Sociologie examenvraag: is het medisch beroep een professie? Leg de link met medicalisering en de COVID19-crisis.

Ja, het medisch beroep is een mooi voorbeeld van een professie. Ik zal dit illustreren met enkele van de kenmerken:

* Beroepsuitoefening gebaseerd op kennis en langdurige opleiding. Dit ligt voor de hand, geneeskunde is een langdurige opleiding waarvoor veel kennis vereist is. Dit ga ik niet verder toelichten aangezien dit een van de minder interessante kenmerken is naar mijn mening.
* Autonomie: zowel individuele klinische autonomie, zoals bijvoorbeeld het autonoom stellen van een diagnose zonder overleg. Maar ook autonomie als groep: bijvoorbeeld in het RIZIV zetelen veel artsen, die belangrijke beslissingen nemen met betrekking tot het medische beroep en de uitoefening ervan.
* Gericht op dienstverlening aan de bevolking (altruïsme). Beroepsbeoefenaars zijn ‘te vertrouwen’ en dat vertrouwen ligt aan de basis om beslissingen te nemen voor de patiënt. Dit kan echter in vraag worden gesteld, op basis van praktijk. Naar mijn mening is het ook eerder een veronderstelling, er wordt van uit gegaan of verwacht dat artsen altruïstisch zijn door hun sociale rol en status.
* Beroepsgenoten verenigen zich in een beroepsvereniging die enerzijds toekijkt op de integriteit van de leden bij het uitoefenen van hun beroep, maar ook de belangen van de professie naar de buitenwereld toe verdedigt (voorbeeld: Orde der artsen).
* Professie is de dominante factor binnen de medische sector die alle gerelateerde aspecten mee controleert. Dit was vroeger nog veel meer het geval dan nu, de arts die dominant boven andere beroepen in de medische sector staat (bijvoorbeeld verpleegkundigen) en hen ook controleert.
* Hoge maatschappelijke status. We kunnen kijken naar de sociale status van artsen in de maatschappij, maar ook de sociale rol bevestigt dit: mensen hebben bepaalde bepaalde ideeën over artsen, maar ook bepaalde verwachtingen.

Het onderliggende functionalistische perspectief is dat de professie bijdraagt tot de maatschappij of samenleving, en door deze kenmerken autoriteit of gelegitimeerde macht heeft. Verdere kritiek die hierop wordt geleverd is dat de positie en macht van artsen niet enkel een spontaan gebeuren zijn maar ook worden afgedwongen.

Verder is er nog het machts- en beheersingsperspectief: Freidson leverde als commentaar op de bovenstaande kenmerken dat de status van professie niet enkel het gevolg is van intrinsieke kenmerken zoals de hoger genoemde, maar ook een product is van de historische en maatschappelijke processen. Hij redeneert dat artsen niet enkel autonome en collectieve autonomie bezitten, maar ook politieke en economische: politieke autonomie in de zin dat artsen beleidsbeslissingen mogen nemen als deskundigen op het gebied van gezondheidskwesties (de regelgeving tijdens de COVID19-crisis is hier een mooi voorbeeld van). De economische autonomie beslaat het feit dat artsen het recht hebben om hun eigen honoraria en arbeidsvoorwaarden te bepalen.

Verder wil ik ook nog graag het begrip dominantie toelichten, dit is een controlerende, heersende of machtige positie en rol in een sociale hiërarchie. Er is culturele dominantie, nl artsen die gaan bepalen wat in een maatschappij als ziekte wordt beschouwd en bepaalde morele uitspraken mogen doen. Dominantie over de patiënt, nl beslissen over het gedrag en handelen van de patiënt, en dominantie over andere beroepen: controle van verpleegkundigen, kinesisten, etc.

Er is de laatste jaren wel een tendens van verlies van dominantie en autonomie binnen de medische professie door maatschappelijke veranderingen, maar daar ga ik voor deze vraag niet verder op ingaan.

Nu ik dit heb toegelicht, zal ik de link leggen met medicalisering. Medicalisering is het proces waarbij (soms maatschappelijke of sociale) verschijnselen steeds meer worden benaderd of behandeld vanuit een medisch perspectief. Een voorbeeld hiervan is de enorme toename van kinderen met de diagnose ADHD die hiervoor medicatie voorgeschreven krijgen, terwijl zij vroeger eerder als ‘drukke kinderen’ werden beschouwd. Dit proces van medicalisering is eigenlijk een voorbeeld van culturele dominantie, namelijk de medische wereld die gaat bepalen wat wij maatschappelijk als ziekte gaan beschouwen. Diagnoses stellen en ‘labeling’ zijn een vorm van sociale controle (en ook een vorm van het communiceren in zekerheden, hier niet toegelicht maar zie onderdeel socialisatie van artsen). We zien dus een steeds toenemende invloed van artsen, zij oordelen namelijk over afwijkend gedrag. Foucault beschreef dit proces ook reeds als ‘le regard medical’, namelijk het biomedische perspectief wordt steeds belangrijker in de maatschappij.

Als we kijken naar de COVID19-crisis, dan zijn er bepaalde zaken die opvallen: artsen beslissen over onze sociale en maatschappelijk gedragingen bij een populatieprobleem, namelijk het uitbreken van een virus. Enkele voorbeelden hiervan zijn het niet mogen geven van handen, het dragen van een mondmasker (verplicht op het openbaar vervoer), het niet mogen samenkomen in grote groep. Iets wat mij ook opviel, was het gebruik van artsen in de media: Marc Van Ranst en Steven Van Gucht kwamen enorm vaak in de media om hun mening te geven over menselijke gedragingen, en deze soms te veroordelen. Marc Van Ranst die in de media de lockdownfeestjes veroordeelde, Steven Van Gucht die hetzelfde doet over de overvolle terrassen. Men gebruikt deze figuren als boodschapper in de media vanwege hun sociale status. Mensen lijken eerder te luisteren wanneer een arts hen iets komt vertellen dan wanneer politici dit zouden doen, en hiervan wordt gebruikt gemaakt in de communicatie naar de bevolking. Ook kan ik in het kader van de COVID19-crisis de link leggen met medicalisering: wanneer men sprak van de risicofactoren voor het oplopen van het virus, dan waren dit medisch bepaalde factoren: de leeftijd van de patiënt, overgewicht, de rookstatus van de patiënt en eventuele pathologiëen die tot verzwakking kunnen lijden. Wat amper werd onderzocht (of er werd in de media toch geen nadruk op gelegd alleszins) zijn de maatschappelijke risicofactoren van een persoon: lopen de mensen die niet het privilege hadden om te stoppen met werken of van thuis uit te werken, meer risico dan de personen die van thuis uit werken? Hoe zit het met de socio-economische achtergrond van de covid-patiënten? Men ging eerder focussen op de biomedische risicofactoren dan de maatschappelijke.