



Schematische weergave van de oorspronkelijke bestemming hoogbouw Dijkzicht Ziekenhuis.

EEN KORTE BESCHOUWING OVER DE MEDISCHE BLIK

Een van de bekendste grappen gaat over de praktijk van de dokter. Wegens aanhoudende pijn laat een vrouw zich onderzoeken. 'U moet geopereerd worden,' constateert de arts. 'Ik krijg nog liever een kind,' roept de vrouw angstig. 'Dat kan,' antwoordt de dokter, 'dan moet ik de stoel even anders zetten.' Om de logica van de blik van de arts te begrijpen, onderzoekt de Franse filosoof Michel Foucault (1926-1984) in *Geboorte van de kliniek* hoe in de afgelopen eeuwen een specifieke medische blik is gevormd. Uit de openingszin van het boek blijkt direct dat de medische blik meer omvat dan het woord 'blik' alleen kan verwoorden. De medische blik gaat niet slechts om het zien of het worden bekeken, hij omvat een configuratie van drie uiteenlopende structuren. Foucault spreekt over de drie-eenheid van ruimte, taal en dood. De medische blik omvat dus verschillende structuren: ruimtelijke, talige en een finale. Richtten we ons op de structuur van de ruimte, dan kunnen drie verschillende vormen worden onderscheiden die van betekenis zijn voor het functioneren van de medische blik: de ziekte, het lichaam en het ziekenhuis. Terwijl de ziekte zich manifesteert als een primaire ruimte, toont ze zich in de secundaire ruimte van het lichaam, die op zijn beurt is opgenomen in de tertiaire ruimte van het ziekenhuis. Sinds de achttiende

eeuw hebben – naast de taal en de dood – deze drie ruimtelijkheden de medische blik voor een groot deel vorm en inhoud gegeven. Welke transformaties hebben ze doorgemaakt? Wat is hun betekenis voor de huidige tijd?

Om het geheel van verschuivingen te begrijpen, moeten we inzien dat uiteenlopende ziekten lang zijn begrepen vanuit een classificerend weten. Het systeem waarmee deze wijze van indelen van ziekten werkt, is vergelijkbaar met de stamboom van relaties in een grote familie. Een symptoom wordt geplaatst binnen een ziekte, een ziekte binnen een soortgroep, en de soortgroep binnen het grote geheel van de pathologie. Aan iedere classificatie is een speciale behandeling gekoppeld waarin precies staat beschreven wat de arts moet doen. Deze universele behandelmethode wordt geacht de problemen van de patiënt op te lossen. Langzaam werd het systematische karakter van de medische kennis uit de achttiende eeuw vervangen door een meer positief en empirisch weten. Deze omwenteling in het Franse medische denken gebeurde volgens Foucault tussen 1780 en 1820. Het classificerende of systematische maakte plaats voor een ander verband, dat van de anatomische geneeskunde van de negen-

tiende eeuw. In deze overgang werden gesloten structuren vervangen door open reeksen: onbegrensde en eindeloze tabellen. Foucault schrijft: 'Wat thans de eenheid van de medische blik tot stand brengt, is niet de cirkel van het weten waarin hij wordt voltooid, maar de open, oneindige, veranderlijke, onophoudelijk door de tijd verschoven en verrijkte totalisering die hij doorloopt zonder ooit een einde te bereiken.' (GK, 52) Zo opgevat is het medische weten niet langer in zichzelf opgesloten. Het vermeerderd en vermenigvuldigt zich voortdurend, zonder ooit een vast punt te bereiken.

In nog maar net veertig jaar tijd ontwikkelde de rationalistische en systematische achttiende-eeuwse geneeskunde dus naar een anatomische methode, een werkwijze die is ingericht op een empirisch weten en die geleid wordt door hooggestemde idealen. De ziekte toont zich daarbij in een andere ruimtelijke structuur. Terwijl het individuele geval in de eerste periode van de geneeskunde altijd deel uitmaakte van een synchronische of seriële verzameling, is in de nieuwe anatomische geneeskunde een individuele afwijking in de structuur van de ziekte mogelijk. Vanzelfsprekend zijn er gelijkenissen, verdelingen of ondergeschiktheid, maar de essentie van de ziekte zit in haar lokaliseerbaarheid, in de houvast die het individuele lichaam biedt. Dit betekent dat er enkel individuele ziekten zijn, omdat de werking van de ziekte zich altijd voltrekt in de vorm van de individualiteit. (GK, 211) Deze invoering van de gedifferentieerde vorm of ruimte van het individuele lichaam in de medische blik zorgt ervoor dat er een ruimte wordt geopend waarin zowel de ziekte als het individuele lichaam worden ingesloten. Was de kliniek aanvankelijk 'een wetenschap van de gevallen, voor zover haar eerste stap erin bestond de individuele eigenschappen te reduceren', nu vormt 'de individuele waarneming de laatste fase van een systematisch doorzoeken van de ruimte'. (GK, 210) Er vindt een integratie plaats van een klinische ervaring in een blik die tegelijk een wetenschappelijk weten is. Met het verschijnen van het hospitaal op het maatschappelijke toneel wordt de aloude vraag van de arts aan de patiënt: 'Wat hebt u?' ingewisseld voor een andere vraag: 'Waar hebt u pijn?' (GK, 18) Vanaf dat moment wordt de ruimte van het hospitaal een object van coderingen en controles. Een moderne geneeskunde kan namelijk alleen functioneren als er specifieke voorzieningen rondom de ziekenhuizen worden getroffen, zoals gezondheidsraden,

verordeningen, standaardisering van de medische opleiding en een politie die toezicht houdt op het gebied van de geneeskunde.

Om kort te gaan, in de negentiende eeuw wordt de medische blik op een nieuwe wijze georganiseerd. In de eerste plaats is de blik niet meer die van een willekeurige waarnemer, maar de blik van een door een instelling ondersteunde arts, die bovendien de macht heeft in te grijpen. In de tweede plaats hangt de blik niet meer samen met een vaste structuur (vorm, rangschikking, getal, grootte), maar is hij voortdurend gericht op de kleinste afwijkingen en variaties. Ten slotte is het een berekende blik. Hij constateert niet slechts wat onmiddellijk zichtbaar is, maar moet helpen kansen en risico's te omlijnen. (GK, 119)

Als we de bepalende elementen zoeken om de werking van de medische blik te actualiseren, moeten in deze korte beschouwing twee beslissende punten worden toegevoegd aan Foucault's studie *Geboorte van de kliniek*. Laten we aanvangen met een analyse van de omgeving of milieu van het ziekenhuis. Om de huidige werking van het insluitingsdomein van het ziekenhuis beter te begrijpen, moet een ontwikkeling worden meegenomen die de omgeving van het ziekenhuis ingrijpend heeft veranderd. Of we die ontwikkeling nu definiëren in termen van risico, veiligheid of ict, duidelijk is dat de term 'omgeving' in onze huidige maatschappij wel een zeer ruim begrip is geworden. Hier ligt de eerste grote wending omtrent de medische blik. We moeten de medische blik namelijk plaatsen buiten de directe omgeving van het ziekenhuis. De stedelijke ruimte vormt het gevaarlijkste milieu voor de gezondheid. Dit wil niet zeggen dat het ziekenhuis geen object van analyse kan zijn. Het betekent slechts dat de geneeskunde geen apart milieu is dat nog samenkomt in één gebouw-enblok of complex, een te lokaliseren of aanwijsbare plaats waar een geïsoleerde en afzonderlijke behandeling mogelijk is. Twee eenvoudige voorbeelden maken dit duidelijk. Door middel van thuiszorg heeft het instituut van het ziekenhuis zijn activiteiten verlegd naar een veel grotere omgeving. Daarnaast worden de parken in de ziekteverwekkende steden 'groene longen' genoemd. Met het verdwijnen van het wezen van de ziekte, dat zijn begin heeft in de negentiende eeuw, ontstaat zo in de twintigste eeuw een medische blik die de omgeving van het ziekenhuis te buiten gaat. Daarmee verdwijnen de grenzen van het ziekenhuis niet,

er vindt slechts een nieuwe herverdeling plaats. De medische blik en de maatschappelijk ruimte vallen samen. Op die manier ontstaat een volledig open veld waarin een nieuwe medische ervaring tot stand kan worden gebracht.

Hiermee gaat een tweede wending van de medische blik gepaard. Niet langer richt de geneeskunde zich alleen op de individuele gezondheid, de gezondheid van het land komt op het spel te staan. De medische blik wordt een nationale zaak. Pas veel later zal Foucault dit biopolitiek noemen. Met de biopolitiek wordt de secundaire ruimte van de medische blik, het individuele lichaam, ingeruild voor een groter verband. Met de verlegging van de grenzen van het oriëntatiesysteem van de medische blik wordt het individuele lichaam zijn essentialiteit ontnomen. In *De wil tot weten* beschrijft Foucault deze politiek in termen van macht over het leven. Naast het individuele lichaam wordt het lichaam als 'soort' voorwerp van analyse. De condities waaronder de mensen leven en de wijze waarop het lichaam als drager van biologische processen functioneert (volksgezondheid, geboorten en sterfte, gemiddelde levensduur) worden een onderdeel van het besturen van een land.¹ In dat opzicht gaat het begrip 'bevolking' in de achttiende eeuw meer omvatten dan de traditionele betekenis van het aantal inwoners in verhouding tot het bewoonbare oppervlak. De bevolking wordt meer en meer gezien als een verzameling individuen tussen wie verhoudingen van samenleven bestaan en die uit dien hoofde een eigensoortige werkelijkheid vormen. Ze bezit een groeipercentage, een sterftecijfer en een ziektecijfer. Anders gezegd, ze heeft haar bestaansvoorwaarden.² Aldus richt de medische blik zich op een collectief subject, en niet op het individu of het unieke geval. Niet langer gaat het om een afzonderlijke gebeurtenis, een te isoleren zaak of persoon, het draait om een veel grotere problematiek: de gezondheid van de bevolking.

Beide wendingen maken deel uit van een liberale politiek, een streven waarin de nationale staat zo krachtig mogelijk moet worden gemaakt. Immers, een optimale economische politiek en het zelfbehoud van een natie steunen op een gezonde bevolking. Waar deze gezondheidspolitiek uiteindelijk toe zal leiden, blijkt uit de huidige discussie een vetbelasting of 'snacktax' in te voeren voor bepaalde producten. Dit om overgewicht (obesitas) te voorkomen, een conditie

van het lichaam waardoor de gezondheid in gevaar komt. Het dikke lichaam is namelijk minder mobiel, slechter in staat zich voort te bewegen, te lopen en voort te planten. Afgezien van de ethische bezwaren en juridische problemen (belastingfraude) die kleven aan een 'obesitax', blijkt wel dat om het leven te maximaliseren nieuwe instrumenten worden geïntroduceerd om de gezondheidspolitiek vorm te geven.

We kunnen stellen dat de medische blik opnieuw zijn grenzen verlegt. In de eerste plaats maakt het individuele lichaam plaats voor een politiek die zich richt op de soort of de bevolking. In de tweede plaats doorbreekt diezelfde medische blik de afgebakende ruimte van het ziekenhuis. De blik doortrekt de openbare ruimte, en daarmee het onderscheid tussen privaat en publiek. Schematisch gesteld: van het lichaam naar het leven, van binnen naar buiten. Met de verlegging van beide grenzen, krijgt ook de medische blik een nieuwe betekenis. De bevolking en de maatschappelijke ruimte, want over deze twee op elkaar afgestemde structuren spreken we, zullen de medische blik verder aanscherpen. In de opkomst van beide begrippen ligt zo de omvorming van de medische blik ingebed.

Michel Foucault, *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik* (Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical, 1963), Nijmegen: SUN 1986.

¹ M. Foucault, *De wil tot weten. Geschiedenis van de seksualiteit*, p. 137, Nijmegen: SUN 1984.

² M. Foucault, *Gezondheidspolitiek in de achttiende eeuw*, Te Elferd Ure, nr. 1, p. 30, Viet Nam/Kultuur/Biopolitiek, Nijmegen: SUN 1981.