

pectievelijk 380 uur en 57 minuten en 91 uur en 5 minuten).

Na een analyse van het aangetroffen cijfermateriaal volgt een aantal aanbevelingen om de wachttijden te bekorten. Hierbij is tevens nagegaan in hoeverre patiënten een schatting van de consulttijd bij het afspraaksprekuren kunnen maken. In een theoretische benadering van deze schattingen wordt aangetoond, dat patiënten inderdaad een redelijk goede voorspeller zijn voor de verwachte consultduur; hiervan zou kunnen worden gebruik gemaakt.

*Summary. Management study in the Wit-huis health centre in Venlo, with special reference to waiting times. A description of the method of investigation used is followed by an analysis of the results of the two-week study in this health centre. During surgery hours, the physicians were consulted by a total of 1010 patients: 603 without and 407 with previously made appointment (total consultation times: 64 hours and 43 minutes, and 74 hours and 21 minutes, respectively). The respective waiting times for the two groups of patients totalled 380 hours and 57 minutes, and 91 hours and 5 minutes.*

*An analysis of the numerical data is followed by a number of recommendations for reduction of waiting hours. The patients' ability to estimate the consultation time during surgery hours by appointment was also studied. In a theoretical approach to these estimates it is demonstrated that patients are indeed fairly proficient in predicting consultation times. It might be possible to make use of this proficiency.*

# Huisarts en professie (I)

## De band van de huisarts met de professie

DRS. J. J. KLINKERT, SOCIOLOOG

In dit eerste van een serie van drie artikelen over huisarts en professie wordt een professie beschreven als een soort beroep, waarvan een door wetgeving gesteunde autonomie een fundamenteel kenmerk is. Voor de medische professie is dat autonomie op het terrein van ziekte en gezondheid. Enkele visies van sociologen op de relatie arts-professie worden weergegeven. Aan de orde komt ook het lid zijn van een professie, i.c. van medici, en de invloed van dit lidmaatschap op het handelen van de arts.

Enige tijd geleden is een vragenlijst gestuurd naar een steekproef\* van Nederlandse huisartsen. Het betrof hier een onderzoek\*\* in het kader van het project „Macht van artsen” van de vakgroep Algemene Sociologie van de Vrije Universiteit. Dit project, dat enige jaren geleden is gestart en in verschillende vormen is en wordt uitgevoerd\*\*\* is bedoeld om te komen tot een beter begrip van de al of niet aanwezige machtspositie van de arts als individu en van medici als groep in onze samenleving.

In dit en twee hierop volgende artikelen wil ik aandacht besteden aan enkele resultaten van dat onderzoek. Meer dan aan cijfermatige resultaten echter zal ik de theoretische achtergronden belichten. Dat is van belang, omdat op deze wijze iets duidelijk kan worden gemaakt van de ontwikkelingen die zich de laatste jaren in de

medische sociologie hebben afgespeeld. Ik zal daarom niet in de eerste plaats streven naar het „hard maken” van theoretische uitspraken (voor zover dat al mogelijk is in de sociologie), maar ingaan op de sociologische theorie die met dit onderzoek samenhangt.

In dit eerste artikel wordt het begrip „professie” behandeld en de band, welke de huisartsen daarmee onderhouden. Het tweede artikel is gewijd aan communicatieproblemen, waarbij de rol van het vooroordeel aan de orde komt. Het derde en laatste artikel zal de invloed van de patiënt op de arts behandelen. Tevens worden enkele daarvoor behandelde variabelen met elkaar in verband gebracht. Het geheel wordt afgesloten met een overzicht en enkele concluderende opmerkingen.

## Het begrip professie

Waar mensen samenleven treedt een verdeling van het werk op. Sommigen worden boer en gaan graan verbouwen, anderen worden molenaar en malen de oogst van de boer tot meel en weer anderen worden bakker en bakken er brood van. Ieder neemt deel aan de arbeid die verricht moet worden om goederen te produceren en diensten te verlenen die de samenleving in stand houden en menselijke behoeften kunnen bevredigen.

Nu betekent arbeidsverdeling niet meteen beroepsvorming. Voor beroepsvorming is meer nodig. Van Doorn<sup>1</sup> meent dat men pas van een beroep kan spreken als er een zekere standaardisatie in de bezigheden optreedt; voorts worden vaak een zekere scholing en vorming vereist. Mok<sup>2</sup> definieert een beroep in meer sociologische termen als: een structuur, waarin de taak,

\*Uitgestuurd zijn 393 vragenlijsten, waarvan 199 zijn terugontvangen. Van de geënquêteerden bleken 31 geen huisarts te zijn of geen huisartspraktijk meer uit te oefenen; dat is 15,6 procent van de respons. Nemen wij aan dat dit percentage ook geldt voor de niet-responderenden uit de steekproef, dan is deze 332 leden groot. Van de resterende responderenden zonden 168 de vragenlijst terug, van wie 26 dat blanco deden of op een manier die verwerking onmogelijk maakte. Derhalve is de respons te schatten op 42,8 procent. De verdeling van de responderenden naar urbanisatiegraad van praktijkgemeente wijkt niet essentieel af van de verdeling naar urbanisatiegraad van woongemeenten van de Nederlandse bevolking.

\*\*Bij de uitvoering van dit onderzoek is nauw samengewerkt met het Instituut voor Toegepast Sociaal-Wetenschappelijk Onderzoek (ITSWO) van de Vrije Universiteit, met name Drs. T. Westra, wetenschappelijk medewerker van dat Instituut.

\*\*\*Gedurende twee jaar is gewerkt met een projectgroep van studenten van verschillende studierichtingen; vervolgens heeft schrijver dezes een boek over deze materie gepubliceerd (J. J. Klinkert, Macht van artsen, een bezorgde verkenning van een professie; Van Gorcum, Assen, 1974) en in 1975 is de eerste fase van een empirisch onderzoek uitgevoerd.

die binnen een arbeidsverdeling wordt verricht, is uitgekristalliseerd.

Een professie is een soort beroep en wel een beroep dat een sterk geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd karakter heeft. Geïnstitutionaliseerd wil zeggen dat de beroepswerkzaamheden zich hebben uitgekristalliseerd en een zekere duurzaamheid vertonen; hierdoor bestaat er een grote mate van overeenstemming en duidelijkheid bij alle bij zo'n professie betrokkenen. Met de term gelegitimeerd wordt aangeduid dat er een duidelijke hoeveelheid kennis – dat wil zeggen: opvattingen over de aard van de werkelijkheid – en een duidelijk systeem van waarden aanwezig is, zowel in de professionele groep als daarbuiten, welke de werkzaamheden van de professie steunen.

Een centraal element dat aan deze omschrijving moet worden toegevoegd is de aard van de maatschappelijke positie van de professie. Deze kan in een woord worden getypeerd als: autonoom<sup>3</sup>. Een daarvan afgeleid, secundair te noemen kenmerk is de hoge sociale status die de professie inneemt in de hiërarchie van beroepen (*Van Heek en anderen*<sup>4</sup>).

Wat die autonomie betreft: *Freidson* heeft in een boeiend en uitgebreid betoog op de maatschappelijk autonome positie van een professie en met name van de medische professie gewezen<sup>5</sup>. Elders heb ik dat zelf ook gedaan (*Klinkert*<sup>6</sup>). De conclusie is, dat het fundamentele kenmerk van een professie zijn door de wet gesteunde autonomie is. Deze uit zich enerzijds in de beheersing van de recrutering voor het beroep en door de beheersing van de interne sociale controle. Anderzijds, en dat is in feite belangrijker, is het een autonomie in legitimering. Anders gezegd: de professie heeft de bevoegdheid zelf aard en omvang te bepalen en te definiëren van dat deel van de werkelijkheid waarop zij zich in haar beroepsbezigheden richt. Het desbetreffende deel van de werkelijkheid is bij de medische professie het terrein van ziekte en gezondheid<sup>7</sup>.

In deze zin doordenkend kan worden gezegd dat de professie ziekte en gezondheid creëert: zij bouwt immers zelf de werkelijkheid van ziekte en gezondheid op terwijl zij keuzen doet over wat ziek en gezond moet worden genoemd; de omringende samenleving aanvaardt die schepping. Op deze wijze omschreven autonomie kan worden beschouwd als een machtspositie: de groep immers, die de mogelijkheid heeft een ander individu of groep zijn definitie van de werkelijkheid op te leggen, heeft macht<sup>8</sup>. Volgens deze theoretische opvatting heeft de medische professie dus een machtspositie in de samenleving. Voor een goed begrip van de

recentelijk in de belangstelling gekomen werken van *Zola* en *Illich*<sup>9</sup> is kennis van deze theoretische opvatting over de maatschappelijke positie van de medische professie onontbeerlijk. Bij deze auteurs en bij anderen<sup>10</sup> is verder empirisch materiaal ter ondersteuning van deze theorie te vinden.

## Empirische kenmerken van professies

De theoretische kenmerken van een professie (institutionalisering, legitimering, autonomie) laten zich in geval van de medische professie in een aantal empirische kenmerken herkennen. Hierbij moet echter wel een opmerking worden gemaakt. Het in de vorige paragraaf omschreven beroep „professie” is wat wel wordt genoemd een „ideaaltype”: een beschrijving van een verschijnsel, waarbij de essentieel geachte kenmerken ervan extra nadruk krijgen. In de werkelijkheid zullen wij niet een beroep tegenkomen dat in alle opzichten geheel aan deze omschrijving voldoet; dit wil zeggen in de werkelijkheid van elke dag zullen wij niet een geheel geïnstitutionaliseerd, geheel gelegitimeerd beroep aantreffen, dat ook nog volledig autonoom is. Wel zien wij beroepen die zich in de richting van (professionalisering) of juist in tegengestelde richting vanaf (de-professionalisering) dit ideaaltype ontwikkelen. Geconcludeerd kan worden dat, als er iets een professie is, het wel de hedendaagse beroepsgroep der medici is<sup>11</sup>. In het vervolg zullen wij dan ook verder onbeschroomd over de medische professie spreken, waarbij de lezer zich ongetwijfeld het gemaakte voorbehoud zal herinneren.

Op welke wijze kunnen wij nu de theoretische kenmerken van de medische professie herkennen in de alledaagse werkelijkheid? Die verbinding kan worden gelegd onder meer op de volgende punten:

a De lange opleiding, nodig om een uitgebreid pakket van kennis over te dragen; hierbij concludeert *Van Doorn*<sup>12</sup>: „Zo is de opleiding meer dan in andere beroepen, tegelijk een vorming, een indoctrinatie van de normen en waarden die tezamen de beroepsideologie vormen”. In de opleiding worden de legitimeringen dus overgedragen via een lang en intensief onderwijsproces.

b Het medisch tuchtrecht, zoals dat binnen de professionele organisatie, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (K.N.M.G.) wordt uitgeoefend, is een intern sociaal controlemiddel dat op een zekere autonomie in de controle ten opzichte van de rest van de samenleving duidt.

c De medische ethiek kan als een expliciet gemaakte vaststelling van het resultaat van een vergaand legitimeringsproces worden beschouwd.

d De autonomie in de definiëring van ziekte en gezondheid kan worden ontdekt in de rol, welke de medici spelen bij keuringen voor bedrijven, leger en verzekeringsmaatschappijen. Verder op hoger niveau bij de bepaling van het beleid van de overheid in de ontwikkeling van de gezondheidszorg.

Belangrijk is hierbij te bedenken dat een uitgangspunt bij deze opvatting van ziekte als een te definiëren verschijnsel is, dat dit slechts in zeer geringe mate een objectief verschijnsel is. *Freidson*<sup>13</sup> duidt dit aan door te zeggen dat een gebroken been een extreem duidelijk geval is en dat dit staat tegenover vrijwel alle andere gevallen waarin onzekerheid moet worden overwonnen door het doen van keuzen; keuzen, die vaak een moreel element in zich hebben. De arts wordt dan ook aangeduid als „moral entrepreneur”.

In dit verband is het relevant het bekende werk van *Illich* over Het medisch bedrijf naar voren te halen. Een belangrijk element in zijn betoog is, dat het medisch bedrijf niet alleen in het geheel niet of nauwelijks heeft bijgedragen aan de vergroting van de gezondheid van de leden van de westerse samenleving, maar daaraan juist allerlei schade heeft toegebracht en nog steeds toebrengt. Hij duidt deze aan met medische, sociale en structurele iatrogenese.

In het licht van wat ik hiervoor over de kenmerken van professies heb gezegd, kan deze theorie van *Illich* als volgt worden geïnterpreteerd: De medische professie heeft zich, zoals gezegd, een autonome positie in de samenleving verworven. Dit betekent dat zij de eigen aard en omvang van haar werkterrein mag definiëren; maar dit brengt automatisch mede, dat de medische professie ook tot op grote hoogte zelf de aard en omvang van het succes van haar handelen kan definiëren. Immers, als de professie degene is die „ziekte” definieert, is zij ook degene, die het resultaat van haar werk, „gezondheid”, definieert. Deze definitie van de professionele werkelijkheid is lange tijd door de samenleving aanvaard. Maar, zoals *Blumer*<sup>14</sup> zegt, de werkelijkheid is in de kern weerbarstig. En deze weerbarstige kern is nu bereikt als wij *Illich* mogen geloven; er is een te grote kloof tussen de definitie en de gedefinieerde werkelijkheid ontstaan. Nu blijkt vooreerst dat allerlei verschijnselen, door de professie als succesvol resultaat van haar handelen gedefinieerd, dat in feite niet zijn. De eigenlijke oorzaak van een dalend sterftecijfer ligt

bijvoorbeeld niet in medisch handelen, maar in betere hygiënische omstandigheden<sup>15</sup>. Vervolgens blijkt dat de werkelijkheid van ziekte en gezondheid ook zo te interpreteren is, dat het medisch bedrijf niet alleen geen bijdrage levert aan vergroting van de gezondheid, maar deze zelfs op allerlei wijzen schade toebrengt. De werkelijkheid, waarvan de definitie tot nu toe autonoom door de medische professie aan de samenleving werd opgelegd en die door de samenleving als vanzelfsprekend werd aanvaard, blijkt door niet-professionals met steeds meer succes geheel anders te kunnen worden gedefinieerd. Wat daarbij belangrijk is: deze andere definitie betekent ook dat bestrijding van ziekte en bevordering van gezondheid op geheel andere wijze dient plaats te vinden.

## Professie en arts

De sociologie, dus ook de medische sociologie, streeft heel in het algemeen het beantwoorden van twee vragen na. Ten eerste: op welke wijze wordt het gedrag van mensen beïnvloed door het feit, dat zij deel uitmaken van grotere sociale eenheden, zoals groepen, collectiviteiten, de samenleving, enzovoort? Ten tweede: op welke wijze kan het voortbestaan en „gedrag” van samenleving of delen ervan worden begrepen?

Wanneer wij het over professie en arts hebben (en de relatie ertussen), dan zijn er door de sociologie dus vragen van beide categorieën te stellen. In de voorgaande paragraaf hebben wij al iets gezegd over de tweede vraag: de positie van de medische professie in de samenleving. In dit artikel richten wij ons meer op een vraag van de eerste categorie: op welke wijze beïnvloedt het lid-zijn van de medische professie het gedrag van artsen? In het volgende zullen wij nagaan wat enige belangrijke auteurs in de medisch-sociologische literatuur hierover hebben gezegd.

## Kenmerken door rolgedrag

De Amerikaan *Parsons*<sup>16</sup> meent dat professionals, dus ook medische professionals, worden gekenmerkt door een bepaald soort rolgedrag. Hun rol bevat onder meer de volgende elementen:

- functionele specificiteit: de arts beperkt zich in eerste instantie in zijn medisch handelen tot het terrein waarop hij deskundig is: ziekte. De arts is geen expert op het gebied van bijvoorbeeld religieuze zaken en zal zich ook niet als zodanig gedragen;
- affectieve neutraliteit: de arts gaat zich in principe niet emotioneel betrekken bij

zijn patiënten. Een zekere afstand blijft noodzakelijk om een objectief oordeel en een wetenschappelijke therapie en diagnose mogelijk te maken. Een arts wordt niet verliefd op een patiënte, evenmin krijgt hij er een hekel aan;

- universalisme: de arts richt zich, wanneer hij op de klachten van een individuele patiënt ingaat, op de pathologische kenmerken van die patiënt, dus niet op andere kenmerken zoals opleiding, financiële draagkracht enzovoort;

- collectiviteitsoriëntering: in zijn medisch handelen richt de arts zich niet op het eigenbelang (zoals dat in het zakenleven het geval is, waar ieder de hoogste winst voor zichzelf nastreeft), maar op de belangen van de ander, gezien in het licht van het gemeenschappelijk belang.

Deze en andere kenmerken acht *Parsons* typisch voor het handelen van leden van een professie, dus ook voor artsen als lid van de medische professie. Uit deze omschrijving komt de arts naar voren als handelend met een zekere afstandelijkheid en gereserveerdheid (neutraal, objectief, collectiviteit, enzovoort). Dat past in *Parsons* verdere opvattingen over de plaats van de arts in onze samenleving: een agent van sociale controle, speciaal gericht op het corrigeren van het type afwijkend gedrag dat „ziekte” wordt genoemd.

Wij noemen deze kenmerken omdat zij in de medische sociologie lange tijd een belangrijke rol hebben gespeeld, niet omdat zij zo terecht of juist zouden zijn. Integendeel, de laatste jaren is er nogal wat kritiek ingebracht op deze omschrijving van de artsenrol. Zo wordt in het algemeen wel gesteld, dat dit beeld gewoon niet juist is: het handelen van de arts is niet functioneel specifiek, affectief neutraal, universalistisch of collectiviteitsgeoriënteerd. Tegen deze kritiek kan worden ingebracht, dat *Parsons* bedoelt met deze kenmerken een soort ideaaltypisch model van de (medische) professional te geven. Het concrete handelen van artsen behoeft hier niet geheel mee overeen te komen; de mate van overeenkomst zou de mate van professionalisme aan kunnen geven. Als hypothese zou op grond van dit ideaaltype kunnen worden gesteld: een sterkere band met de professie zal samengaan met een sterkere mate van functionele specificiteit, affectieve neutraliteit, universalisme en collectiviteitsoriëntatie.

Een kritiek die hierop aansluit is, dat het beeld niet alleen niet juist is, maar ook nog ideologisch gekleurd: het is een beeld van het handelen van medische professionals zoals de medische professie dat zelf graag naar buiten toe uitdraagt: het is een wensbeeld, dienend om de werkelijkheid van haar handelen te verhullen. Bij ons weten

is de eerder genoemde hypothese nog niet in onderzoek getoetst. Wel is gebleken dat er in elk van de verschillende professionele rollenmerken grote variatie in concreet professioneel handelen bestaat. Wij komen hierop terug.

*Oswald Hall*<sup>17</sup> onderzocht welke invloed een band met mede-professionals op het handelen van de arts heeft. Privé contacten tussen artsen op lokaal niveau bleken bij te dragen tot het in stand houden van traditionele regels, senioriteitsrechten en selectie naar kerkelijke achtergrond. In het algemeen had de mate van integratie in het professionele netwerk ook gevolgen voor de latere carrière in het medisch beroep.

De Amerikanen *J. S. Coleman*, *E. Katz* en *H. Menzel*<sup>18</sup> ontdekten dat integratie in het professionele netwerk de invoering en overneming van nieuwe medicijnen aanzienlijk kon bevorderen. In tegenstelling tot de uit de culturele antropologie afkomstige en algemeen aanvaarde regel, dat vernieuwingen in een groep het eerst worden geaccepteerd door de „marginal men” daarin, bemerkten *Coleman* en *anderen* dat juist de in de groepering (i.c. de professie) sterkst geïntegreerden het eerst geneigd waren tot het gebruik van nieuwe medicijnen.

In haar onderzoek onder de titel „Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität” onderzocht *Kaupen-Haas*<sup>19</sup> de invloed, welke de integratie in het professionele netwerk van de arts heeft op de mate en aard van de uitoefening van autoriteit door de artsen opzichte van zijn patiënten; in haar eigen woorden: „der Einfluss der Kollegenbeziehung (Kontakten und Sanktionen) auf die ärztliche Autoritätsausübung”. Zij onderscheidt vier soorten autoriteitsuitoefening:

- onbedingte Autorität: wanneer een patiënt tracht op enige beslissing van de arts invloed uit te oefenen wijst de arts deze poging altijd af;
- partikulare Autorität: wanneer een patiënt invloed op enige beslissing van de arts probeert uit te oefenen, dan staat de arts dat alleen toe bij bepaalde patiënten, met name bij patiënten met wie hij al lange tijd een relatie onderhoudt;
- funktionale Autorität: wanneer een patiënt invloed op enige beslissing van de arts probeert uit te oefenen, staat de arts alleen invloed op bepaalde, niet-medische terreinen toe;
- fehlende Autorität: wanneer een patiënt invloed op enige beslissing van de arts probeert uit te oefenen, staat hij dat toe. *Kaupen-Haas* ontdekte in haar onderzoek een relatie tussen autoriteitsuitoefening en de band met de professie. Een sterkere professionele band versterkt het uitoefe-

nen van „partikulare Autorität” maar vermindert het uitoefenen van „funktionale” of „unbedingte Autorität”.

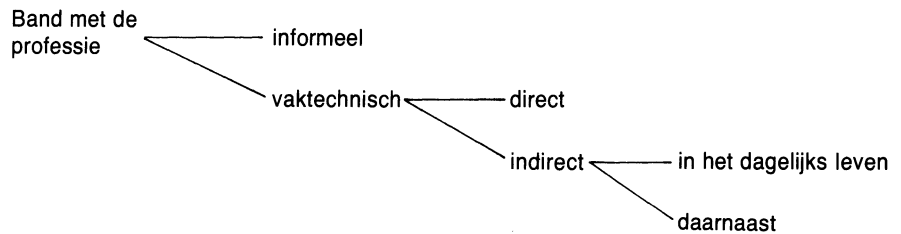
De Amerikaan *Freidson*<sup>20</sup> is de laatste jaren een van de belangrijkste sociologen op het gebied van de medische professie geworden. Vooral zijn „Profession of medicine” verdient de belangstelling, zowel van sociologen als van anderen. Hij was een dergenen, die de eerder omschreven visie van *Parsons* op de professionele rol als ideologisch bekritiseerde. Ook *Freidson* meent, dat de professie het handelen van de arts beïnvloedt; hij meent dat er daardoor zelfs van een scherpe tegenstelling sprake is tussen het „professional referral system” en het „lay referral system”. Deze tegenstelling geeft de arts-patiënt relatie een noodzakelijk conflictmatig karakter<sup>21</sup>.

Welke invloed er echter precies uitgaat van die professie is een zaak die naar de mening van *Freidson* nauwkeurig in onderzoek moet worden vastgesteld; daarbij moet de onderzoeker er vooral voor waken, dat hij niet wordt misleid door eventuele door de professie – of anderen – naar voren geschoven ideaalbeelden. Om een voorbeeld te geven: een bekende professionele gedragsnorm, voortvloeiend uit het autonomieprincipe<sup>22</sup> is: zelfregulering van professioneel gedrag.

Artsen handelen volgens hun in hun opleiding geïnstitutionaliseerde waarden en normen altijd in het belang van de patiënt, nooit uit eigenbelang, volgens professionele hoge technische maatstaven, enzovoort, en houden onderling zelftoezicht op de naleving van die normen. Dat is ook vanzelfsprekend, want het professioneel handelen is dermate specialistisch, ingewikkeld, van een bepaalde situatie of patiënt afhankelijk, dat het voor een leek nooit goed is te beoordelen. Daarom: zelfregulering van professioneel gedrag.

*Freidson*<sup>23</sup> ging in een Amerikaans ziekenhuis na in hoeverre er in de werkelijkheid van die onderlinge gedragsregulering sprake was. Dat hij een ziekenhuis nam en geen vrij gevestigde artsen in zijn onderzoek betrok was, omdat in zo'n medische kliniek optimale voorwaarden voor onderlinge gedragscontrole aanwezig waren. Hoewel de verleiding groot is dit interessante onderzoek breeduit weer te geven beperken wij ons tot het resultaat: hoewel de mogelijkheden aanwezig waren nauwkeurig op de hoogte te geraken van elkaars professioneel handelen werden deze mogelijkheden in het geheel niet aangegrepen. Omdat er daarnaast in deze kliniek van vijftig zeer vakbekwame artsen nauwelijks achterklap plaatsvond, beschikte ieder van hen slechts over uiterst beperkte en fragmentarische gegevens

*Schema: operationalisatie van „band met de professie”*



over het gedrag van slechts enkele anderen. Als er al sancties werden toegepast, waren dat negatieve en de belangrijkste was de boycot: het niet verwijzen naar een collega, met wiens handelwijze de verwijzende arts het niet eens was.

Uit dit voorbeeld van *Freidson* blijkt enigszins de visie van hem op de wijze waarop de professie het handelen van de arts beïnvloedt én op de wijze waarop de socioloog dit onderwerp dient te benaderen. Deze laatste is, uiteraard, van mening dat het lid-zijn van de medische professie invloed heeft op het handelen van de arts. Daarbij echter gaat hij in zijn sociologiebeoefening zeer onideologiserend te werk: hij confronteert systematisch professionele waarden en normen – die gedragsinvloed zouden moeten hebben – met de werkelijkheid van het professioneel handelen. Dat doet de socioloog vooral omdat naar zijn mening de professie niet de enige, misschien zelfs niet de belangrijkste gedragsbeïnvloedende factor is; elk gedrag moet, los van grote sociologische theorieën, op zichzelf in zijn dagelijkse werkelijkheid, de werkelijkheid van de ontmoeting van patiënt en arts, van hulpvrager en hulpverlener, worden bekeken. Wanneer dat systematisch gebeurt, kan uit die waarnemingen een grotere, meer omvattende theorie worden opgebouwd. Hiermee wordt tegelijk duidelijk dat *Freidson* en de eerder genoemde *Parsons* theoretisch in vele opzichten een tegenstelling vormen. Twee aspecten daarvan zijn: hun opvatting over theorievorming en hun opvatting over de aard van de sociale werkelijkheid. *Parsons* enerzijds hanteert de zogenaamde deductieve methode. Hij formuleert een abstracte theorie en leidt daarvan allerlei minder abstracte theorieën en hypothesen over de empirische werkelijkheid af. Daarbij gaat hij ervan uit, dat de sociale werkelijkheid in principe een harmonieus karakter bezit en dat conflicten abnormale verschijnselen zijn. *Freidson* anderzijds hanteert de zogeheten inductieve methode. Hij probeert vanuit waarnemingen in de werkelijkheid theorieën op te bouwen. Hij gaat er daarbij vanuit dat conflicten in de sociale werkelijkheid normale verschijnselen zijn. Op deze tegenstelling, die overigens slechts

globaal is aangeduid<sup>24</sup>, komen wij in de volgende twee artikelen terug.

## Band van huisarts met professie

In het voorgaande hebben wij aangegeven dat een professie een soort beroep met geheel eigen kenmerken is. Daarom en vanwege de inhoud van die kenmerken mag worden aangenomen dat het lid-zijn van een professie iemands gedrag zal beïnvloeden. Wat moeten wij verstaan onder lid-zijn van een professie? In het algemeen zouden wij kunnen stellen, dat ieder die arts is (dat wil zeggen ieder die voldaan heeft aan de eisen die de Wet daartoe stelt) lid is van de medische professie. Wij kunnen echter wat nauwkeuriger te werk gaan door te bedenken, dat weliswaar alle artsen dan lid zijn van de medische professie, maar dat zij dat lidmaatschap niet allen even sterk beleven: artsen hebben een band met de professie die sterker of zwakker kan zijn. Wanneer wij dus de artsen als groep onderzoeken is niet het lid-zijn van de professie interessant (dat is immers niet een variabele grootheid), maar de sterkte van de band met de professie. Deze band zal, afhankelijk van zijn sterkte, het gedrag van artsen verschillend beïnvloeden<sup>25</sup>. En omdat wij zijn geïnteresseerd in de wijze, waarop dat bij de Nederlandse huisarts het geval is, hebben wij bezien hoe de band met de professie is te meten. Bij de operationalisering van de variabele is gebruik gemaakt van het werk van *Kaupen-Haas*<sup>26</sup>, wat betreft het onderscheid tussen privé- en vakmatige contacten tussen artsen en dat van *Hall*<sup>27</sup> aangaande het belang van het kiezen van en gekozen worden door professiegenoten. In het *schema* is aangegeven hoe de variabele band met de professie is geoperationaliseerd. Dit levert vier te meten subindices op:

- indirecte vaktechnische band (welke en hoeveel tijdschriften worden gelezen? Van welke vakorganisatie lid?);
- directe vaktechnische band in dagelijks leven (praktijk doen samen met anderen; anderen kiezen of gekozen worden door collega's bij advies vragen);
- directe vaktechnische band buiten da-

Tabel 1. Antwoorden op de vraag: Volgt u of hebt u gevolgd in de afgelopen twee jaar een nascholingscursus op medisch terrein?

Antwoord	Aantal respon- denten	Perce- ntage
Nee	26	18
Ja, eenmaal	21	15
Ja, tweemaal	44	31
Ja, driemaal	22	16
Vaker	29	20
Totaal	142	100

Tabel 2. Antwoorden op de vraag: Bezoekt u wel eens wetenschappelijke bijeenkomsten van uw organisatie(s)?

Antwoord	Aantal respon- denten	Perce- ntage
Nooit	9	7
Minder dan 1 x per jaar	8	6
Eenmaal per jaar	11	8
Eenmaal per half jaar	31	22
Vaker	81	57
Totaal	142	100

gelijks leven (aantal gevolgde nascholingscursussen en wetenschappelijke bijeenkomsten);

– informele band (bezoeken van feesten, enzovoorts van de organisatie(s)).

Deze vier subindices zijn vervolgens weer gecombineerd in een overkoepelende index, band met de professie. Ter illustratie geven wij het resultaat van één der subindices in extenso weer, namelijk de directe vaktechnische band in het dagelijks leven. Deze werd gemeten met een vraag naar het aantal nascholingscursussen dat men volgt en een vraag naar de wetenschappelijke bijeenkomsten welke men bezoekt. Er is een statistisch significante samenhang tussen de antwoorden op deze twee vragen ( $\gamma = .33$   $p < 0.05$ ). De antwoorden vindt men in de tabellen 1 en 2. Uit deze tabellen blijkt dat 18 procent van de huisartsen uit de steekproef nooit een nascholingscursus volgt, terwijl 36 procent dat driemaal of vaker per jaar doet. Bovendien bezoekt 57 procent vaker dan eenmaal per half jaar een wetenschappelijke bijeenkomst van de organisatie(s) waarvan men lid is. De samenhang tussen de antwoorden op deze twee vragen wijst

erop dat degenen, die vaker een nascholingscursus bezoeken, ook vaker deelnemen aan wetenschappelijke bijeenkomsten.

Deze subindex vormde, samen met drie andere subindices, een index van de band met de professie. In het laatste artikel wordt deze variabele in verband gebracht met andere, in het volgende te behandelen variabelen.

*Summary. General practitioner and profession. 1. The general practitioner's relation to the profession. A profession can be defined as an occupation with, as fundamental characteristic, autonomy supported by law. For the medical profession, this is autonomy in the field of illness and health. Membership of a profession influences a physician's actions. The views of a number of sociologists on the relation between physician and profession are presented, whereupon an index „relation to the profession“ is developed.*

1. J. A. A. van Doorn: Professionalisering in het maatschappelijk werk; in: J. M. Broekman: Maatschappelijk werk, krachten, terreinen, methoden. Van Gorcum, Assen, 1964, pp 239-249.
2. A. L. Mok: Beroepen in actie; bijdragen tot een beroepensociologie. Boom, Meppel, 1973, p 9.
3. Bijvoorbeeld: A. L. Mok: op. cit., pp 15-16. P. H. Hall: Professionalization and Bureaucratization; in: The American Sociological Review, 33 (1968), pp 92-104. E. Freidson: Profession of medicine; a study of the sociology of applied knowledge. Dodd, Mead & Company, New York, 1970 (1970 a).
4. In Nederland: F. van Heek en anderen: Sociale stijging en daling in Nederland, H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1968.
5. E. Freidson: op. cit.
6. J. J. Klinkert: Macht van artsen; een bezorgde verkenning van een professie. Van Gorcum, Assen, 1974.
7. E. Freidson: op. cit. Zie ook: I. K. Zola: De medische macht; de invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Boom, Meppel, 1973.
8. E. Freidson: Professional dominance; the social structure of medical care. Atherton Press, New York, 1970 (1970 b). I. K. Zola: op. cit. J. J. Klinkert: op. cit. Zie verder: T. J. Johnson: Professions and power. Macmillan,

London, 1972. A. L. Mok: op. cit. pp 27-32.

9. I. K. Zola: op. cit. I. Illich: Het medisch bedrijf – een bedreiging voor de gezondheid? Het wereldvenster, Baarn, 1975.
10. I. K. Zola: op. cit. I. Illich: op. cit. E. Freidson: op. cit. 1970 b. J. J. Klinkert: op. cit. Zie ook: F. Rayack: Professional power and American medicine; the economics of the American Medical Association. World Publ., Cleveland and New York, 1967.
11. E. Freidson: op. cit., 1970 a, p 4.
12. J. A. A. van Doorn: op. cit.
13. E. Freidson: op. cit. 1970 a, pp 203 e.v.
14. H. Blumer: Symbolisch Interactionisme, perspectief en methode. Boom, Meppel, 1974.
15. I. Illich: op. cit., pp 13-20.
16. T. Parsons: The social system. Collier-Macmillan Ltd London, 1970, pp 428-478.
17. O. Hall: The stages of medical career; in: The American Journal of Sociology, 53 (1948), pp 327-336.
18. J. S. Coleman, E. Katz, H. Menzel: The diffusion of an innovation among physicians; in: Sociometry, 20 (1957), pp 253-270.
19. H. Kaupen-Haas: Stabilität und Wandel ärztlicher Autorität; eine Anwendung soziologischer Theorie auf Aspekte der Arzt-Patient Beziehung. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1969.
20. E. Freidson, op. cit., 1970 a.
21. E. Freidson: Dilemma's in the doctor-patient relationship; in: C. Cox, A. Mead (ed): A sociology of medical practice; London, 1975, pp 285-298.
22. E. Freidson, op. cit. 1970 a, pp 137-157.
23. Zie noot 22. Zie ook: E. Freidson, B. Rhea: Processes of control in a company of equals; in: Social problems, XI (1963), pp 119-131. E. Freidson, B. Rhea: Knowledge and judgement in professional evaluations; in: Administrative Science Quarterly, X (1965), pp 107-124.
24. Voor een nadere uitwerking van de rol van de theorie in de medische sociologie: zie: J. J. Klinkert: Inleiding in de medische sociologie. Van Gorcum, Assen, 1977.
25. Zie onder meer: O. Hall: op. cit. J. S. Coleman, E. Katz, H. Menzel: op. cit. H. Kaupen-Haas: op. cit.
26. H. Kaupen-Haas: op. cit., pp 46 e.v.
27. O. Hall: op. cit.