

# Medicalisering

Harrie van Leeuwen<sup>1</sup>

De term medicaliseren wordt de laatste tijd zo vaak als (gelegenheids)argument gebruikt dat het zinvol lijkt om er nader op in te gaan: wat is het, wie doet het, en waarom is het zo erg dat er een wet voor wordt gemaakt om het terug te dringen?

## Wat is het?

Het antwoord kwam van minister Schippers, die op Kamervragen verduidelijkte wat medicalisering precies inhoudt: 'Onder medicalisering verstaat de regering de maatschappelijke ontwikkeling waarbij steeds meer alledaagse opvoed- en opgroeivragen en (lichte) gedragsproblemen in de zorg zijn beland. Hiermee wordt bedoeld dat afwijkend gedrag steeds minder 'normaal' wordt gevonden en (medisch) wordt gelabeld. Hierbij kan gedacht worden aan druk gedrag (soms ten onrechte gelabeld als ADHD), ongeconcentreerdheid en/of afwezigheid (autisme), langzaam lezen en/of schrijven (dyslexie). Dit leidt tevens tot een afhankelijkheid van (medische) zorg en stijging van de kosten..... Waarmee de regering niet wil zeggen dat er geen kinderen zijn waarop de genoemde medische indicaties wel degelijk van toepassing zijn. Hoeveel kinderen onnodig worden gemedicaliseerd valt niet te zeggen.' (<https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Transitie-Notanav-het-verslag-bij-wetsvoorstel-Jeugdwet.pdf>)

De term 'medicalisering' wordt dus gebruikt in verband met de tendens dat problemen die voorheen niet als medisch werden beschouwd, nu onderworpen worden aan de medische blik: er wordt in termen van gezondheid en ziekte over gesproken, er wordt gedacht aan interventies, en het is het domein van professionals en zorgorganisaties. Inmiddels is 'medisch' eigenlijk een te beperkte term, omdat het vaak gaat om zorg waar geen enkele medicus bij betrokken is.

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw werd de term, in de context van de opbouw van de verzorgingsstaat, voornamelijk in kritische zin gebruikt om de nadelige gevolgen te beschrijven van het labelen van deviant gedrag als medische aandoening (Illich, 1976). Hoe anders is dit nu. De tweede golf in het gebruik van de term 'medicaliseren' duikt op in het discours over het ombouwen van de verzorgingsstaat naar de participatiemaatschappij.

De context waarin het begrip nu wordt gebruikt, is die van het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg. De term 'demedicaliseren' wordt zo gebruikt als synoniem voor het afschalen

---

<sup>1</sup> Harrie van Leeuwen, MHA, is kinder- en jeugdpsychiater n.p., bestuursadviseur en werkzaam bij bureau PEERS  
[harrievanleeuwen@bureaupeers.nl](mailto:harrievanleeuwen@bureaupeers.nl)

van zorg. Meer generalistische zorg ten koste van specialistische zorg, meer zelfzorg ten koste van generalistische jeugdhulp.

## De definitie van medicalisering is een probleem

In de verhitte discussies over de stelselwijziging, waarbij demedicalisering een van de doelen is, werd in het publieke debat de term 'medicaliseren' tot een vaag containerbegrip, waarvan vooral is blijven hangen dat het buitengewoon ongewenst is (er is zelfs een wet voor nodig om het terug te dringen).

Onterechte medicalisering, overmedicalisering, maar ook ondermedicalisering zijn niet goed. Echter, door de onduidelijke definitie is het een stok geworden die alle kanten op kan slaan.

Medicalisering is een breed fenomeen en kan optreden op meerdere niveaus (zie ook Conrad en Schneider, 1980), en het is goed om steeds te bepalen op welk niveau de discussie over voor- of nadelen van medicalisering zich afspeelt, zodat de aanpak van demedicalisering zich ook op deze niveaus kan afspelen.

1. *Conceptueel niveau*. Op dit niveau worden vraagstukken geanalyseerd met behulp van gezondheidszorgvocabulary en professionele redentatie. Medicaliseren kan leiden tot een nuttige ordening of afbakening van een probleem. Eenzaamheid of hoogbegaafdheid wordt dan beschreven als een vorm van kwetsbaarheid of risicofactor met mogelijk ongewenste gevolgen. Maar ook voorstadia van een ernstige aandoening kunnen onderwerp worden van preventie (en dus gemedicaliseerd). Deze vertaling hoeft overigens niet door medici te gebeuren, ook de andere disciplines in de zorg, beleidsmakers en probleemeigenaren zijn deze taal en redeneertrant inmiddels meester. Het concept 'positieve gezondheid' kan aanleiding zijn voor nieuwe vormen van medicalisering.

2. *Professioneel niveau*. De problematiek wordt nu object van professioneel handelen en professioneel organiseren van de zorg. Professionals handelen in overeenstemming met hun begrip van de problematiek en in overeenstemming met hun beroepscode en eventuele richtlijnen. Er worden indicaties en contra-indicaties voor te verlenen zorg geformuleerd, evenals behandeladviezen. Er wordt over het probleem gepubliceerd in vaktijdschriften. Hier moeten professionals zelf waken voor onterechte medicalisering.

3. *Organisatieniveau*. Instellingen zien brood in het bedienen van de nieuwe doelgroep. Er wordt gedacht in vindplaatsen en cliëntstromen. Er worden intakeprocedures vastgesteld. Er wordt geïnvesteerd in medewerkers, deskundigheidsbevordering en technologie. Soms worden specialistische spreekuren voor de problematiek georganiseerd, zoals snurkpoli's of een spreekuur voor hoogbegaafde kinderen met psychische problemen. Hier is marktdenken een aanjager van medicalisering.

4. Op *sociaaleconomisch niveau* is er het vraagstuk of er met het oog op de problematiek een beroep kan worden gedaan op solidariteit. Moet ik met mijn premie of belastinggeld meebetalen aan het verhelpen van de gevolgen van jouw leefstijl of jouw agressieve gedrag in je gezin? De discussies over wat wel en niet in het zorgverzekeringspakket hoort, is buitengewoon moeizaam en vaak ook pijnlijk. Neem het niet meer vergoeden van de aanpassingsstoornis. Zo'n maatregel

wordt makkelijker geaccepteerd als kan worden beargumenteerd dat de aanpassingsstoornis een ontorechte vorm is van medicalisering.

## Wie doet het?

Soms zijn het medici die medicaliseren. Zij eigenen zich een bepaalde problematiek toe als werkdomen. Waarom? Het antwoord kan zijn: *weil wir es können*. Of: omdat niemand anders het doet, of omdat er vraag naar is. Kinderartsen hebben zich in groten getale op ADHD gestort, gedragsneurologen op leerstoornissen en kinder- en jeugdpsychiaters op delinquentie. Dit wordt wel met 'medisch imperialisme' aangeduid (bijvoorbeeld Illich, 1976).

Vaak zijn het anderen die met de problematiek omhoogzitten. Een bekend voorbeeld zijn de gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren. Tot ver in de jaren negentig van de vorige eeuw heeft de psychiatrie geprobeerd deze problematiek buiten hun competentie te verklaren. Het was opvoedproblematiek, en er was een strak gestructureerde omgeving nodig (orthopedagogiek). Dit kwam de kinder- en jeugdpsychiatrie op veel kritiek te staan en leidde tot een negatief imago. Het gaat hier om opgedrongen medicalisering vanwege handelingsverlegenheid.

Ook de overheid geeft vaak aanleiding tot medicalisering, vaak in reactie op incidenten, de publieke opinie en acties vanuit de politiek. De recente nadruk op 'integrale' jeugdhulp is een natuurlijk potentieel, een *mer à boire* voor medicalisering. Allerlei sociale problematiek moet geïntegreerd worden in het hulpverleningsplan. De hele wijk wordt gemedicaliseerd.

## Waarom is het zo erg?

Mijn grootste zorg is de ongerichtheid en gemakzucht waarmee de term 'medicalisering' wordt gebruikt. En dat is schadelijk, omdat de implicatie altijd negatief is.

Die zorg wordt al wat minder als we het volgende zouden kunnen afspreken:

- Zorg door gespecialiseerde professionals voor aandoeningen die van oudsher tot het domein van die professionals horen is geen medicaliseren, maar terechte professionele zorg. Net als de inspanningen om die zorg te verbeteren.
- Evidence-based behandelen heeft niets te maken met medicaliseren. Presentie, aandacht voor de kwaliteit van leven en goede communicatie sluiten evidence-based behandelen nooit uit.
- Medicalisering is een neutrale constatering en niet alleen maar fout. Misschien was de medische benadering eerder nog niet mogelijk en is de nieuwe aanpak nu efficiënter dan andere oplossingen (methylfenidaat of plaatsing binnen het speciaal onderwijs?).
- Ontorechte medicalisering, overdiagnosticering en overbehandeling moeten voorkomen worden. Zorgprofessionals moeten kostenbewust zijn. Ook binnen het medisch domein is er een sterke inhoudelijke noodzaak om onnodig medisch ingrijpen tegen te gaan. Bij klinisch redeneren horen de klinische principes '*primum non nocere*' (allereerst richt geen schade aan) en '*in dubio abstine*' (bij twijfel niets doen).

Dit zijn uitgangspunten die wat mij betreft onverkort zouden moeten gelden in de jeugdhulp en jeugd-GGZ. Of een wet daarbij helpt, is overigens zeer dubieus.

## Literatuur

Conrad, P., & Schneider, J. (1980). Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine*, 14(1), 75–79.

Illich, I. (1976). *Medical nemesis*. New York: Pantheon.