

De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'?

H. SIXMA

De positie van de arts bij een indeling van de maatschappij in rangen en standen geldt vanaf het eind van 19e eeuw welhaast als onomstreden. Het voltooiën van een lange en zware studie door de aspirant-huisarts stond tot het begin van de zeventiger jaren garant voor een vestiging als huisarts en vormde daarmee de basis voor maatschappelijk aanzien en succes. Deze vanzelfsprekendheid lijkt te zijn verdwenen. Afstuderen als (huis)arts betekent niet langer de garantie op een goedbetaalde baan. Slaagt de pas afgestudeerde huisarts erin zich te vestigen, dan heeft hij bij de strijd om de waardering van de patiënt concurrentie gekregen van andere medische, paramedische en alternatief werkende hulpverleners. Voor velen is de huisarts niet langer de spil waar de eigen gezondheid om draait, maar een zo snel mogelijk te passeren tussenstation naar meer specialistische zorg. Van zijn kant wenste de huisarts zich steeds minder op te stellen als autoriteit. Eén van de mogelijke verklaringen voor de relatieve daling in het prestige van de huisarts luidt dat mensen zich in hun oordeel over beroepen minder laten leiden door het (ouderwetse) begrip 'aanzien', en eerder kiezen voor een invalshoek als 'aantrekkelijkheid'.

Sixma H. De huisarts: van 'heer van stand' tot 'middenklasser'? Huisarts Wet 1991; 34(3): 111-6.

Herman Sixma, socioloog, Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Het onderzoek waarover in dit artikel wordt gerapporteerd, maakt deel uit van het project 'Beroepsprestige en mobiliteitsmeting' van de Rijksuniversiteit Utrecht, dat gesubsidieerd werd door de Nederlandse Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO).

Van geneesheer tot huisarts

Rond 1950, toen in Nederland voor de eerste maal door *Van Heek* in nationaal verband onderzoek werd gedaan naar het maatschappelijk aanzien van beroepen, stond de arts in de top van de lijst van 57 beroepen die was voorgelegd aan een representatieve steekproef uit de Nederlandse populatie van 18 jaar en ouder,¹ onder de hoogleraar en boven de burgemeester van een grote gemeente en de rechter. Hoewel in de omschrijving was volstaan met de titel 'arts m/v', mag worden aangenomen dat het overgrote deel van de beoordelaars hierbij vooral heeft gedacht aan de zelfstandig gevestigde huisarts. Van alle artsen was de huisarts immers degene met wie men in het begin van de vijftiger jaren verreweg het meest te maken had. De opkomst van specialisten – die door patiënten waarschijnlijk eerder zouden zijn aangeduid als 'medisch specialist' of met de meer specifieke omschrijving van het specialisme – moest toen nog plaatsvinden.

De tweede plaats op deze Nederlandse beroepenladder had de (huis)arts te danken aan de ideële aard van het beroep, de deskundigheid op basis van studie en het grote sociale belang dat door de onderzochte personen aan hun beroep werd toegekend.² De positie van de huisarts was onafhankelijk van bijvoorbeeld de leeftijd, het geslacht of de opleiding van de beoordelaars. Daarnaast wees de geringe spreiding rond de gemiddelde score op een grote mate van overeenstemming in de oordelen, hoewel hier zeker ook sprake is van een 'plafond-effect': een stabiele positie aan de top van een ranglijst laat alleen afwijkingen naar beneden toe, terwijl bij een plaats in het midden afwijkingen naar boven en naar beneden (en daarmee een grotere spreiding) mogelijk zijn.

Aanzetten voor deze hoge, onomstreden positie vinden we al in de periode vóór de Griekse beschaving. Twee groepen kunnen met enige goede wil als arts worden gekwalificeerd: een aantal adellijke heren, voor wie het uitoefenen van de geneeskunst een vorm van hobbyisme was, en die hun status vooral ontleenden aan de titel van vorst of ridder, en een aantal professionele handwerkers die voor hun levensonderhoud wa-

ren aangewezen op hun beroep. Deze ambachtslieden namen een positie in tussen de elite en de landarbeiders zonder eigen grond.

Een indeling in artsen die op scholen waren getraind in vooral intellectuele prestaties, en de uitvoerders van het handwerk, zien we ook in de Griekse en Romeinse oudheid. Zo onderscheidt *Pleket* twee groepen stadsartsen: een smalle top, bestaande uit de beste stadsartsen, die deel uitmaakten van de sociale elite, en daaronder een brede subtop van minder goed opgeleide en minder ervaren stadsartsen. Hieronder bevond zich een grote groep van tweederangs chirurgijns en kwakzalvers, aangevuld met lieden die weliswaar een studie hadden gevolgd, doch het niet tot stadsarts wisten te brengen. Het loondienstverband was een van de beperkingen waardoor ook de beste stadsartsen slechts bij uitzondering tot de politieke elite wisten door te dringen.³

In de late Middeleeuwen zien we de opkomst van de eerste universiteiten en daarmee van de eerste universitair geschoolde artsen: de 'medicinae doctores'. Deze – in eerste instantie vooral aan buitenlandse universiteiten afgestudeerde – artsen stelden hun vooral theoretische kennis op het terrein van de inwendige geneeskunde ten dienste van hoven en grote steden. Hoe hoger de status van de universiteit waaraan men was opgeleid, en hoe groter de ervaring, des te groter de beloning die de arts bij zijn aanstelling kon bedingen.⁴ Wél bleef het loondienstverband en daarmee de afhankelijkheid van de werkgever.

Het verrichten van ingrepen werd beneden de waardigheid van deze geneesheren geacht en werd overgelaten aan de 'heelmeesters'. Bij deze heelmeesters vond een zekere vorm van specialisatie plaats, waarbij bepaalde vaardigheden soms konden worden benut voor een ander beroep. Een goed voorbeeld is de veelvuldig voorkomende combinatie barbier-chirurgijn.

De derde hoofdgroep bestond uit lieden die handelden op (of over) de grens van het verantwoord medisch handelen: steensnijders, staarstekers en ook wonderdokters. Bij de gratie van stadsbesturen mochten dezen hun kunsten vertonen op kermissen,

jaar- en paardenmarkten. Over hun werkzaamheden merkt *Van Andel* op: 'dit ruw, gewaagd en minderwaardig handwerk strekte hem die het uitoefende niet tot eer'.⁵

Met de oprichting van de eerste Nederlandse chirurgijngilden in de late Middeleeuwen werd een proces van professionalisering in gang gezet, dat uiteindelijk zou resulteren in de eenheid van stand voor de medische professie. Na het via de universitaire opleiding reguleren van de gepromoveerde artsen, werden ook op het niveau van gilden regels gesteld aan de uitoefening van het beroep van heelmeester of chirurgijn. Bij dit proces worden door *Frijhof* drie lijnen onderscheiden:

- zelfregulering van het profiel, de praktijk en het competentiegebied van het vak;
- buitensluiten van concurrerende groepen;
- controle op de opleiding, de inhoudelijke vorming en de recrutering van beroepsgenoten.⁶

Toen aan het eind van de 18e eeuw met de komst van de Fransen de gilden werden verboden, bestond er een beroepsgroep van heelmeesters, die zich duidelijk hadden weten te profileren ten opzichte van vrije meesters, alternatieve genezers en beunhazen, en voor hun praktische kennis door de bevolking werden beloond met een groot aanzien. Tegelijkertijd werd het werk van de 18e-eeuwse geneesheer steeds praktischer van aard, waardoor het steeds meer overeenkomst ging vertonen met het werk van de - lager in aanzien staande - chirurgijns. Dit was voor de geneesheren een reden om verdere professionalisering na te streven. Overigens stelt *Runia*⁷ terecht dat bij veranderingen in de medische beroepsstructuur waarschijnlijk sprake zal zijn van een wisselwerking tussen de interne ontwikkelingen binnen de beroepsgroep en veranderingen in de maatschappij.

Na de oprichting van de eerste klinische scholen in 1815, waaraan heelmeesters een opleiding op HBO-niveau konden volgen, gingen weliswaar stemmen op om tot eenheid in de opleiding en uitoefening der geneeskunst te komen, maar het onderscheid tussen geneesheren en heelmeesters bleef tot 1880 bestaan. Met de invoering

van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst en de Wet op het Hoger Onderwijs maakten het geringe aantal geneesheren en de talrijke heelmeesters (één op elke 1250 inwoners van Nederland⁸) plaats maken voor de universitaire opgeleide arts, zoals wij die ook nog kennen. De combinatie van de ideële aard van het beroep, de hoge opleiding en de speciale rol die bij de arts wordt gelegd als heerser over leven en dood, resulteerde in een positie aan de top van de maatschappelijke ladder in de periode tussen 1900 en 1950.

Het aanzien van de huisarts tussen 1950 en 1990

Tussen het opstellen van de eerste Nederlandse beroepenladders rond het begin van de vijftiger jaren en de nieuwe belangstelling voor het onderzoek naar de gelaagdheid van samenlevingen in het begin van de jaren tachtig hebben zich enkele maatschappelijke ontwikkelingen voorgedaan die van invloed kunnen zijn geweest op het aanzien van de huisarts.

In de eerste plaats was dat de opkomst van de medisch specialisten. Terwijl het aantal huisartsen tussen 1955 en 1985 toenam van ruim 4500 tot bijna 6200, steeg het aantal medisch specialisten van bijna 2900 tot ruim 11.200.⁹ Dankzij deze ontwikkeling hebben de specialisten kans gezien zich te profileren als in alle opzichten capabelere experts op het terrein van de geneeskunst.

Bij de huisartsen lijkt zich, met name vanaf de tweede helft van de zestiger jaren, een tegengestelde beweging te hebben voorgedaan. Waar de medisch specialist het vak bleef uitoefenen vanuit de ivoren toren van het ziekenhuis, profileerde de huisarts zich als een gelijke van de medemens. Wellicht gebeurde dit onder invloed van de democratiseringsgolf, die in een van oorsprong calvinistische samenleving als Nederland relatief hard kon toeslaan. Wellicht ook speelden ontwikkelingen binnen de huisartsgeneeskunde zelf een rol. De 'doener' moest ook 'prater' worden, het liefst op een niveau dat voor de doorsnee patiënt toegankelijk was. Uiterlijke statussymbolen, zoals de witte jas, verdwenen of

Tabel 1 Het aanzien van 20 beroepen in Nederland in 1953 en 1982.

Beroep	Score		Positienummer	
	1953	1982	1953	1982
Hoogleraar	91,6	87,5	1	2
Huisarts, zelfstandig gevestigd	89,1	85,3	2	7
Burgemeester, grote gemeente	88,4	87,1	3/4	3
Rechter	88,4	88,3	3/4	1
Ingenieur, op ingenieursbureau	85,4	81,2	5	11
Notaris	83,2	85,4	6	6
Advocaat	82,5	84,6	7	8
Tandarts	81,1	81,6	8/10	10
Directeur, grote onderneming	81,1	86,7	8/10	5
Dierenarts	81,1	78,4	8/10	12
Burgemeester, kleine gemeente	79,3	86,9	11	4
Predikant	78,2	70,1	12	15
Leraar, HBS of Gymnasium	77,0	76,6	13	14
Pastoor	76,8	63,1	14	17
Beroepsmilitair, Kolonel in het leger	76,0	76,5	15	13
Directeur, kleine onderneming	68,6	83,1	16	9
Onderwijzer, lager onderwijs	62,1	59,2	17	18
Journalist	60,9	63,6	18	16
Landbouwer, leidinggevend/groot bedrijf	59,6	54,6	19	19
Elektricien, eigenaar bedrijf	54,6	53,6	20	20

werden gemeengoed: de auto, de meer riante behuizing en, meer recent, de auto-telefoon. De huisarts mag bij de voornaam worden genoemd.

In de ogen van de gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen – en dat zijn in principe dezelfde als degenen op wier oordeel de beroepsprestigeladders zijn gebaseerd – heeft de generalistisch werkende huisarts terrein verloren aan de medisch specialisten en wellicht ook aan de ‘eerstelijns specialisten’, zoals de fysiotherapeuten. De nieuwe presentatie en werkwijze van de huisarts wordt door patiënten ‘be-loond’ met minder aanzien dan het specialisme van andere beroepsgroepen. Nog steeds behoort de huisarts tot de top-tien van beroepen, gemeten naar hun maatschappelijk aanzien in de ogen van een willekeurige groep Nederlanders.¹⁰ Vergelijken met 1953 moest de zelfstandig gevestigde huisarts in 1982 echter genoegen nemen met een aanzienlijke lagere plaats. Voor deze vergelijking zijn twintig identieke of nagenoeg identieke beroepstitels uit de top van twee beroepsprestigeladders geselecteerd. Zowel in 1953 als in 1982 is aan een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking gevraagd beroepen te beoordelen op het maatschappelijk aanzien, zoals dit naar de mening van de respondent in Nederland aan het betreffende beroep werd toegekend. De beroepen werden door de beoordelaars op volgorde van hoog naar laag gelegd. De scores voor de beroepen zijn op een vergelijkbare manier berekend.

Tabel 1 laat zien dat de huisarts in 1982 was voorbijgestreefd door de rechter, de directeur van een groot bedrijf en de burgemeester van een gemeente van 25.000 inwoners, terwijl de hoogleraar en de notaris hun posities min of meer hadden behouden.

Het beroep van chirurg is niet opgenomen in *tabel 1*, omdat een vergelijkbare titel in 1953 ontbrak. In 1982 nam de chirurg echter met 89,1 punten de allerhoogste plaats in van de in totaal 116 voorgelegde beroepen.¹¹ Onder de huisarts stonden onder anderen de apotheker (score 70,0, op positie 24) en de verpleegkundige (53,4, op positie 52).

Van aanzien naar aantrekkelijkheid

Een eenduidig antwoord op de vraag naar de oorzaken voor de geconstateerde daling in het aanzien van de huisarts in Nederland kan hier niet worden gegeven, maar er zijn wel verschillende verklaringen mogelijk.

De eerste verklaring heeft betrekking op de samenstelling van de beroepsgroep naar bijvoorbeeld sekse en dienstverband. Alle emancipatorische bewegingen ten spijt, weegt de sekse van de beroepsbeoefenaar nog altijd mee bij het oordeel over het aanzien dat wordt toegekend aan personen die deze beroepen uitoefenen en daarmee ook aan de beroepen zelf. Beroepen die door vrouwen worden gedomineerd, genieten over het algemeen minder status dan de ‘manlijke’ beroepen. De toename van het percentage vrouwelijke huisartsen zou op grond hiervan verantwoordelijk kunnen zijn voor de (lichte) daling van de huisarts op de beroepsprestigeladder.

Een soortgelijke redenering is op te zetten voor het dienstverband van de huisarts, ofwel de mate van afhankelijkheid van een werkgever. Deze afhankelijkheid, mits herkend door de beoordelaar, resulteert in een lagere positie op de prestigeladder. Toename van het aantal huisartsen in loondienst zou zo leiden tot een daling in aanzien. Overigens is deze verklaring voor de verschillen tussen de scores in *tabel 1* niet erg voor de hand liggend, gelet op de in 1982 gehanteerde omschrijving, die spreekt van een zelfstandig gevestigde huisarts.

Twee andere mogelijke verklaringen zijn af te leiden uit stromingen die in de sociale wetenschappen bekend staan als het functionalisme en het historisch materialisme.

In de functionalistische visie is de waardering voor een beroep direct gekoppeld aan de functie die het betreffende beroep in de samenleving inneemt. Naarmate een samenleving meer industrialiseert, en aan economische waarden een groter belang wordt toegekend, zullen wetenschappelijk-technische beroepen in aanzien stijgen en zullen de overige academische beroepen relatief in aanzien dalen. In een dergelijk verklaringsmodel past de overgang van ‘ascribed status’, waarbij aanzien vooral

wordt gekoppeld aan afkomst en traditie, naar ‘achieved status’, waarbij het benutten van capaciteiten in de beroeps carrière een meer prominente rol speelt. De huisarts kan worden gezien als een vertegenwoordiger van de academische beroepen waaraan status vooral werd toegeschreven op basis van traditie en opleiding.

De tweede hypothese heeft betrekking op de relatie tussen het beroepsprestige en het politieke systeem van een land. Hoewel de klassenloze maatschappij, waarin geen aanzienverschillen meer aanwezig zijn, waarschijnlijk alleen op papier heeft bestaan, is elders met behulp van beroepsprestigeladders vastgesteld dat de verschillen in aanzien tussen hoofd- en handarbeidersberoepen kleiner worden naarmate het politiek klimaat verschuift van kapitalistisch, via socialistisch naar communistisch.¹³ Zou een dergelijke verschuiving in het politieke klimaat voor Nederland tussen 1950 en 1990 kunnen worden vastgesteld, dan ligt hier (opnieuw) een potentiële verklaring voor de daling in het aanzien van de huisarts.

Een laatste verklaring grijpt terug op de betekenis die het begrip ‘aanzien’ in de maatschappij heeft, en het gebruik van deze term voor het opstellen van beroepsprestigeladders. Behalve dat met dergelijke ladders een indruk kan worden verkregen van de positie die de afzonderlijke beroepen in de maatschappij innemen, zijn beroepenladders ook een hulpmiddel bij het bestuderen van de *openheid* van samenlevingen. Beroepen worden hierbij meestal samengenomen in klassen, waarbij de huisarts onveranderlijk in de hoogste klasse wordt ingedeeld. Naarmate individuen gemakkelijker stijgen of dalen op de beroepsprestigeladder, kan worden gesproken van een meer open samenleving. Deze stijging of daling kan zich zowel afspelen binnen de beroepsloopbaan van één persoon, als tussen twee generaties. Als de kinderen van mensen met een bepaald beroep (in dit geval huisarts) vaak voor datzelfde beroep kiezen, terwijl er weinig instroom is vanuit andere beroepsgroepen, is er sprake van een beroep dat in hoge mate gesloten is.

Voor Nederland geldt dat de openheid van de samenleving in de periode na de

tweede wereldoorlog belangrijk is toegenomen.¹⁴ Op het niveau van beroepsklassen betekent dit een grotere in- en uitstroom van personen; op het niveau van de afzonderlijke beroepen houdt deze grotere openheid in dat in principe meer beroepen voor meer mensen bereikbaar worden. Individuen zullen daarbij streven naar de hun ogen meest in aanzien staande beroepen.

Aanzien is echter slechts één aspect dat aan beroep verbonden is. Aanzien is bovendien een aspect waarvan men zich kan afvragen of het in onze huidige maatschappij nog wel een belangrijke rol speelt bij de keuze van een beroep. Er kunnen derhalve vraagtekens worden gezet bij de mogelijkheden die het begrip 'aanzien' biedt ter verklaring van verschillen in de beroepen die door mensen worden uitgeoefend en bij het belang van beroepsprestigeladders als hulpmiddel voor het bestuderen van de openheid van samenlevingen.

Een van de mogelijkheden om uit deze impasse in het stratificatie-onderzoek te komen, biedt wellicht het 'utilitaristisch individualisme'. Individuele handelingen en waarderingen worden hierin verklaard met behulp van de verschillende hulpbronnen waarover individuen beschikken, en de aantrekkelijkheid van de te verwachten resultaten. Dat betekent dat mensen niet zozeer kijken naar beroepen met een hoog prestige, maar meer naar de beroepen die in hun ogen aantrekkelijk zijn. Zo is het aanzien dat is verbonden aan het beroep van huisarts, slechts één aspect van dat beroep. Andere aspecten zijn bijvoorbeeld het aan het beroep verbonden inkomen, de zekerheid dat het beroep ook kan worden uitgeoefend, de carrière-mogelijkheden en de mate waarin sprake is van vuil of juist schoon werk. De aantrekkelijkheid van een beroep is op te vatten als een gewogen gemiddelde van een aantal aspecten die aan dat beroep verbonden zijn. Daarmee komt dit begrip in het verlengde te liggen van de 'Lebenschancen', die een centraal punt vormen in de stratificatietheorie van Weber. Door te werken met individuele hulpbronnen en de aantrekkelijkheid van beroepen, kunnen bijvoorbeeld ook onderwijs en (cultureel) kapitaal een plaats krijgen bij de mogelijke verklaringen voor verschillen in de waardering voor en de

uitoefening van beroepen. Onderwijs is een sterkere hulpbron, naarmate minder mensen dit hebben gevolgd; financieel en cultureel kapitaal zal meer van invloed zijn, naarmate het over minder personen hoeft te worden verdeeld.

Door meer rekening te houden met de aantrekkelijkheid van beroepen in plaats van met hun *prestige*, en meer aandacht te schenken aan relatieve dan aan absolute hulpbronnen, kan de bestaande discussie over de gelaagdheid van samenlevingen en de waardering van beroepen wellicht een nieuwe impuls worden gegeven.

Overigens is er ook een meer praktische reden waarom het interessant is te kijken naar de aantrekkelijkheid van beroepen. *Goldthorpe & Hope* stellen dat, zelfs wanneer er wordt gevraagd naar een ordening van beroepen naar aanzien, niet zozeer aanzien wordt gemeten als wel een algemene aantrekkelijkheid.¹⁶ De aantrekkelijkheid van een beroep kan daarbij het best worden omschreven als de mate waarin respondenten het beroep zelf zouden willen uitoefenen, als zij een volkomen vrije

keuze zouden hebben. In deze visie zijn het aanzien en de aantrekkelijkheid van beroepen identieke begrippen. Door aan respondenten zowel een oordeel te vragen over het aanzien van een beroep als over de aantrekkelijkheid, is na te gaan of er werkelijk geen verschillen zijn tussen beroepsladders die op aanzien en beroepsladders die op aantrekkelijkheid zijn gebaseerd.

De aantrekkelijkheid van het beroep

Bij de volgorde van beroepen naar aantrekkelijkheid is een onderscheid gemaakt tussen het eigen oordeel van de respondenten ('vindt u dit zelf een aantrekkelijk of juist een onaantrekkelijk beroep?') en het (veronderstelde) oordeel van anderen ('wilt u deze beroepen op een volgorde van aantrekkelijkheid leggen zoals u denkt dat die in de maatschappij aanwezig is?'). Deze laatste opdracht, waarbij respondenten series van 28 beroepen op volgorde moesten leggen, resulteert – na het in elkaar schui-

Tabel 2 De aantrekkelijkheid van 20 beroepen in Nederland.

Beroep	Algemene aantrekkelijkheid		Eigen aantrekkelijkheid	
	Score	Positienummer	Score	Positienummer
Hoogleraar	74,1	10	60,4	13
Huisarts, zelfstandig gevestigd	78,5	1	69,6	7
Burgemeester, grote gemeente	78,0	3	60,9	12
Rechter	70,3	13	54,7	16
Ingenieur, op ingenieursbureau	78,3	2	73,6	6
Notaris	74,9	8	75,0	2
Advocaat	75,8	7	78,1	1
Tandarts	71,3	12	59,2	14
Directeur, grote onderneming	77,4	4	67,5	9
Dierenarts	77,0	6	74,0	5
Burgemeester, kleine gemeente	77,3	5	66,7	10
Predikant	51,2	18	49,1	17
Leraar, HBS of Gymnasium	73,3	11	68,7	8
Pastoor	50,0	19	26,9	20
Beroepsmilitair, kolonel in het leger	67,6	14	57,8	15
Directeur, kleine bedrijf	74,5	9	74,3	4
Onderwijzer, lager onderwijs	60,1	16	62,7	11
Journalist	65,6	15	74,4	3
Landbouwer, leiding groot bedrijf	48,5	20	50,0	18/19
Elektricien, eigenaar bedrijf	51,3	17	50,0	18/19

ven van de verschillende series beroepen¹¹ – in een volgorde naar algemene aantrekkelijkheid, waarbij de scores zijn getransformeerd naar waarden tussen 0 en 100. Het eigen oordeel over de aantrekkelijkheid van dezelfde 28 beroepen kon worden gegeven op een negenpuntsschaal, een meetinstrument op quasi-intervalniveau. Voor de score van elk afzonderlijk beroep op ‘eigen aantrekkelijkheid’ zijn de mediaanwaarden genomen, die vervolgens zijn getransformeerd naar waarden tussen 0 en 100.

Om de positie van de huisarts op de aantrekkelijkheidsladders te vergelijken met de positie op de beroepsprestigeladder, zijn dezelfde 20 beroepen geselecteerd als vermeld in *tabel 1*. Het gaat hier dus opnieuw om een selectie uit de volledige beroepenladders naar aantrekkelijkheid met in totaal 116 beroepen.

Tabel 2 laat enkele opvallende verschillen zien bij de vergelijking van het eigen oordeel met het oordeel zoals dit in de maatschappij wordt geacht aanwezig te zijn. Als het gaat om de algemene aantrekkelijkheid, wordt aan de huisarts de allereerste plaats toebedacht. Wordt gevraagd naar het eigen oordeel, dan komt het beroep van huisarts uit op de zevende positie. Opmerkelijk is dat het beeld bij het

beroep van advocaat precies omgekeerd is. Andere beroepen met grote verschillen tussen de eigen mening en het oordeel over de aantrekkelijkheid in meer algemene zin zijn het beroep van journalist en van burgemeester van een grote gemeente. Het vak van journalist wordt door een groot deel van de beoordelaars voor zichzelf erg aantrekkelijk gevonden, terwijl men denkt dat dit voor anderen veel minder het geval is. Bij de burgemeester is er sprake van het omgekeerde.

Vergelijking met de in *tabel 1* gepresenteerde verdeling naar aanzien met de ladders voor de aantrekkelijkheid van beroepen leert dat er ook hier forse verschillen zijn. De mate van overeenstemming tussen de positienummers op beide ladders kan worden weergegeven via rangcorrelaties. De rangcorrelatie tussen de prestigeladder van *tabel 1* en de ladder met het eigen oordeel over de aantrekkelijkheid van beroepen komt uit op .30, hetgeen duidt op een geringe mate van overeenstemming. De volgorde naar algemene aantrekkelijkheid komt, met een rangcorrelatie van .69 weliswaar wat meer overeen met de volgorde naar aanzien, doch ook hier is zeker geen sprake van twee uniforme beroepenladders. Wat dat betreft moet de hypothese van *Goldthorpe & Hope* dat er sprake zou

zijn van twee uniforme begrippen worden verworpen. De rangcorrelatie tussen de ladder voor ‘eigen aantrekkelijkheid’ en ‘algemene aantrekkelijkheid’ komt overigens uit op .63.

In tegenstelling tot bij aanzien, waar categorieën beoordelaars niet systematisch verschillen in hun oordeel over de posities van beroepen in het algemeen en de plaats van de huisarts in het bijzonder, is het voorstelbaar dat er bij een oordeel over de aantrekkelijkheid van beroepen wel systematische verschillen zijn tussen categorieën beoordelaars. Afhankelijk van de eigen positie in de maatschappij zullen de oordelen over wat wel of niet een aantrekkelijk beroep is verschillen. Elk individu zal, met kennis van de eigen capaciteiten en voorkeuren, een afweging maken tussen de verschillende aspecten die zijn verbonden aan een beroep, en op basis hiervan een oordeel geven over de aantrekkelijkheid van dat beroep. Doordat deze afweging, afhankelijk van de eigen positie, van persoon tot persoon zal verschillen, mogen ook verschillen in het eindoordeel over de aantrekkelijkheid van een beroep worden verwacht. Vrouwen zullen in het algemeen andere beroepen als aantrekkelijk bestempelen dan mannen; voor hoog opgeleiden personen versus beoordelaars met minder opleiding geldt hetzelfde.

Tabel 3 geeft een overzicht van de oordelen van groepen respondenten, waarbij de oorspronkelijke scores op een negenpuntsschaal – lopend van ‘erg onaantrekkelijk’ naar ‘erg aantrekkelijk’ – zijn gebruikt om het rekenkundig gemiddelde te berekenen. Ook de standaarddeviatie is gebaseerd op de oorspronkelijke verdeling in negen categorieën.

De tabel laat zien dat er geen (significante) verschillen zijn tussen mannen en vrouwen ten aanzien van de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts, terwijl ook het verschil tussen beoordelaars met een hoog inkomen en met een laag inkomen niet statistisch significant is.

Bij het onderscheid naar leeftijd, opleiding en het aanzien van het eigen beroep vinden we wel verschillen. Ouderen zien het beroep van huisarts als meer aantrekkelijk dan jongeren. Personen met een relatief hoge opleiding zien het beroep van

Tabel 3 Het oordeel over de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts voor verschillende categorieën beoordelaars.

Categorieën beoordelaars	Score	SD
Totaal	6,1	2,41
Mannen	6,2	2,38
Vrouwen	5,9	2,63
Jongeren (< 40 jaar)	5,8	2,49
Ouderen (≥ 40 jaar)	6,6	2,24
Hoge opleiding (VWO of meer)	6,6	1,98
Lage opleiding (minder dan VWO)	5,9	2,57
Hoog inkomen (≥ NLG 2250 bruto)	6,5	2,82
Laag inkomen (< NLG 2250 bruto)	6,0	2,20
Eigen beroep met hoge status	7,4	1,47
Eigen beroep met lage status	4,1	2,35

huisarts als meer aantrekkelijk dan personen met een lagere opleiding. Het grootste verschil vinden we tussen de oordelen van respondenten met een beroep met een hoge status en respondenten met een beroep met een relatief lage status. Deze bevinding is in overeenstemming met wat door *Kapteyn* en *Van Praag* is aangemerkt als het verschuiven van voorkeuren: hoog gekwalificeerde beroepen worden door personen die een hoge opleiding hebben genoten en zelf veelal in een hoog gekwalificeerd beroep werkzaam zijn, als meer aantrekkelijk (en hoger in aanzien staand) beschouwd dan laag gekwalificeerde beroepen.^{17 18} De huisarts vormt hierop geen uitzondering.

Beschouwing

Ondanks de schijnbaar lichte daling ten gunste van vooral de ondernemers en hoge administratieve functies, blijft het beroep van huisarts behoren tot de beroepen met een hoog aanzien. Aan deze positie in de subtop van de beroepsprestigeladders zal, gelet op de stabiliteit van dergelijke ladders, naar verwachting in de komende jaren weinig veranderen. De vraag die ligt opgesloten in de titel van dit artikel, moet derhalve ontkennend worden beantwoord. Ook anno 1990 is de huisarts nog altijd een 'heer of dame van stand', zij het dat er wordt geknaagd aan deze positie.

Behalve een beroep met aanzien, is het beroep van huisarts in de ogen van veel mensen ook een zeer aantrekkelijk beroep. In algemene zin neemt het beroep van huisarts op de aantrekkelijkheidsladder

een positie aan de top in. Bij het eigen oordeel over wat voor henzelf een aantrekkelijk beroep is, plaatsen wat meer mensen kanttekeningen: jongeren, laag opgeleiden en vooral personen die naar het eigen oordeel werkzaam zijn in een beroep met weinig aanzien, zijn wat minder gecharmeerd van het beroep van huisarts dan ouderen, hoog opgeleiden en mensen in een beroep met veel aanzien. Vrouwen verschillen niet van mannen in hun oordeel over de aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts. Wellicht dat dit gelijke oordeel uiteindelijk zal resulteren in een (nog) meer gelijke verdeling van het beroep van huisarts over de beide seksen. Op dat moment wordt echter de hypothese dat het aanzien of de aantrekkelijkheid van beroepen staat of valt met het percentage vrouwelijke beroepsbeoefenaren, weer in hoge mate actueel.

Literatuur

- ¹ Van Heek F, Vercrujse EVW. De Nederlandse beroepsprestige-stratificatie. In: Van Heek F, et al. Sociale stijging en daling in Nederland I. Leiden: Stenfert Kroese, 1958.
- ² In 't Veld-Langeveld HM. Beroepsbeeld en beroepsprestige. In: Van Heek F, et al. Sociale stijging en daling in Nederland I. Leiden: Stenfert Kroese, 1958.
- ³ Pleket HW. Arts en maatschappij in het oude Griekenland; de sociale status van de arts. Tijdschr Geschiedenis 1983; 96: 325-47.
- ⁴ Van Herwaarden J. Medici in de Nederlandse samenleving in de late Middeleeuwen (veertiende-zestiende eeuw). Tijdschr Geschiede-

nis 1983; 96: 348-78.

- ⁵ Van Andel MA. Chirurgijns, vrije meesters, beunhazen en kwakzalvers. 's Gravenhage: Nijhof, 1981.
- ⁶ Frijhof WThM. Non satis dignitatis... Over de maatschappelijke status van geneeskundigen tijdens de Republiek. Tijdschr Geschiedenis 1983; 96: 379-406.
- ⁷ Runia E. Naar een geschiedenis van de medische praktijkvoering. Ned Tijdschr Geneeskd 1987; 131: 2415-9.
- ⁸ Festen H. 125 Jaar geneeskunst en maatschappij. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1974.
- ⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). 90 Jaren Statistiek in tijdreeksen. Voorburg, Heerlen: CBS, 1989.
- ¹⁰ Sixma H. Het aanzien van de huisarts in Nederland. Huisarts Wet 1986; 29: 343-5.
- ¹¹ Sixma H, Ultee WC. Een beroepsprestigeschaal voor Nederland in de jaren tachtig. Mens en Maatschappij 1983; 58: 360-82.
- ¹² Kuiper G. Mobiliteit in de sociale en beroepshierarchie. Utrecht: Van Gorcum, 1954.
- ¹³ Sixma H, Ultee WC. Beroepsprestigeladders en landkenmerken, een internationaal vergelijkend onderzoek. Sociologische Gids 1987; 34: 323-36.
- ¹⁴ Ganzeboom H, et al. Intergenerationele klassenmobiliteit in Nederland tussen 1970 en 1985. Mens en Maatschappij 1987; 62: 17-43.
- ¹⁵ Weber M. Wirtschaft und Gesellschaft. Tübingen, 1921.
- ¹⁶ Goldthorpe JH, Hope K. The social grading of occupations, a new approach and scale. Oxford: Clarendon Press, 1974.
- ¹⁷ Kapteyn A. A theory of preference formation. Leiden, 1977.
- ¹⁸ Van Praag BMS. Individual welfare functions and consumer behavior. Amsterdam, 1968. ■