadering

- Stelt macht en beheersing, conflict en strategie centraal
- Weerspiegelt veranderingen in maatsch. denken over professies
- Stelt dat er geen rechtstreekse band is tussen beroepsactiviteit en institutionele vertaling van die activiteit: sociale uitsluiting, met monopolie van de praktijk en beperking toegang tot een beroep
- Stelt dat overheid en sociale elites professie steunen omdat gelijksoortige belangen en ideologie
- Ondanks beroepscodes e.d. toch belangentegenstellingen en differentia: op basis van arbeidsinhoud, arbeidstaken enz.
- Kritiek
 - Te veel aandacht voor belangenbehartiging en te weinig voor dienstverlening en onderzoek
 - Ziet te veel één actor die overal achter zit

2. Andere beroepen in de gezondheidszorg

- Semiprofessies of paraprofessies
- Meestal (veel) minder functionele autonomie
- Lagere sociale status

3. Deprofessionalisering, proletarisering en formalisering van professionele sociale controle

a. Deprofessionalisering

- Autonomie arts brokkelt af: deprofessionalisering
 - Hoger opleidingsniveau cliënt
 - Standaardisatie kennis en computertechnologie nemen deel controle arts weg
 - Zelfhulpgroepen
 - Altruïstisch imago verminderd door discussie over hoge kosten
 - Nieuwe specialisten binnen en buiten beroep als nieuwe concurrenten

b. Proletarisering

- Proletarisering: marxisme
 - Toenemend organiseren van geneeskunde als bedrijf
 - Toenemend organiseren als bureaucratie
- Gevolg: zelfstandigheid en autonomie arts vermindert of verdwijnt

c. Formalisering van professionele sociale controle

- BINNEN professie ontstaat administratieve elite van professionals
- Anderzijds
- Medische dringt steeds meer de leefwereld binnen, dus meer invloed artsen?

4. **Medicalisering**

a. Wat is medicalisering?

- “Sociologists use the term medicalisation to describe the ways in which the scope of medical diagnoses has expanded to include more and more areas of social life.” (Taylor & Field, 2003)
- = proces waardoor een toenemend aantal ‘levensproblemen’ als medische problemen worden gedefinieerd.

b. Vragen

- Waarom gebeurt dat?
- Hoe gebeurt dat?
- Wat zijn daar de voor- en nadelen van?

c. Medicalisering van geboorte

- Aantal keizersnedes stijgt en blijft stijgen in Vlaanderen: van 9% eind jaren 1980 tot meer dan 18% in 2003
- In sommige delen van Brazilië: tot 90% keizersnede
- Verklaringen voor stijging aantal keizersnedes?
 - Juridische druk, angst voor klacht en proces
 - Meer betrokkenheid van artsen en minder van vroedvrouwen
 - Stijging kennis over zwangerschap waardoor kind soms vroeger geboren moet worden
 - Gebruik van epidurale

d. Medicalisering van sterven

- Meeste mensen geven aan thuis te willen sterven, maar meesten sterven in ziekenhuis
- Men moet eerst ‘een kans gekregen hebben in intensieve zorg’ voor men ‘toegelaten’ wordt te sterven
- Palliatieve zorg startte als antwoord op medicalisering, maar zou wel eens deel van medicaliseringsproces kunnen worden

- De kritiek van Ivan Illich op de medicalisering van overlijden
 - Verliezen de capaciteit om de dood te aanvaarden en om dood en lijden als betekenisvolle aspecten van het leven te zien
 - Gevoel van in staat van oorlog te zijn met de dood
 - Verdwijnen van traditionele rituelen met betrekking tot sterven en dood
 - Vorm van sociale controle waarin het als 'deviant' wordt gezien dat iemand die stervende is niet als 'patiënt' behandeld wil worden.
 - Illich was een groot criticus van de moderne geneeskunde en legde de schuld van deze veranderingen bij de geneeskunde
 - Is wat simplistisch: je ziet hoe mensen over het algemeen voor meer problemen hulp zoeken
 - Meer hulp zoeken voor problemen waar men vroeger niet medisch mee omging zou ook oorzaak van medicalisering kunnen zijn en niet gevolg

- Wat is 'goed sterven' in de Westerse wereld?
 - Een pijnloze dood
 - Open praten over de naderende dood
 - Thuis steven, omringd door vrienden en familie
 - Bewust sterven, na eerst persoonlijke conflicten en onafgewerkte zaken te hebben opgelost
 - Dood als persoonlijke groei
 - Dood volgens persoonlijke voorkeur en op een manier die de individualiteit van de persoon weerspiegelt.

- e. Medicalisering van sexualiteit
 - Een open gebied, want 'wat is normaal?'
 - 19e eeuw: geneeskunde zag 'te veel sexuele activiteit' en masturbatie als ziektes
 - 21ste eeuw: eerder 'te weinig sexuele activiteit' wordt als ziekte gezien
 - Publiciteit voor bijvoorbeeld Viagra suggereert dat 40% van de mannen problemen hebben, terwijl het om 3% van de 40 jarigen en 60% van de 70 jarigen gaat
 - Nu wordt ook al medicatie ontwikkeld voor vrouwen die te weinig libido hebben
 - Wie is gezond?

- Wie is normaal? (BMJ, Smith, 2003)
 - Binnen de grens van twee standaard deviaties (5% abnormaal op elke test)
 - Een niveau dat geen extra risico met zich mee brengt (we hebben allemaal hoge cholesterol niveaus in vergelijking met wie op de eilanden in de Stille Zuidzee wonen)
 - Tot een punt waarop behandeling meer kwaad dan goed doet (hangt af van effectiviteit behandeling)
 - Politieke of culturele motieven (homosexualiteit)

f. Waarom kan medicalisering een probleem zijn?

- Mensen kunnen behandeling krijgen, terwijl ze 'normaal' zijn
- Niet-medische, traditionele manieren om met problemen om te gaan worden 'minderwaardig' en verdwijnen
- We zien onszelf als slachtoffers en nemen misschien zelf geen actie meer
- Alle effectieve behandelingen hebben bijwerkingen
- Politieke en maatschappelijke problemen vragen politieke en maatschappelijke oplossingen, maar worden misschien medisch behandeld
- Toenemend deel van de overheidsuitgaven gaat naar gezondheidszorg
- Artsen komen onder druk te staan omdat ze problemen moeten 'oplossen' waarvoor ze geen oplossing hebben

g. Wie promoot medicalisering?

- De patiënt zelf
- Artsen
- Verdwijnen van culturele manieren om met problemen om te gaan
- Farmaceutische bedrijven

h. Grenzen aan de medicalisering

- Westerse landen investeren zeer veel geld in preventieve behandelingen die slechts een minderheid van de gebruikers zullen helpen
 - Vb. screening van borstkanker bij vrouwen jonger dan 50 jaar: geen statistisch significant effect na 10 jaar (Moss et al., Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial, The Lancet, 2006: 368: 2053-2060)
 - Vb. screening voor baarmoederhalskanker (Smith, 2003)

- ✓ 1000 vrouwen moeten gescreend worden gedurende 35 jaar om één overlijden te voorkomen
 - ✓ Één verpleegkundige moet 200 tests per jaar doen om in de loop van 38 jaar één dood te voorkomen
 - ✓ In die 38 jaar zou ze 152 vrouwen met abnormale resultaten ontmoeten
 - ✓ 79 van die vrouwen zouden doorverwezen worden en 53 zouden abnormale resultaten op de biopsie krijgen
 - ✓ Tijdens die 38 jaar zou één vrouw sterven aan baarmoederhalskanker ondanks het feit dat ze gescreend werd
- Anderzijds
 - Medicalisering van de ouderdom kan net goede zaak zijn
 - Ouder worden is natuurlijk en normaal, maar daarom zijn de kwalen die ermee gepaard gaan dat nog niet
 - Eenzaamheid bij ouderen is net niet gemedicaliseerd
- i. Medicalisering van verlegenheid (Scott, 2006)
- Verlegenheid is moeilijk te catalogiseren: tussen fysieke gezondheid, geestelijke gezondheid en sociale deviantie in
 - Enerzijds normaal: worden er allemaal wel eens mee geconfronteerd
 - Anderzijds: voor sommigen verstoort het het normale leven
 - Laatste 50 jaar nieuwe diagnoses zoals sociale fobie, agorafobie, angststoornissen,
 - Soms moeilijk te onderscheiden van verlegenheid
 - Ziektes komen en gaan soms in samenhang met veranderende ideeën over wat sociaal wenselijk gedrag is
 - => medicalisering en demedicalisering (vb. homofilie)
 - In onze cultuur is verlegen zijn afwijkend gedrag: vlotheid, ‘sociaal zijn’ worden hoog gewaardeerd
 - Zal bijvoorbeeld problemen opleveren wanneer je gaat solliciteren
 - Is verlegenheid een nieuwe culturele epidemie?
 - Sociale fobie staat sinds 1980 in DSM (lijst van diagnostische criteria):
 - ✓ “a marked and persistent fear of one or more social or performance situations in which the person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others. The individual fears that he or she will act in a way (or show anxiety symptoms) that will be humiliating or embarrassing”

- Sindsdien worden steeds meer mensen ermee gediagnosticeerd
- Culturele epidemie
 - Verlegenheid zou ook in toenemende mate ‘sociaal geproduceerd’ worden: problemen met werk, in de liefde, in vriendschappen, ...
 - Cultuur is zo competitief dat steeds meer mensen die stiller en meer introspectief zijn, in de problemen komen
- Verandert doorheen de tijd
 - Jaren 1950: een goede echtgenote was bescheiden en verlegen, maar voor mannen was verlegenheid wel een probleem
 - Nu: zelfhulpboeken om van verlegenheid af te geraken, zonder verschil tussen mannen en vrouwen

j. Wat heeft impact op medicalisering?

- Artsen
- Leken
- Medische en wetenschappelijke ontdekkingen
- Veranderingen in het medische systeem
- Achteruitgang van religie: secularisering
 - Zonde wordt ziekte, vb. anorexia
 - Wil van God wordt medisch probleem: vb. onvruchtbaarheid
- Groot vertrouwen in wetenschap en rationaliteit
- Aanbodzijde: Prestige en macht van de medische professie: is toegenomen in 20ste eeuw
- Vraagzijde: meer vraag naar ‘medische oplossingen’ vb. uitbreiding van ADHD van kinderen naar volwassenenpatiënten kennen meer, kijken op het internet,

5. Nieuwe medische ontdekkingen

- Human Genome Project
 - Zoeken gen dat verantwoordelijk is voor problemen
- Nieuwe medicatie zoals Rilatine
- Maar ook: vermarkting
 - Is geen gewone markt: consumenten zijn niet altijd volledig geïnformeerd, hebben ook niet altijd onderhandelingsmacht of vrije keuze
 - Maar toch gedeeltelijk: advertenties/reclame voor medicatie

- Mag in België enkel voor medicijnen die zonder voorschrift verkrijgbaar zijn, maar in VS en Nieuw-Zeeland voor alles, vb. ‘diggy de dermatofiet’
 - Ook: vermarkting van bijvoorbeeld cosmetische chirurgie
 - Wetgeving is stuk soepeler geworden
 - Verschil tussen ‘mediated markets’, waar tussenin wordt bemiddeld/onderhandeld door bijvoorbeeld ziekenfondsen en ‘private markets’ waar dit niet het geval is
- a. Mediated markets
- Invloed van farmaceutische industrie (zie Nationale Raad van Orde van Geneesheren)
 - Artsenbezoekers/medisch afgevaardigden
 - Bron van informatie voor artsen, maar ook beïnvloeding van voorschrijfgedrag
 - Sturen van medisch afgevaardigden naar artsen kostte de farmaceutische industrie in de VS in 1998 6 miljoen dollar
 - Steeds meer ook direct reclame naar ‘consumenten’ toe
 - In VS mag dat ook voor medicatie op voorschrift: jaarlijkse uitgaven hiervoor verdriedubbelden tussen 1996 en 2000 en reclame op TV verzesvoudigde
 - Wordt verantwoordt als ‘informereren van patiënten, hen aanmoedigen om hun arts te consulteren voor onder-gediagnosticeerde symptomen en behandelingsopties en hen helpen om betere keuzes te maken’
 - Kritiek: onnodig gebruik van medische middelen, medicaliseren van normale zaken, tijdsverlies voor artsen die moeten zeggen dat behandeling niet nodig is, leidt tot excessieve winsten voor firma’s
 - Niet voor alle medicatie: concentratie op enkele vb. Viagra (6de meest) en Paxil (Seroxat in België) (4de meest)
- b. Viagra
- Grote markt:
 - Verouderende bevolking
 - Hoge prevalentie (maar is dat echt zo?) van sexuele disfunctie
 - Cultureel: sterke bezorgdheid over het sexueel presteren
 - Viagra werd in VS gepromoot via atleten, zelfs ex-presidentskandidaten, werd hoofdsponsor van major league baseball,
 - Verkoop was fenomenaal: in de eerste drie maand werd het 2,9 miljoen maal voorgeschreven
 - Waar vroeger enkel ernstige problemen werden behandeld (vb. na prostaatchirurgie) nu ook ‘kleine’ problemen zoals occasionele erectieproblemen en nu zelfs meer en meer als chemisch afrodisiacum
 - Kost ongeveer \$10 per pil: verzekeraars betalen niet terug of beperken het aantal pillen per maand

- Is echter ook via internet verkrijgbaar

c. Paxil (Seroxat)

- Oorspronkelijk: behandeling van depressie
- Maar: gesatureerde markt (o.a. Prozac)
- Bijgevolg: toestemming gevraagd voor bijkomende toepassingen en specialisatie op de 'angststoornissen markt'
- Paniek, obsessive compulsive disorder en later social anxiety disorder (agorafobie) en algemene angststoornissen
- Draagt bij tot medicalisering van emoties, tot en met 'zich zorgen maken' en verlegenheid
- Slogan 'Imagine being allergic to people'

d. Private markt

- In VS:
 - Groeihormoon voor (te) kleine kinderen
 - In vitro fertilisatie
- Groeihormoon
 - Eerst: uit kadavers, maar zeer duur en kans op Creutzfeldt-Jacob
 - Dus: verboden
 - Op dat moment: synthetisch groeihormoon (Protropin)
 - Werd goedgekeurd voor dwerggroei en nierfalen
 - Dus niet voor klein zijn terwijl wel normaal groeihormoon
 - 1990: vraag om te gebruiken voor 'normale' kinderen met een kleine gestalte (laagste 3 percentielen voor leeftijd en geslacht, of ongeveer 2 standaarddeviaties onder het gemiddelde voor die leeftijd en dat geslacht)
 - ✓ Voor volwassen man: minder dan 164 cm
 - ✓ Voor volwassen vrouw: minder dan 151 cm
 - => Geldt bijgevolg voor 1,8 miljoen kinderen in VS en ongeveer hetzelfde aantal in Europa
 - Minstens 13000 gezonde, maar kleine kinderen werden met groeihormoon behandeld in de VS in 1994
 - Als gebruikt: 'winst' is gemiddeld 5,9 cm voor meisjes en 5 cm voor jongens
 - Kost ongeveer \$20,000 per jaar en moet drie tot zes jaar volgehouden worden
 - Wordt niet terugbetaald door verzekering

- In vitro fertilisatie
 - Gestegen sinds ziekenfonds terugbetaalt in België:
 - ✓ “Vanaf 1 juli 2003 wordt kunstmatige bevruchting door het ziekenfonds terugbetaald. Het besluit daarover is in het Staatsblad verschenen. Het gaat om de laboratoriumkosten, die oplopen tot 1.250 euro per poging. Het remgeld voor raadplegingen en medicijnen, dat nog altijd 300 tot 500 euro kan zijn, blijft ten laste van de vrouw”
 - Onvruchtbaarheid gerelateerd aan later kinderen krijgen (gemiddelde leeftijd eerste geboorte is 27,5 jaar) (uitstel van geboortes)
 - Niet langer ‘wil van God’, maar behandelbaar probleem

Hoofdstuk 7: Health care systems en De organisatie van de gezondheidszorg in België 56

• Health systems _____	56
- Taken van een health system -----	57
- Wat is een gezondheidszorgsysteem? -----	57
- Drie doelen van 'health systems' -----	58
- Waarom zijn 'health systems' belangrijk? -----	58
• Hoe evolueerde de moderne gezondheidssystemen? _____	59
- Industriële revolutie -----	59
- WW II -----	59
- Drie generaties van hervormingen in gezondheidssysteem -----	60
• Voor wie is het health system? _____	61
• Wat maakt gezondheidssystemen effectief? _____	61
• Organisatie gezondheidszorg in België _____	62

Hoofdstuk 7: Health care systems en De organisatie van de gezondheidszorg in België

- Rond 1899
 - Kinderen werden thuis geboren, zelden arts aanwezig
 - Veel mensen moesten terugvallen op traditionele remedies en behandelingen
 - Grote gezinnen
 - Dreiging van besmettelijke ziektes zoals pokken, malaria, polio of mazelen – hoge mortaliteit van babies en kinderen, hoge mortaliteit van moeders
 - Korte levensverwachting (1950: 48 years at birth)
- Vandaag
 - 6 miljardste baby (en de 7 miljardste) werden in een ziekenhuis geboren, met veel hoog opgeleid personeel
 - Levensverwachting in Bosnië bij geboorte toen 73 jaar (wereldwijd: 66 jaar)
 - Een ziekenhuis is deel van een gesofisticeerd gezondheidszorgsysteem, in een groot netwerk van organisaties, met veel mensen en veel soorten behandelingen

1. Health systems

- “Health systems are defined as comprising all the organizations, institutions and resources that are devoted to producing health actions” (WHO)
- Meer dan gezondheidszorg
- Kan sterk verschillen tussen landen onderling
- Health action
 - = “as any effort, whether in personal health care, public health services or through inter-sectoral initiatives, whose primary purpose is to improve health.”
- Toch
 - Nog altijd grote kloof tussen potentieel dat gezondheidszorg kan bereiken en wat er effectief bereikt wordt
 - Grote variatie in outcome tussen landen die op eerste zicht dezelfde middelen en mogelijkheden hebben

- Vanwaar die verschillen?
 - Waarin verschilt de gezondheidszorg van andere sociale systemen?
 - Waarom wordt de uitvoering van gezondheidszorg niet grotendeels aan de markt overgelaten, met een beetje regulering door de overheid, zoals voor veel andere goederen en diensten het geval is?
- Gezondheid verschilt fundamenteel van andere dingen die mensen willen
 - Biologie: het gaat om het menselijk lichaam, dat behoorlijk verschillend is van andere dingen waar we eigenaar van zijn; er bestaat niet zoiets als een persoon zonder lichaam
 - Je investeert niet veel meer in een auto met veel km op de teller, maar je zal geen operatie of andere gezondheidszorg ontzeggen aan een oudere persoon
 - De risico's verschillen: (meer) hetzelfde voor rijk en arm, anders dan bijvoorbeeld het risico op slechte huisvesting
- Daarom kan de gezondheidszorg nooit volledig marktgestuurd zijn
 - Markten werken minder goed voor de gezondheidszorg
 - Dus: nood aan een meer actieve en meer gecompliceerde rol voor de staat
 - En: een goede performantie van het systeem is niet vanzelfsprekend
- a. Taken van een health system
 - Meer dan louter het voorzien in goede gezondheid
 - Fysieke integriteit en waardigheid van een persoon zijn internationaal wettelijk erkend : is ook een verantwoordelijkheid voor gezondheidssystemen om te verzekeren dat mensen met respect worden behandeld, volgens de rechten van de mens
 - Ook: bescherming tegen de financiële risico's van ziekte
- b. Wat is een gezondheidszorgsysteem?
 - Omvat alle activiteiten waarvan het voornaamste doel is om gezondheid te promoten, te herstellen of te behouden.
 - = formele gezondheidszorgdiensten
 - + andere activiteiten, waarvan het voornaamste doel iets anders is, maar die secundaire effecten op de gezondheid hebben, bijvoorbeeld scholing
 - Elk land heeft een gezondheidszorgsysteem
 - Hoe gefragmenteerd ook, hoe onsystematisch het ook lijkt te werken
 - Integration en globaal overzicht determineren het systeem niet, maar kunnen uiteraard wel invloed uitoefenen op de performantie ervan

- Wat wordt gemeten?
 - Bijna alle informatie betreft het gezondheidsZORGsysteem: voorzien en investeren in gezondheidsdiensten (curatief, preventief en palliatief), gericht op individuen (medische gezondheidszorg) of op populaties (public health care)
- Maar
 - Vb. : in US werden tussen 1966 en 1979 heel wat veiligheidsmaatregelen in het ontwerpen van auto's geïntroduceerd
 - "Health system is more than health services"
 - ✓ Verminderde de fataliteit van auto-ongevallen per mijl afgelegd met 40%
 - ✓ Koste niet veel (< 10\$ per auto)
 - ✓ Redde naar schatting 112000 levens in US tussen 1975 en 1998
 - ✓ Zouden ook deze activiteiten moeten meten en kwantificeren, in een bredere definitie van een 'health system'.
 - ✓ Vb. Sub-Sahara Afrika heeft hogste aantal dodelijke ongevallen per voertuig

c. Drie doelen van 'health systems'

- Verbeteren van de gezondheid van de populatie die door het systeem wordt bediend
- Beantwoorden aan de verwachtingen van de populatie
- Financiële bescherming bieden tegen de kost van ziekte
- De drie doelen zijn overal belangrijk, in rijke en in arme landen, onafhankelijk van hoe het gezondheidssysteem is georganiseerd.

d. Waarom zijn 'health systems' belangrijk?

- Bijdrage aan doel 1 is veel meer onderzocht dan bijdrage aan doelen 2 en 3
- Zelfs zonder vooruitgang van de wetenschap, kunnen veranderingen in de wijze waarop de gezondheidszorg wordt georganiseerd een groot verschil maken
- Wetenschappelijk en technologische vooruitgang verklaren bijna 50% van de daling in mortaliteit tussen 1960 en 1990, inkomensgroei verklaart <20% en de toename van het opleidingsniveau van vrouwen <40%

- Anderzijds
 - Er zijn ook aanwijzingen dat gezondheidssystemen weinig of geen verschil maken: ‘health status’ is maar amper gecorreleerd met het aantal artsen of ziekenhuisbedden, met de totale uitgaven voor gezondheidszorg, met de openbare uitgaven voor gezondheidszorg, ... – maar hangt sterk samen met het inkomen per capita
 - Health systems maken te vaak dure vergissingen (medische fouten, ziekenhuisinfecties, grootschalig gebruik van antibiotica, ...)
- Waarom?
 - Hoewel gezondheidssystemen verantwoordelijk zijn voor veel vooruitgang doorheen de tijd, is die vooruitgang niet uniform over de landen heen, zelfs als die landen vergelijkbaar zijn
 - Fouten van het systeem vegen het vele goede dat ze doen niet weg
- Niettemin...
 - Kloof tussen potentiële en reële performantie van health systems
 - Ruimte voor verbetering

2. **Hoe evolueerde de moderne gezondheidssystemen?**

- Bestonden altijd al, maar vroeger waren er weinig succesvolle geneeswijzen en weinig effectieve preventieve methoden
- Meeste georganiseerde gezondheidssystemen bestaan niet langer dan 100 jaar
- Werden tot ver in de 19de eeuw georganiseerd door liefdadigheidsorganisaties, vaak enkel voor de armen of andere behoeftigen
- a. *Industriële revolutie*
 - Maatschappij begon de hoge tol van dood, ziekte en handicap bij de werknemers te erkennen, en het verlies aan productiviteit dat er een gevolg van was
 - Gezondheid van werknemers werd politiek issue: Bismarck zag ziektefondsen als een methode om het succes van het socialisme te stoppen. Eerste vb. van volledig gecentraliseerd gezondheidszorgmodel: USSR in 1917
- b. *WW II*
 - Beschadigde of vernietigde de gezondheidszorginfrastructuur in veel landen en zorgde voor uitstel van heel wat plannen mbt gezondheidszorg
 - Maar brak paradoxaal genoeg ook de weg open voor andere systemen

- Beveridge Report van 1942: identificeerde gezondheidszorg als één van de 3 basisvereisten van een leefbaar sociale zekerheidssysteem
- Waarom toen?
 - Realisatie van de macht van de moderne staat
 - Naoorlogse zoektocht naar meer verzoening en stabiliteit
 - Collectieve solidariteit die voortvloeide uit de oorlogsinspanningen
- Toen werden de fundamenten gelegd van de huidige gezondheidszorgsystemen
- c. Drie generaties van hervormingen in gezondheidssysteem
- Tijdens 20ste eeuw: 3 overlappende generaties van hervormingen
- Waarom? Vastgesteld falen + grotere vraag naar efficiëntie, responsiviteit en fairness
- Eerste type van hervormingen
 - In jaren 1960 stonden de systemen die werden ontworpen tussen 1940 en 1950 onder grote druk
 - Toenemende kosten
 - Te veel zorg in ziekenhuizen
 - Te veel voor de beter begoeden, weinig inspanningen om ook de minder begoeden goede gezondheidszorg te geven
 - Dus: nood aan radicale veranderingen om de systemen meer kosteneffecief, toegankelijk en eerlijk te maken.
- Tweede type van hervormingen
 - Promotie van primaire gezondheidszorg, om zo op een betaalbare manier iedereen gezondheidszorg te geven
 - Minimum niveau van gezondheidszorg, voeding, opleiding, drinkbaar water en basishygiëne voor iedereen
 - Er zijn verschillende modellen van primaire gezondheidszorg
 - Moeilijk om succesvolle voorbeelden te kopiëren (sterk afhankelijk van lokale omstandigheden)
 - Werkt niet als niet genoeg middelen (financieel en materieel) of opleiding (primary does not mean primitive)
 - In ontwikkelde landen werd primaire zorg geïntegreerd in hele systeem
 - Is tegenwoordig erg belangrijk, en cruciaal voor 'managed care', dat onnodige behandelingen wil vermijden (vooral hospitalisatie)
 - Maar: niet altijd oog voor wat mensen willen, alleen voor wat ze nodig hebben.
 - Noden worden niet altijd in een vraag vertaald

- Te aanbodgericht
- Derde generatie
 - Meer aandacht voor vraag
 - “Making money follow the patient”
 - Verschuiving weg van het simpelweg geven van budgetten aan providers budget (gebaseerd op veronderstelde noden)
 - Shift in de richting van ‘new universalism’

3. Voor wie is het health system?

- Universaliteit versus selectiviteit
- Universeel: for iedereen, gelijke toegang, gelijke betaling, vb. NHS in UK
- Selectief: alleen voor wie er nood aan heeft, vb. Medicare in US
- Selectiviteit binnen de universaliteit: sommigen betalen meer of minder dan anderen, et cetera
- Ontwikkeling van clusters van interventies (vb. Zorgpaden) en meer doorgedreven opleiding
- Nadruk op publiek gegarandeerde en gereguleerde financiering, maar niet noodzakelijk op publiek georganiseerde uitvoering van de diensten
- Expliciete prioritisering tussen interventies, met respect voor het etische principe dat het nodig en efficiënt kan zijn om diensten te rationeren, maar dat het niet toelaatbaar is om hele populaties uit te sluiten
- Ook grotere nadruk op individuele keuze en verantwoordelijkheid (ideologie)
- Politiek: minder beloftes en verwachtingen over wat overheden moeten doen
- Meer interesse in expliciete verzekeringsmechanismes, inclusief private verzekeringen

4. Wat maakt gezondheidssystemen effectief?

- Uiteindelijke verantwoordelijkheid voor performantie blijft bij overheid
- De gezondheid van de bevolking moet altijd een nationale prioriteit zijn: overheidsverantwoordelijkheid is continu en permanent.
- Efficiëntie van health care systems?
- Toch nog altijd veel vermijdbare overlijdens en levens die beïnvloed worden door vermijdbare beperkingen.
- Impact daarvan wordt disproportioneel veel door de armen gedragen.

5. Organisatie gezondheidszorg in België

- Hete hangijzers
- Uitdagingen
- Bevoegdheidsverdeling gezondheidszorgbeleid
 - Federale bevoegdheid:
 - ✓ Krachtlijnen en basisregeling curatieve gezondheidszorg
 - ✓ Basisinstrumenten voor kostenbeheersing
 - Basisregelen inzake planning van aanbod (programmatie)
 - Financiering exploitatiekosten (vastleggen en financieren verpleegdagprijs)
 - Terugbetaling medische prestaties
 - Gemeenschapsbevoegdheid
 - ✓ Gezondheidsvoorlichting
 - ✓ Bescherming van de gezondheid, onder meer door preventie van TBC en kanker
 - ✓ Bescherming van de gezondheid van moeder en kind
 - ✓ Medisch schooltoezicht
 - ✓ Medische sportcontroles
 - ✓ Arbeidsgeneeskundige controle
- Gezondheidswetgeving
 - Organiek kader :
 - ✓ FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
 - ✓ Rechstreekse bevoegdheid van Federale Minister van Volksgezondheid
 - Financiering :
 - ✓ Sociale zekerheid (RIZIV)
 - ✓ Paritair beheerd door sociale partners
- Sociale zekerheid
 - Basisprincipes
 - ✓ vervangingsinkomen bij loonverlies (werkloosheid, pensionering, arbeidsongeschiktheid)
 - ✓ aanvulling op het inkomen ter compensatie van «sociale lasten» (ziektelasten, kinderbijslag)
 - ✓ bijstandsuitkeringen
 - Financiering :
 - ✓ Solidariteitsbeginsel (grotendeels uit bijdragen op loon van actieven)

- Sociale zekerheid
 - ✓ Rust- en overlevingspensioenen
 - ✓ Werkloosheid
 - ✓ Arbeidsongevallenverzekering
 - ✓ Beroepsziektenverzekering
 - ✓ Gezinsbijslag
 - ✓ Ziekte- en invaliditeitsverzekering
 - ✓ Jaarlijkse vakantie
- Sociale bijstand
 - ✓ Bestaansminimum
 - ✓ Inkomensgarantie voor ouderen
 - ✓ Gewaarborgde gezinsbijslag
 - ✓ Tegemoetkoming aan gehandicapten
- Hete hangijzers/ hete aardappels
 - Splitsing gezondheidszorg
 - ✓ Huidige situatie in België
 - ✓ Eén federale regering
 - ✓ Drie gemeenschapsregeringen
 - ✓ Twee gewestregeringen
 - ✓ Gespleten bevoegdheid gezondheidszorg
 - Evolutie van de kosten
 - ✓ Uitgaven voor de gezondheidszorg stijgen sneller dan het globale inkomen van de gezinnen: vergrijzing, nieuwe -vaak dure- medische technologie en bevordering van de toegang tot de gezondheidszorg

Hoofdstuk 8: Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg	65
• Socio-economische status _____	65
• Theorieën over de impact van inkomensongelijkheid op gezondheid _____	65
• Associatie inkomensongelijkheid - mortaliteit _____	65
• Heeft inkomensongelijkheid invloed op de individuele gezondheid? _____	65
• Verklaringen voor (eventuele) effect van inkomensongelijkheid _____	66
• Het verklaren van sociaal-economische gezondheidsverschillen _____	66
• Life-courseperspectief _____	66

Hoofdstuk 8: Sociale breuklijnen in de gezondheid en de gezondheidszorg

- Ongelijkheid
 - Heel wat aandoeningen niet gelijk verdeeld
 - Financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg niet voor iedereen gelijk

1. Socio-economische status

- Meestal gemeten adhv
 - Inkomen
 - Opleidingsniveau
 - Tewerkstellingsstatus (werkloos, voltijds, ...)
 - Soms ook huishoudtype, plaats waar men woont,

2. Theorieën over de impact van inkomensongelijkheid op gezondheid

- Wilkinson (1992): verband tussen inkomen en volksgezondheid
- Sterker verband in armere landen dan in rijkere landen
- Arme landen: inkomen per capita goede indicator voor volksgezondheid
- Rijke landen: inkomensongelijkheid goede indicator

3. Associatie inkomensongelijkheid - mortaliteit

- Niet iedereen overtuigd, ook al wijzen veel onderzoeken en veel cijfers in die richting
- Niet zozeer meer discussie OF er wel een associatie is, maar wel over HOE die associatie kan worden VERKLAARD

4. Heeft inkomensongelijkheid invloed op de individuele gezondheid?

- Perfect mogelijk dat inkomensongelijkheid en gemiddelde gezondheid van bevolking geassocieerd, zonder invloed op individuele niveau
- Als geen invloed: verklaart associatie via relatie tussen inkomen op individueel niveau en gezondheid op individueel niveau = absolute inkomenshypothese
- Anderen: stellen dat verband tussen inkomen en mortaliteit op individueel niveau niet volstaat om associatie te verklaren => wel invloed van inkomensongelijkheid op individuele gezondheid
- Wie heeft gelijk? Multi-level analyses → meer onderzoek nodig

5. Verklaringen voor (eventuele) effect van inkomensongelijkheid

- Psycho-sociale klimaat als intermediërende variabele
- Meer aandacht voor materiële kant van de zaak: belang van absoluut inkomen en materiële omstandigheden= neomaterialistische interpretatie

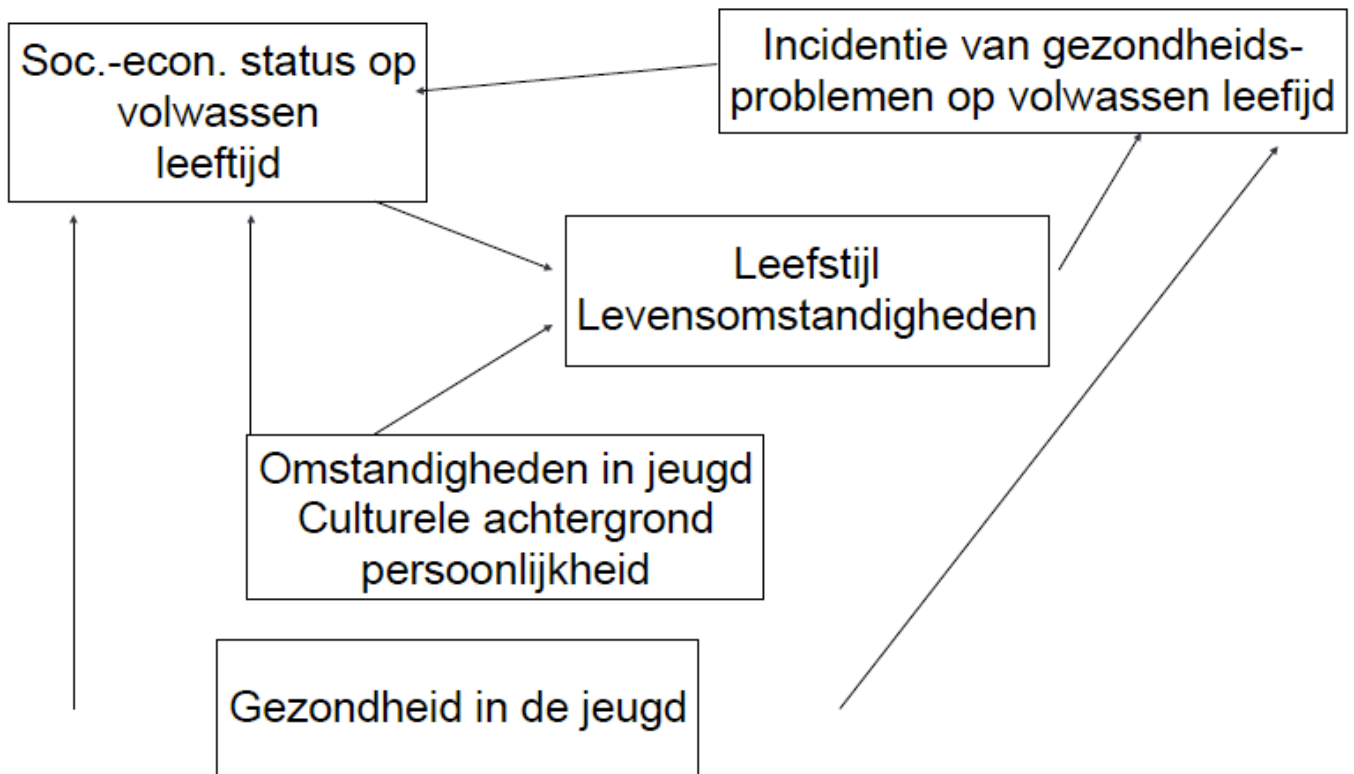
6. Het verklaren van sociaal-economische gezondheidsverschillen

- Mensen met hogere sociaal-economische positie gemiddeld betere gezondheid en langer leven dan mensen met lagere soc.-econ. positie
- Drie categorieën van verklaringen
 - Artefact-verklaringen
 - ✓ Teller-noemberbias
 - ✓ Ongelijkheden worden beïnvloed door veranderende omvang sociale klassen
 - ✓ Gezondheidsenquêtes: mensen antwoorden niet altijd naar waarheid
 - ✓ Weinig betrouwbare classificatie van doodsoorzaken
 - ✓
 - Sociale selectietheorieën: intra- en intergenerationeel / direct en indirect
 - Sociale causatietheorieën: materialistisch/structureel → levensomstandighedencultureel/ gedragsmatig → levensstijlpsychosociaal
- Relatieve belang van sociale selectie en sociale causatie?
 - Opnieuw: veel discussie
 - Onderzoek van Power et al. in Groot-Brittanniëtoont effect van selectie en van causatie en effect van causatie dan van selectie
 - Wil niet zeggen dat selectie genegeerd mag worden

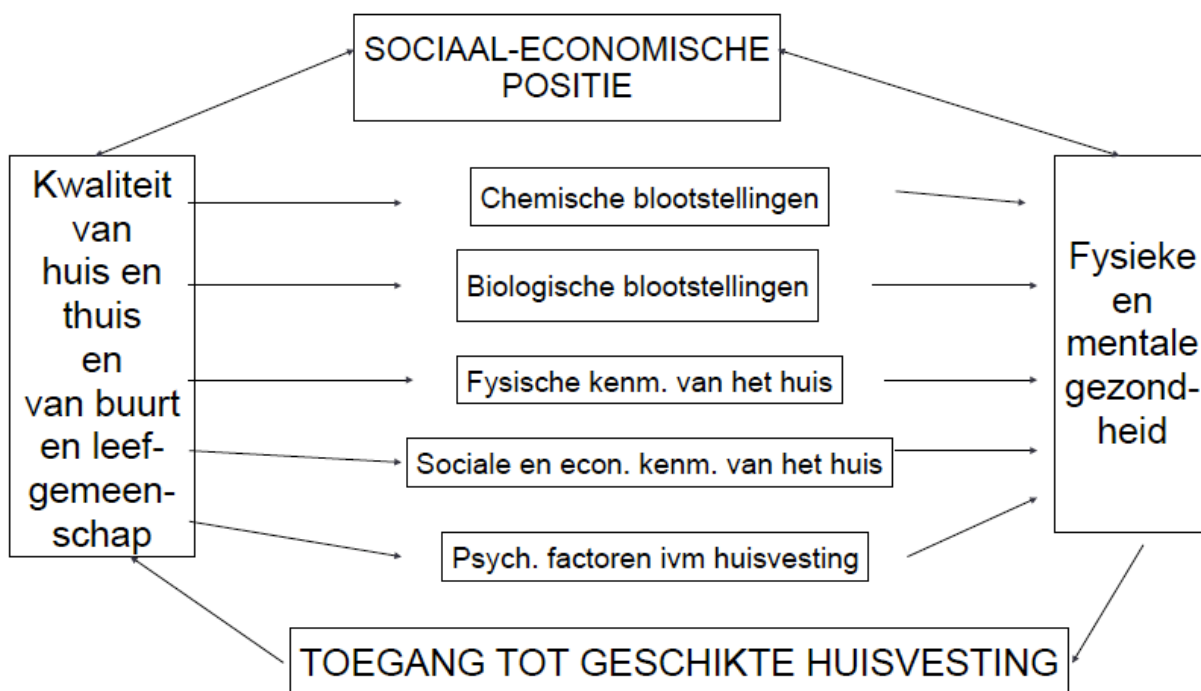
7. Life-courseperspectief

- Houdt rekening met sociale causatie en sociale selectie
- Complementaire processen die elkaar versterken
 - Sociale accumulatie
 - Sociale mobiliteit
 - Sociale protectie

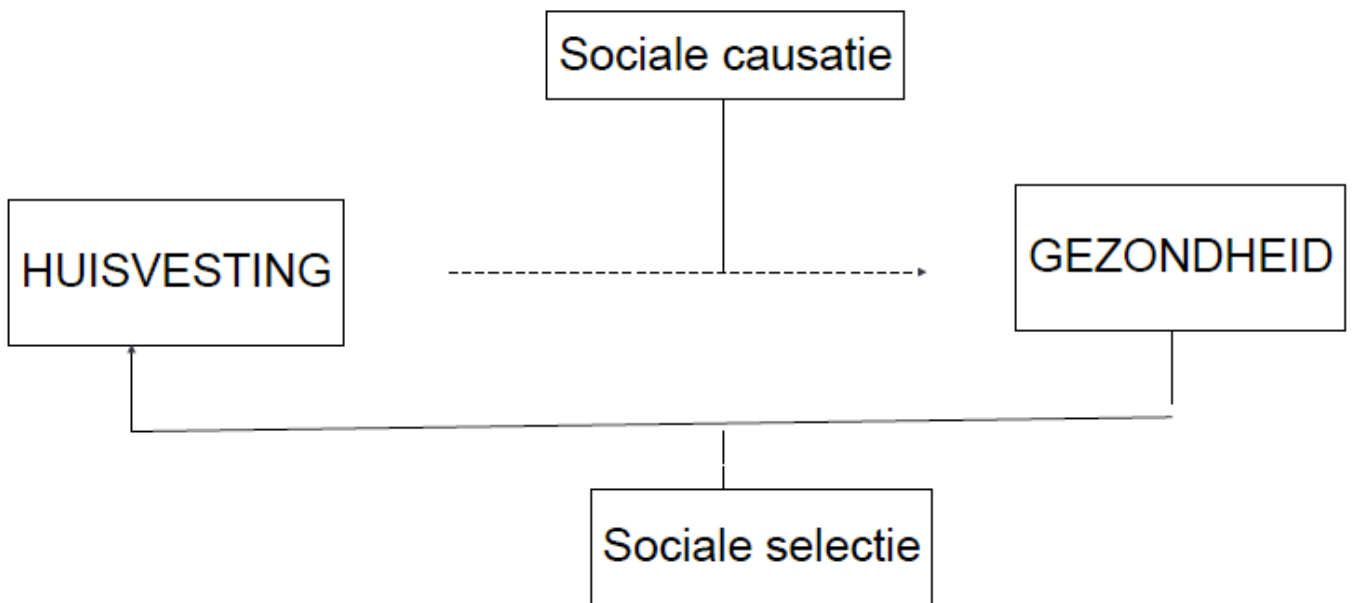
- Verklaringsschema van Mackenbach



- Invloed van huisvesting op gezondheid
 - Belang van dagelijkse leefomstandigheden: huisvesting is daar intermediaire factor
- Schema van onderliggende relaties



- Tweerichtingsverkeer tussen huisvesting en gezondheid



- Impact van chemische elementen
 - Lood
 - Asbest
 - Radon
- Impact van specifieke biologische blootstellingen
 - Vocht en schimmels
 - Koude
 - Huisstofmijt
 - kakkerlakken
- Fysieke kenmerken van de woning
 - Veiligheid binnenshuis
 - Type gebouw
 - Woondichtheid
 - Luchtvervuiling binnenshuis en verluchting
- Sociale, economische en culturele kenmerken van woonplaats
 - Onderzoek staat nog in kinderschoenen
 - Tevredenheid met woning
 - Huiseigendom versus huurhuis
 - Sociale contacten en sociale ondersteuning
 - Buurt

Hoofdstuk 9: Ongelijkheid, ziekte en gezondheid 70

- Sociaal-economische verschillen in gezondheid en leefstijl : de Belgische situatie _70
 - Hoe sociale ongelijkheid meten?-----70
 - Wat gaan we bekijken?-----71
- In Europa_____72
- Waar start het? _____72

Hoofdstuk 9: Ongelijkheid, ziekte en gezondheid

1. Sociaal-economische verschillen in gezondheid en leefstijl : de Belgische situatie

- 1997, 2001, 2004 en 2008: gezondheidsenquête door Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (W.I.V.)
 - Hoe ervaren mensen hun gezondheid?
 - In welke mate maken ze gebruik van gezondheidsvoorzieningen?
 - Hoe dragen ze zelf zorg voor hun gezondheid via leefstijl en gebruik van preventieve diensten?
 - Hoe toegankelijk is de Belgische gezondheidszorg?
- Eén van de thema's: ongelijkheid
 - Meestal wordt gekeken naar verschillen op basis van opleidingsniveau
 - Soms ook per regio (Vlaanderen – Wallonië – Brussel)
 - Vaak controleren voor leeftijd en geslacht, want:
 - ✓ Ouderen zijn vaker lager opgeleid
 - ✓ Vrouwen zijn – op oudere leeftijd althans – lager opgeleid
- a. Hoe sociale ongelijkheid meten?
 - Op verschillende manieren:
 - Ruwweg verschillen in percentages tussen hoger en lager opgeleiden
 - Odds-ratio (OR)
 - ✓ relatief verschil tussen laagste en hoogste opleidingsniveau, of: hoeveel hoger (of lager) is het risico op ... in de laagste opleidingscategorie tov de hoogste opleidingscategorie
 - Population Attributable Fraction (PAF)
 - ✓ proportionele verandering van prevalentie van een gezondheidsprobleem die zou optreden in het hypothetische geval dat de prevalentie in alle opleidingscategorieën dezelfde zou zijn als in de hoogste opleidingscategorie
 - Gini-coëfficiënt
 - Slope Index of Inequality (SII)
 - Relative Index of Inequality (RII)

b. Wat gaan we bekijken?

- Algemene gezondheid
 - Subjectieve gezondheid
 - ✓ Vraag hoe men de eigen gezondheid beoordeelt, te beantwoorden met ‘zeer goed’, ‘goed’, ‘redelijk’, ‘slecht’ of ‘zeer slecht’
 - Chronische ziekten of handicaps
 - ✓ Aanwezigheid van (zelfgerapporteerde) chronische ziekten of handicaps
 - Diabetes en allergie
 - Beperkingen
 - Pijn
 - Zwaarlijvigheid
 - => Meest uitgesproken ongelijkheden:
 - Diabetes en zwaarlijvigheid
 - Niet toevallig, zijn met elkaar verbonden
 - Nood aan preventie
 - => Ongelijkheid in langdurige beperkingen groter dan ongelijkheid in prevalentie van chronische ziektes: Meer impact van chronische ziekten op functioneren bij laag opgeleiden dan bij hoog opgeleiden?
- Leefstijl en preventie
 - Globale lichaamsbeweging
 - Lichaamsbeweging in vrije tijd
 - Voedingsgewoonten
 - Tabaksgebruik
 - Alcoholgebruik
 - Mondhygiëne
 - Kennis over AIDS
- Medische consumptie
 - Geen verschil wat betreft raadplegen van huisarts
 - Hoger opgeleiden gaan vaker naar de specialist, de tandarts en gebruiken vaker alternatieve geneeswijzen
 - De laagst en de hoogst opgeleiden gaan vaker naar de kine dan de middencategorieën
- Toegankelijkheid van de gezondheidszorg
- Sociale gezondheid

- Besluit
 - Ook in België heel wat ongelijkheid
 - Blijven constant doorheen de enquêtes over de jaren heen

2. **In Europa**

- Ongelijkheden nemen niet af, maar toe
- Heeft vooral te maken met cardio-vasculaire aandoeningen: die zijn verminderd door effectievere gezondheidszorgingerventies en door verbeteringen in gezondheidsgerelateerd gedrag (roken, dieet, ...), maar de hogere socio-economische groepen hebben veel meer ‘geprofiteerd’ van die verbeteringen

3. **Waar start het?**

- Van bij de geboorte, en dat blijft doorwerken tot aan het overlijden
- De ongelijkheden lijken wel af te nemen bij hoge leeftijd
- Verschillen naargelang de ziekte
 - Sterkere ongelijkheden bij sommige ziektes dan bij andere

Hoofdstuk 10: Gezondheidszorgsystemen en de mobiliteit van gezondheidswerkers	74
• Tekort aan gezondheidswerkers in België _____	74
• Tekort aan gezondheidswerkers in Europa _____	74
• Tekort _____	75
• Gepolariseerd debat _____	75

Hoofdstuk 10: Gezondheidszorgsystemen en de mobiliteit van gezondheidswerkers

1. Tekort aan gezondheidswerkers in België

- Groot tekort
 - Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin stelde een ‘Zorgambassadeur’ aan
- Gevolgen
 - Beschikbaarheid en mobiliteit van gezondheidswerkers hebben een impact op de performantie van gezondheidszorgsystemen
 - Mobiliteit beïnvloedt de samenstelling van de ‘workforce’ zowel in landen van waaruit men vertrekt als in landen waar men aankomt
 - Kan een impact hebben op
 - ✓ Skills-mix
 - ✓ Distributie van gezondheidswerkers in een land

2. Tekort aan gezondheidswerkers in Europa

- Naar schatting tekort van 1.000.000 tegen 2020 in EU
- Oplossingen:
 - Proberen om jonge mensen te motiveren om voor een beroep in die sector te kiezen
 - Gezondheidswerkers uit andere landen binnen halen, vaak uit lage of midden-lage inkomenslanden
- Binnen EU
 - Mensen die zich binnen de EU bewegen op zoek naar betere carrière mogelijkheden, betere loonsvoorwaarden en betere arbeidsvoorwaarden.
 - Migranten kunnen ook worden gemotiveerd door de kans om nieuwe vaardigheden aan te leren of kennis op te doen, door familiale redenen of gewoon uit nieuwsgierigheid;
 - Ze kunnen tijdelijk (aantal dagen of weken) komen; kunnen blijven voor korte periode of voor jaren; kunnen weer naar ergens anders trekken, terugkeren naar moederland of permanent blijven.
 - De vergroting van de EU heeft ook de economische diversiteit doen toenemen: grotere salarisverschillen en grotere verschillen in infrastructuur en in het gebruik van moderne medische technologie. Dat heeft de mobiliteit van gezondheidswerkers doen toenemen.

- Buiten de EU
- “In a number of middle-income countries with good health education systems – such as Fiji, Jamaica, Mauritius and the Philippines – a significant proportion of students, especially in nursing school, begin their education with the intention of migrating, usually in search of a better income. Some countries, notably the Philippines, are seeking to capitalize on the demand for imported health workers by deliberately training graduates for international careers.”
- “Nurses from the Philippines (110 000) and doctors from India (56 000) account for the largest share of migrant health workforce in OECD countries. However, countries with smaller populations than India and the Philippines may suffer from a larger impact in terms of expatriation rates. Over 50% of highly-trained health workers leave for better job opportunities abroad in some low-income countries.”

3. **Tekort**

- Is niet beperkt tot rijkere landen
- Er is vaak ook een tekort in de ‘bron’ landen
- In 2006 schatte de WHO dat er een tekort was van meer dan 4,3 miljoen gezondheidswerkers wereldwijd. Vooral lage inkomenslanden werden getroffen: van de 57 landen met een kritiek tekort, waren er 36 sub-Sahara Afrikaanse landen.

4. **Gepolariseerd debat**

- Tussen
 - de negatieve aspecten van migratie voor het land in kwestie en
 - de individuele rechten van mensen om te migreren en op zoek te gaan naar een beter leven
- Wordt geïllustreerd door het volgende artikel uit BMJ
- http://www.bmj.com/highwire/filestream/544995/field_highwire_article_pdf/0.pdf
 - Doel van het artikel
 - ✓ Schatten van de verloren investeringen van plaatselijk opgeleide artsen die daarna migreren uit Sub-Sahara Afrikaanse landen naar Australië, Canada, GB en de US.
 - ✓ Waar? Negen Afrikaanse landen met een HIV prevalentie van 5% of meer of met een populatie van min 1 miljoen mensen met HIV/AIDS en met min 1 medische school (Ethiopië, Kenia, Malawi, Nigeria, Zuid-Afrika, Tanzania, Oeganda, Zambia en Zimbabwe), en ook waar data beschikbaar is over het aantal artsen dat werkzaam is in de ‘destination countries’.
 - Voornaamste uitkomstmaten

- ✓ De financiële kost van het opleiden van een arts (lagere, middelbare school en universitair onderwijs), in de veronderstelling dat de migratie gebeurt na de opleiding, en gebruik makend van huidige land-specifieke interestvoeten voor spaargeld, omgezet naar US dollars; kost volgens het aantal artsen uit de bronlanden die tegenwoordig in de ‘destination countries’ werken;
- ✓ En de besparingen voor de ‘destination countries’ omdat ze de artsen zelf niet moeten opleiden.
- Resultaten
 - ✓ In de 9 bronlanden kost de opleiding van een arts tussen \$21 000 (£13 000; €15 000) in Oeganda en \$58 700 in Zuid-Afrika.
 - ✓ Het geschatte investeringsverlies voor alle artsen die momenteel in de ‘destination countries’ werken, was \$2,17 miljard (95% betrouwbaarheidsinterval tussen 2,13 miljard en 2,21 miljard), waarbij de kosten per land variëren tussen \$2,16 miljoen (1,55 tot 2.78) voor Malawi tot \$1,41 miljard (1.38 tot 1.44) voor Zuid-Afrika.
 - ✓ Zimbabwe en Zuid-Afrika leden de grootste verliezen.
 - ✓ Tegelijk spaarden de ‘destination countries’ miljarden dollars uit in opleidingskosten.
- Conclusie
 - ✓ “As international efforts are focusing on strengthening health systems, the development of human resources should be a core component of support from developed nations.”
- Heel wat kritiek op het artikel
 - Houdt geen rekening met feit dat er ook geld terug kan vloeien van die dokters naar hun thuisland
 - In de VS worden de studies door de student zelf betaald en niet gesubsidieerd door de overheid, de VS bespaart dus niet op opleiding
 - ...
- Voornaamste bevindingen van OECD/WHO onderzoek over de consequenties voor ‘bronlanden’
 - Een significant deel van de internationale bewegingen van zorgpersoneel gebeurt tussen OESO landen, al komt de bulk van migraties uit ontwikkelingslanden en groeilanden. De tweede en derde meest belangrijke bronlanden zijn GB en Duitsland. In 2000 kwamen 40% van alle migrant-artsen en 30% van alle migrant-verpleegkundigen uit een ander OESO land.
 - de outflow van gezondheidspersoneel uit grote bronlanden zoals Indië of Rusland is groot in absolute aantallen, maar laag in vergelijking met de totale workforce van het land. Daar komt bij dat sommige landen met een behoorlijk aantal migrerende mensen in zorgberoepen, toch nog aan

relatief hoge aantallen mensen in de zorg in het thuisland komen. Dit is vooral het geval voor landen die verpleegkundigen opleiden 'voor de export', zoals de Filipijnen, de Caraïben en in toenemende mate China.

- ✓ De situatie is evenwel helemaal anders voor een aantal kleinere landen en voor de Afrikaanse landen. Landen waar meer dan 50% van de artsen migreert zijn ondermeer kleine eilandstaten in de Caraïben en de Pacific en vijf Afrikaanse landen: Mozambique, Angola, Sierra Leone, Tanzania en Liberia. Verschillende Franssprekende Afrikaanse landen kennen ook hoge migratiecijfers van boven de 40%.
- De nood aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden is volgens de WHO veel groter dan het aantal mensen met een zorgberoep dat uit die landen migreert naar OESO landen. In 2000 was het aantal dokters en verpleegkundigen uit Afrika dat in de OESO werkte, 12% van de totale nood in die regio. Met andere woorden: een immigratiestop of een terugkeer van die mensen lost het probleem niet op. Het corresponderende cijfer voor Zuidoost-Azië is 9%.
- Dus
 - Internationale migratie is niet de hoofdoorzaak van het tekort aan gezondheidswerkers in ontwikkelingslanden, en een vermindering van die migratie zou het probleem ook niet oplossen.
 - Niettemin versterkt die migratie wel het probleem en maakt het fragiele gezondheidssystemen nog kwetsbaarder.