



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

HUISARTS EN PUBLIEK

Een groot gedeelte van dit nummer van Medisch Contact is gereserveerd voor de integrale reproductie van het rapport „Huisarts en Publiek”, een analyse van de relatie tussen de huisartsen en de Nederlandse bevolking. Het betreft hier de rapportage van een onderzoek,

waartoe een jaar geleden het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging aan het Amsterdamse motivation- en marketing research centrum Makrotest opdracht heeft gegeven. Beoogd werd op wetenschappelijk verantwoorde wijze vast te stellen, hoe de Nederlandse huisarts staat aangeschreven bij het publiek.

Het verlenen van die opdracht was op zichzelf een symptoom van realistisch beleid, gevoerd door een Centraal Bestuur, dat — de laatste tijd toch al steeds minder publiciteitschuw — de mening van het publiek wenste te toetsen aan herhaalde blijken van misverstand of — veelal ongemotiveerd — wantrouwen jegens de artsen als beroepsgroep in het algemeen, maar in het bijzonder aan bepaalde tendensen, welke volgens datzelfde bestuur menige publikatie in kranten en tijdschriften, of in voorlichtende programma's via radio en televisie ontsierden. Deze vermeende ontsieringen stemden het Centraal Bestuur der L.H.V. uiteraard vaak wrevelig, te meer waar van bestuurszijde wordt geijverd mogelijk aanwezig wantrouwen over de beroepsuitoefening der Nederlandse artsen weg te nemen, overtuigd als het is, dat dit wantrouwen grotendeels op vooroordelen berust. Deze wrevel heeft overigens geen enkele rol gespeeld bij de besluitvorming opdracht te geven tot het thans gerapporteerde onderzoek. Die besluitvorming werd ook geenszins gestimuleerd door de behoefte de hand in eigen boezem te steken — in dat geval trouwens een blijk van moedig beleid — maar uit praktische overwegingen, namelijk materiaal te

25e JAARGANG — No. 19 — 8 MEI 1970

INHOUD

| | |
|---|-----|
| Huisarts en publiek | 473 |
| Ledenvergadering van de L.S.V. | 475 |
| Rondschrijven Staatstoezicht Volksgezondheid betreffende „de pil” | 476 |
| Contactcommissie Medewerkersorganisaties wendt zich tot minister Roolvink inzake toezicht op overeenkomsten met ziekenfondsorganisaties | 477 |
| Erkenning Prof. Dr. A. A. Haspels als opleider van specialisten | 478 |
| Rapport van Makrotest N.V., „Huisarts en publiek”, een analyse van de relatie tussen de huisartsen en het publiek in Nederland | 479 |
| Belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen (slot) | 504 |
| Staatssecretaris Kruisinga installeert Raad van Gezondheidsresearch | 508 |
| Longitudinaal groei-onderzoek onder 450 Nijmeegse kinderen | 509 |
| Aantallen huisartsen in grote steden | 510 |
| Van de O.L.M.A.: Buitendienstmedewerker | 510 |
| Algemene Ledenvergadering | 511 |
| Brieven aan de redactie | 511 |
| Varia | 512 |

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens

Colofon op bladzijde 512

verzamelen ten behoeve van een public relations-beleid.

Of het onderzoek voor dat doel voldoende materiaal ter tafel heeft gebracht is ter beoordeling aan de beleidsinstantie, het Centraal Bestuur der L.H.V. zelf; hier wordt slechts een aanbeveling gedaan kennis te nemen van de resultaten: een aantal opmerkelijke gegevens, enkele wellicht van ondergeschikt belang, vele ongetwijfeld zó gewichtig dat zij als deelproblemen nadere studies waard zijn. In dit rapport immers lijken alle constateringën wat abstract en vrijblijvend — zo men wil, hypothetisch — omdat uitsluitend wordt uitgegaan van verwachtingen, schattingen en speculaties over zaken, welke telkens wel relevant zullen zijn voor de beoordeling van de relatie tussen publiek en huisartsen, maar die niets zeggen over de feitelijke problemen welke er bestaan voor de medici zelf en voor een in de huisartsgeneeskunde wêrkelijk geïnteresseerd publiek. Weliswaar moet worden erkend, dat men met het onderhavige onderzoek niet de pretentie heeft gehad alle gesignaleerde problemen exact te bepalen en wegen te wijzen welke naar een oplossing ervan zouden kunnen leiden, de aan researchprojecten gebruikelijk te ontleenen conclusies worden niettemin in het voorliggende rapport dezerzijds node gemist. Mogelijk dat het volgende als een soort proeve van voorlopige conclusie steek houdt, een kleine bijdrage aan het werk dat is blijven liggen:

Had bij het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging de bedoeling voorgestaan, de hand in eigen boezem te steken, men had in dat geval inderdaad van een moedig beleid kunnen spreken. Het onderzoek zelf heeft uitgewezen waarom: kritiek op eigen doen en laten wordt door de huisarts zelden als opbouwend beleefd. Uitgegaan werd echter van prozaïscher overwegingen, namelijk het zoeken van wegen voor een p.r.-beleid in de toekomst. Ook dit vroeg om moed: dat de public relations in de ogen der huisartsen relatief geen hoog belang vertegenwoordigen, zal het bestuur niet zijn ontgaan; dit inzicht is thans met feiten gestaafd. In wezen vond een kwart der leden het onderzoek niet belangrijk; slechts een restgroep onder de geïnterviewden keek eerder naar public relations dan naar eigen beroeps-vrijheid, eigen beroepspensioen, eigen beroepskennis (tabel IV-31).

De confrontatie van de publieke mening over de huisarts met de mening van de laatste over zijn image bij het grote publiek — hoofddoel van de analyse — leidt tot de conclusie, dat de

Exemplaren van het hier besproken en verderop geplaatste rapport

HUISARTS EN PUBLIEK

**zijn op aanvraag verkrijgbaar bij het
bureau der Landelijke Huisartsen
Vereniging**

**Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030 - 88 54 11**

huisarts er in de ogen van het publiek beter afkomt dan hij zelf vaak denkt. Zijn image is vrijwel optimaal. De tolerantie van het publiek jegens roken, drinken en scheiden zijnerzijds valt groter uit dan hij verwacht (tabel II-5-6-7); hij veronderstelt, dat de massa hem grotere inkomsten toeschrijft dan zij in werkelijkheid doet (tabel I-9-10); het publiek zal er — denkt hij — in strijd met de waarheid, wel vanuit gaan, dat de redenen waarom hij zijn vak koos in belangrijke mate op het materiële vlak moeten worden gezocht (tabel I-12-13-14). De huisarts onderschat dus bepaalde aspecten van het beeld dat het publiek van hem heeft. Dat is jammer. Aangezien deze vertekening van het beeld zijnerzijds steeds in ongunstige zin plaatsvindt, kan men niet anders dan tot de slotsom komen, dat hij zich tegenover de publieke opinie en daarmee tegenover zijn publiek tot op zekere hoogte negatief opstelt.

Dit mag ook blijken uit andere onderzoekresultaten: terwijl ruim een derde van het publiek meent, dat het vertrouwen in de kundigheden van de huisarts toeneemt, is slechts 10% van de huisartsen eenzelfde mening toegedaan; sterker nog, bijna de helft meent, dat het vertrouwen in hun vakbekwaamheid aan het afnemen is, en zij wijten dat aan een kritischer houding van het publiek (tabel II-17). Het publiek zelf is zich eveneens van zijn veranderende instelling bewust. Het beschouwt die verandering echter als positief; de huisarts doet het tegengestelde (tabel II-12-15). De ongunstige vertekening van de publieke mening, hierboven al gesignaleerd, hangt daarmee samen. De huisarts vreest ten onrechte, dat hij er op sommige punten wel niet zo goed zal afkomen, omdat het publiek een kritische houding tegenover hem aanneemt. Hij meent, omdat hij kritiek als onprettig ervaart, dat de relatie onprettiger zal

worden. Zijn patiënten geven hem daarin, zo te zien, geen gelijk, hetgeen inhoudt dat de huisarts zich opnieuw op zijn rol zal moeten bezinnen. Ook een vorm van sociale pressie, maar een andere dan die waaronder de huisartsen thans nog in meerderheid gebukt menen te gaan (tabel II-8), hetgeen door een relatief grote groep uit het publiek metterdaad wordt beaamd (tabel II-1).

Daarmee komen wij na het beeld dat het publiek van de huisarts heeft en de indruk, die de huisarts van dat beeld heeft, op een derde punt, dat in de analyse naar voren komt, namelijk de omgang van arts en publiek met elkaar. Het publiek nu ziet zijn kritische houding tegenover de huisarts nogal eens negatief gewaardeerd. In de omgang met de „leek”, waarover de huisarts bedroevend weinig wordt bijgebracht (tabel IV-5), spreekt soms wellicht zijn onderwaardering van het publiek een woordje mee. Aan deze onderwaardering — met als complement de overwaardering door het publiek van

de dokter (tabel II-1) — zou iets kunnen worden gedaan. Het autoriteitsprobleem, dat hier aan beide kanten een rol speelt, dient daarbij nader te worden bestudeerd. Dat betekent dan in ieder geval: informatie naar beide zijden.

Men kan op het stuk van informatie in de mening verkeren, dat de communicatiemediën een te negatief beeld van de huisarts overbrengen (tabel IV-22 t/m 26), maar daarmee is niet alles gezegd. Het verbeteren van de publiciteit is niet alleen een zaak van de voorlichters, maar ook zeker van hen die kennis omtrent elkaar te kort komen. Met andere woorden: het p.r.-beleid van de L.H.V. — als belang nog het minst beklemtoond, maar anderzijds het meest gekritiseerd (tabel IV-33) — wordt pas beter als het zich oriënteert, niet op het verstrekken doch op het uitwisselen van feiten en meningen. Pas dan ook is er kans op een optimale *relatie* tussen huisarts en publiek.

B.

Ledenvergadering van de L.S.V.

In de zaterdag 25 april gehouden Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging heeft de voorzitter Dr. J. van Mansvelt na een inleidende rede — welke men in een volgend nummer van M.C. integraal zal kunnen aantreffen — in een zeer persoonlijk woord tegenover de vergadering kenbaar gemaakt dat de door hem aanvaarde functie van medisch directeur van het St. Elisabeth's of Grote Gasthuis te Haarlem hem noopt zijn bestuurstaak in de L.S.V. neer te leggen. Hij ziet zich thans als demissionair voorzitter. Het Centraal Bestuur der L.S.V. heeft Dr. R. M. Versteegh bereid gevonden in het najaar het voorzitterschap op zich te nemen, zij het onder beding dat deze er tussentijds in is geslaagd voor zijn praktijk een associé aan te trekken.

Hoewel de jaarstukken op de agenda waren gebracht kon alleen het jaarverslag van de secretaris in behandeling worden genomen, want tengevolge van de verhuizing van Amsterdam naar Utrecht is achterstand ontstaan in de accountantscontrole en de financiële stukken konden niet, zoals men had gehoopt, onder aanbidding van het daarop betrekking hebbend accountantsverslag worden aangeboden. Het jaarverslag van de secretaris werd zonder discussie met algemene stemmen aangenomen, waarbij secretaris Dr. G. A. M. Hunfeld met nadruk voor de samenstelling van dit jaarverslag grote erkentelijkheid uitsprak jegens de adjunct-directeur van het bureau der L.S.V. Mr. H. J. Overbeek.

De bestuursverkiezing leidde tot de volgende resultaten: bij enkele kandidaatstelling werden herkozen A. M. Gründemann te Amsterdam en J. C. Mann te Arnhem. In de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. J. Th. Planten werd gekozen de door Friesland kandidaat gestelde Dr. S. J. Detmar, orthopeed te Leeuwarden. De eveneens door tussentijds aftreden ontstane vacature van Prof. Dr. J. ten Doesschate wordt vervuld door Prof. Dr. F. L. Meijler, cardioloog te Utrecht. In de vacature, ontstaan door het overlijden van Dr. G. K. Levy van Vinninghe werd gekozen Dr. D. Wolvius, internist te Utrecht. Al deze benoemingen geschieden bij enkele kandidaatstelling.

In de ochtendvergadering heeft de voorzitter van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten A. M. Gründemann nog enkele mededelingen gedaan over het werk der Stichting en de uitkeringen, welke thans worden gedaan aan nagelaten betrekkingen van collegae, alsook over de technisch-administratieve samenwerking met het Pensioenfonds van de huisartsen en mede over de beleggingspolitiek van de Stichting. Daarna is er nog in den brede van gedachten gewisseld over de voortgang van de studie naar de mogelijkheden van afsplitsing van de ziekenhuispolikliniekkosten.

De middagvergadering was gereserveerd voor de bespreking van de oudedagvoorziening voor specialisten. Daarbij ging het over concept statuten,

om de schriftelijke en aan alle leden t.z.t. toe te zenden toelichting van kernpunten van de voorgestelde collectieve pensioenregeling voor medische specialisten en het concept pensioenreglement. Met de uit de intensieve en dikwijls geanimeerde gedachtenwisseling voortgekomen kanttekeningen zal bij de definitieve redactie van deze stukken rekening worden gehouden. Het ging daarbij voornamelijk om de uiteenzetting van de kernpunten, ten aanzien waarvan bepleit werd daarvan ook een wat populair gestelde versie te verzorgen, doch waarnaast ook werd geopteerd voor de uitgave van een specifiek deskundige en voor vakmensen gedetailleerd informatieve toelichting, ten behoeve van persoonlijke financiële adviseurs.

Bij de rondvraag heeft Dr. H. J. N. Dekkers tegen-

over de voorzitter oprechte dank uitgesproken voor de leiding, welke deze steeds aan de Ledenvergaderingen heeft gegeven en voor zijn veelomvattend werk voor de L.S.V. in het algemeen, woorden, waarbij de vergadering zich met krachtig applaus aansloot. Dr. Van Mansvelt heeft zich niet ongevoelig getoond voor deze vriendelijke woorden, in het bijzonder omdat zij gesproken werden door een afgevaardigde, die nimmer een gemakkelijk opponent was maar die zich door zijn kennis van zaken en van stukken een representant toonde, wie de belangen van de specialisten zeer nauw ter harte gaan, het betreurende dat Dr. Dekkers zijn taak als afgevaardigde van Amsterdam in deze vergadering beëindigde.

v.M

Rondschrijven Staatstoezicht Volksgezondheid betreffende „de pil”

Enkele maanden geleden werden in Engeland voorlopige resultaten bekend gemaakt van een vergelijkend onderzoek, dat was ingesteld naar nevenverschijnselen bij het gebruik van „de Pil”. Thans zijn meer gedetailleerde resultaten van dit onderzoek bekend geworden. Maandag 21 april j.l. hebben deze resultaten een uitvoerig punt van bespreking uitgemaakt bij een overleg in Den Haag tussen de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga en de directeur-generaal van de Volksgezondheid van Engeland Sir George Godber. De resultaten van het toen besproken onderzoek zijn thans inmiddels: zaterdag 25 april gepubliceerd in de British Medical Journal.

Uit het thans gepubliceerde rapport blijkt dat het reeds vele jaren bekende nevenverschijnsel het in zeer sporadische gevallen optreden van trombose bij bepaalde handelspreparaten kleiner is dan bij andere. In het algemeen blijkt bij gebruik van preparaten met een relatief laag gehalte aan oestrogenen dit sporadisch optredend nevenverschijnsel nog verder te kunnen worden verlaagd.

Hoewel het onderzoek duidelijke uitspraken over alle in Engeland in de handel zijnde preparaten niet mogelijk maakt en bovendien alle in Nederland gebruikte preparaten niet in het Engelse onderzoek worden genoemd, is er toch aanleiding gevonden om ook in Nederland bij het gebruik van de anti-conceptionele pil met deze bevindingen rekening te houden. Derhalve heeft het Staatstoezicht op de Volksgezondheid de Nederlandse artsen bij rondschrijven d.d. 24 april j.l. opmerkzaam gemaakt op de in Engeland gepubliceerde gegevens en de artsen ter zake nauwkeurig geïnformeerd.

Meer dan 90% van de vrouwen in Nederland gebruikt thans preparaten die naar alle waarschijnlijkheid tot de veiligste groep behoren. Bij de overigen

is waarschijnlijk een deel dat om verschillende redenen de relatief hogere dosering oestrogenen nodig heeft voor een effectieve voorkoming van zwangerschap. Het is aanbevelenswaardig eventuele omschakeling van het ene preparaat op het andere te doen geschieden nadat een lopende menstruatiecyclus is beëindigd. Bij tussentijdse omschakeling is er mogelijk een verhoogd zwangerschapsrisico.

Ter nadere informatie is door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid aan de artsen een nauwkeurige opsomming en precieze informatie gegeven over de samenstelling van de in Nederland verkrijgbare preparaten. Om een indruk te krijgen van de relatieve frequentie van nevenverschijnselen verbonden aan het gebruik van de pil is het nodig een vergelijking te maken met risico's, die bij vrouwen in deze leeftijdsgroep anderszins bestaan. Men dient hierbij uiteraard met name het risico verbonden aan zwangerschap, bevalling en kraambed in overweging te nemen.

Het risico tengevolge van trombose door pilgebruik over een periode van 10 jaar is ongeveer vergelijkbaar met het risico tengevolge van een zwangerschap. Neemt men het sterfterisico bij abortus in beschouwing dan is dit risico aanmerkelijk groter. In Engeland is namelijk gebleken dat dit risico tengevolge van opgewekte abortus uitgevoerd in het kader van de ziekenhuizen van de genationaliseerde gezondheidsdienst één sterfgeval op 3.000 van de in die ziekenhuizen uitgevoerde abortussen is geweest. Dit risico zou nog groter zijn als daar met de gevallen van abortus buiten de National Health Service in de zogenaamde Abortusklinieken zou worden rekening gehouden.

De circulaire van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is op aanvraag verkrijgbaar bij de Stafafdeling Externe Betrekkingen van het Ministerie tel. 183220 toestel no. 648/649.

Contactcommissie Medewerkersorganisaties wendt zich tot minister Roolvink inzake toezicht op overeenkomsten met ziekenfondsorganisaties

De Contactcommissie van Medewerkersorganisaties heeft zich in een schrijven d.d. 21 april 1970 gewend tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid terzake van het toezicht op de medewerkersovereenkomsten met de ziekenfondsorganisaties. In dit schrijven wordt het voorstel toegelicht, dat in de op 23 april j.l. gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad in stemming werd gebracht, maar geen meerderheid vermocht te verwerven, al hadden buiten de kring der medewerkers enkele vertegenwoordigers van ziekenfondsorganisaties en het Tweede Kamerlid, mevrouw Veder-Smit, er zich wel bij aangesloten.

Het schrijven, dat eerder op een persconferentie door Dr. L. van der Drift, h.t. voorzitter der Contactcommissie, werd toegelicht, luidt als volgt:

Excellentie,

De Contactcommissie van Medewerkersorganisaties, het overlegorgaan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie en de Vroedvrouwenorganisaties, heeft zich beraden over het toezicht op de honoreringsovereenkomsten tussen medewerkers en ziekenfondsen, met name inzake de op het landelijke vlak tot stand komende overeenstemmingen tussen de organisaties van beide groeperingen.

Dit toezicht vindt thans plaats krachtens artikel 46 van de Ziekenfondswet, het produkt van een compromis, tot stand gekomen tijdens de parlementaire behandeling van de huidige Ziekenfondswet.

Het artikel bepaalt, dat overeenkomsten tussen medewerkers en ziekenfondsen de goedkeuring behoeven van een Commissie uit de Ziekenfondsraad, de zogenaamde Commissie Overeenkomsten. Krachtens wetsbepaling hebben in deze Commissie representanten van de medewerkers en van de ziekenfondsen geen zitting. De Commissie Overeenkomsten wordt gevormd uit vertegenwoordigers van de werkgeversorganisaties, de werknemersorganisaties en leden van de Ziekenfondsraad, welke door de Kroon zijn aangewezen. Indien de Commissie Overeenkomsten een overeenkomst, die aan haar ter goedkeuring is voorgelegd, heeft goedgekeurd of afgekeurd, behoeft dit besluit nog de bekrachtiging van de Ziekenfondsraad, hetgeen bij gewone meerderheid van stemmen kan geschieden. Zou de Raad evenwel een afkeuringsbesluit van de Commissie Overeenkomsten willen omzetten in een goedkeu-

dingsbesluit, dan is een gekwalificeerde meerderheid van 2/3 der uitgebrachte stemmen nodig.

Het eerste bezwaar van de Contactcommissie betreft de ingewikkeldheid van deze constructie, die ook insiders dikwijls voor puzzels plaatst.

Ook tegen de aan dit artikel ten grondslag liggende gedachte hebben van het begin af ernstige bedenkingen bestaan. Men heeft de medewerkers en de ziekenfondsen buiten de Commissie Overeenkomsten gehouden op grond van de overweging, dat zij bij een overeenkomst partij zijn en het weinig elegant is te achten, als partijen betrokken zijn bij de goedkeuring. Weliswaar geldt dit voor de medewerkers slechts voor zover de eigen overeenkomst aan de orde is, want zij zijn geen partij bij de overeenkomsten der andere medewerkersgroeperingen. Maar men zou kunnen stellen, dat zij dan indirect-belanghebbenden zijn. Dat geldt echter evenzeer voor de werkgevers- en werknemersorganisaties, welke in de Commissie Overeenkomsten zijn gerepresenteerd. Hoewel zij geen partij zijn, zijn zij als betalende instanties, die de premie moeten opbrengen, indirect volledig belanghebbend bij de overeenkomsten tussen medewerkers en ziekenfondsen. Zij bevinden zich niet in een positie, welke een objectieve beoordeling garandeert. De recente ontwikkeling, waarbij de invloed van de werknemersorganisaties in de besturen van enkele ziekenfondsorganisaties is toegenomen, heeft het nog moeilijker gemaakt, de belangenverhoudingen te doorzien.

Een derde bezwaar tegen de huidige wettelijke regeling is dat in de Ziekenfondswet de normen ontbreken, waaraan de Commissie Overeenkomsten de aan haar ter goedkeuring voorgelegde overeenkomsten moet toetsen. In de praktijk heeft het ontbreken van bedoelde normen tot moeilijkheden aanleiding gegeven. Enige malen werd een contract door de Commissie Overeenkomsten afgewezen, omdat deze commissie meende, dat de aan haar voorgelegde overeenkomst onvoldoende was geadstrueerd. Hiermede werd naar de mening van partijen de bewijslast in wezen omgekeerd. Immers, het is niet de taak van partijen bij een medewerkerscontract om de juistheid van de door hen gemaakte afspraak te bewijzen, maar het is aan de toetsende instantie om te motiveren waarom zij een aan haar voorgelegde overeenkomst niet wenst goed te keuren.

Nog een vierde aspect moge onder uw aandacht worden gebracht. Thans is in discussie de te volgen procedure, als zich in de ziekenfondsverzekering zogenaamde conflictsituaties voordoen. Men moet daarbij wel bedenken dat er een samenhang bestaat tussen de wijze, waarop in de Ziekenfondswet het toezicht op de overeenkomsten is geregeld en het

ontstaan van conflictsituaties. Niet alleen kan dit toezicht rechtstreeks een bron van conflictsituaties vormen, als een tussen medewerkers en ziekenfondsen tot stand gekomen overeenstemming de goedkeuring niet verwerft, maar het heeft ook een indirect effect in zoverre, dat het begrijpelijk is dat bij de ziekenfondsen de neiging bestaat moeilijkheden met de toezichthoudende organen te beschouwen als kritiek op hun onderhandelingsbeleid en zij deze kritiek wensen te voorkomen. De Contactcommissie is ervan overtuigd, dat de wet de mogelijkheid tot ingrijpen uit hoofde van het algemeen belang in de tot stand gekomen overeenkomsten dient te bevatten. Het is echter duidelijk, dat daarbij met grote objectiviteit te werk moet worden gegaan, opdat onnodige verstoring van de verhoudingen wordt vermeden. De toezichthoudende instantie(s) moet zijn moeilijke taak met gezag weten te vervullen. De Commissie Overeenkomsten is er niet in geslaagd, zich dit gezag te verwerven.

Thans bestaat een verwarrende veelheid van organen, welke met de overeenkomsten tussen medewerkers en ziekenfondsen bemoeienis hebben: De Commissie Overeenkomsten, de Ziekenfondsraad, de Kroon bij schorsing of vernietiging; tevens de minister, indien hij na raadpleging van een commissie ex art. 49 richtlijnen uitvaardigt, waarna opnieuw de Commissie Overeenkomsten en de Ziekenfondsraad en misschien nogmaals de minister gepasseerd moeten worden, wil een overeenkomst rechtskracht verkrijgen.

De Contactcommissie is van mening dat de tussen medewerkers- en ziekenfondsorganisaties tot stand gebrachte overeenkomsten niet langer door de Ziekenfondsraad of de Commissie Overeenkomsten moeten worden goedgekeurd, maar dat deze overeenkomsten rechtstreeks aan het toezicht van de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid moeten zijn onderworpen. Uitgangspunt zij daarbij dat de contracterende partijen een eigen verantwoordelijkheid hebben om ervoor te zorgen dat hetgeen zij overeenkomen niet in strijd is met de wet, het algemeen belang of, zoals het in de nieuwe Wet op de loonvorming heet, het algemeen sociaal-economisch belang. Bij dit uitgangspunt past een toezicht van genoemde bewindslieden, dat repressief is. Dit betekent, dat een door partijen afgesloten medewerkersovereenkomst door de bewindslieden kan worden geschorst of vernietigd op grond van strijd met de wet of het algemeen belang, doch wanneer deze schorsing of vernietiging niet wordt uitgesproken binnen bijvoor-

Erkenning Prof. Dr. A. A. Haspels als opleider van specialisten

De Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van medische specialisten heeft inzake het door Prof. Dr. A. A. Haspels, gewoon hoogleraar in de verloskunde en gynecologie aan de Utrechtse universiteit, ingestelde beroep tegen de beslissing van 8 december 1969 van de Specialisten Registratie Commissie — namelijk dat hij geen specialisten mocht opleiden — beslist, dat aan Prof. Haspels alsnog de erkenning als opleider wordt verleend vanaf de datum waarop hij zijn benoeming tot hoogleraar aanvaardde (1 februari 1969). Deze gunstige beslissing in hoogste instantie is definitief.

Het artikel van het Besluit van het Centraal College de Specialisten Registratie Commissie, waarin wordt bepaald dat een specialist 5 jaar als zodanig in het register ingeschreven moet zijn om als opleider erkend te worden is niet van toepassing op Prof. Haspels in verband met a zijn bijzondere kwaliteiten als gynecoloog; b zijn aanzienlijke ervaring in dit specialisme in diverse ontwikkelingslanden; c zijn vele bijdragen aan geneeskundige tijdschriften.

beeld één maand na het tot stand komen van de overeenstemming, heeft de gesloten overeenkomst volledig rechtskracht. Wanneer de minister of staatssecretaris overweegt in te grijpen, zal hij het advies van de Ziekenfondsraad en/of van andere adviseurs kunnen inwinnen.

De Contactcommissie is van mening, dat langs de aangegeven weg de verantwoordelijkheden en het gezag van het toezicht duidelijker en beter dan thans gestalte zullen krijgen en dringt er bij uwe excellentie op aan, een wijziging van de Ziekenfondswet in deze zin te willen bevorderen.

Het spreekt vanzelf, dat de Contactcommissie gaarne zijn voorstel mondeling zal toelichten, indien uwe excellentie daaraan behoefte zoudt gevoelen.

Onder hernieuwde betuiging van onze gevoelens van bijzondere hoogachting,

w.g.

Dr. L. van der Drift, arts,
h.t. voorzitter der Contactcommissie

HUISARTS EN PUBLIEK

Een analyse van de relatie tussen de huisartsen en het publiek in Nederland

INLEIDING

1. Opdracht en probleemstelling

Op 6 mei 1969 werd door de Landelijke Huisartsen Vereniging aan Makrotest N.V. de opdracht gegeven tot het uitvoeren van een onderzoek zoals neergelegd in het voorstel: „Basisonderzoek ten behoeve van het public relationsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging”, d.d. 14 februari 1969. Tevens werd op verzoek van Makrotest een begeleidingscommissie ingesteld. Hierin werd zitting genomen door: C. Z. Salomé, arts, ondervoorzitter van de L.H.V.; J. I. van der Leeuw, arts, sekretaris van de L.H.V.; C. van der Marel, arts, penningmeester van de L.H.V.; C. C. G. Jansens, journalistiek medewerker van het Centraal Bestuur der L.H.V.

Bij het onderzoek werd uitgegaan van de centrale probleemstelling: Hoe ziet het Nederlands publiek de Nederlandse huisarts en hoe staat de Nederlandse huisarts tegenover het publiek? Het onderzoek richtte zich dus niet op de relatie huisarts-patiënt (zoals geanalyseerd in het proefschrift van J. Winkler-Prins: Huisarts en patiënt) maar op de relatie huisarts-publiek.

In de probleemstelling, zoals oorspronkelijk neergelegd in het genoemde voorstel tot onderzoek, werden naar aanleiding van vooronderzoek en de vele zeer nuttige besprekingen met de begeleidingscommissie de noodzakelijke relevante wijzigingen aangebracht. Uiteindelijk vond in het definitieve onderzoek een analyse plaats van de volgende aspecten van de centrale probleemstelling. In het nu volgende overzicht is ter wille van de duidelijkheid dezelfde volgorde aangehouden als in het rapport.

1. De image van de huisarts

Wat is op het moment van onderzoek het beeld dat het Nederlandse publiek van de huisartsen heeft en wat is het beeld dat de huisartsen eigenlijk menen tegenover zich te vinden bij het publiek? Het bleek noodzakelijk bij deze dubbele image-analyse verschillende dimensies te onderscheiden. Zo werd naast exploratie van concrete ideeën over de uitvoering van het beroep ingegaan op veronderstelde beroepsmotivatie, toegekende status en - in

nauwere zin - het „persoonlijkheidsbeeld” van de huisarts. Ook werd bij het publiek een onderscheid aangebracht tussen de image van de ideale huisarts, de huisartsen in het algemeen en de eigen huisarts.

II. De attitude tegenover de huisarts

Welke instelling heeft het publiek buiten de relatie als patiënt tegenover de huisarts? Deze noodzakelijke aanvulling op de analyse van de image richtte zich vooral op de aspecten vertrouwen en tolerantie in de omgang van het publiek met de arts in het dagelijks maatschappelijk verkeer. Ook hier werd waar zinvol een vergelijking gemaakt met de ideeën van de huisartsen zelf. In de verwachting dat de attitude tegenover de huisarts ook te maken kan hebben met het verschil tussen de zogenaamde fondspatiënten en particuliere patiënten werd ook hieraan aandacht besteed.

III. Medische kennis en voorlichting

Uitgaande van de veronderstelling dat zowel image van, als instelling tegenover huisartsen beïnvloed kan worden door het beeld dat vanuit populair medische hoek wordt gegeven, werd bij het publiek nagegaan in welke mate men met een en ander werd geconfronteerd.

IV. Rondom de beroepsuitoefening

Als referentiekader voor een toekomstige meer systematische verbetering van de relatie publiek-arts werd tenslotte ruim aandacht geschonken aan de attitude van de huisarts zelf tegenover eigen beroep in deze maatschappij.

Zoals de lezer van het rapport niet zal ontgaan, zijn hier en daar ook problemen aangesneden die niet direct met de centrale probleemstelling verband houden. Een en ander ontstond zowel uit gerechtvaardigde wetenschappelijke nieuwsgierigheid als uit de opportunistische overweging dat hier de mogelijkheid werd geschapen zonder extra kosten nog ander interessant materiaal te verzamelen.

2. Opzet van het onderzoek

Het onderzoek werd zowel verricht onder het pu-

bliek als onder huisartsen. Daarnaast werden binnen het publiek nog enkele voor de L.H.V. belangrijke relatiegroepen geanalyseerd waarvan de resultaten van onderzoek niet binnen dit rapport kunnen worden gegeven. Twee fasen van onderzoek kunnen worden onderscheiden:

Fase I — Oriënterende fase: In deze fase gericht op het verzamelen van hypothesen en het uitvoeren van vraagtechnieken werden in twee stadia een honderdtal personen uit het Nederlandse publiek en in drie stadia een zestigtal huisartsen betrokken.

Fase II — Definitieve fase: In deze fase werden de in de eerste fase van onderzoek verzamelde hypothesen nagegaan op voorkomen en verbreidheid.

Bij de huisartsen vond dit onderzoek plaats aan de hand van: een steekproef van 201 huisartsen, representatief voor het totaal van Nederlandse huisartsen met praktijk. Bij het publiek vond dit onderzoek plaats aan de hand van: een representatieve steekproef van 848 personen uit het Nederlands universum van personen van 18 jaar en ouder. De eerste steekproef werd getrokken uit het bestaande adressenmateriaal, de tweede aan de hand van het zogenaamde random-walk systeem.

Het veldwerk voor de definitieve fase vond plaats: - wat het publiek betreft - in november 1969 en februari 1970 - in beide periodes werd een representatieve steekproef getrokken van ± 400 personen; - wat de huisartsen betreft - in februari en maart 1970.

3. Steekproeven

De resulterende steekproeven hadden, gerekend naar een aantal aspecten, de volgende samenstelling:

$$P = \text{publiek} \quad - \quad A = \text{artsen}$$

Tabel P-1 *Geslacht van de publieksgroep (N = 848)*

| | % |
|---------------|-----|
| mannen | 49 |
| vrouwen | 51 |
| | 100 |

Tabel P-2 *Leeftijd van de publieksgroep (N = 848)*

| | % |
|-----------------------------|-----|
| 18 tot en met 24 jaar | 6 |
| 25 tot en met 29 jaar | 10 |
| 30 tot en met 34 jaar | 12 |
| 35 tot en met 39 jaar | 11 |
| 40 tot en met 44 jaar | 12 |
| 45 tot en met 49 jaar | 12 |
| 50 tot en met 64 jaar | 24 |
| 65 jaar en ouder | 13 |
| | 100 |

Tabel P-3 *Welstandsklasse van de publieksgroep (N = 848)*

| | % |
|--------------------------|-----|
| welgesteld | 10 |
| middenklasse | 38 |
| hogere volksklasse | 43 |
| lagere volksklasse | 9 |
| | 100 |

Tabel P-4 *Regionale spreiding van de publieksgroep (N = 848)*

| | % |
|---|-----|
| Noorden | 11 |
| (Friesland, Groningen, Drente) | |
| Oosten | 17 |
| (Overijssel en Gelderland) | |
| Zuiden | 21 |
| (Zeeland, Noord-Brabant en Limburg) | |
| Westen zonder grote steden | 28 |
| (Noord- en Zuid-Holland en Utrecht) | |
| Westen grote steden | 23 |
| (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht) | |
| | 100 |

Tabel P-5 *Opleiding van de publieksgroep (N = 848)*

| | % |
|--|-----|
| alleen lagere school (LS) | 28 |
| L.S. + vakschool, vakopleiding (bijv. LTS), huishoudschool, avondopleiding | 26 |
| (M)ULO, 3-jarige HBS, Handelsschool | 17 |
| idem + vakschool, vakopleiding, avondopleiding (Bijv. UTS) | 10 |
| 5-jarige HBS, Lyceum, Gymnasium, MMS, HAVO, Kweekschool | 8 |
| idem + vakschool, vakopleiding, avondopleiding, (bijv. TTS) | 6 |
| Universiteit, Technische Hoge School, Notariaat, Accountancy, etc. | 5 |
| | 100 |

Tabel A-1 *Leeftijd van de geïnterviewde huisartsen (N = 201)*

| | % |
|-----------------------------|-----|
| jonger dan 35 jaar | 13 |
| 36 tot en met 40 jaar | 19 |
| 41 tot en met 45 jaar | 21 |
| 46 tot en met 50 jaar | 10 |
| 51 tot en met 55 jaar | 11 |
| 56 tot en met 60 jaar | 12 |
| 61 tot en met 65 jaar | 10 |
| ouder dan 65 jaar | 4 |
| | 100 |

Tabel A-2 *Het al dan niet gehuwd zijn van de geïnterviewde huisartsen (N = 201)*

| | % |
|----------------------|-----|
| gehuwd | 96 |
| gehuwd geweest | 1 |
| vrijgezel | 3 |
| | 100 |

Tabel A-3 *Het bezit van kinderen bij de geïnterviewde huisartsen (N = 201)*

| | % |
|---------------------------|-----|
| 1 kind | 6 |
| 2 kinderen | 18 |
| 3 kinderen | 30 |
| 4 kinderen | 21 |
| 5 kinderen | 9 |
| 6 kinderen | 5 |
| meer dan 6 kinderen | 5 |
| geen kinderen | 6 |
| | 100 |

Tabel A-4 *Het beroep van de vader van de geïnterviewde huisartsen (N = 201)*

| | % |
|--|-----|
| academicus, geen medicus | 32 |
| medicus | 24 |
| geen academicus, wel hoge maatschappelijke positie | 17 |
| middenstander | 10 |
| arbeider | 9 |
| boer | 5 |
| anders | 3 |
| | 100 |

Tabel A-5 *In hoeverre de geïnterviewde huisartsen zich rekenen tot een bepaald kerkgenootschap (N = 201)*

| | % |
|---|-----|
| rooms katholiek | 28 |
| nederlands hervormd | 18 |
| gereformeerd | 13 |
| overig christelijk | 8 |
| overig niet-christelijk | 1 |
| rekenen zich niet tot een bepaald kerkgenootschap | 32 |
| | 100 |

Tabel A-6 *De praktijk-omzet per jaar van de geïnterviewde huisartsen (N = 201)*

| | % |
|--|-----|
| minder dan f 60.000,— | 12 |
| tussen f 60.000,— en f 90.000,— | 33 |
| tussen f 90.000,— en f 120.000,— | 32 |
| meer dan f 120.000,— per jaar | 21 |
| geen opgave | 2 |
| | 100 |

Tabel A-7 *De universiteiten waaraan de geïnterviewde huisartsen studeerden (N = 201)*

| | % |
|----------------------|-----|
| Utrecht | 31 |
| Amsterdam, G.U. | 27 |
| Leiden | 22 |
| Groningen | 17 |
| Nijmegen | 7 |
| Rotterdam | 2 |
| Amsterdam, V.U. | 1 |
| Buitenland | 1 |
| | 108 |

(Sommige huisartsen studeerden aan meer dan één universiteit.)

Tabel A-8 *Het jaar waarin men met de medische studie begon, het jaar waarin men huisarts werd en het jaar waarin men als huisarts begon (N = 201)*

| | men begon | men werd huisarts | men begon als huisarts |
|---------------------|-----------|-------------------|------------------------|
| | % | % | % |
| vóór 1925 | 10 | 2 | 2 |
| 1926 tot 1935 | 22 | 13 | 9 |
| 1936 tot 1945 | 18 | 18 | 19 |
| 1946 tot 1955 | 42 | 26 | 18 |
| 1956 en later | 8 | 41 | 52 |
| | 100 | 100 | 100 |

Van de huisartsen begon de helft de studie na de tweede wereldoorlog. Meer dan de helft van de huisartsen is huisarts geworden na 1956.

4. Bij het lezen van dit rapport

Bij het lezen van dit rapport bedenke men dat het gaat om huisarts en publiek en nogmaals benadrukt niet om huisarts en patiënt. De samenstellers van het rapport realiseren zich dat niet alle vragen die kunnen rijzen in het kader van de relatieproblematiek hier zijn opgelost. Het gaat hier om een basisrapport dat op bescheiden schaal kan bijdragen aan een voor de Nederlandse gezondheidszorg noodzakelijke goede relatie tussen huisartsen en publiek. Het onderzoek vond plaats in een bepaalde tijd en is daardoor tijdsgebonden. Dit klemt te meer daar juist deze jaren een versnelde ontwikkeling van de oriëntering van de verschillende groeperingen in de maatschappij ten aanzien van elkaar te zien geven.

Het lijkt ons een dwingende eis de ontwikkeling met research voortdurend te volgen, zodat vooroordelen en andere misverstanden vanuit een wetenschappelijke achtergrond kunnen worden bestreden.

In het kader van dit rapport is het verzamelde materiaal uiteraard niet uitputtend behandeld. Dit zou de hanteerbaarheid ons inziens niet ten goede komen.

In de promotie van ondergetekende, die samen met zijn research-assistenten, de heren J. E. van Lil en N. Th. J. Zonneveld ook dit onderzoek uitvoerde, zal op bepaalde interessante lijnen zoals die der „agressie” verder worden ingegaan.

Amsterdam, april 1970

Drs. L. de Vries

HOOFDSTUK I

De image van de huisarts

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op het beeld dat de Nederlandse bevolking van de huisarts heeft: hoe ziet men zijn werk, welke motieven vermoedt men achter zijn beroepskeuze, wat is, in vergelijking, het prestige van zijn beroep, in welke mate kent men hem een aantal eigenschappen toe die hier relevant zijn?

1. Een eerste beroepsevaluatie

Weinig verschil van mening blijkt er te bestaan over het feit dat „huisarts met praktijk” een zwaar beroep is. Niet alleen geeft 82% van de onder-vraagde artsen desgewenst te kennen dat hier van een zwaar beroep moet worden gesproken, ook het publiek is het daar in zeer sterke mate mee eens: 91%. De huisartsen nemen ook aan dat het publiek dit duidelijk ziet en geconcludeerd mag dus worden dat er ten aanzien van de beroepszwaarte geen misverstand in de relatie huisarts-publiek aanwezig is. Onderstaande tabellen geven hiervan een systematisch overzicht.

Tabel I-1 *Beroepszwaarte, zoals huisartsen het zien*
(N = 201)

| | % |
|---|-----|
| huisarts zijn met een praktijk is: | |
| een zwaar beroep | 82 |
| een gemakkelijk beroep | 1 |
| een beroep als ieder ander beroep | 17 |
| | 100 |

Tabel I-2 *Beroepszwaarte, zoals het publiek het ziet*
(N = 848)

| | % |
|--|-----|
| huisarts zijn met een praktijk is volgens het publiek: | |
| een zwaar beroep | 91 |
| een gemakkelijk beroep | 1 |
| een beroep als ieder ander beroep | 8 |
| | 100 |

Tabel I-3 *Beroepszwaarte zoals de huisartsen denken dat het gezien wordt, in vergelijking met de beroepszwaarte zoals het publiek het ziet*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| huisarts zijn met een praktijk is: | | |
| een zwaar beroep | 84 | 91 |
| een gemakkelijk beroep | 4 | 1 |
| een beroep als ieder ander beroep ... | 12 | 8 |
| | 100 | 100 |

Nog concreter wordt een en ander gedemonstreerd wanneer gevraagd wordt naar het gemiddeld aantal uren dat de huisarts per week aan zijn praktijk besteedt. Huisartsen geven aan gemiddeld 65 uur per week aan de praktijk te besteden, ook het publiek schat een gelijk aantal uren en tenslotte verwacht de huisarts ook dat dit door het publiek gezien wordt. In tabellen:

Tabel I-4 *Het gemiddeld aantal uren dat de huisartsen opgeven per week aan hun praktijk te besteden, vergeleken met de schatting daarvan door het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| minder dan 45 uur | 3 | 4 |
| 45 tot en met 64 uur | 49 | 52 |
| 65 uur en meer | 48 | 41 |
| geen antwoord | — | 3 |
| | 100 | 100 |

Het gemiddeld aantal uren bij de opgave door huisartsen:

65 uur

Het gemiddeld aantal uren dat het publiek schat: 65 uur

Tabel I-5 *Het gemiddeld aantal uren dat per week door een huisarts aan zijn praktijk besteed wordt, zoals artsen denken dat het gezien wordt, in vergelijking met de schatting van het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| minder dan 45 uur | 4 | 4 |
| 45 tot en met 64 uur | 58 | 52 |
| 65 uur en meer | 34 | 41 |
| geen antwoord | 4 | 3 |
| | 100 | 100 |

Het gemiddelde bij de huisartsenschatting: 65 uur.

De opvattingen over de beroepszwaarte sluiten min of meer logisch aan bij het, zowel bij de meerderheid van huisartsen als bij de meerderheid van publiek, levende idee dat er in Nederland te weinig huisartsen zijn. Toch treden hier wel enige verschillen op: bij de huisartsen is meer dan $\frac{3}{4}$ er van overtuigd dat er te weinig huisartsen zijn; bij het publiek is deze groep kleiner, namelijk $\frac{2}{3}$ van het totaal.

De vraag aan de huisartsen in welke mate men verwacht dat het publiek oog heeft voor het tekort wordt door de huisartsen dan ook min of meer terecht, ietwat somber beantwoord. Toch is het publiek in deze, zoals de percentages in tabel I-8 aan-

tonen, aan de andere kant in iets meerdere mate begrijpend dan de huisartsen vermoeden. Bij uitsplitsingen naar leeftijd, geslacht en welstand werden hier, evenals bij de vorige tabellen, geen verschillen in opvatting geconstateerd.

Tabel I-6 *Het huisartsenbestand in Nederland volgens huisartsen (N = 201)*

| | % |
|----------------------------|-----|
| er zijn er te veel | 2 |
| er zijn er te weinig | 77 |
| er zijn er genoeg | 21 |
| | 100 |

Tabel I-7 *Het huisartsenbestand in Nederland volgens het publiek (N = 848)*

| | % |
|----------------------------|-----|
| er zijn er te veel | 2 |
| er zijn er te weinig | 65 |
| er zijn er genoeg | 32 |
| geen antwoord | 1 |
| | 100 |

Tabel I-8 *Het huisartsenbestand in Nederland zoals huisartsen denken dat het gezien wordt, in vergelijking met het huisartsenbestand zoals het publiek dat ziet*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|----------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| er zijn er te veel | 2 | 2 |
| er zijn er te weinig | 52 | 65 |
| er zijn er genoeg | 40 | 32 |
| geen antwoord | 6 | 1 |
| | 100 | 100 |

Ook ten aanzien van de jaarverdiensten van de huisarts treden enige misverstanden op: huisartsen hebben het idee dat hun inkomen nogal hoog geschat wordt door het publiek, tenminste gezien de werkelijke schatting door het publiek. Ernstiger dan dit misverstand, dat ten dele ook ligt aan het begrensde voorstellingsvermogen van bepaalde groeperingen in deze, is het feit dat de artsen er niet zo van overtuigd zijn dat het publiek ook vindt dat hun dit inkomen toekomt. Een derde van de huisartsen vermoedt zelfs dat het publiek wel zal vinden dat zij eigenlijk minder zouden moeten verdienen, een mening die bij het publiek slechts bij 9% werd aangetroffen. Opmerkelijk is in dit kader ook de 14% van het publiek dat de mening is toegedaan dat de huisartsen juist meer zouden moeten verdienen:

Tabel I-9 *De jaarverdienste van een huisarts volgens het publiek (N = 848)*

| | % |
|--|-----|
| f 40.000,— en minder | 30 |
| f 41.000,— tot en met f 69.000,— | 36 |
| f 70.000,— tot en met f 99.000,— | 15 |
| f 100.000,— en meer | 10 |
| geen antwoord | 9 |
| | 100 |

Het gemiddelde is f 57.244,—.

Tabel I-10 *De jaarverdienste van een huisarts zoals huisartsen denken dat het gezien wordt in vergelijking met de jaarverdienste zoals het publiek dat ziet*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|--|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| f 40.000,— en minder | 11 | 30 |
| f 41.000,— tot en met f 69.000,— | 39 | 36 |
| f 70.000,— tot en met f 99.000,— | 15 | 15 |
| f 100.000,— en meer | 28 | 10 |
| geen antwoord | 7 | 9 |
| | 100 | 100 |

Het gemiddelde bij de huisartsenschatting is f 70.481,—.

Tabel I-11 *De redelijkheid van de (geschatte) jaarverdienste zoals de huisartsen denken dat het gezien wordt, in vergelijking met de redelijkheid zoals het publiek die ziet*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|---|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| komt de huisarts toe | 52 | 66 |
| de huisarts zou juist meer moeten hebben .. | 2 | 14 |
| de huisarts zou juist minder moeten hebben .. | 34 | 9 |
| geen mening | 12 | 11 |
| | 100 | 100 |

Samenvattend mag dus gesteld worden dat er in de relatie tussen huisarts en publiek geen misverstanden aanwezig zijn waar het gaat om het vele en zware werken van de huisarts. Wel heeft het publiek wat minder oog voor de schaarste aan huisartsen, zoals deze die zelf veelal stellen en tenslotte lijkt het er sterk op, dat het inkomen van de huisarts hun meer van harte gegund wordt dan de huisartsen vermoeden.

2. De beroepsmotivatie

Naar aanleiding van het vooronderzoek werd ten aanzien van het waarom van het huisarts worden

een onderscheid gemaakt tussen status, inkomen, roeping en wetenschappelijke interesse. Omdat oorspronkelijk vermoed werd dat het beeld van de huisartsen in het algemeen bij het publiek nog wel eens zou kunnen verschillen van het beeld dat men van de eigen huisarts heeft, werd onder meer met betrekking tot de vermoede beroepsmotivatatie de vraag aan het publiek zowel gesteld, betrokken op de huisartsen in het algemeen als betrokken op de eigen huisarts.

Het publiek neemt aan, zo blijkt uit het onderzoek, dat men huisarts wordt vooral vanuit interesse voor de medische wetenschap en vanuit een menslievendheid in de zin van „roeping”. Slechts 16% van het publiek vermoedt dat ofwel status ofwel verdienste de belangrijkste drijfveer bij de huisarts is geweest. Ook blijkt dat men in deze geen verschil maakt als het gaat om huisartsen in het algemeen of de eigen huisarts.

Interessant is het dat de huisartsen bij het publiek een heel ander beeld vermoeden: wel verwacht men, in vrij sterke mate zelfs, dat het publiek de factor roeping zal onderkennen, maar daarnaast verwacht men toch vooral dat het publiek een motivatie rondom status en verdienste zal accentueren. Dat het publiek zo'n sterke nadruk zou leggen op de interesse voor de medische wetenschap werd slechts door een zeer kleine groep huisartsen verondersteld.

Verdelen wij voor het gemak de motieven in ideale en niet ideale drijfveren, dan mag geconcludeerd worden dat het publiek de huisartsen met inbegrip van de eigen huisarts, qua beroepsmotivatatie zeer ideëel ziet. Tegelijkertijd wordt duidelijk dat de huisartsen wat dit betreft het publiek niet juist aanvoelen: in vrij belangrijke mate verwachten zij dat het publiek hun een niet-ideële motivatie zal toeschrijven. Bij uitsplitsingen bleek overigens nog dat vrouwen meer de neiging hebben de roeping te benadrukken en dat mannen meer dan vrouwen oog hebben voor de factor verdienste. Beiden kennen overigens qua volgorde dezelfde factoren aan de beroepsmotivatatie toe.

Tabel I-12 De beroepsmotivatatie van de huisartsen in het algemeen zoals het publiek die ziet (N = 848)

| | in de eerste plaats | in de tweede plaats | in de derde plaats | in de vierde plaats | index |
|--|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------|
| <i>het gaat om:</i> | % | % | % | % | |
| maatschappelijke positie en aanzien | 7 | 13 | 43 | 37 | 3.1 |
| financiële positie, de verdiensten | 9 | 14 | 35 | 42 | 3.1 |
| menslievendheid, dus roeping | 43 | 30 | 11 | 16 | 2.0 |
| de interesse voor de medische wetenschap . | 41 | 43 | 11 | 5 | 1.8 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 10 |

Tabel I-13 De beroepsmotivatatie van de eigen huisarts zoals het publiek die ziet (N = 848)

| | in de eerste plaats | in de tweede plaats | in de derde plaats | in de vierde plaats | index |
|--|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------|
| <i>het gaat hem om:</i> | % | % | % | % | % |
| maatschappelijke positie en aanzien | 7 | 11 | 36 | 46 | 3.2 |
| financiële positie, de verdiensten | 6 | 15 | 40 | 38 | 3.1 |
| menslievendheid, dus roeping | 46 | 29 | 13 | 12 | 2.0 |
| de interesse voor de medische wetenschap . | 41 | 45 | 11 | 4 | 1.7 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 10 |

Tabel I-14 De beroepsmotivatatie van de huisarts zoals de huisartsen denken dat dit gezien wordt door het publiek (N = 201)

| | in de eerste plaats | in de tweede plaats | in de derde plaats | in de vierde plaats | index |
|--|---------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------|
| <i>men denkt dat het gaat om:</i> | % | % | % | % | |
| maatschappelijke positie en aanzien | 14 | 30 | 35 | 22 | 2.7 |
| financiële positie, de verdiensten | 20 | 38 | 27 | 15 | 2.4 |
| menslievendheid, dus roeping | 60 | 12 | 18 | 8 | 1.7 |
| de interesse voor de medische wetenschap . | 6 | 20 | 20 | 55 | 3.2 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 10 |

3. Het beroepsprestige

Min of meer aansluitend bij het werk van Prof. F. van Heek en Prof. G. Kuiper, zoals beschreven in „Sociale Stijging en Daling in Nederland”, werd ook in dit onderzoek een vergelijking gemaakt tussen het beroepsprestige van verschillende beroepen waaronder dat van „dokter”.

In de vraagstelling werd gesproken van het beroep of de functie waar men het meest tegen op zag, welke daarna, enz. Omdat bij het vooronderzoek bleek dat dit voor een vrij grote groep van de bevolking op weerstanden stuitte, werd de vraag hoe men de volgorde zag, ingeleid met een vraagstelling rondom de volgorde die hotelpersoneel zou aangeven. Deze indirecte techniek bleek zonder bezwaar te kunnen worden gebruikt. In de gegeven groep van 9 beroepen en functies bleek het publiek

het meest op te kijken tegen de professor en het minst tegen de toneelspeler. De dokter kwam voor het publiek op de vierde plaats.

Ook aan de huisartsen werd gevraagd de volgorde aan te brengen, die men bij het publiek vermoedt. Geconcludeerd mag worden uit een vergelijking van beide rangordes, dat de huisartsen een juist idee hebben van het beroepsprestige, dat hun door het publiek wordt toegekend. Minder juist schatten de huisartsen de ideeën van het publiek als het gaat om de professor en de psycholoog: aan de professor wordt door het publiek een veel lager, aan de psycholoog een veel hoger (relatief) beroepsprestige toegekend dan de huisartsen vermoeden.

In onderstaande tabel zijn de resultaten van de vraagstelling hier als indices verwerkt, waarbij het eerst gekozen beroep de waarde 1, het tweede de waarde 2, enz. werd gegeven.

Tabel I-15 *Het prestige van het beroep huisarts zoals het publiek dat ziet (N = 848)*

| <i>volgorde van de voorgelegde beroepen en functies:</i> | |
|--|-----|
| professor | 3.2 |
| specialist | 3.5 |
| burgemeester grote gemeente | 3.9 |
| dokter | 4.2 |
| directeur groot bedrijf | 5.1 |
| psycholoog | 5.4 |
| advokaat | 5.7 |
| notaris | 6.1 |
| toneelspeler | 7.5 |

Tabel I-16 *Het prestige van het beroep huisarts zoals huisartsen denken dat het gezien wordt in vergelijking met het prestige dat er door het publiek aan wordt gegeven*

| | huisartsen (N = 201) index | publiek (N = 848) index |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| professor | 1.8 | 3.2 |
| specialist | 3.2 | 3.5 |
| burgemeester grote gemeente | 3.3 | 3.9 |
| dokter | 4.4 | 4.2 |
| directeur groot bedrijf | 5.0 | 5.1 |
| psycholoog | 7.6 | 5.4 |
| advocaat | 6.1 | 5.7 |
| notaris | 5.1 | 6.1 |
| toneelspeler | 8.5 | 7.5 |

4. Eigenschappen van een huisarts

Tenslotte werd in het kader van de image-analyse nagegaan in welke mate men een vijftiental termen, namelijk:

| | | |
|-----------------|---------------------|--------------|
| vriendelijk | intelligent | deskundig |
| conservatief | verwaand | idealistisch |
| kortaf | standsbewust | eigenwijs |
| bescheiden | algemeen ontwikkeld | begrijpend |
| materialistisch | autoritair | gewoon |

toekende aan de ideale huisarts, de huisartsen in het algemeen en de eigen huisarts. Men kon deze termen toewijzen volgens de schaal: *past heel goed, goed, niet goed en niet slecht, slecht, heel slecht*.

Hierbij bleek dat het publiek weinig verschil aanbrengt tussen de eigenschappen die een ideale huisarts zou moeten hebben, die van de huisartsen in het algemeen en die van de eigen huisarts. Met andere woorden: *de image van de Nederlandse huisarts is bij het publiek vrijwel optimaal*.

Hij wordt vooral gezien als deskundig, intelligent, algemeen ontwikkeld, vriendelijk en begrijpend. Hij is zeker niet eigenwijs en verwaand. En daar waar het erop zou lijken dat een bepaalde positieve eigenschap niet in zo sterke mate aan huisartsen wordt toegekend blijkt dit toch met het ideaal overeen te stemmen: weliswaar vindt men bijvoorbeeld de huisarts niet in hoge mate bescheiden, maar - gezien het beeld van de ideale huisarts - een huisarts mag ook niet zo verschrikkelijk bescheiden zijn.

Uit de volgende tabellen en grafieken zal blijken dat het beeld van de eigen huisarts zich consequent bevindt tussen dat van de ideale huisarts en dat van de huisartsen in het algemeen.

Tabel I-17 *De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de ideale huisarts (N = 848)*

| | heel | goed | niet goed en niet slecht | slecht | heel slecht | index |
|------------------------|------|------|-----------------------------|--------|-------------|-------|
| | % | % | % | % | % | |
| vriendelijk | 51 | 45 | 4 | — | — | 1.53 |
| conservatief | 3 | 15 | 24 | 41 | 17 | 3.54 |
| kortaf | 1 | 9 | 12 | 48 | 30 | 3.97 |
| bescheiden | 9 | 45 | 22 | 22 | 2 | 2.63 |
| materialistisch | 1 | 17 | 25 | 38 | 19 | 3.57 |
| intelligent | 68 | 29 | 2 | 1 | — | 1.36 |
| verwaand | — | 2 | 4 | 31 | 63 | 4.55 |
| standsbewust | 7 | 27 | 18 | 32 | 16 | 3.23 |
| algemeen ontwikkeld .. | 63 | 35 | 2 | — | — | 1.39 |
| autoritair | 4 | 24 | 20 | 35 | 17 | 3.37 |
| deskundig | 89 | 10 | 1 | — | — | 1.12 |
| idealistisch | 29 | 50 | 14 | 6 | 1 | 2.00 |
| eigenwijs | — | 4 | 9 | 42 | 45 | 4.28 |
| begrijpend | 64 | 34 | 1 | 1 | — | 1.39 |
| gewoon | 33 | 50 | 7 | 1 | — | 1.76 |

Tabel I-18 *De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de huisartsen in het algemeen (N = 848)*

| | heel goed | goed | niet goed en niet slecht | slecht | heel slecht | index |
|------------------------|-----------|------|-----------------------------|--------|-------------|-------|
| | % | % | % | % | % | |
| vriendelijk | 32 | 59 | 7 | 2 | — | 1.79 |
| conservatief | 3 | 24 | 29 | 36 | 8 | 3.22 |
| kortaf | 2 | 17 | 22 | 46 | 13 | 3.51 |
| bescheiden | 7 | 43 | 26 | 22 | 2 | 2.63 |
| materialistisch | 6 | 24 | 30 | 31 | 9 | 3.13 |
| intelligent | 47 | 48 | 4 | 1 | — | 1.59 |
| verwaand | — | 4 | 14 | 52 | 30 | 4.08 |
| standsbewust | 11 | 40 | 22 | 21 | 6 | 2.71 |
| algemeen ontwikkeld .. | 44 | 51 | 3 | 2 | — | 1.63 |
| autoritair | 5 | 30 | 26 | 30 | 9 | 3.08 |
| deskundig | 60 | 36 | 3 | 1 | — | 1.45 |
| idealistisch | 15 | 55 | 21 | 9 | 1 | 2.29 |
| eigenwijs | 1 | 12 | 17 | 49 | 21 | 3.77 |
| begrijpend | 35 | 57 | 6 | 2 | — | 1.75 |
| gewoon | 18 | 58 | 18 | 5 | 1 | 2.13 |

Tabel I-19 *De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de eigen huisarts (N = 848)*

| | heel goed | goed | niet goed en niet slecht | slecht | heel slecht | index |
|------------------------|-----------|------|-----------------------------|--------|-------------|-------|
| | % | % | % | % | % | |
| vriendelijk | 49 | 41 | 7 | 3 | — | 1.64 |
| conservatief | 4 | 20 | 21 | 39 | 16 | 3.43 |
| kortaf | 3 | 16 | 12 | 47 | 22 | 3.69 |
| bescheiden | 10 | 55 | 19 | 13 | 3 | 2.44 |
| materialistisch | 3 | 21 | 32 | 32 | 12 | 3.29 |
| intelligent | 43 | 51 | 4 | 2 | — | 1.65 |
| verwaand | 1 | 4 | 7 | 46 | 42 | 4.24 |
| standsbewust | 8 | 31 | 20 | 29 | 12 | 3.06 |
| algemeen ontwikkeld .. | 40 | 53 | 6 | 1 | — | 1.68 |
| autoritair | 3 | 21 | 19 | 41 | 16 | 3.46 |
| deskundig | 51 | 41 | 6 | 1 | — | 1.56 |
| idealistisch | 15 | 45 | 27 | 11 | 2 | 2.40 |
| eigenwijs | 3 | 10 | 13 | 49 | 25 | 3.83 |
| begrijpend | 41 | 50 | 5 | 3 | 1 | 1.73 |
| gewoon | 28 | 59 | 8 | 4 | 1 | 1.91 |

Het beeld dat het publiek van de Nederlandse huisarts heeft blijkt nauwelijks te verschillen van het beeld dat de huisartsen van zichzelf geven en het beeld dat zij vermoeden dat het publiek heeft. Weliswaar hebben de huisartsen het idee dat het publiek wellicht iets minder positief over hen denkt dan zij zelf doen, maar veel naam mag dit verschil, dat het karakter van een zekere bescheidenheid heeft, zeker niet hebben.

Het totaal overziende mag hier geconcludeerd worden dat de huisartsen zichzelf vrij ideaal zien,

dat het publiek dat ook doet en dat de huisarts dit laatste vermoedt. Van een misverstand in de relatie huisarts-publiek is hier generaal gesteld dus geen sprake.

Tabel I-20 *De mate waarin de huisartsen zichzelf bepaalde eigenschappen toekennen (N = 201)*

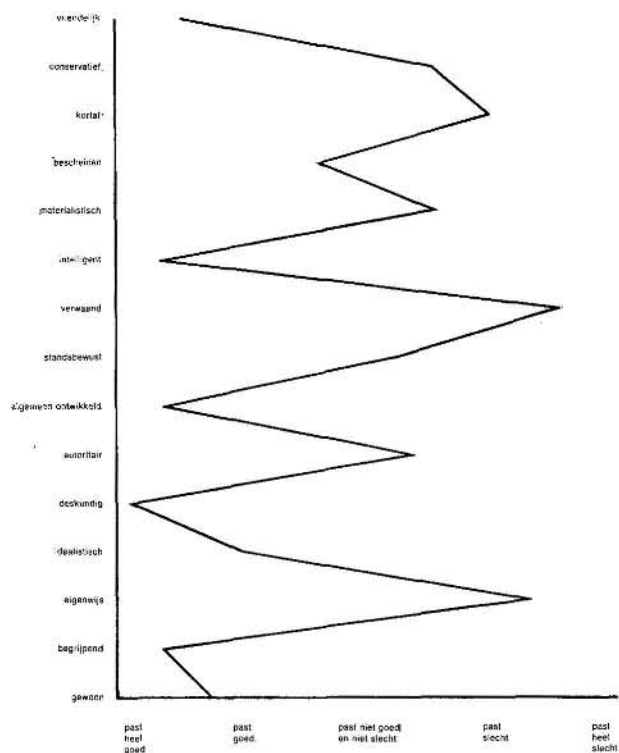
| | heel goed | goed | niet goed en niet slecht | slecht | heel slecht | index |
|------------------------|-----------|------|-----------------------------|--------|-------------|-------|
| | % | % | % | % | % | |
| vriendelijk | 41 | 54 | 5 | — | — | 1.64 |
| conservatief | 4 | 22 | 33 | 36 | 5 | 3.16 |
| kortaf | 1 | 7 | 22 | 54 | 16 | 3.77 |
| bescheiden | 14 | 50 | 24 | 11 | 1 | 2.35 |
| materialistisch | 1 | 12 | 27 | 41 | 19 | 3.65 |
| intelligent | 48 | 45 | 5 | 2 | — | 1.58 |
| verwaand | 1 | 2 | 6 | 50 | 41 | 4.28 |
| standsbewust | 8 | 38 | 28 | 19 | 7 | 2.79 |
| algemeen ontwikkeld .. | 47 | 41 | 7 | 5 | — | 1.7 |
| autoritair | 4 | 26 | 28 | 34 | 8 | 3.16 |
| deskundig | 61 | 36 | 3 | — | — | 1.42 |
| idealistisch | 32 | 48 | 15 | 4 | 1 | 1.94 |
| eigenwijs | 3 | 10 | 13 | 50 | 24 | 3.82 |
| begrijpend | 53 | 44 | 3 | — | — | 1.5 |
| gewoon | 28 | 55 | 13 | 3 | 1 | 1.94 |

Tabel I-21 *De mate waarin het publiek de huisartsen bepaalde eigenschappen toekent volgens de huisartsen (N = 201)*

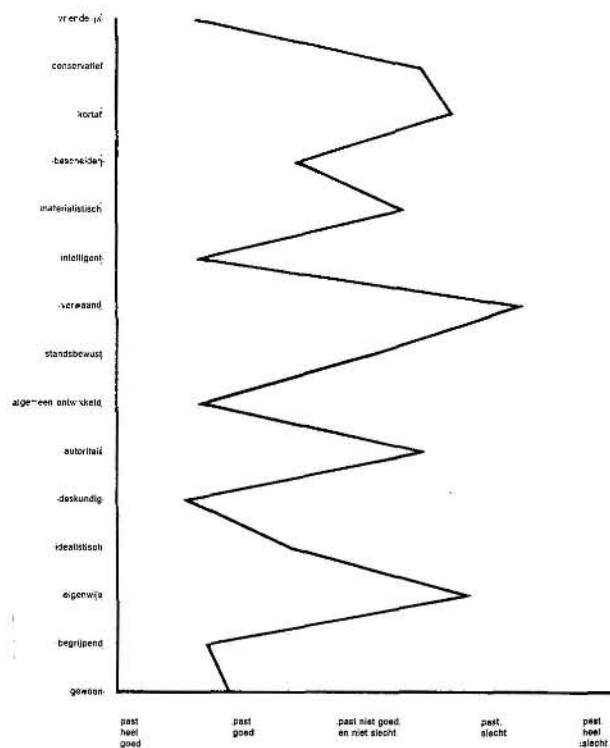
| | heel goed | goed | niet goed en niet slecht | slecht | heel slecht | index |
|------------------------|-----------|------|-----------------------------|--------|-------------|-------|
| | % | % | % | % | % | |
| vriendelijk | 13 | 71 | 11 | 5 | — | 2.08 |
| conservatief | 3 | 37 | 30 | 28 | 2 | 2.89 |
| kortaf | 3 | 24 | 24 | 42 | 7 | 3.26 |
| bescheiden | 2 | 35 | 35 | 26 | 2 | 2.91 |
| materialistisch | 10 | 31 | 16 | 34 | 9 | 3.01 |
| intelligent | 30 | 61 | 8 | 1 | — | 1.8 |
| verwaand | 1 | 8 | 22 | 57 | 12 | 3.71 |
| standsbewust | 13 | 46 | 23 | 16 | 2 | 2.48 |
| algemeen ontwikkeld .. | 29 | 63 | 7 | 1 | — | 1.8 |
| autoritair | 10 | 44 | 17 | 27 | 2 | 2.67 |
| deskundig | 34 | 52 | 12 | 2 | — | 1.82 |
| idealistisch | 17 | 28 | 21 | 13 | 1 | 2.33 |
| eigenwijs | 3 | 19 | 20 | 53 | 5 | 3.38 |
| begrijpend | 24 | 69 | 6 | 1 | — | 1.84 |
| gewoon | 10 | 51 | 28 | 9 | 2 | 2.42 |

Voor de grafieken, die corresponderen met de tabellen I-17 tot en met I-21, zie de volgende twee bladzijden.

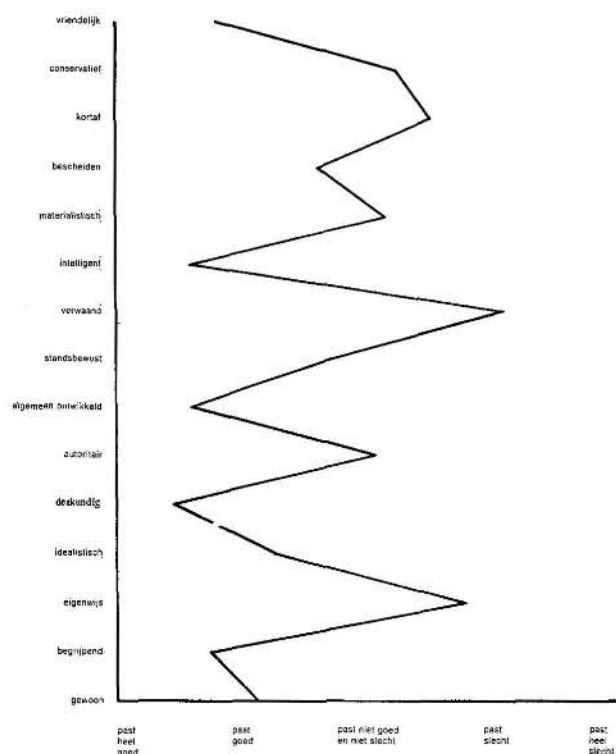
Tabel I-17 De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de ideale huisarts (N = 848)



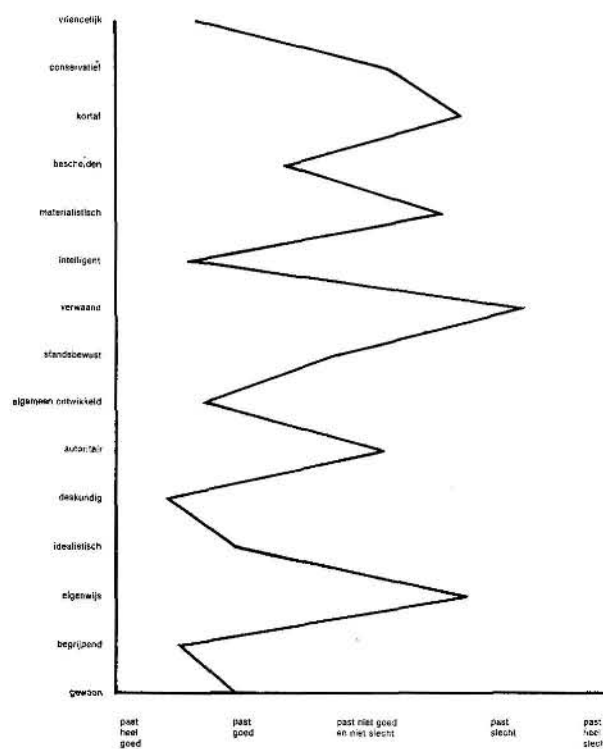
Tabel I-19 De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de eigen huisarts (N = 848)



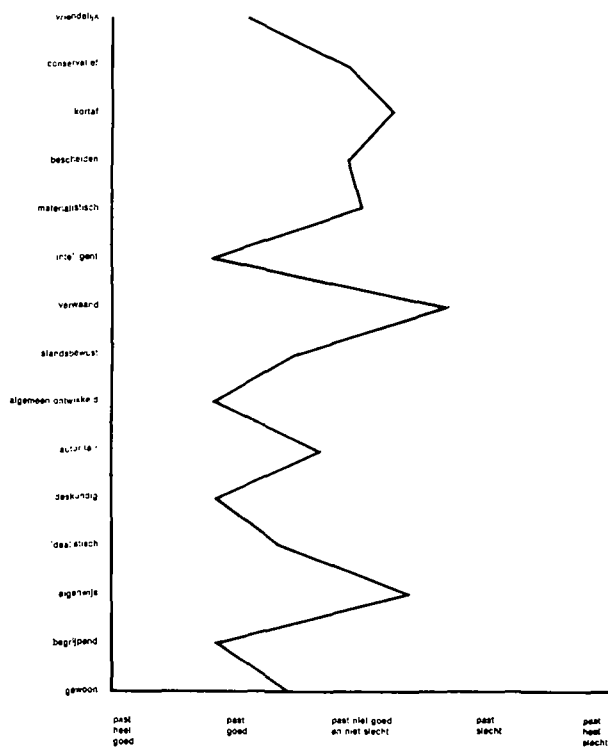
Tabel I-18 De mate waarin het publiek bepaalde eigenschappen toekent aan de huisartsen in het algemeen (N = 848)



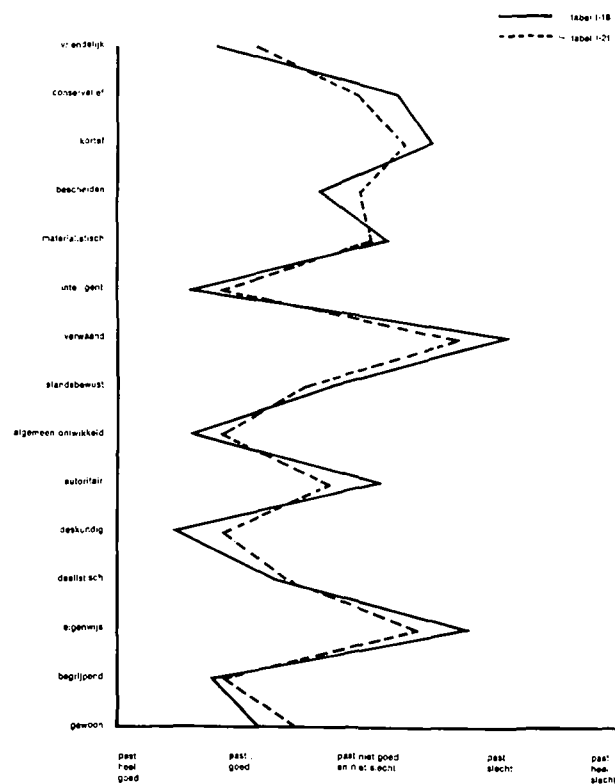
Tabel I-20 De mate waarin de huisartsen zichzelf bepaalde eigenschappen toekennen (N = 201)



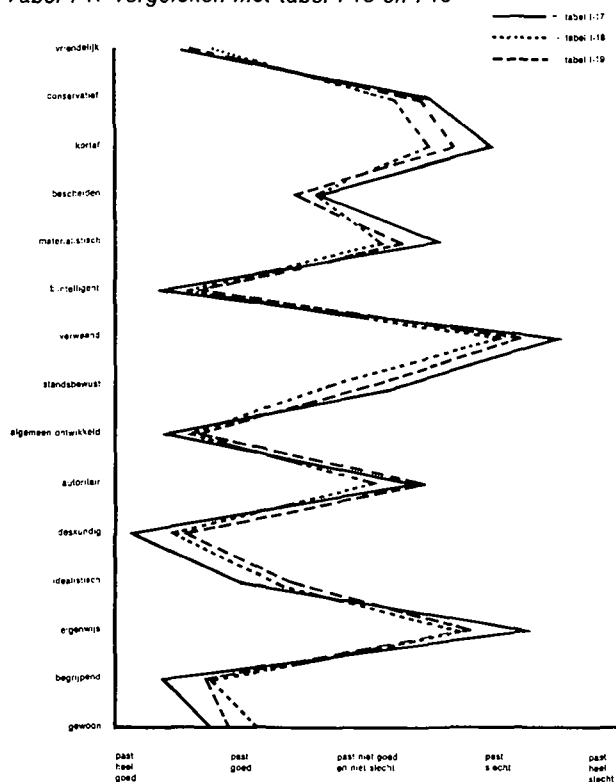
Tabel I-21 De mate waarin het publiek de huisartsen bepaalde eigenschappen toekent volgens de huisartsen (N = 201)



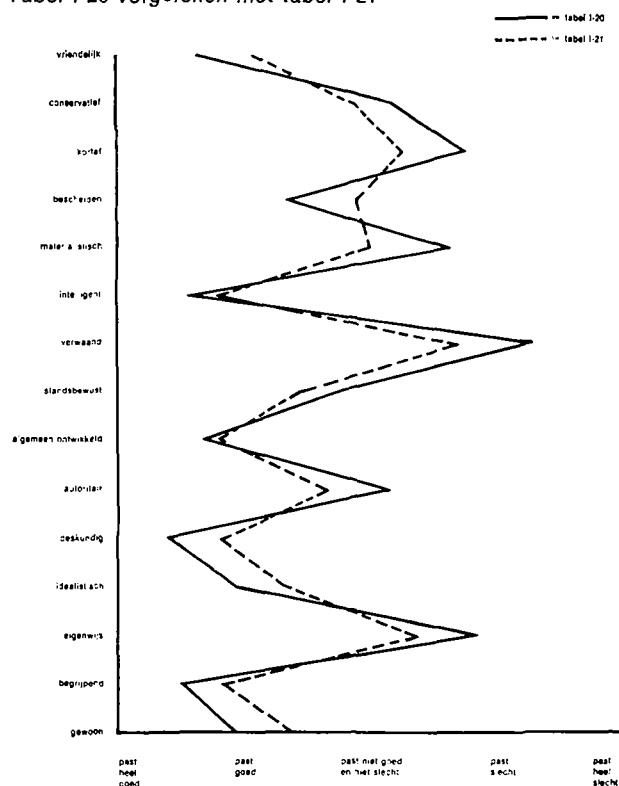
Tabel I-18 vergeleken met tabel I-21



Tabel I-17 vergeleken met tabel I-18 en I-19



Tabel I-20 vergeleken met tabel I-21



HOOFDSTUK II

De attitude tegenover de huisarts

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de instelling die het publiek tegenover de Nederlandse huisarts heeft. In welke mate verschilt die instelling in algemene zin van de instelling tegenover de gemiddelde ander? Speciale aandacht zal worden gegeven aan de vraag of de Nederlander, die als particulier patiënt kan worden getypeerd, in deze verschilt van de zogenaamde ziekenfondspatiënt. Weliswaar gaat het hier uiteraard ook en vooral om een verschil in klasse, maar voor een toepassing van de resultaten van het onderzoek is de onderscheiding „fonds”-particulier” uiteraard relevanter.

1. De algemene instelling in het maatschappelijk verkeer

Benaderd vanuit verschillende gezichtshoeken werd nagegaan in hoeverre het Nederlandse publiek de bereidheid heeft de huisarts anders te moeten te treden dan de gemiddelde burger. Voor een relatief grote groep bleek dit inderdaad het geval. Bijna de helft van de Nederlandse volwassen bevolking vindt bijvoorbeeld dat je de dokter, ook buiten de relatie arts-patiënt met meer respect dient te behandelen dan een ander. Het zijn zoals uit de hierna volgende tabel blijkt vooral de ziekenfondspatiënten, die in meerdere mate dan de particulieren deze mening zijn toegedaan.

Tabel II-1 *Vindt u dat je iemand die dokter is, ook in het dagelijks leven toch met iets meer respect moet behandelen dan een ander?*

| | ziekenfonds (N = 481) | particulier (N = 356) | totaal (N = 848) |
|-----------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| ja | 51 | 36 | 44 |
| nee | 49 | 64 | 56 |
| | 100 | 100 | 100 |

Ook bleek er een verschil met leeftijd aanwezig: ouderen vinden in meerdere mate dat respect aanwezig dient te zijn.

Een volgende vraag handelde concreter over de vraag of men voor een dokter eerder bereid zou zijn iets te doen. De overgrote meerderheid bleek hiertoe niet bereid, slechts 15% verklaart zich wel bereid. Het verschil in opvatting tussen „fonds” en „particulier” blijkt ook hier, zij het gering, aanwezig. Naar leeftijd gemeten bleken hier geen verschillen aanwezig.

Tabel II-2 *Bent u eerder bereid iets voor iemand te doen die dokter is of zou u een dokter net zo behandelen als ieder ander?*

| | ziekenfonds (N = 481) | particulier (N = 356) | totaal (N = 848) |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| eerder bereid iets te doen | 18 | 11 | 15 |
| behandelen als ieder ander | 82 | 89 | 85 |
| | 100 | 100 | 100 |

Men vindt bij meer dan $\frac{1}{3}$ van het publiek dat de dokter zich ook eigenlijk iets meer mag veroorloven dan een ander. Ook deze opvatting wordt in sterkere mate aangetroffen bij fondspatiënten. Ook hier bleken de verschillende leeftijden geen rol te spelen.

Tabel II-3 *Vindt u dat een dokter zich in het dagelijks leven ook eigenlijk iets meer mag veroorloven dan een ander?*

| | ziekenfonds (N = 481) | particulier (N = 356) | totaal (N = 848) |
|-----------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| ja | 44 | 26 | 36 |
| nee | 56 | 74 | 64 |
| | 100 | 100 | 100 |

Dat de dokters van hun uitzonderingspositie ook wel gebruik maken is het idee van bijna de helft van het publiek. Hierover bestaat tussen „fonds” en „particulier” overigens geen verschil van mening. Tussen de verschillende leeftijdsgroepen overigens wel: 61% van de jongeren tegenover 40% van de ouderen neemt aan dat de dokter nog wel eens gebruik maakt van zijn dokter-zijn.

Tabel II-4 *Geloof u dat dokters er soms gebruik van maken dat ze dokter zijn om iets te bereiken dat voor een ander erg moeilijk is?*

| leeftijd: | 18 t/m 34 jaar (N = 239) | 35 t/m 49 jaar (N = 301) | 50 jaar en ouder (N = 308) | totaal (N = 848) |
|-----------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| | % | % | % | % |
| ja | 61 | 48 | 40 | 48 |
| nee | 26 | 35 | 38 | 34 |
| weet niet | 13 | 17 | 22 | 18 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 |

Om na te gaan ten aanzien van een aantal concrete gedragingen in hoeverre de ideeën tussen publiek en huisarts eventueel uit elkaar zouden lopen, is ook vastgesteld hoe het publiek staat tegenover de huisarts die: a. veel rookt; b. wel eens dronken is; c. gescheiden is; en hoe de huisarts denkt dat het publiek hier tegenover staat. Hierbij bleek dat:

a. een dokter die veel rookt in grote mate voor het publiek aanvaardbaar is, maar toch iets minder dan de huisartsen denken. Bij uitsplitsing bleek dat deze instelling vooral voorkomt in „fondsmilieu”, namelijk bij 25%. Ook bleken hier ouderen minder tolerant dan jongeren;

b. een dokter die weleens dronken is voor het publiek daarentegen in veel sterkere mate aanvaardbaar is dan huisartsen vermoeden. Van het publiek aanvaardt 59% de dokter die wel eens dronken is, slechts 13% van de huisartsen vermoedt een dergelijke tolerantie. In „fondsmilieu”, bij vrouwen en bij ouderen blijkt men in deze overigens minder tolerant dan respectievelijk bij „particulieren”, mannen en jongeren;

c. een dokter die gescheiden is, voor 92% van het publiek wel, voor 8% niet aanvaardbaar is. Deze grote tolerantie wordt door 1/3 van de huisartsen niet verondersteld. Hier blijken geen verschillen aanwezig tussen „fonds” en „particulier”, tussen mannen en vrouwen of tussen jongeren en ouderen.

In de volgende drie tabellen wordt van een en ander een overzicht gegeven:

Tabel II-5 *De aanvaardbaarheid van „een dokter die veel rookt”, zoals de huisartsen het zien, in vergelijking met de mening van het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| wel aanvaardbaar | 82 | 78 |
| niet aanvaardbaar | 13 | 22 |
| geen idee | 5 | — |
| | 100 | 100 |

Tabel II-6 *De aanvaardbaarheid van „een dokter die wel eens dronken is”, zoals de huisartsen het zien, in vergelijking met de mening van het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| wel aanvaardbaar | 13 | 59 |
| niet aanvaardbaar | 85 | 41 |
| geen idee | 2 | — |
| | 100 | 100 |

Tabel II-7 *De aanvaardbaarheid van „een dokter die gescheiden is”, zoals de huisartsen het zien, in vergelijking met de mening van het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|-------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| wel aanvaardbaar | 65 | 92 |
| niet aanvaardbaar | 29 | 8 |
| geen idee | 6 | — |
| | 100 | 100 |

Voorzichtig mag geconcludeerd worden dat de sociale druk op het gedrag van de huisarts, als het niet gaat om het „medische gedrag” wellicht wat minder is dan de huisartsen als groep zelf vermoeden. Dat het idee, dat het publiek de huisarts toch een bepaald gedrag voorschrijft bij huisartsen sterk leeft moge blijken uit de volgende tabel: bijna 3/4 van de huisartsen onderkent een zekere sociale druk op eigen gedrag.

Tabel II-8 *Het idee bij huisartsen dat het publiek hen een bepaald gedrag voorschrijft en dat men zich bepaalde zaken niet kan veroorloven (N = 201)*

| | % |
|---------------------------|-----|
| heeft dit idee wel | 72 |
| heeft dit idee niet | 26 |
| geen idee | 2 |
| | 100 |

Een verdieping van de instelling van het publiek tegenover de arts werd verkregen door zowel projectief als direct na te gaan of men zich anders gaat gedragen zo gauw men weet dat iemand dokter is. Geconcludeerd mag worden dat dit naar het gevoel van de meeste Nederlanders inderdaad het geval is. De attitude die ontstaat, draagt vooral het karakter van een zich aardig voordoen en het krijgen van iets onderdanigs. De volgende tabellen geven van een en ander een overzicht.

Tabel II-9 *Of het publiek weleens gemerkt heeft dat mensen zich anders gaan gedragen zo gauw ze weten dat iemand dokter is (N = 848)*

| | bij anderen | bij zichzelf |
|--------------------|----------------|-----------------|
| | % | % |
| wel gemerkt | 73 | 22 |
| niet gemerkt | 27 | 78 |
| | 100 | 100 |

Tabel II-10 *Veranderingen in het gedrag zo gauw men weet dat iemand dokter is volgens het publiek (N = 619)*

| | wel gemerkt | nooit gemerkt en geen antwoord |
|--|----------------|---|
| <i>mensen:</i> | % | % |
| beginnen over hun ziekte te praten .. | 65 | 35 = 100 |
| worden heel onderdanig | 74 | 26 = 100 |
| krijgen een veilig gevoel | 55 | 45 = 100 |
| proberen zo aardig mogelijk te zijn .. | 73 | 27 = 100 |
| doen plotseling alles voor hem | 52 | 48 = 100 |

2. Veranderingen in de instelling

Van het publiek heeft 69% het idee dat de houding van het publiek tegenover de huisarts aan het veranderen is. Bij huisartsen is dit idee in nog sterkere mate, namelijk bij 81%, aanwezig. Voorzover men in een verandering gelooft, acht het publiek dit overwegend gunstig voor de verhouding tussen publiek en huisarts.

Tabel II-11 *De indruk dat de houding van het publiek aan het veranderen is*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| hebben die indruk wel | 81 | 69 |
| hebben die indruk niet | 19 | 22 |
| geen idee | — | 9 |
| | 100 | 100 |

Tabel II-12 *Of men die verandering gunstig of ongunstig acht voor de verhouding publiek - huisarts*

| | |
|-----------------------------------|-----|
| | % |
| gunstig | 74 |
| ongunstig | 16 |
| niet gunstig/niet ongunstig | 10 |
| | 100 |

Ook andersom treden er volgens het publiek de laatste jaren veranderingen op.

Tabel II-13 *De indruk dat de houding van de huisartsen de laatste jaren aan het veranderen is, volgens het publiek (N = 848)*

| | |
|------------------------------|-----|
| | % |
| hebben die indruk wel | 68 |
| hebben die indruk niet | 30 |
| geen idee | 2 |
| | 100 |

Bij de huisartsen die een verandering waarneemen, wordt de nadruk gelegd op het feit dat het publiek vrijer is in zijn uitingen, kritischer is dan vroeger, meer populair medische kennis bezit en de huisarts niet meer als een autoriteit ziet. Dat het publiek nu ook prettiger wordt in de omgang is volgens de huisartsen niet altijd waar. Ook voor de toekomst hebben de huisartsen wat dit betreft geen grootse verwachtingen: de helft van hen neemt aan dat de instelling van het publiek onprettiger zal worden en slechts 15% verwacht in de toekomst juist een prettiger instelling.

Tabel II-14 *De mate waarin bepaalde aspecten in de houding van het publiek veranderen, volgens de huisartsen (N = 164)*

| | sterk mee eens | mee eens | niet mee eens, | niet mee oneens | mee oneens | sterk mee oneens |
|--------------------------------|-------------------|-------------|-------------------|--------------------|---------------|---------------------|
| | % | % | % | % | % | % |
| <i>het publiek:</i> | | | | | | |
| krijgt meer populair | | | | | | |
| medische kennis | 29 | 64 | 2 | 5 | — | |
| heeft te weinig respect voor | | | | | | |
| de huisarts | 2 | 23 | 20 | 52 | 3 | |
| wordt prettiger in de omgang | | | | | | |
| ziet de huisarts niet meer als | 1 | 20 | 35 | 39 | 5 | |
| autoriteit | 11 | 54 | 12 | 23 | — | |
| krijgt meer oog voor de pro- | | | | | | |
| blemen van de huisarts | 1 | 45 | 15 | 33 | 6 | |
| kent zijn plaats niet meer .. | 4 | 17 | 24 | 47 | 8 | |
| is beter voorgelicht | 11 | 49 | 16 | 23 | 1 | |
| is vrijer in z'n uitingen | 25 | 71 | 4 | — | — | |
| ziet de huisarts niet meer als | | | | | | |
| vertrouwensman | 2 | 4 | 14 | 65 | 15 | |
| wil teveel meepraten | 6 | 37 | 20 | 37 | — | |
| is veel kritischer dan vroeger | 25 | 66 | 5 | 4 | 1 | |

Tabel II-15 *Hoe de instelling van het publiek zich in de toekomst zal ontwikkelen volgens de huisartsen (N = 201)*

| | |
|------------------------------|-----|
| | % |
| zal prettiger worden | 15 |
| zal onprettiger worden | 50 |
| zal gelijk blijven | 33 |
| geen idee | 2 |
| | 100 |

Bij de publieksgroep van 68% die de indruk heeft dat de houding van de huisarts tegenover het publiek de laatste jaren verandert, bleek men desgevraagd vooral gemerkt te hebben dat men meer als een volwassen mens, minder uit de hoogte en opener behandeld werd. Overwegend maar toch in mindere mate, bleek men ook gemerkt te hebben dat de huisartsen niet meer zo'n aparte groep vormen in de maatschappij.

Tabel II-16 *De veranderingen die het publiek de laatste jaren gemerkt heeft in de relatie met de huisartsen (N = 572)*

| | wel gemerkt | niet gemerkt | geen mening |
|--|----------------|-----------------|----------------|
| | % | % | % |
| <i>de huisartsen:</i> | | | |
| behandelen je meer als een volwassen mens | 82 | 11 | 7 = 100 |
| praten veel opener met je | 78 | 16 | 6 = 100 |
| doen minder uit de hoogte | 78 | 15 | 7 = 100 |
| vormen niet meer zo'n aparte groep in de maatschappij | 69 | 22 | 9 = 100 |

Samenvattend mag geconcludeerd worden dat zowel van de kant van het publiek als van de kant van de huisartsen veranderingen worden geconstateerd in de onderlinge relatie. In grote lijnen worden deze veranderingen door het publiek als een gunstige ontwikkeling gezien, de huisartsen daarentegen zijn hier minder hoopvol gestemd.

3. Het vertrouwen in de huisarts

Volgens het publiek neemt het vertrouwen in de kundigheden van de huisarts eerder toe dan af: 39% stelt dat het vertrouwen hier geen veranderingen ondergaat, 37% stelt dat het vertrouwen toeneemt, 24% dat het juist afneemt waarbij opgemerkt dient te worden dat de laatste groep voor de helft uit personen bestaat die het afnemen van het vertrouwen niet wijten aan de medicus, maar aan de toenemende kritische houding van het publiek.

Bij de huisartsen liggen de ideeën hier min of meer andersom: weliswaar gelooft ook hier een vrij groot percentage - 43% - dat bij het publiek het vertrouwen in de kundigheden van huisartsen gelijk zal blijven maar daarnaast stelt 47% dat het afneemt en slechts 10% dat dit vertrouwen toeneemt. Ook door de artsen wordt het kritischer worden van het publiek als de voorname oorzaak gezien voor deze achteruitgang.

Tabel II-17 *Of men in het algemeen steeds meer vertrouwen krijgt in de kundigheden van de huisartsen en waarom*

| | volgens de huisartsen (N = 201) | | volgens het publiek (N = 848) | |
|--|---------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| | % | | % | |
| <i>Men krijgt:</i> | | | | |
| <i>steeds meer vertrouwen omdat:</i> | | | | |
| a. de medische wetenschap steeds meer nieuwe mogelijkheden ontdekt .. | 3 | | 16 | |
| b. de huisartsen de ontwikkeling in de medische wetenschap bijhouden | 2 | | 6 | |
| c. de huisartsen en de patiënten beter met elkaar omgaan dan vroeger | 4 | | 6 | |
| d. de huisartsen eerder bereid zijn iemand naar een specialist te sturen | 1 | 10 | 9 | 37 |
| <i>steeds minder vertrouwen omdat:</i> | | | | |
| a. de huisartsen het niet meer weten en iedereen naar de specialist sturen .. | 4 | | 4 | |
| b. de huisartsen het niet meer aan kunnen doordat ze te veel te doen hebben | 6 | | 6 | |
| c. de huisartsen de moderne ontwikkeling van de medische wetenschap niet bijhouden | 2 | | 2 | |
| d. het publiek is veel kritischer dan vroeger | 35 | 47 | 12 | 24 |
| <i>niet meer, ook niet minder vertrouwen ..</i> | | 43 | | 39 |
| | | 100 | | 100 |

Hoezeer overigens het vertrouwen in de relatie tussen huisarts en publiek van belang is moge blijken uit het feit dat zowel het publiek als de huisarts in zijn idee over het publiek op de vertrouwelijke gewone relatie een sterker accent leggen dan op een uitgebreide vakkennis.

Tabel II-18 *Wat belangrijker is, dat je met een huisarts gewoon vertrouwelijk kunt praten of dat hij alles van zijn vak weet, zoals huisartsen denken dat het gezien wordt en zoals het publiek het ziet*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|---|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| dat je gewoon vertrouwelijk kunt praten .. | 64 | 40 |
| dat de huisarts alles van zijn vak weet ... | 7 | 17 |
| allebei even belangrijk | 29 | 36 |
| geen idee | — | 7 |
| | 100 | 100 |

Vergelijkt men hier de verschillen tussen de ideeën van het publiek en die van de huisarts daarover,

dan blijkt verder nog dat het publiek toch nog een zwaarder accent legt op de vakkennis dan de huisartsen vermoeden. Een accent dat door mannen overigens zwaarder wordt gelegd dan door vrouwen (21% tegenover 14%).

4. De instelling tegenover medisch falen

Om na te gaan in hoeverre het publiek tolerant staat tegenover de huisartsen, werd het publiek gevraagd wat men zou doen in het geval dat een arts een patiënt, door een ernstige fout, zo zou behandelen dat deze er nog jaren ernstig ziek door zou zijn.

Het publiek vindt dat in een dergelijk geval: a. deze dokter zeker niet hoeft op te houden met zijn praktijk; b. de kranten er niet met naam en toenaam over moeten schrijven; c. de huisartsen het beste onderling kunnen bekijken wat er nu gebeuren moet en dat deze huisarts niet voor een gewone rechtbank zou moeten verschijnen; tenslotte zou in een dergelijk geval, indien het de eigen huisarts betrof en men hoorde ervan, 74% van het publiek geen andere huisarts nemen. Geconcludeerd mag worden dat van agressie bij de grote meerderheid van het Nederlandse publiek totaal geen sprake is integendeel, de meerderheid neemt een bijzonder begrijpende houding aan.

Tabel II-19 *Een huisarts kan natuurlijk ook fouten maken in zijn beroep. Als zoiets gebeurt en het is een vrij ernstige fout, niet met dodelijke afloop, maar bijvoorbeeld dat een patiënt zo behandeld wordt dat hij er nog jaren ernstig ziek door is, wat vindt u dan dat er eigenlijk zou moeten gebeuren? (N = 848)*

| | ja | nee | geen antwoord |
|---|----|-----|---------------|
| | % | % | % |
| Vindt u dat zoiets algemeen bekend moet worden doordat ook de kranten er met naam en toenaam over schrijven | 11 | 87 | 2 = 100 |
| Vindt u dat die dokter moet ophouden met zijn praktijk? | 4 | 92 | 4 = 100 |
| Vindt u dat de huisartsen het beste onderling kunnen bekijken wat er nu gebeuren moet? | 79 | 16 | 5 = 100 |
| Vindt u dat die huisarts voor een gewone rechtbank zou moeten verschijnen? | 24 | 70 | 6 = 100 |
| Zoudt u als u ervan hoorde en het was uw eigen huisarts een andere huisarts nemen? | 17 | 74 | 9 = 100 |

5. Fonds en particulier

Bij alle ondervraagden uit de publiekssteekproef is nagegaan welke meningen men heeft over eventuele verschillen in behandeling tussen ziekenfonds- en particuliere patiënten. Hierbij bleek dat meer dan 85% van het publiek het eens is met de uitspraken dat: *er eigenlijk geen verschil meer zou moeten zijn tussen de manier waarop de mensen zijn verzekerd en dat er in de toekomst een nationale ziektekostenverzekering zou moeten zijn*. Dat, op dit moment, particuliere patiënten een betere medische aandacht zouden krijgen, is een zaak waarover de meningen uiteenlopen. Van de 90% van het publiek dat zich hierover uitsprekt gelooft de ene helft dat dit wel, de andere helft dat dit niet het geval is. De meerderheid van het publiek gelooft niet dat de doktoren vriendelijker zijn tegen particuliere patiënten dan tegen fondspatiënten. Wel bestaat er een probleem met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen: slechts 1/3 van het publiek gelooft, dat particuliere patiënten altijd dezelfde medicijnen krijgen als de fondspatiënten, 52% gelooft dit niet, 16% heeft hierover geen mening. Opmerkelijk is dat tussen de groep in de steekproef die bij het ziekenfonds is aangesloten (57%) en tussen de particulier verzekerden (42%) over deze zaken *geen verschil van mening bestaat*.

Tabel II-20 *Meningen over het verschil in behandeling van ziekenfonds- en particuliere patiënten volgens het publiek (N = 848)*

| | mee eens | niet mee eens | geen mening |
|--|----------|------------------|----------------|
| | % | % | % |
| bij de meeste dokters krijgen particuliere patiënten een betere medische aandacht dan ziekenfondspatiënten | 43 | 47 | 10 = 100 |
| de meeste dokters zijn vriendelijker tegen een particuliere dan tegen een ziekenfondspatiënt | 35 | 53 | 12 = 100 |
| particuliere patiënten krijgen altijd dezelfde medicijnen als ziekenfondspatiënten | 32 | 52 | 16 = 100 |
| eigenlijk zou er geen verschil meer moeten zijn tussen de manier waarop de mensen zijn verzekerd . | 88 | 10 | 2 = 100 |
| in de toekomst zou er een nationale ziektekostenverzekering moeten zijn | 86 | 7 | 7 = 100 |

Ook aan de huisartsen werd voorgelegd in hoeverre zij het idee hadden dat bij de meeste doktoren wel enig verschil in attitude zou zijn als het gaat om een ziekenfonds- of een particuliere patiënt. Hierbij bleek dat huisartsen hierin (nog) minder geloofden dan het publiek zelf.

Tabel II-21 *Het verschil in behandeling tussen particuliere en ziekenfondspatiënten zoals huisartsen dat zien, in vergelijking met de mening van het publiek*

| | huisartsen (N = 201) | publiek (N = 848) |
|--|-------------------------|----------------------|
| | % | % |
| <i>bij de meeste doktoren krijgen particuliere patiënten een betere medische aandacht dan ziekenfondspatiënten</i> | | |
| mee eens | 11 | 43 |
| niet mee eens | 88 | 47 |
| geen mening | 1 | 10 |
| | 100 | 100 |
| <i>de meeste doktoren zijn vriendelijker tegen een particuliere patiënt dan tegen een ziekenfondspatiënt</i> | | |
| mee eens | 15 | 35 |
| niet mee eens | 82 | 53 |
| geen mening | 3 | 12 |
| | 100 | 100 |

6. Huisarts en wachtkamer

Voordat werd ingegaan op de meningen van het publiek over de wachtkamer van de eigen huisarts werd eerst nagegaan in hoeverre men hieraan eigenlijk wel eisen stelt. Het blijkt dat men de drie aspecten van een wachtkamer, waarnaar gevraagd werd, alle drie in grote meerderheid belangrijk vond. Een wachtkamer moet dus gezellig zijn, men moet er makkelijk kunnen zitten en er moet gezellige lectuur liggen.

Tabel II-22 *Wat het publiek met betrekking tot de wachtkamer van een dokter belangrijk vindt (N = 848)*

| | belangrijk | onbelangrijk |
|--|------------|--------------|
| | % | % |
| dat de wachtkamer een beetje gezellig is | 88 | 12 = 100 |
| dat er gemakkelijke stoelen zijn | 79 | 21 = 100 |
| dat er prettige lectuur ligt | 87 | 13 = 100 |

Dat het aan een en ander nogal eens ontbreekt moge blijken uit het feit dat: 45% van het publiek de wachtkamer bij de eigen huisarts niet gezellig

vindt; 63% van het publiek aangeeft dat er geen gemakkelijke stoelen aanwezig zijn; 36% van het publiek aangeeft dat er geen prettige lectuur ligt.

Tabel II-23 *De wachtkamer van de eigen huisarts (N = 848)*

| | ja | nee | kent de wachtkamer niet |
|----------------------------------|----|-----|-------------------------|
| | % | % | % |
| is een beetje gezellig | 53 | 45 | 2 = 100 |
| heeft gemakkelijke stoelen | 35 | 63 | 2 = 100 |
| er ligt prettige lectuur | 62 | 36 | 2 = 100 |

7. Huisarts en apotheek

De meerderheid van het publiek heeft het idee dat een apotheekhoudend arts een voordeel betekent voor de patiënten. Men acht het dan gemakkelijker voor de patiënten, en een groep vindt het ook veiliger. Zij die het geen voordeel vinden, maar een nadeel (20%) wijzen er vooral op, dat het vergissingen kan geven en dat het niet zo hoort.

Tabel II-24 *Een huisarts die ook een apotheek heeft (N = 848)*

| | |
|------------------------------------|-----|
| <i>betekent voor de patiënten:</i> | % |
| een voordeel | 53 |
| een nadeel | 20 |
| maakt geen verschil | 27 |
| | 100 |

Tabel II-25 *Als men een apotheekhoudend arts een voordeel vindt voor de patiënten (N = 448)*

| | |
|----------------------------|-----|
| <i>wijst men erop dat:</i> | % |
| het gemakkelijker is | 82 |
| het veiliger is | 15 |
| het goedkoper is | 3 |
| | 100 |

Tabel II-26 *Als men een apotheekhoudend arts een nadeel vindt voor de patiënten wijst men erop dat:*

| | |
|----------------------------------|-----|
| | % |
| het vergissingen kan geven | 45 |
| het niet zo hoort | 41 |
| het duurder is | 11 |
| geen duidelijk idee | 4 |
| | 100 |

HOOFDSTUK III

Medische kennis en voorlichting

In dit hoofdstuk zal worden ingegaan op de populair medische kennis die het publiek bezit en de populair medische voorlichting die men ontvangt. Het leek ons daarbij van belang niet alleen aandacht te besteden aan de serieuze bronnen, maar ook aan de minder serieuze, zoals de doktersroman en het T.V.-doktersverhaal. Het ligt in de bedoeling in de nabije toekomst na te gaan in hoeverre populair medische kennis van invloed is op de attitude tegenover de huisarts. In dit hoofdstuk echter wordt het verzamelde materiaal in deze gegeven zonder dat deze zeer gecompliceerde verbanden gelegd worden.

1. Bekendheid met medische termen

Aan het publiek zijn 6 medische termen voorgelegd met het verzoek hiervan, voorzover mogelijk, een uitleg te geven. Van de zes termen bleken „cardiogram” en „infarct” bij de meerderheid van het publiek begrepen te worden. Voor het begrip „appendicitis” geldt dit voor de helft van de ondervraagden. Een „e.e.g.” werd door 27% begrepen en tenslotte werden de begrippen „carcinoom” en „encefalitis” slechts goed aangeduid door in beide gevallen 16% van de ondervraagden. Bij de waardering voor de gegeven uitleg werd niet uitgegaan van een medische exacte definiëring, maar als minimum van een juiste associatie of het geven van een synoniem.

Tabel III-1 *Het begrijpen van medische termen door het publiek (N = 848)*

| | Begrijpt de term | Geeft een juiste uitleg of weet het niet |
|--------------------|------------------|--|
| | % | % |
| cardiogram | 57 | 43 = 100 |
| appendicitis | 49 | 51 = 100 |
| carcinoom | 16 | 84 = 100 |
| e.e.g. | 27 | 73 = 100 |
| encefalitis | 16 | 84 = 100 |
| infarct | 58 | 42 = 100 |

Wat het begrijpen van medische termen betreft werd hier geen (significant) verschil aangetroffen tussen mannen en vrouwen.

2. Populair medische voorlichting

Van de ondervraagden verklaarde 16% wel een medische encyclopedie te bezitten. In de verschillende leeftijdsgroepen bleek overigens een dergelijk bezit in gelijke mate voor te komen.

Tabel III-2 *Het bezit van een medische encyclopedie (N = 848)*

| | % |
|---|-----|
| bezit wel een medische encyclopedie | 16 |
| bezit geen medische encyclopedie | 84 |
| | 100 |

Medische rubrieken in kranten of tijdschriften worden door meer dan 70% van het publiek weleens gelezen. De belangstelling hiervoor lijkt overigens bij vrouwen groter dan bij mannen.

Tabel III-3 *Het weleens lezen van medische rubrieken in kranten of tijdschriften*

| | mannen (N = 411) | vrouwen (N = 431) | totaal (N = 848) |
|----------------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| leest deze rubrieken weleens ... | 65 | 76 | 71 |
| leest deze rubrieken nooit | 35 | 24 | 29 |
| | 100 | 100 | 100 |

Het bezit van de werken „Spock” en „Het menselijk lichaam” werd aangegeven door respectievelijk 14% en 12% van het publiek. Het bezit van „Spock” werd vrijwel uitsluitend aangetroffen bij personen jonger dan 50 jaar, „Het menselijk lichaam” werd in gelijke mate bij de verschillende leeftijdsgroepen aangetroffen. Het in onderstaande tabel eveneens opgenomen werk „Ik, een mens” bestaat niet en diende slechts om een inzicht te krijgen in eventuele prestige-antwoorden.

Tabel III-4 *Het bezit van enkele populair medische werken (N = 848)*

| | % |
|-----------------------------|----|
| Spock | 14 |
| Het menselijk lichaam | 12 |
| Ik, een mens | 1 |

Meer dan 1/3 van de ondervraagden gaf tenslotte aan weleens Ouders van Nu te lezen. Spreekuur Thuis of Sextant werden, naar opgave, gelezen door respectievelijk 15% en 16% van het publiek.

Tabel III-5 *Het lezen van enkele bladen (N = 848)*

| | % |
|-----------------------|----|
| leest: | |
| Spreekuur Thuis | 15 |
| Sextant | 16 |
| Ouders van Nu | 22 |

3. Het doktersverhaal

Het doktersverhaal blijkt zich te mogen verheugen in een ongemeen grote belangstelling. Bijna

$\frac{2}{3}$ van het publiek heeft dan ook weleens een doktersroman gelezen en ook doktersverhalen op de T.V. werden door de meerderheid niet gemist. Geconstateerd kon worden dat de doktersroman duidelijk meer belangstelling heeft bij vrouwen dan bij mannen, voor de t.v.-verhalen ligt de belangstelling ongeveer gelijk. Onderstaande tabellen geven van een en ander een overzicht.

Tabel III-6 *Het lezen van doktersromans*

| | mannen (N = 411) | vrouwen (N = 431) | totaal (N = 848) |
|--|---------------------|----------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| heeft weleens doktersromans gelezen .. | 54 | 77 | 66 |
| heeft nooit doktersromans gelezen | 46 | 23 | 34 |
| | 100 | 100 | 100 |

Tabel III-7 *Het kijken naar „doktersverhalen” op de televisie*

| | mannen (N = 411) | vrouwen (N = 431) | totaal (N = 848) |
|---------------------------|---------------------|----------------------|---------------------|
| | % | % | % |
| <i>keek weleens naar:</i> | | | |
| Kildare | 71 | 77 | 74 |
| Ben Casey | 52 | 58 | 55 |
| Finnley | 69 | 75 | 72 |

HOOFDSTUK IV

Rondom de beroepsuitoefening

Met betrekking tot de huisarts in zijn beroepsuitoefening is in de eerste plaats nagegaan hoe men zijn eigen beroep eigenlijk ziet: is men er eigenlijk voldoende op voorbereid, heeft men zich er aan gehecht, en welke toekomst geeft men het beroep? Daarna zal in dit hoofdstuk worden ingegaan op de instelling van de huisarts tegenover de „maatschappijkritiek”. Tenslotte zal worden stilgestaan bij de huisarts en zijn belangenbehartiging.

1. De voorbereiding op het beroep huisarts

Wellicht is het zinvol om, voordat er wordt ingegaan op het oordeel van de Nederlandse huisartsen over de opleiding, te bedenken dat de meerderheid van de ondervraagde huisartsen tijdens de studie, ook wel over specialisatie heeft nagedacht.

Tabel IV-1 *De specialisatie, waarover men tijdens de studie gedacht heeft (N = 201)*

| | % |
|---|------|
| chirurgie | 14 |
| gynaecologie | 12 |
| psychiatrie | 6 |
| kindergeneeskunde | 6 |
| neus-, keel- en oorgeneeskunde | 2 |
| neurologie | 2 |
| interne geneeskunde | 2 |
| allerlei andere specialisaties | 29 |
| heeft niet over een eventuele specialisatie gedacht | 39 |
| | 112* |

* In sommige gevallen werd over meerdere specialisaties nagedacht.

Desgevraagd verklaarde 75% van de ondervraagde huisartsen dat, tijdens eigen studie, de voorbereiding op het huisarts zijn, onvoldoende was.

Tabel IV-2 *De voorbereiding op het beroep huisarts tijdens eigen studie (N = 201)*

| | % |
|-----------------------------------|-----|
| <i>was volgens de huisartsen:</i> | |
| onvoldoende | 75 |
| voldoende | 18 |
| geen oordeel | 7 |
| | 100 |

Ook het klimaat voor de huisartskeuze was, tijdens de eigen studie, in universitair milieu, volgens nog 39% ongunstig.

Tabel IV-3 *Het klimaat met betrekking tot de huisartskeuze in universitair milieu tijdens eigen studie (N = 201)*

| | % |
|--------------------------------------|-----|
| <i>was volgens de huisartsen:</i> | |
| ongunstig | 39 |
| gunstig | 46 |
| niet gunstig en niet ongunstig | 15 |
| | 100 |

Bijna 90% van de huisartsen zou - indien zij daartoe de mogelijkheid zou hebben - veranderingen aanbrengen in de medische opleiding aan de Nederlandse universiteiten. Deze veranderingen die hierna in tabelvorm zijn aangegeven, draaien allen om het centrale punt: de universiteiten zouden een betere voorbereiding moeten geven op de praktijkuitvoering van de huisarts.

Tabel IV-4 *Of men veranderingen zou willen zien in de medische opleiding aan de Nederlandse universiteiten (N = 201)*

| | % |
|---|-----|
| <i>zou indien men daar de mogelijkheid toe had:</i> | |
| wel veranderingen aanbrengen | 89 |
| geen veranderingen aanbrengen | 9 |
| heeft in deze geen mening | 2 |
| | 100 |

Tabel IV-5 De veranderingen die men dan aan de Nederlandse universiteiten zou aanbrengen (N = 179)

| | mee eens % | niet mee eens % |
|--|---------------|-----------------------|
| de universiteit zou een betere voorbereiding moeten geven op het „huisarts met praktijk” willen worden ... | 98 | 2 = 100 |
| de opleiding tot huisarts zou een specialisatie moeten worden | 75 | 25 = 100 |
| de opleiding zou meer op de omgang met patiënten gericht moeten zijn | 80 | 20 = 100 |
| de opleiding zou meer aandacht moeten geven aan psychologie in het algemeen . | 83 | 17 = 100 |
| de opleiding zou meer aandacht moeten geven aan psychosomatische verschijnselen | 85 | 15 = 100 |
| de opleiding zou met betrekking tot bepaalde aspecten minder kunnen geven | 73 | 27 = 100 |

Op verschillende wijze vond dan ook voor de meeste huisartsen de werkelijke voorbereiding op de praktijk plaats na het arts-examen.

Tabel IV-6 De voorbereiding op de huisartsenpraktijk na het arts-examen (N = 201)

| | % |
|---|-----|
| heeft zich op een of andere wijze wel op de praktijk voorbereid | 84 |
| heeft zich niet op de praktijk voorbereid | 16 |
| | 100 |

Tabel IV-7 De wijze van voorbereiding op de huisartsenpraktijk na het arts-examen (N = 169)

| | % |
|--|----|
| door waarneming | 71 |
| door associatie | 7 |
| door werkzaamheden in een ziekenhuis | 42 |
| met een applicatie cursus | 3 |
| als militair arts | 33 |
| met een opleiding in het buitenland | 1 |
| nog anders | 22 |

In vele gevallen gaf men meerdere vormen van voorbereiding aan.

2. De gebondenheid aan het beroep

De meerderheid van de ondervraagde huisartsen heeft er nooit serieus over gedacht de praktijk op te geven. Bij de groep die dit wel deed ($\frac{1}{3}$) speelden duidelijk meerdere deprimerende facetten verbonden aan de praktijkvoering een rol.

Tabel IV-8 Het opgeven van de praktijk (N = 201)

| | % |
|--|-----|
| heeft er wel eens serieus over gedacht | 31 |
| heeft er nooit over gedacht | 69 |
| | 100 |

Tabel IV-9 De factoren die een rol speelden bij het wel eens erover gedacht hebben de praktijk op te geven (N = 62)

| | aantal huisartsen waarbij deze factor wel meespeelde | aantal huisartsen waarbij deze factor geen rol speelde |
|---|--|--|
| de veranderde houding van het publiek | 26 | 36 |
| de zware eisen aan eigen lichaam | 34 | 28 |
| het voortdurend bezig zijn, het geen vrije tijd hebben | 44 | 18 |
| het te weinig tijd hebben voor het medisch „up-to-date” blijven | 26 | 36 |
| het ouder worden als zodanig . | 20 | 42 |
| de belastingen | 18 | 44 |
| de zware financiële lasten rondom eigen voorzieningen ... | 20 | 42 |

Uiteindelijk acht eigenlijk maar een zeer kleine groep van de huisartsen het, anders dan om leeftijdsredenen, waarschijnlijk dat zij de praktijk in de nabije toekomst zullen opgeven.

Tabel IV-10 Het opgeven van de praktijk in de nabije toekomst (N = 201)

| | % |
|-------------------------------------|-----|
| wordt waarschijnlijk geacht | 16 |
| wordt onwaarschijnlijk geacht | 78 |
| weet het nog niet | 6 |
| | 100 |

Tabel IV-11 De reden dat men in de nabije toekomst de praktijk waarschijnlijk op zal geven (N = 33)

| | Aantal |
|---|--------|
| de leeftijd | 22 |
| de financiële zorgen | 4 |
| geen tijd voor wetenschappelijk onderzoek | 1 |
| het beroep wordt te veel omvattend | 1 |
| nationalisatie | 1 |
| vanwege eigen gezondheid | 1 |
| privé redenen | 3 |
| | 33 |

3. De toekomst van de huisarts

Naast de vraag of men veranderingen verwacht in animo voor en controle op het huisarts zijn, is ook nagegaan hoe men de veranderingen in de praktijkvoering in de toekomst ziet. De grote meerderheid van de huisartsen verwacht dat de animo voor het huisarts zijn in de toekomst zal afnemen.

Tabel IV-12 *De animo voor het huisarts zijn in de toekomst, volgens de huisartsen (N = 201)*

| | % |
|--------------------------|-----|
| zal afnemen | 68 |
| zal toenemen | 11 |
| zal gelijk blijven | 21 |
| | 100 |

Ook verwacht de meerderheid dat de controle op de beroepsuitoefening zal veranderen.

Tabel IV-13 *De controle op de beroepsuitoefening van de huisarts in de toekomst, volgens de huisartsen (N = 201)*

| | % |
|---------------------------|-----|
| zal veranderen | 54 |
| zal niet veranderen | 35 |
| geen idee | 11 |
| | 100 |

Bij de ondervraagde huisartsen wordt overigens, waar het de controle op de beroepsuitoefening betreft, door de overgrote meerderheid de voorkeur gegeven aan controle uit de „kring van beroeps-genoten”.

Tabel IV-14 *De voorkeur met betrekking tot de controle op de beroepsuitoefening (N = 201)*

| <i>geeft de voorkeur aan controle:</i> | | % |
|--|--|-----|
| uit de kring van beroeps-genoten | | 76 |
| van buitenaf | | 20 |
| van geen van beide zijden | | 4 |
| | | 100 |

Men verwacht niet dat de groepspraktijk in de toekomst een overheersende rol zal gaan spelen, maar de meesten verwachten wel dat de groepspraktijk belangrijk zal gaan worden. Bij het voorleggen van een preferentiemogelijkheid ten aanzien van verschillende soorten van praktijkvoering blijkt dat 1/4 van de huisartsen persoonlijk ook het meest voor een dergelijke groepspraktijk zou voelen.

Tabel IV-15 *De rol van de groepspraktijk in de toekomst volgens de huisartsen (N = 201)*

| | % |
|--------------------|-----|
| overheersend | 13 |
| belangrijk | 59 |
| onbelangrijk | 22 |
| geen idee | 6 |
| | 100 |

Tabel IV-16 *Persoonlijke preferentie voor de praktijkvoering bij een keuze uit vier mogelijkheden (N = 201)*

| | % |
|---|-----|
| de solo-praktijk | 40 |
| een associatie met een collega | 19 |
| een samenwerking met meerdere collega's (groepspraktijk) | 25 |
| een samenwerking in multi-disciplinair verband (wijk-gezondheidszorg) | 16 |
| | 100 |

Slechts 33% van de huisartsen zou onder geen voorwaarde aan een groepspraktijk willen deelnemen.

Tabel IV-17 *Of men onder bepaalde voorwaarden zou deelnemen aan een groepspraktijk (N = 201)*

| | % |
|--------------------------|-----|
| zou wel deelnemen | 65 |
| zou niet deelnemen | 33 |
| geen idee | 2 |
| | 100 |

4. Nationalisatie van de gezondheidszorg

Volgens de meeste huisartsen (76%) behoort een nationalisatie van de gezondheidszorg in Nederland wel tot de mogelijkheden. Bepaald enthousiast is men in het milieu der huisartsen niet over een nationalisatie: 2/3 van de huisartsen verwacht daardoor een achteruitgang in de gezondheidszorg en voor een groep van 34% zou het een reden kunnen zijn met het uitoefenen van het beroep „huisarts met praktijk” op te houden.

Tabel IV-18 *Nationalisatie in de toekomst volgens de huisartsen (N = 201)*

| | % |
|---|-----|
| behoort tot de mogelijkheden | 76 |
| behoort niet tot de mogelijkheden | 20 |
| geen idee | 4 |
| | 100 |

Tabel V-19 *De gevolgen van een nationalisatie op de gezondheidszorg volgens de huisartsen (N = 201)*

| <i>de gezondheidszorg:</i> | | % |
|----------------------------|--|-----|
| zal vooruit gaan | | 9 |
| zal achteruit gaan | | 67 |
| zal gelijk blijven | | 22 |
| geen idee | | 2 |
| | | 100 |

Tabel IV-20 *De gevolgen van een nationalisatie in verband met de beroepsuitoefening van de huisartsen zelf (N = 201)*

| | % |
|--|-----|
| zou het „huisarts met praktijk” opgeven | 34 |
| zou het „huisarts met praktijk” niet opgeven | 56 |
| geen idee | 10 |
| | 100 |

De meerderheid van de huisartsen vermoedt dat het publiek wel voor nationalisatie zal zijn, hetgeen - zoals reeds bleek in hoofdstuk II, punt 5 - juist is. (86% van het publiek bleek voor een nationale ziektekostenverzekering).

Tabel IV-21 *Het standpunt van het Nederlandse publiek ten aanzien van nationalisatie volgens de huisartsen (N = 201)*

| | % |
|---|-----|
| meerderheid van het publiek is er voor | 57 |
| meerderheid van het publiek is er tegen | 26 |
| geen idee | 17 |
| | 100 |

5. Huisarts en publiciteit

Uit het onderzoek blijkt duidelijk dat niet alle huisartsen ervan overtuigd zijn dat de verhouding met de pers in brede zin ideaal is. De journalist staat volgens de grote meerderheid der huisartsen niet welwillend tegenover de medicus. Zelfs horen volgens een groep huisartsen de journalisten tot de groepen die de huisartsen een kwaad hart toedragen.

Tabel IV-22 De houding van journalisten tegenover de medicus volgens de huisartsen (N = 201)

| | % |
|-----------------------|-----|
| welwillend | 11 |
| niet welwillend | 74 |
| objectief | 6 |
| geen oordeel | 9 |
| | 100 |

Tabel IV-23 Groeperingen in de maatschappij die de huisartsen een kwaad hart toedragen volgens huisartsen (N = 201)

| | % |
|-----------------------|-----|
| komen niet voor | 32 |
| komen wel voor | 62 |
| geen idee | 6 |
| | 100 |

Tabel IV-24 De groeperingen in de maatschappij die de huisartsen een kwaad hart toedragen volgens de huisartsen die daarin geloven (N = 124)

| | % |
|--|------|
| spontaan genoemd | 45 |
| vakbonden | 36 |
| journalisten | 27 |
| ziekenfondsen | 17 |
| politici | 5 |
| linkse groeperingen | 4 |
| ambtenaren | 3 |
| andere academici | 1 |
| specialisten | 1 |
| bedrijfsartsen | 22 |
| allerlei andere groeperingen in totaal | 161* |

* De som van de percentages is hier meer dan 100 omdat sommige artsen meer dan één groepering aangeven.

Ook tegenover de „positieve publiciteit” rondom medische successen staan de huisartsen niet onverdeeld positief. Meer dan de helft van de huisartsen gelooft dat deze berichten invloed hebben op de relatie tussen huisartsen en publiek en de meesten geloven dan eerder in een negatieve dan in een positieve invloed.

Tabel IV-25 Hoe de berichten over medische successen (zoals hart- en niertransplantaties) de verhouding tussen huisartsen en publiek beïnvloeden volgens de huisartsen (N = 201)

| | % |
|--|-----|
| komen deze verhouding wel ten goede | 19 |
| komen deze verhouding niet ten goede | 32 |
| hebben op deze verhouding geen invloed | 43 |
| geen mening | 6 |
| | 100 |

Met de kritiek die vooral de laatste tijd op de medicus in pers en op radio en televisie wordt uitgeoefend en die, in het kader van dit onderzoek, gecomprimeerd, in de vorm van uitspraken, werd voorgelegd is men het goeddeels niet eens.

- ongeveer 90% van de huisartsen is het niet eens met opmerkingen als zouden zij zich niet bezig houden met de emotionele problemen van de patiënt, te veel verdienen, zich bedienen van glazen instrumentenkast, witte jas en stethoscoop om te imponeren en met de opmerking dat er met huisartsen te voorzichtig wordt omgesprongen in het maatschappelijk verkeer;
- ongeveer 80% is het niet eens met de kritiek dat zij zich achter hun beroepsgeheim verschuilen om kritiek te ontlopen, dat ze iets Weltfremds hebben en dat ze zich ook met politiek zouden moeten bezig houden;
- ongeveer 70% is het niet eens met de uitspraak dat ze zelden bereid zijn toe te geven dat ze iets niet aan kunnen en dat ze voor de patiënten nog teveel autoriteit zijn;
- het minst oneens is men het tenslotte met de opmerking dat de huisartsen behoren tot het meest conservatieve deel van het Nederlandse volk en dat ze zich meer maatschappelijk zouden moeten engageren.

Tabel IV-26 De mate waarin huisartsen het eens zijn met de huidige in pers en op radio en televisie voorkomende kritiek (N = 201)

| | mee eens | mee oneens | weet het niet |
|--|----------|------------|---------------|
| de huisartsen zouden zich meer maatschappelijk moeten engageren | 39 | 54 | 7 = 100 |
| huisartsen behoren tot het meest conservatieve deel van ons volk | 31 | 64 | 5 = 100 |
| huisartsen zijn nog teveel een autoriteit voor de patiënt .. | 28 | 67 | 5 = 100 |
| huisartsen zijn maar zeer zelden bereid toe te geven dat ze iets niet aankunnen | 25 | 70 | 5 = 100 |
| huisartsen verschuilen zich achter hun beroepsgeheim om kritiek te ontlopen | 19 | 77 | 4 = 100 |
| juist huisartsen zouden zich ook met politiek moeten bezig houden | 14 | 84 | 2 = 100 |
| huisartsen hebben iets Weltfremds | 12 | 83 | 5 = 100 |
| glazen instrumentenkast, witte jas en stethoscoop worden vooral gebruikt om patiënten te imponeren | 8 | 90 | 2 = 100 |
| huisartsen houden zich niet bezig met de emotionele problemen van de patiënt | 7 | 92 | 1 = 100 |
| huisartsen verdienen teveel ... | 7 | 90 | 3 = 100 |
| er wordt met huisartsen te voorzichtig omgesprongen in het maatschappelijk verkeer ... | 7 | 88 | 5 = 100 |

6. Huisarts en politiek

Van de ondervraagde huisartsen is $\frac{3}{4}$ geen lid van een politieke partij en 46% is in het algemeen niet geïnteresseerd in politiek. Bij een eventuele stemming op de dag van het interview zou de helft V.V.D. stemmen.

Tabel IV-27 Het lid zijn van een politieke partij (N = 201)

| | % |
|--|-----|
| is geen lid van een politieke partij | 76 |
| is wel lid van een politieke partij | 24 |
| | 100 |

Tabel IV-28 Interesse voor politiek (N = 201)

| | % |
|--|-----|
| is in het algemeen wel geïnteresseerd in politiek ... | 54 |
| is in het algemeen niet geïnteresseerd in politiek ... | 46 |
| | 100 |

Tabel IV-29 De politieke partij waarop men zou stemmen (N = 201)

| Als er, op de dag van het interview, verkiezingen waren zou men stemmen op: | % |
|---|-----|
| V.V.D. | 49 |
| A.R. | 11 |
| K.V.P. | 9 |
| D'66 | 9 |
| P.v.d.A. | 4 |
| P.P.R. | 2 |
| C.P.N. | 1 |
| P.S.P. | 1 |
| B.P. | 1 |
| S.G.P. | 1 |
| G.P.V. | 1 |
| zou niet stemmen | 3 |
| geen opgave | 8 |
| | 100 |

7. De belangenbehartiging van de huisarts

Vrijwel zonder uitzondering zijn de huisartsen het erover eens dat zij hun belangen als groep moeten behartigen.

Tabel IV-30 Vindt u dat de huisartsen hun belangen als groep moeten behartigen? (N = 201)

| | % |
|-----------|-----|
| ja | 99 |
| nee | 1 |
| | 100 |

De belangenbehartiging betreft een groot aantal zaken, waarbij vooral een accent valt op: de bescherming van de vrijheid van beroepsuitvoering, de pensioenvoorzieningen en de invloed op opleiding en nascholing. Public relations in algemene zin en de relatie met de pers zijn relatief gezien nog de minst geaccentueerde belangen. Een volledig overzicht van een en ander is neergelegd in de volgende 2 tabellen.

Tabel IV-31 De mate waarin men met betrekking tot een aantal aspecten de belangenbehartiging daarvan accentueert (N = 201)

| | wel belangrijk | niet belangrijk | geen oordeel |
|---|-------------------|--------------------|-----------------|
| | % | % | % |
| pensioenvoorzieningen | 96 | 3 | 1 = 100 |
| invloed op opleiding en nascholing | 96 | 3 | 1 = 100 |
| de relatie met de specialisten .. | 93 | 7 | — = 100 |
| bescherming van de vrijheid van beroepsuitvoering | 92 | 4 | 4 = 100 |
| de medische ethiek handhaven .. | 91 | 6 | 3 = 100 |
| de relatie met de ziekenfondsen | 90 | 9 | 1 = 100 |
| adviezen rondom de praktijkvoering | 83 | 15 | 2 = 100 |
| de verhouding met het apothekewezen | 77 | 17 | 6 = 100 |
| vaststelling van de controle tarieven | 76 | 20 | 4 = 100 |
| public relations in algemene zin | 72 | 21 | 7 = 100 |
| besprekingen rondom wettelijke maatregelen die de beroepsuitvoering van de huisarts kunnen verzwaken | 71 | 15 | 14 = 100 |
| de relatie met de pers | 66 | 29 | 5 = 100 |

Tabel IV-32 Het belang dat het zwaarst weegt (N = 201)

| | % |
|--|-----|
| bescherming van de vrijheid van beroepsuitvoering | 24 |
| pensioenvoorzieningen | 22 |
| invloed op opleiding en nascholing | 20 |
| de medische ethiek handhaven | 10 |
| de relatie met de specialisten | 8 |
| adviezen rondom de praktijkvoering | 5 |
| public relations in algemene zin | 4 |
| besprekingen rondom wettelijke maatregelen die de beroepsuitvoering van de huisarts kunnen verzwaken | 2 |
| de relatie met de ziekenfondsen | 2 |
| de verhouding met het apothekewezen | 1 |
| vaststelling van controle tarieven | 1 |
| de relatie met de pers | 1 |
| | 100 |

De kritiek op de Landelijke Huisartsen Vereniging als de belangenbehartiger is overigens het sterkst

op de twee punten die men binnen dit kader nog het minst accentueert, namelijk public relations in algemene zin en de relatie met de pers.

Tabel IV-33 *Tevredenheid en ontevredenheid rondom de belangen behartiging door de Landelijke Huisartsen Vereniging (N = 201)*

| | wel tevreden | niet tevreden | geen mening |
|--|-----------------|------------------|-------------|
| | % | % | % |
| bescherming van de vrijheid van beroepsuitvoering | 82 | 8 | 10 = 100 |
| de medische ethiek handhaven | 51 | 29 | 20 = 100 |
| vaststelling van controletarieven | 78 | 9 | 13 = 100 |
| pensioenvoorzieningen | 76 | 18 | 6 = 100 |
| de relatie met de ziekenfondsen | 71 | 25 | 4 = 100 |
| invloed op opleiding en nascholing | 59 | 28 | 13 = 100 |
| de verhouding met het apotheekwezen | 57 | 13 | 30 = 100 |
| besprekingen rondom wettelijke maatregelen die de beroepsuitvoering van de huisarts kunnen verzwaren | 52 | 12 | 36 = 100 |
| de relatie met de specialisten | 51 | 29 | 20 = 100 |
| adviezen rondom de praktijkvoering | 48 | 35 | 17 = 100 |
| public relations in algemene zin | 39 | 50 | 11 = 100 |
| de relatie met de pers | 33 | 58 | 9 = 100 |

HOOFDSTUK V

Samenvatting van de voornaamste resultaten

Inleiding

Het voorliggend onderzoek werd verricht in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het onderzoek richtte zich op een analyse van de relatie huisarts-publiek. Het onderzoek vond zowel plaats bij het Nederlandse publiek, van 18 jaar en ouder, waaruit een representatieve steekproef werd getrokken van 848 personen als bij de Nederlandse huisartsen, waaruit een representatieve steekproef werd getrokken van 201 personen. Het veldwerk voor de definitieve fase van onderzoek vond plaats in de maand november van het jaar 1969 en in de maanden februari en maart van het jaar 1970.

I. Met betrekking tot de image van de huisarts

1. Over het feit dat, huisarts-met-praktijk een zwaar beroep is en gemiddeld 65 uur per week werk vraagt, bestaat in de relatie huisarts-publiek geen enkel misverstand. Huisartsen nemen aan dat

het publiek hiervoor en ook voor het feit dat er te weinig, in ieder geval niet te veel huisartsen in Nederland zijn, voldoende oog heeft.

2. Met betrekking tot het inkomen rijzen enige misverstanden. De huisartsen nemen aan dat het publiek hun gemiddeld inkomen hoger schat dan in werkelijkheid het geval is. Belangrijker is hier dat huisartsen onvoldoende idee hebben van het feit dat het publiek hun in het algemeen het inkomen gunt en dat er zelfs 14% van het publiek bestaat die de huisarts meer gunt.

3. Zowel bij huisartsen in het algemeen, als bij eigen huisarts vermoedt het publiek vooral ideeële motieven achter de beroepskeuze: roeping en interesse voor de medische wetenschap. De huisartsen onderkennen dit onvoldoende en verwachten dat het publiek bij hen naast een motivatie rondom roeping toch ook sterke drijfveren aanwezig acht met betrekking tot status en verdienste.

4. Het beroepsprestige van de „dokter” ligt lager dan dat van de professor, de specialist en de burgemeester van een grote gemeente, het ligt hoger dan dat van de directeur van een groot bedrijf, de psycholoog, de advocaat en de notaris en veel hoger dan dat van de toneelspeler. De huisartsen hadden zo blijkt, van het publiek niets anders verwacht.

5. De Nederlandse huisarts is vooral deskundig, intelligent, algemeen ontwikkeld, vriendelijk en begrijpend en zeker niet eigenwijs of verwaand. Dat vindt niet alleen het publiek, maar ook de huisartsen zelf. De huisartsen nemen ook aan dat het publiek in deze, met hen weinig van mening verschilt.

II. Met betrekking tot de attitude tegenover de huisarts

6. De huisarts is niet zomaar iemand: 44% van het publiek vindt dat je ook in het dagelijkse leven de huisarts met iets meer respect moet behandelen dan een ander; 15% is ook eerder bereid speciaal voor hem iets te doen; 44% vindt ook dat de huisarts zich iets meer mag veroorloven dan een ander; 48% gelooft ook wel dat de dokter van zijn positie weleens gebruik maakt om iets te bereiken wat voor een ander erg moeilijk is.

7. Maatschappelijk gezien kan de huisarts zich meer veroorloven dan hijzelf aanneemt: 59% van het publiek vindt een dokter die weleens dronken is wel aanvaardbaar (85% van de artsen had dit niet verwacht); 92% van het publiek vindt een dokter die gescheiden is wel aanvaardbaar (29% van de artsen had dit niet verwacht).

8. Met veel roken, iets met medische implicaties ligt het iets anders: 82% van de huisartsen verwacht dat dit geaccepteerd zal worden maar er is

toch nog een groep van 22% van het publiek die dit niet aanvaardbaar vindt.

9. De huisartsen beleven wel degelijk een sociale pressie op hun gedrag: 72% heeft het idee dat het publiek een bepaald gedrag voorschrijft.

10. Het publiek gaat zich ook anders gedragen zo gauw ze weten dat iemand dokter is: de attitude die dan ontstaat draagt vooral het karakter van zich aardig willen voordoen en men krijgt iets onderdanigs.

11. De houding van het publiek verandert wel: huisartsen geloven dit nog sterker (81%) dan het publiek zelf (69%). Het publiek is ervan overtuigd dat dit de relatie huisarts-publiek ten goede komt, de huisartsen zijn daarvan niet zo overtuigd, zij leggen ook vooral de nadruk op het feit dat het publiek vrijer wordt in zijn uitingen, kritischer wordt, meer populair medische kennis bezit en de huisarts niet meer zo als een autoriteit ziet.

12. Ook de houding van de huisartsen verandert: 68% van het publiek ziet dat en legt dan de nadruk op het feit dat men meer als een volwassen mens, minder uit de hoogte en ook opener behandeld wordt.

13. Het vertrouwen in de kundigheden van de huisarts neemt bij het publiek eerder toe dan af, iets dat door de artsen eigenlijk niet onderkend wordt: zij denken eerder dat het tegendeel het geval is.

14. Vooral artsen stellen dat in de relatie met de patiënt het publiek het vertrouwelijk gesprek belangrijker zal vinden dan de vak kennis van de arts (64%). Het publiek is het daar qua accent mee eens maar legt toch een iets zwaarder accent op medische kennis dan de huisartsen vermoeden.

15. Het publiek staat uiterst tolerant en begripPEND tegenover een eventueel medisch falen van ernstig karakter: de betrokken arts zou zeker niet met de praktijk hoeven op te houden; men vindt dat de kranten er niet met naam en toenaam over moeten schrijven; de huisartsen kunnen in zo'n geval het beste onderling bekijken wat er nu gebeuren moet.

16. Het publiek vindt voor meer dan 85% dat er eigenlijk geen verschil meer zou moeten zijn tussen de manieren waarop mensen zijn verzekerd en dat er in de toekomst een nationale ziektekostenverzekering zou moeten zijn.

17. De meerderheid van het publiek gelooft niet dat de meeste doktoren vriendelijker zijn tegen particuliere patiënten dan tegen fondspatiënten. Wel twijfelt de meerderheid aan het feit dat particuliere en fondspatiënten altijd dezelfde medicijnen zouden

krijgen. Over de vraag of particulieren ook dezelfde medische aandacht krijgen bestaat ook onzekerheid 43% gelooft van niet, 47% van wel en 10% weet het niet. Over deze zaken bestaat overigens geen verschil van mening tussen het gedeelte van het publiek dat particulier en het gedeelte dat bij het ziekenfonds is verzekerd.

18. Ook de artsen geloven, in veel sterkere mate (voor meer dan 80%) overigens dat in hun milieu geen verschil gemaakt wordt tussen „particulier” en „fonds”.

19. Het comfort van de wachtkamer is volgens het publiek wel belangrijk en het klemmt dus te meer dan bij eigen huisarts: 45% vindt de wachtkamer niet gezellig; 63% geeft aan dat er geen gemakkelijke stoelen zijn; 36% vindt dat er geen prettige lectuur ligt.

20. De meerderheid van het publiek lijkt het een voordeel als een huisarts ook zelf een apotheek heeft, 20% lijkt het een nadeel, 27% gelooft niet dat het verschil maakt. Het voordeel wordt vooral gezocht in het gemak en ook wel de veiligheid. Het nadeel in de mogelijkheid tot vergissingen en het „niet zo horen”.

III. Met betrekking tot de medische kennis en voorlichting

21. De term infarct wordt door 58%, de term cardiogram door 57% van het publiek begrepen. Termen als carcinoom en encefalitis daarentegen slechts door 16%. De medische wijsheid van mannen is overigens gelijk aan die van vrouwen.

22. Populair medische werken zoals de medische encyclopedie, Spock en Het menselijk lichaam, zijn niet in het bezit van de meerderheid van ons volk. Zij zijn naar zeggen het bezit van respectievelijk 16%, 14% en 12%. Naar zeggen omdat 1% van het publiek ook aangeeft het niet bestaande werk „Ik, een mens” in bezit te hebben.

23. Medische rubrieken in kranten en tijdschriften genieten meer aandacht van vrouwen dan van mannen: 76% der vrouwen tegen 65% der mannen geeft aan deze rubrieken weleens te lezen.

24. Ouders van nu, Sextant en Spreekuur Thuis worden respectievelijk (weleens) gelezen door 22%, 16% en 15%.

25. De doktorsroman is populairder bij vrouwen dan bij mannen: 77% der vrouwen tegenover 54% der mannen heeft weleens een doktersroman gelezen.

26. Ook keek de meerderheid van ons volk (weleens) naar de doktersverhalen op de televisie.

IV. Met betrekking tot de beroepsuitoefening van de huisarts

27. De meerderheid van de huisartsen (61%) heeft tijdens eigen studie ook over een eventuele specialisatie nagedacht.

28. De huisartsen zijn bepaald niet tevreden met de huisartsenopleiding aan de Nederlandse universiteiten: 75% vond de voorbereiding op het beroep huisarts tijdens eigen studie onvoldoende; 39% vond ook het klimaat met betrekking tot deze keuze aan de universiteit ongunstig; 89% zou wel veranderingen willen zien in de medische opleiding.

29. De veranderingen die men zou willen aanbrengen komen vooral neer op een betere voorbereiding op „de praktijk”: de omgang met de patiënten, de psychologie in het algemeen en de psychosomatische verschijnselen in het bijzonder. Volgens de meerderheid van de huisartsen zou de opleiding tot huisarts een specialisatie moeten worden.

30. Na het artsexamen vond de voorbereiding op de praktijk plaats vooral door waarneming, werkzaamheden in het ziekenhuis, en als arts in militaire dienst.

31. Van de huisartsen heeft 31% er weleens serieus over gedacht de praktijk op te geven. Bij dergelijke overwegingen kan als achtergrond gesproken worden van een complex van deprimerende factoren waarin zowel de zware eisen die het beroep stelt, als de financiële zorgen als de veranderde houding van het publiek een rol kunnen spelen.

32. De toekomst van de huisartsen wordt niet overwegend met optimisme tegemoet gezien: 68% van de huisartsen verwacht dat de animo voor het huisarts-zijn in de toekomst zal afnemen, 21% verwacht dat het gelijk zal blijven en slechts 11% verwacht een toenemend animo.

33. Veranderingen die men verwacht zijn onder meer: a. een verandering in de controle op de beroepsuitoefening; b. een belangrijke rol van de groepspraktijk in de toekomst, iets waaraan 65% onder bepaalde voorwaarden overigens wel zou deelnemen.

34. Nationalisatie van de gezondheidszorg zou volgens de huisartsen een probleem kunnen worden: 76% gelooft dat een nationalisatie tot de mogelijk-

heden behoort; 67% verwacht dat de gezondheidszorg dan achteruit zal gaan; 34% zou het een reden vinden met de praktijk op te houden. De meerderheid van de huisartsen (57%) neemt aan dat de meerderheid van het publiek er wel voor zal zijn.

35. De verhouding met de pers ligt volgens de huisartsen niet al te best: 74% gelooft dat de journalisten niet welwillend staan tegenover de medicus, slechts 6% gelooft in een objectieve, 11% in een welwillende houding, 9% heeft hier geen uitgesproken oordeel over; 32% gelooft dat berichten over medische successen de verhouding huisartsen-publiek niet ten goede komen, 19% dacht juist van wel, 43% gelooft niet in een positieve of negatieve invloed en 6% heeft in deze geen mening.

36. De kritiek op artsen, zoals deze wel voorkwam in de pers, op radio en televisie wordt door de artsen afgewezen: 90% van de huisartsen is het niet eens met opmerkingen als zouden zij zich niet bezig houden met de emotionele problemen van de patiënt, te veel verdienen, zich bedienen van glazen instrumentenkast, witte jas en stethoscoop om te imponeren en met de opmerking dat er met artsen te voorzichtig wordt omgesprongen in het maatschappelijk verkeer; 80% is het niet eens met de kritiek dat zij zich achter hun beroepsgeheim verschuilen om kritiek te ontlopen, dat zij iets „welfremds” hebben en dat ze zich ook met politiek bezig moeten houden; 70% is het niet eens met de uitspraak dat ze zelden bereid zijn toe te geven dat ze iets niet aankunnen en dat ze voor de patiënten nog te veel autoriteit zijn. Het minst oneens is men het tenslotte nog met de opmerking dat de huisartsen behoren tot het meest conservatieve deel van het Nederlandse volk en dat ze zich meer maatschappelijk zouden moeten engageren.

37. De concrete verhouding van de huisarts met de politiek ziet er als volgt uit: 76% is geen lid van een politieke partij, de rest wel; 46% is niet geïnteresseerd in politiek; 54% wel, 49% zou, ten tijde van het onderzoek V.V.D., gestemd hebben.

38. Wat de belangenbehartiging van de huisartsen betreft vindt 99% dat deze belangen door hen als groep behartigd moeten worden. Een accent legt men op: a. de bescherming van de vrijheid van de beroepsuitvoering; b. de pensioenvoorzieningen en c. de invloed op opleiding en nascholing. Relatief gezien vindt men public relations in algemene zin en de relatie met de pers nog het minst belangrijk.

Belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen (slot*)

Door Dr. J. Vermeijden, algemeen directeur
van het Academisch Ziekenhuis der V.U. te Amsterdam

III. Regie van de samenwerking

1. De samenwerkingsvorm door middel van een belangengemeenschap heeft veel weg van de regionalisatie in de gezondheidszorg, zoals wij die in Zweden kennen: een kern van centrale ziekenhuizen, met bijna alle specialismen, met er om heen de normale ziekenhuizen, die interne geneeskunde, chirurgie, röntgenologie, anaesthesie en soms verloskunde en gynaecologie en kindergeneeskunde omvatten. Daarnaast kent het Zweedse stelsel dan nog het regionale ziekenhuis voor grotere gebieden, dat tevens een taak heeft bij de opleiding van artsen en specialisten. Stolte stelt echter terecht, dat het Zweedse stelsel van regionalisatie slechts mogelijk is bij een vorm van gezondheidszorg, die geheel buiten het particuliere initiatief is opgebouwd. Nu hebben wij de gedachte van de satelliet-ziekenhuizen niet ontleend aan het Zweedse stelsel, maar aan experimenten in de Verenigde Staten, waar in een geheel ander sociaal-economisch klimaat niettemin ook het besef groeiende is van de noodzaak van een regionaal gestructureerde ziekenhuisvoorziening. Zonder instrumenten van overheidswege of door middel van publiekrechtelijke organen zal het doorvoeren van een rationele structurering evenwel verre van eenvoudig zijn. Stolte heeft daarop reeds gewezen ten aanzien van de Verenigde Staten en hetzelfde kan gezegd worden van de situaties in ons land.

Welke instrumenten hebben wij in Nederland ter beschikking? Vandaag den dag is dat alleen de goede wil van partijen; verder vrijwel niets. Ons huidige rechtsbestel kent nog geen wettelijke voorzieningen betreffende bouw, inrichting en taakverdeling van de ziekenhuizen. Het feit, dat het merendeel der ziekenhuizen in ons land een gevolg is van het particuliere initiatief, is daar zeker niet vreemd aan. Wel zijn partieel wettelijke regelingen tot stand gekomen of in voorbereiding. Zo werd de Wet Ziekenhuistarieven aanvaard, op grond waarvan de tarieven worden vastgesteld door het C.O.Z., overigens met die beperking dat zij niet van toepassing is op de tarieven van academische ziekenhuizen. Ten aanzien van de bouw kon na de Tweede Wereldoorlog

In het vorige nummer van Medisch Contact, bladzijde 463 e.v. werd het eerste deel gepubliceerd van een beschouwing door Dr. J. Vermeijden, algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit te Amsterdam, over de belangengemeenschappen tussen ziekenhuizen. Schrijver liet daarin een nadere begripsbepaling volgen door een overzicht van de voor- en nadelen die aan een belangengemeenschap van een centrum-ziekenhuis en satellietziekenhuizen zijn verbonden. In dit tweede en laatste deel van zijn artikel onderwerpt Dr. Vermeijden de bestuursvorm die de samenwerking tussen ziekenhuizen bij de nieuwe Wet Ziekenhuisvoorzieningen zou kunnen krijgen aan een nadere beschouwing.

de oprichting van ziekenhuizen worden gereguleerd op basis van de Wederopbouwwet, doch deze heeft grotendeels formeel haar kracht verloren.

Begin september 1968 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid het ontwerp voor een Wet Ziekenhuisbouw bij de Tweede Kamer der Staten Generaal ingediend¹. De meningen van belanghebbenden over opzet en inhoud zijn verdeeld. Sommigen willen verder gaan dan de regering volgens het ontwerp mogelijk acht en hadden liever een ziekenhuiswet gezien². Anderen zien met de thans voorgestelde regeling al zoveel kwesties rijzen, dat - zoals De Vreeze het uitdrukt - „het weinig aanlokkelijk kan zijn om nu al in gedachten over te springen naar een volgende fase van wetgeving”³. Een en ander heeft ertoe geleid, dat de regering in haar Memorie van Antwoord de voorgestelde regelingen aanmerkelijk heeft uitgebreid en dat als gevolg daarvan de benaming van de wet ook is gewijzigd in Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Hoewel wij niet diepgaand op deze belangrijke ontwikkeling kunnen ingaan, is zij van zoveel belang voor de samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen, dat wij daaraan niet voorbij mogen gaan.

2. Het wetsontwerp Ziekenhuisvoorzieningen beoogt in de eerste plaats het bouwen van zieken-

1. Regelen ter bevordering van een doelmatige voorziening in de behoefte aan ziekenhuizen en andere inrichtingen van gezondheidszorg (Wet Ziekenhuisbouw) zitting 1967-1968, stuk 9717.
2. Zie o.a. J. Th. Kosten, Het ontwerp van Wet Ziekenhuisbouw, *Ons Ziekenhuis* 1969, blz. 450 e.v.
3. J. Th. M. de Vreeze, Ziekenhuisbouwwet of Ziekenhuiswet? *Ons Ziekenhuis* augustus 1967, blz. 258 e.v.

* Vervolg van deel I, zie M.C. nr. 18 van 1 mei 1970, bladzijde 463 e.v.

huizen te binden aan een vergunning van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarbij onder bouw mede worden begrepen bestemmingsveranderingen in bestaande ziekenhuizen, voorzover dit bij Algemene Maatregel van Bestuur wordt voorgeschreven. Academische ziekenhuizen en militaire ziekenhuizen vallen niet onder dit vergunningsvereiste. Op zichzelf lijkt dat redelijk, omdat inrichting en bouw van deze bijzondere ziekenhuizen reeds geschiedt op grond van een ministerieel besluit, doch de moeilijkheden komen wel als academische ziekenhuizen gaan samenwerken met andere ziekenhuizen en ten behoeve daarvan in die ziekenhuizen bouw-, installatie- en andere voorzieningen, in de zin van het wetsontwerp, zijn vereist. Die voorzieningen blijven niet buiten de plan- en vergunningen-procedure, evenmin als er bijzondere bepalingen komen terzake van de affiliatie-voorzieningen. De staatssecretaris heeft ten aanzien van dit aspect in de Memorie van Antwoord te kennen gegeven, dat hij het in dit stadium niet wenselijk acht voor de affiliatie bijzondere regelingen te treffen, ook omdat nog te weinig zou vaststaan over de aard en de omvang van de eventueel nodige en wellicht onderling sterk verschillende bijzondere voorzieningen. Eventueel zou in de A.M.v.B. op grond van art. 6.3. rekening kunnen worden gehouden met uitbreidingen en verbouwingen die nodig zijn in het kader van de affiliatie en wellicht dat zulks op overeenkomstige wijze kan terzake van belangengemeenschappen.

Het vergunningsvereiste maakt deel uit van een planprocedure. Naast de vergunning tot bouw kent het wetsontwerp de verklaring van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waaruit blijkt dat de beoogde bouw past in het landelijke ziekenhuisplan. Voor elke provincie wordt door de Gedeputeerde Staten een plan voorgelegd, waarin de behoefte aan de bouw van ziekenhuizen kan worden voorzien. Deze plannen gaan dan, met de daartegen door belanghebbenden ingebrachte bezwaren, voor advies naar het in te stellen College voor ziekenhuisvoorzieningen, welk college tot taak heeft het ontwerp op te stellen van een landelijk ziekenhuisplan. Dit laatste zal dan door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid worden vastgesteld, met dien verstande dat voorzover het plan betrekking heeft op academische ziekenhuizen of militaire ziekenhuizen, het plan wordt vastgesteld in overeenstemming met zijn collegae van Onderwijs en Wetenschappen respectievelijk van Defensie. Gezien het grote belang en de verstrekkende gevolgen van deze planprocedure, zijn op verschillende punten beroepsmogelijkheden ingebouwd, in laatste instantie bij de Kroon. Zonder de verklaring zal het niet mogelijk zijn een bouwvergunning te krijgen en kan niet tot exploitatie van het ziekenhuis worden overgegaan.

In art. 10 van de wet stelt de regering voor, dat aan het afgeven van de verklaring voorwaarden kunnen worden verbonden:

„Indien onze minister van oordeel is dat de beoogde bouw past in het landelijk ziekenhuisplan, mits bepaalde beperkingen of voorschriften, bij verlening van een vergunning te stellen, zullen worden in acht genomen, wordt in de verklaring de inhoud daarvan aangegeven”.

Ook de vergunning ex art. 6 van de wet kan onder beperkingen worden verleend en er kunnen voorschriften aan worden verbonden (art. 15.6.). De Memorie van Toelichting wijst erop, dat deze deels dezelfde zullen zijn als ook bij de verklaring een rol spelen, doch zij kunnen ook betrekking hebben op de criteria, welke bepaaldelijk verband houden met de bouw als zodanig (art. 15.3.). In de Memorie van Toelichting wordt omtrent deze beperkingen nog het volgende gezegd:

„Bij het beoordelen van een aanvraag om een verklaring is niet alleen van belang of een voorziening op zichzelf past in het landelijk ziekenhuisplan, doch even essentieel in het kader van de gedachtengang die ten grondslag ligt aan deze wet zal dikwijls zijn of er een duidelijke relatie bestaat met bepaalde inrichtingen. Zo is het voor het goed functioneren van een verpleegtehuis naar de mening van de ondergetekende noodzakelijk, dat er duidelijk schriftelijk vastgelegde afspraken zijn met tenminste één ziekenhuis ... en tenminste één verzorgingstehuis. Deze afspraken dienen enerzijds waarborgen in te houden met betrekking tot een goede samenwerking op het gebied van geneeskundige behandeling en onderzoek. Anderzijds dient de mogelijkheid te worden geopend dat verpleegtehuispatiënten, die daaraan behoefte hebben, bij voorrang worden opgenomen in het ziekenhuis, en dat patiënten, die de zorg van het verpleegtehuis niet langer behoeven, kunnen worden geplaatst in het verzorgingstehuis”.

Overigens heeft minister Roolvink in Delfzijl vrijwel letterlijk hetzelfde nog eens gezegd, maar alleen met dit verschil dat uit zijn woorden duidelijk blijkt, dat wat in de Memorie van Toelichting nog als wenselijk wordt gesteld voor de samenwerking tussen verpleegtehuis, ziekenhuis en verzorgingstehuis, thans reeds door zijn departement bij de goedkeuring voor verpleegtehuizen in praktijk wordt gebracht. De Nationale Ziekenhuisraad blijkt juist bezwaren te hebben tegen die bevoegdheid van de minister⁴. Met het oog op de hearing op 12 december 1968 van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid over het wetsontwerp heeft de Nationale Ziekenhuisraad zijn standpunt in een memorandum vastgelegd en daarin is - naar aanleiding van hetgeen in de Memorie van Toelichting was vermeld terzake van de afspraken met verpleegtehuizen en dergelijke - de volgende passage opgenomen:

„Hoezeer de Raad een goede samenwerking op

4. Ontwerp van Wet Ziekenhuisbouw, *Het Ziekenhuisweten* 1969, blz. 88 e.v.

het gebied van de geneeskundige en maatschappelijke zorgverlening ook kan aanbevelen, toch meent hij dat zulks niet langs deze weg - met name via een ziekenhuisbouwwet - kan of mag worden afgedwongen".

Wij zouden het daarentegen toejuichen als voorschans bij de beoordeling van een aanvraag tot oprichting etc. van een ziekenhuis juist ook aandacht werd geschonken aan mogelijke vormen van functionele samenwerking en belangengemeenschappen met andere instellingen op het terrein van de gezondheidszorg en als daarbij niet alleen gedacht werd aan verpleeg- of verzorgingstehuizen. Uitbreiding van het in de toelichting bedoelde gesloten circuit tot centrum-ziekenhuizen en satelliet-ziekenhuizen mag wellicht aanvankelijk in het wetsontwerp niet zijn beoogd, de bewoordingen van de wet sluiten dusdanige uitbreiding geenszins uit. Bovendien is in het gewijzigd ontwerp van de wet, dat bij de Memorie van Antwoord was gevoegd, een nieuw artikel opgenomen (art. 18), dat een aanvulling geeft op het vergunningsstelsel terzake van de bouw (art. 6 e.v.) en dat speciaal beoogt ook andere voorzieningen aan een vergunning van de minister te onderwerpen. Door deze uitbreiding van de strekking van het wetsontwerp kunnen ook de doelmatigheid ten aanzien van de inrichting en bestemming der ziekenhuizen, de verdeling van specialismen en superspecialismen, de aanschaf van apparatuur, de personeelsbezetting en de samenstelling van de medische staf in de beschouwing worden betrokken.

3. In de Wet Ziekenhuisvoorzieningen - wordt het wetsontwerp aangenomen - hebben wij dus hopelijk te zijner tijd inderdaad een instrument dat de samenwerking tussen ziekenhuizen mede kan gaan beïnvloeden en richting geven. Het is hier dan de centrale overheid die de taak geheel op zich neemt, zij het dat deze het advies heeft in te winnen van het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Zonder bezwaren is deze ontwikkeling o.i. niet.

Allereerst zij er op gewezen, dat de voorgestelde wet niet voor alle ziekenhuizen geldt. Het is echter o.i. zonder meer noodzakelijk, dat alle ziekenhuizen - dus ook de academische ziekenhuizen - in het gehele patroon van samenwerkingsvormen worden opgenomen. Weliswaar blijven de academische ziekenhuizen niet buiten de planprocedure, maar dat kan zeer wel inhouden dat de positie en omvang van die ziekenhuizen als een gegeven worden aanvaard, terwijl zij eigenlijk in het overleg over de

omvang en de aard van de ziekenhuisvoorzieningen, landelijk en regionaal, zouden moeten worden betrokken.

Dit brengt ons vanzelf op een ander aspect van de voorgestelde wettelijke regeling, waarop ook De Moor reeds heeft gewezen, namelijk de vraag, of wij met een centrale beoordeling en leiding van de plannen op het gebied van het gezondheidswezen op de juiste weg zijn en of niet meer moet worden gestreefd naar een regionale organisatie onder een bestuur met eigen bevoegdheden⁵. Ofschoon dit geen antwoord is op de vraag van De Moor, zij erop gewezen dat in de wettelijke regeling wel aan een delegatie van bevoegdheden is gedacht, maar dan in die zin dat de minister voor bepaalde categorieën van ziekenhuizen zijn bevoegdheden tot het afgeven van de verklaring ex art. 7 kan delegeren aan Gedeputeerde Staten van de provincie waarin het ziekenhuis, waarop de aanvraag betrekking heeft, is of zal zijn gelegen. Alvorens namelijk op een aanvraag om een verklaring te beslissen, heeft de minister in het algemeen het advies in te winnen van Gedeputeerde Staten van de provincie waarin het ziekenhuis, waarop de aanvraag betrekking heeft, is of zal zijn gelegen, alsmede zo nodig van Gedeputeerde Staten van andere provinciën. Op welke wijze Gedeputeerde Staten hun advies voorbereiden laat het wetsontwerp geheel buiten beschouwing. Het zou voor de hand liggen, als zij zich daarbij bedienden van de Provinciale Raden voor de Volksgezondheid, organen voor de uitvoering van de Gezondheidswet 1956 en ingesteld door de Provinciale Staten. Volgens art. 47 van de Gezondheidswet omvat de taak van de Provinciale Raad echter uitsluitend:

- a het stimuleren van de gezondheidszorg binnen de provincie;
- b het bevorderen van de coördinatie van alle werkzaamheden, welke op het gebied van de volksgezondheid binnen de provincie worden verricht;
- c het uitbrengen van adviezen, onder meer omtrent de verdeling van rijkssubsidies en het bevorderen van het ter beschikking stellen van gelden en andere middelen ten behoeve van de gezondheidszorg;
- d het samenwerken met andere Provinciale Raden, indien deze samenwerking voor de gezondheidszorg dienstig is.

De Vreeze heeft terecht opgemerkt dat de Provinciale Raden door hun samenstelling en werkwijze niet de geëigende organen zijn voor het opstellen van de provinciale plannen voor de ziekenhuisvoorzieningen⁶. Weliswaar opent art. 48 van de Gezondheidswet de mogelijkheid, de samenstelling aan te passen aan nieuwe taken, maar dat neemt niet weg dat in die raden in elk geval zitting hebben:

- a vertegenwoordigers van gemeenten in de provincie, op voordracht van organisaties, welke naar het oordeel van Gedeputeerde Staten kun-

5. R. A. de Moor, De ontwerp-wet ziekenhuisbouw, *Ziekenfondsvragen* 1-69, blz. 1 e.v. Anders: L. P. de Jong, De infrastructuur van de volksgezondheidszorg en de betekenis van een wet ziekenhuisbouw, *Maandschrift Economie*, december 1968, blz. 129 e.v.

6. J. Th. M. de Vreeze, Voor en na de Gezondheidswet 1956, blz. 14.

nen worden geacht representatief te zijn voor de gemeenten;

- b vertegenwoordigers van de provinciale kruisverenigingen, welke in de provincie gevestigd en werkzaam zijn.

Er zal bovendien een gelijk aantal vertegenwoordigers van particuliere organisaties en instellingen enerzijds en van openbare lichamen anderzijds worden aangewezen. Niet alleen de samenstelling van de raden zou kunnen worden aangepast; de Gezondheidswet schept bovendien in art. 50 nog de mogelijkheid, dat de Provinciale Raad zich doet bijstaan door commissies van advies en bijstand, welke deskundig zijn op een bijzonder gebied van de volksgezondheid en waarvan de samenstelling, bevoegdheid en werkwijze door de Raad, die ook de leden benoemt, worden geregeld. Van die commissies van advies en bijstand is echter tot nu toe in de praktijk nog niet veel terecht gekomen. De oorzaken van dit falen laten wij terzijde; dat echter met behulp van deze organen een slagvaardig en effectief beleid op het zo ingewikkelde terrein van de ziekenhuisvoorzieningen te verwachten zou zijn, lijkt ons alleszins aan twijfel onderhevig.

De vraag zou kunnen worden gesteld of niet de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een geëigend orgaan zou kunnen zijn om aan de structurering van het ziekenhuiswezen leiding te geven. Het is immers een gemengd orgaan, deels bestaande uit leden uit de overheidssector en deels uit vertegenwoordigers van particuliere instellingen. Van de 38 leden zijn er echter 19 reeds afkomstig uit de overheidssector. Uit de sector van het particuliere initiatief heeft slechts 1 lid zitting als vertegenwoordiger van de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen (de top-organisatie van protestantse en neutrale ziekenhuisorganisaties) en 1 lid namens de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen. Weliswaar hebben daarnaast nog enige leden zitting namens beroepsorganisaties op medisch en verpleegkundig terrein, maar uit dit alles blijkt wel duidelijk dat alleen al vanwege zijn samenstelling ook de Centrale Raad niet het geëigende orgaan kan zijn om orde op zaken te stellen. Doch ook de taak van de Centrale Raad leent er zich o.i. niet voor. Staatssecretaris Kruisinga heeft bij de installatie van Festen als nieuwe voorzitter terecht de nadruk gelegd op de waardevolle adviserende taken van de Raad en een wijd perspectief geschetst van vele nieuwe vraagstukken, die onze aandacht — en met name die van de Raad — zullen vragen, zoals de psychohygiëne, de milieuhygiëne, de betekenis van de volksgezondheidsresearch en het verpleegkundig en medisch handelen bij een zich steeds verder ontwikkelende medische technologie en een ander

ziektepatroon⁷. Dat in het gewijzigd ontwerp de Centrale Raad mede de taak kan vervullen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, zo dit laatste niet tot stand komt of niet langer blijft aangewezen, zien wij niet als een bewijs, dat de Centrale Raad daartoe bekwaam zou zijn, doch is o.i. geboren uit de noodzaak het gehele patroon van procedures tot een sluitend geheel te vormen, ook indien een bepaalde schakel, welke thans nog ontbreekt, niet zou functioneren.

Terugkomend op de vraag van De Moor, zal uit het vorenstaande duidelijk zijn geworden, dat wij nog niet goed kunnen zien of de voorgestelde, wetelijke, vanuit de centrale overheid gedachte regeling inderdaad een doeltreffend instrumentarium zal gaan betekenen op het gebied van de ziekenhuisvoorzieningen. Mede gelet op de nog onvoldoende en onduidelijke samenstelling, werkwijze en bevoegdheden van de privaatrechtelijke, regionale samenwerkingsverbanden, zijn wij niettemin geneigd voorshands de voorkeur te geven aan de opzet van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Overigens zou een regionale aanpak wel eens kunnen worden bevorderd door de gedachtenontwikkeling, welke zich de laatste tijd aan het voltrekken is ten aanzien van de wenselijkheid van staatkundige gewestvorming in stee van de huidige provinciale indelingen of waarbij althans een onderzoek moet worden ingesteld naar de vraag of er een blijvende behoefte bestaat aan territoriale bestuursorganen tussen de gewesten en het rijk. Anderzijds echter vragen wij ons, met Festen, af of de gehele voorziening op het terrein van het ziekenhuiswezen via algemene ziekenhuizen, centrale klinieken met alle specialistische voorzieningen, categorale ziekenhuizen, die vaak een groot rayon bestrijken, wel een zaak is die anders dan op landelijk niveau kan worden gezien⁸. Welk landelijk orgaan dit dan zou moeten zijn, geeft Festen overigens niet te kennen.

4. Op het gebied van de samenwerking tussen de ziekenhuizen menen wij echter op den duur het heil niet uitsluitend van de provinciale of centrale overheid te moeten verwachten, maar hier mede een belangrijke leiding- en richtinggevende taak te zien liggen voor de eigen maatschappelijke krachten op het gebied van het ziekenhuiswezen. De Stichting Nationale Ziekenhuisraad is daar de uiterlijke gestalte van, tezamen met de deskundigheid zoals die is gedacht en vorm begint te krijgen in het Nationaal Ziekenhuisinstituut. De huidige samenstelling van die landelijke organen is naar ons gevoelen op den duur zeker nog voor wijziging, in de zin van verbreding door middel van functionele samenwerking of belangengemeenschap met de landelijke medische beroepsorganisaties, vatbaar. Gezien evenwel het nog jonge bestaan van de Raad en het Instituut, ware eerst uitvoering te geven aan de taken welke zij zich bij hun oprichting hebben gesteld. Ook de relatie tussen deze instellingen en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zal ongetwijfeld aan de orde moeten worden gesteld. Het College

7. *Staatscourant* 1970, nr. 7, blz. 3. Zie ook *Medisch Contact* 1970, blz. 77 e.v.

8. H. Festen, Het nieuwe ontwerp Wet Ziekenhuisbouw, *De Ziekenfondsgids* 1968, blz. 141 e.v.

wordt samengesteld uit organisaties van ziekenhuizen en van andere belanghebbenden en aan de regering staat daarbij, blijkens de Memorie van Antwoord, een brede representatie voor ogen, veel breder dan in de Nationale Ziekenhuisraad thans aanwezig is. Dat ook hier naar een samenwerking en wellicht integratie zal dienen te worden gestreefd, is echter wel voor de hand liggend. De vraag zou kunnen worden gesteld of het nog wel zin heeft de regionale en landelijke samenwerkingsverbanden te stimuleren, nu straks de zorg voor de doelmatige voorzieningen uiteindelijk bij de overheid komt te liggen en niet mag worden verwacht dat deze zich, gezien haar eigen verantwoordelijkheid voor een goede gezondheidszorg, op dit terrein te zijner tijd zou terugtrekken. Afgedacht van het feit dat de eigen organen van de ziekenhuizen ook een eigen taak hebben en houden op het gebied van functionele samenwerking, overleg en informatie, zouden wij het funest vinden, indien ten gevolge van de wettelijke regeling zou worden afgezien van een verdere uitbouw van die eigen organen. Zij zullen zoveel mogelijk met beleidsbepalende of althans beleidsvoorbereidende bevoegdheden moeten worden bekleed, opdat zij enerzijds in staat zullen zijn alsdan de overheidsorganen, regionaal of landelijk, op deskundige wijze te adviseren, en op die wijze bereid moeten zijn alle medewerking te verlenen aan de realisering van een doelmatige opzet van de gezondheidszorg en aldus hiervoor medeverantwoordelijkheid te willen dragen. Anderzijds zullen zij ook zelf de bij hen aangesloten instellingen en organisaties alle steun en raad kunnen geven bij het vinden van verantwoorde oplossingen voor vorm en

inrichting van ziekenhuizen, alsmede op het brede terrein van de samenwerkingsmogelijkheden met en tussen de onderscheidene instellingen.

Op deze wijze kan een patroon van regionale en landelijke samenwerkingsverbanden groeien van welke ervaringen instellingen elders in den lande kunnen profiteren; de know-how wordt gebundeld en door het samenbrengen in een landelijk centraal instituut, waarin men zelf deelgenoot is, losgemaakt van de individuele subjectieve benadering van tijd-, plaats- en persoonsgebonden ziekenhuisbesturen. Zo kan een aanvang worden gemaakt met de objectivering van de aanpak van het geweldige terrein van de samenwerking ten profijte van een doelmatige voorziening in de behoefte aan gezondheidszorg, met name op het gebied van het ziekenhuiswezen, voor ons land als geheel. Wellicht dat op den duur de privaatrechtelijke basis van de Nationale Ziekenhuisraad onvoldoende zal blijken te zijn om deze taak te kunnen volvoeren. Laten wij dan niet te terughoudend zijn door de zaak weer terug te verwijzen naar de overheid, doch dan overwegen of de oplossing niet kan worden gevonden in de richting, die ook het bedrijfsleven hierin heeft ingeslagen, namelijk de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie. In het kader van dit artikel willen wij alleen volstaan met het aanduiden van deze richting in de ontwikkeling van de samenwerkingsvormen; bij het doordenken, bediscussiëren en stimuleren van die ontwikkeling zullen wij ook die publiekrechtelijke kant - zeker op de langere duur - in onze beschouwingen niet uit het oog mogen verliezen.

Staatssecretaris Kruisinga installeert Raad van Gezondheidsresearch

In zijn rede ter installatie van de Raad van Gezondheidsresearch op het hoofdkantoor van de Centrale Organisatie T.N.O. op vrijdag 24 april i.l. herinnerde staatssecretaris Kruisinga er aan dat in verhouding tot de bestedingen op het gebied van de gezondheidszorg in Nederland betrekkelijk te weinig wetenschappelijk onderzoek wordt verricht in verhouding tot andere sectoren. De Raad van Advies Wetenschapsbeleid heeft op deze discrepantie gewezen en gepleit voor een relatief sterke groei van het onderzoek op het onderhavige gebied. Om deze groei op een verantwoorde wijze te doen plaatsvinden pleitte deze Raad eveneens voor een betere coördinatie van het onderzoek. De Raad voor Gezondheidsresearch is thans in het leven geroepen om deze coördinerende taak te vervullen als onderdeel van het wetenschapsbeleid inzake het gezondheidsonderzoek in Nederland.

De problemen en noden op het gebied van de volksgezondheid zijn zo talrijk en omvangrijk, dat ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek onvermijdelijk prioriteiten moeten worden gesteld. Om te kunnen beoordelen, in welke sector de ge-

zondheidsresearch met voorrang zou dienen te worden gestimuleerd, kan men zich laten leiden door een aantal vragen en overwegingen.

Van fundamenteel belang in dit kader is in de eerste plaats de vraag of het stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek op een bepaald gebied inderdaad het beste middel, of zelfs maar een deugdelijk middel is om de toestand van de volksgezondheid op het desbetreffende gebied te verbeteren. Tevens dient men zich af te vragen: van welke aard de te verwachten verbetering op het gebied van de volksgezondheid zal zijn en hoe groot het aantal personen is dat van de wetenschappelijke verworvenheden aan kennis en vaardigheden zal kunnen profiteren.

Een belangrijke vraag, waarmee de Raad zal worden geconfronteerd, is die naar de wijze waarop en de weg waarlangs gunstige resultaten van wetenschappelijk onderzoek in de praktijk dienstbaar kunnen worden gemaakt aan de verbetering van de volksgezondheid.

De onderzoek-inspanningen van de centrale research-instituten, van de rijksinstituten, van de uni-

versitaire research, van de particuliere instituten en lichamen en van de industrie zullen moeten worden gekoppeld en voorbereidingen zullen moeten worden getroffen voor het opstellen van prioriteiten-schema's consequent getoetst op de systematische bijdrage tot het gezondheidsbeleid. De Raad zal projecten moeten selecteren en de financiering zal per project moeten kunnen worden gezien.

De TNO-vorm biedt in de Nederlandse verhoudingen de flexibiliteit voor gemeenschappelijk project-onderzoek, waarbij zowel verticaal als horizontaal de noodzakelijke koppelingen kunnen plaatsvinden. Daarbij moet grote waarde worden gehecht aan de

inschakeling van het industriële onderzoek-potentieel.

Dat het om een breed gezondheidsbeleid gaat, aldus de staatssecretaris, wordt geïllustreerd door de participatie van de minister van Onderwijs en Wetenschappen, van Economische Zaken, van Landbouw en Visserij en van Defensie. Het symboliseert en onderstreept ook, dat het primair gaat om het voeren van het beleid en niet om de research als zodanig. De exacte inhoudsbepaling van gezondheidsbeleid is niet direct aan de orde. Het gaat om de research met betrekking tot de gezondheid van de mens en van het milieu.

Longitudinaal groei-onderzoek onder 450 Nijmeegse kinderen

Al geruime tijd houdt een landelijke werkgroep bestaande uit deskundigen op het gebied van de kindergeneeskunde, de endocrinologie, de tandheelkunde, de psychologie, de voeding en de statistiek, zich bezig met de voorbereiding van een longitudinaal onderzoek naar het verloop van de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling bij gezonde kinderen van 4-14 jaar. Onlangs is besloten dat dit onderzoek in Nijmegen zal worden uitgevoerd. In september 1970 zal ermee worden begonnen en het zal vijf achtereenvolgende jaren duren.

De belangrijkste vragen waarop de groep wetenschappelijke onderzoekers een antwoord hoopt te krijgen in deze periode zijn onder andere: welke veranderingen treden er op in lichaams- en gelaatsontwikkeling; wat is de reden dat een kind in een bepaalde periode van zijn leven sneller groeit dan in een andere en de oorzaken daarvan; hoe verloopt de ontwikkeling van het gebit en is de kans op onregelmatige stand van de tanden en kaken groter wanneer de melktanden vroegtijdig verloren gaan; kan het moment van schoolrijpheid exacter worden aangegeven; is het mogelijk reeds op de schoolleeftijd een maat te vinden voor de spierkracht van het kind; zo ja, is het dan mogelijk de uiteindelijk te bereiken fysieke toestand te voorspellen; waardoor begint de puberteit en welke hormonale veranderingen vinden dan plaats? Deze problemen zijn een greep uit de veelheid van vragen waarvoor dringend een antwoord wordt gezocht.

De praktische uitvoering van het onderzoek ligt voor het grootste deel in handen van medewerkers van de Katholieke Universiteit. In totaal zullen 450 gezonde kinderen uit de leeftijdsgroepen van 4, 7 en 9 jaar worden onderzocht. Kinderen jonger dan 9 jaar zullen 1 ochtend per half jaar worden onderzocht, kinderen ouder dan 9 jaar 1 ochtend per kwartaal. Deze dagen gaat een brief uit naar een groot aantal ouders in Nijmegen, aan wie medewerking wordt gevraagd hun zoontje of dochtertje te laten deelnemen in het onderzoek. In deze brief wordt een uiteenzetting gegeven over de betekenis

en de oogmerken van het onderzoek. Alle hoofden van scholen, benevens alle huisartsen, tandartsen en psychologen zijn op de hoogte gesteld van dit onderzoek. De inspecteur van het onderwijs heeft toestemming gegeven dat de kinderen voor dit doel de school verzuimen. De hoofden van de school-artsdienst en de schooltandartsdienst gaan eveneens met deze opzet akkoord. Tijdens een onderzoek, dat van 9.00 uur tot 12.00 uur duurt, wordt het kind door de dokter lichamelijk nagekeken, het gebit gecontroleerd en zonodig behandeld, en wordt een psychologische test afgenomen; tevens wordt een kleine hoeveelheid bloed afgenomen en er worden röntgenfoto's gemaakt van gelaat en handen.

Tijdens de gehele onderzoeksperiode staan de kinderen onder regelmatige tandheelkundige controle; de benodigde tandheelkundige behandelingen zullen gratis worden verzorgd. Het kind ondervindt vanzelfsprekend geen schade of hinder van het onderzoek, men zou zelfs kunnen zeggen dat het van voordeel is dat deze kinderen spelenderwijs vertrouwd raken met dokter en tandarts. De gegevens over de kinderen worden strikt vertrouwelijk behandeld.

De landelijke werkgroep is als volgt samengesteld:

Prof. Dr. F. P. G. M. van der Linden, hoogleraar orthodontie te Nijmegen; Dr. V. M. Oppers, arts, Gemeentelijk Bureau voor Statistiek, Amsterdam; Dr. B. Prah-Andersen, wetenschappelijk hoofdamtenaar, afdeling orthodontie, Nijmegen; Dr. R. Steendijk, wetenschappelijk hoofdmedewerker, Histologisch Laboratorium en Kinderkliniek, Amsterdam; Prof. Dr. J. J. van der Werff ten Bosch, hoogleraar endocrinologie, groei en voortplanting, Rotterdam; Dr. J. F. de Wijn, Centraal Instituut voor Voedingsonderzoek, TNO, Zeist; Dr. F. J. Mönks, lector in de ontwikkelingspsychologie, Nijmegen; Dr. G. B. A. Stoelinga, lector in de kindergeneeskunde, Nijmegen.

Aantallen huisartsen in grote steden

Ter beantwoording van hem door de Tweede Kamerleden *Veder-Smit* en *Rietkerk* (beiden V.V.D.) gestelde vragen betreffende het teruglopen van het aantal huisartsen in de grote steden van het westen des lands heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid de volgende cijfers gegeven:

Tabel I
Huisartsen en geneeskundigen in gemeenten 100.000 inwoners

| Datum | Aantal huisartsen | Dichtheid huisartsen per 10.000 inwoners | Bevolking $\times 10.000$ |
|----------------|-------------------|--|---------------------------|
| 1-1-1966 | 1.437 | 3,73 | 385 |
| 1-1-1967 | 1.421 | 3,68 | 386 |
| 1-1-1968 | 1.455 | 3,78 | 385 |
| 1-1-1969 | 1.432 | 3,74 | 383 |

Tabel II
Huisartsen in de grote gemeenten:

| | Datum | Aantal huisartsen | Dichtheid huisartsen per 10.000 inwoners | Bevolking |
|-----------|------------------------|-------------------|--|-----------|
| Den Haag | 1-1-1968 | 244 | 4,23 | 576.160 |
| | 1-1-1969 | 238 | 4,22 | 563.614 |
| | 1-1-1970 ¹⁾ | 231 | 4,20 | 550.624 |
| | 1-1-1968 | 240 | 3,38 | 710.871 |
| Rotterdam | 1-1-1969 | 236 | 3,38 | 699.245 |
| | 1-1-1970 ¹⁾ | 232 | 3,38 | 686.584 |
| | 1-1-1968 | 321 | 3,74 | 857.635 |
| Amsterdam | 1-1-1969 | 317 | 3,75 | 845.821 |
| | 1-1-1970 ¹⁾ | 313 | 3,76 | 831.444 |

¹⁾ Voorlopige bevolkingscijfers.

In deze beantwoording zegt de staatssecretaris voorts dat niet met zekerheid gezegd kan worden of en zo ja waarom vestiging in de grote steden minder aantrekkelijk zou zijn dan elders. Er bestaat wel een vermoeden zowel dat de persoonlijke verhouding van de patiënt tegenover zijn huisarts in deze steden anders zou zijn dan in kleine bevolkingscentra, alsook dat de problemen van de verkeersdruk, het gebrek aan parkeerplaats en de hoog gelegen etagewoningen inconvenianten voor de huisarts meebrengen.

Voor de komende jaren mag een verdubbeling van het aantal afstuderende medische studenten worden verwacht ten opzichte van het gemiddelde van de zestiger jaren. Gelet op het instellen van leerstoelen voor de huisartsengeneeskunde, en de

pogingen, die worden ondernomen om de voorwaarden voor de beroepsuitoefening te verbeteren, mag het niet onwaarschijnlijk worden geacht dat een ten opzichte van voorafgaande jaren toenevend aantal afgestudeerden zich als huisarts zal vestigen.

Een en ander in aanmerking nemende mag in de toekomst enige stijging van het aantal huisartsen naar landelijk bevolkingsaantal gemeten waarschijnlijk worden geacht.

Tenslotte is in dit verband van belang, dat de commissie artsenbehoefte van de Gezondheidsraad blijkens zijn rapport inzake de kwantitatieve invloed van de ontwikkeling van de geneeskunde en de gezondheidszorg op de behoefte aan artsen in 1982 en het jaar 2000, wat betreft de huisartsengeneeskunde tot het unanieme advies is gekomen, dat het niet voor de hand ligt te stellen, dat het aantal patiënten per huisarts aanzienlijk kleiner zal moeten worden. Gelet ook op de samenstelling van het adviserende college moet aan dit advies grote waarde worden toegekend.

MC

VAN DE O.L.M.A.

Buitendienstmedewerker O.L.M.A.

In verband met de toeneming van werkzaamheden, mede door de sterke groei van aanvragen om financieringen voor overname van praktijken en praktijkassociaties, is bij de O.L.M.A. per 1-5-1970 een nieuwe buitendienstmedewerker in dienst getreden. Deze nieuwe buitendienstmedewerker, de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41 te Tilburg (telefoon 04250-32354) zal de contacten met artsen onderhouden in de drie zuidelijke provincies. Zijn foto treft u hierbij aan.



De beide andere buitendienstmedewerkers behouden hun oude werkgebied, met uitzondering van het zuidelijke deel daarvan, dat voortaan door de

heer Ghering wordt behartigd. De contacten in het westelijk gedeelte van Nederland blijven onder de hoede van de heer J. van Elzelingen Skabo-Brun, Keizersgracht 259 te Amsterdam (telefoon 020-229.225) en in Oost- en Noord-Nederland van de heer R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9 te Epse-Gorssel (telefoon 05759-1825).

Algemene Ledenvergadering O.L.M.A.

OPROEP en AGENDA voor de Algemene Ledenvergadering van de O.L.M.A. te houden op 30-5-1970, aanvang 11.30 uur, in het Bestuursgebouw van de K.N.M.G. Lomanlaan 103 te Utrecht.

1. Opening.
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Verslag van de directie over het boekjaar 1969.
4. Benoeming Commissarissen.
In 1970 dient Dr. I. A. van Goor conform het bepaalde in artikel 16 van de Statuten af te treden. Ter vervulling van deze vacature heeft het Hoofdbestuur van de K.N.M.G. overeenkomstig artikel 14 van de Statuten de volgende bindende voordracht verstrekt, in volgorde van voorkeur.
I. Dr. I. A. van Goor, arts te Tilburg
II. Dr. A. E. Leuftink, arts te Hoog-Keppel
Voorts hebben de heren H. G. van Balen (benoemd op voordracht van de L.S.V.) en J. H. van Dalen (benoemd op voordracht van de L.A.D.) de wens te kennen gegeven hun zetel ter beschikking te stellen. Ter vervulling van deze vacatures



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo maart 1970 — voor het tweede kwartaal 1970 een waarde van f 1,212.

zijn, conform artikel 14 van de Statuten, de volgende bindende voordrachten ontvangen, in volgorde van voorkeur.

namens de L.S.V.:

- I. J. Th. Groenewegen, huidaarts te Heerlen
- II. Dr. J. van Mansvelt, neuroloog te Haarlem.

Namens de L.A.D.:

- I. E. van Luijt, arts te Den Haag
- II. J. J. H. Lammerts van Bueren, arts, gen. adv. te Heeze (N.Br.)

5. Rondvraag.
6. Sluiting.

MC

BRIEFEN AAN DE REDACTIE

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.

HUISARTSENHONORARIA

Een werkgever klaagde enige tijd geleden, dat het, gezien de mentaliteit van vele jongere werknemers, vaak zo moeilijk is in het bedrijf er voor te zorgen, dat de voldoening in de geleverde arbeid op peil blijft: de jonge sollicitant komt aan de personeelschef allereerst vragen, hoeveel hij verdient, hoe de vrije dagen zijn geregeld, informeert daarna pas naar de aard en de eisen van zijn werk. Als ik de vele missives die ik het laatste jaar van de L.H.V. en van de P.H.V. heb ontvangen doorkijk, is het mij duidelijk, dat het bij ons in het medische bedrijf waar-

schijnlijk niet veel beter is gesteld dan in het zogenaamde bedrijfsleven.

Gelukkig ben ik in dat medische bedrijfsleven, wat betreft mijn oordeel over mentaliteit en stijl van de „werknemers” niet geheel afhankelijk van de officiële missives: ik kan mijn oren nog behoorlijk openzetten en ik kan andere dingen zien dan stukken bedrukt papier. In Lancet van 6 december 1969 (zie T.v.G. 10-1-1970) wordt de vraag gesteld, 'who is to represent the U.S.A. medical profession in negotiations with the Federal Government'. Dit met het oog op het feit, dat nog slechts 50% van de Amerikaanse arts bij de American Medical Association is aangesloten en dat bij het publiek de achting voor de artsen, als maatschappelijke groep, is gedaald. In navolging van Lancet ben ook ik langzamerhand geneigd te vragen: wie eigenlijk representeert het bestuur van de L.H.V., als dit in de missives van 1 en 15 april j.l.

woorden gebruikt en gedachten formuleert die ik herken uit de tijd, dat het zeer strijdvaardige oorlogs-M.C. op zeer wezenlijke wijze de waardigheid van de stand der geneeskundigen hooghield en verdedigde. Mijzelf weet ik bepaald niet vertegenwoordigd door het L.H.V. Bestuur, als dit in een schrijven de dato 1 april er op aandringt, de particuliere patiënt die de nota ontvangt in te schakelen bij de financiële controverses tussen arts en overheid, als dit L.H.V. Bestuur door een soort hippe of kabouteractie tracht „sociale wanorde” te veroorzaken en daarmee de overheid bakzeil te doen halen. Ook in artsenogen kunnen en mogen provo-acties wel eens een zinnige grond hebben, maar wordt de waardigheid en uiteindelijk ook het belang van de artsenstand gediend door strijdmethoden van provo-jongeren over te nemen?

Natuurlijk is het L.H.V. Bestuur altijd

„unaniem van mening...“, etc., zoals nog eens uitdrukkelijk is gesteld in het schrijven aan de huisartsen van 13 april. Ik zou mij echter sterk vergissen in mentaliteit en stijl van mijn collegae huisartsen als ik de enige was, die ronduit bekend lak te hebben aan het gegeven „zwaarwegend advies“ van de L.H.V. de dato 15 april. Het gaat mij echter niet alleen om de materiële inhoud van de twee genoemde missives, maar meer nog om de stijl, waarin deze zijn verrat, om de toon die wordt aangeslagen tegenover een democratisch regerende overheid. Vanzelfsprekend betekent dit laatste niet, dat een zodanig regerende overheid geen fouten kan maken, geen onjuiste inzichten kan hebben. Het gaat om de stijl, de „ton, qui fait la musique“. Het slot van de brief van 14 april spreekt wel van „verschuldigde eerbied“ (wat voor betekenis heeft eigenlijk dit zwierig-vaag klinkende woord: verschuldigd??), maar de stijl op p. 3 onder 4 is naar mijn bescheiden mening kwajongensachtig. Een groep veel verantwoording dragende Nederlandse burgers is enige tijd geleden op soortgelijke wijze door de overheid in de financiële kraag gegrepen als de huisartsen nu. Dat waren de loodsen van onze zee-gaten. Graag zou ik stijl en inhoud van de verdediging van de financiële faits et gestes van de huisartsen en van de loodsen, beide soorten beroepsdragers belast met een zware verantwoordelijkheid, eens naast elkaar willen leggen.

Ik kan niet door uitreden als lid van de L.H.V. demonstreren niet akkoord te kunnen gaan met het honorarium-beleid van het L.H.V. Bestuur, omdat ik daarmede ook het lidmaatschap van de Maatschappij zou moeten opgeven. Wel kan ik als slot van dit betoog kort en duidelijk stellen: de zwaarwegende adviezen van het L.H.V. Bestuur en van de Algemene Vergadering zullen door mij, zolang deze „stijl-bui“ duurt zonder meer terzijde worden gelegd.

Haarlem, 18 april 1970

Dr. M. J. Heering, arts

MC VARIA

De televisiefilmpjes in de serie OQ („Ook U“) welke voor het eerst in 1966 op de beeldbuis kwamen en die een verheugende belangstelling bleken te trekken, zijn thans gevolgd door een derde serie. Ook deze nieuwe reeks heeft als grondslag gezondheidsvoorlichting en -opvoeding via de televisie als een vorm van „public service“: informatie ten algemene nutte. De film-

pjes van één minuut zijn in kleur vervaardigd en omvatten een reeks van onderwerpen als bevordering van de gezondheid van de mens in zijn eigen omgeving; vroege ontdekking van kanker en wat daar aan te doen is; gebitsverzorging; het gevaar van kolen-dampvergiftiging; verstikkingsgevaar in gesloten ruimten; jeugd en hygiëne; veiligheid in huis en — wederom — een waarschuwing tegen het roken.



Op de Fachaustellung für Anstaltsbedarf, die van 9-12 juni 1970 in Hamburg wordt gehouden, wordt een totaaloverzicht van de modernste aanwinsten op het gebied van ziekenhuis-equipment gegeven. De FAB, één van de grootste en belangrijkste vaktentoonstellingen van dit soort in Europa, is gekoppeld aan de jaarlijkse bijeenkomst van de vakvereniging van Westduitse ziekenhuisdirecteuren. Staffunctionarissen van klinieken, artsen, hoofdverpleging en degenen die voor het beheer van het ziekenhuis verantwoordelijk zijn, kunnen op deze vakbeurs hun licht opsteken over de nieuwste ontwikkelingen op het terrein van de ziekenhuisinrichting.



De Gezondheidsorganisatie TNO brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat subsidie-aanvragen voor in het jaar 1971 te verrichten toegepast-natuurwetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid bij haar kunnen worden ingediend tot uiterlijk 1 september 1970. Bij de beoordeling van de subsidie-aanvragen zal een punt van overweging zijn in welke mate het voorgestelde onderzoek een bijdrage kan leveren tot bevordering van de volksgezondheid. Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1971 zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie TNO, Postbus 297, 's-Gravenhage.



De eerste jaarlijkse Flaumenhaftprijs is toegekend aan de Amsterdamse journaliste Henriëtte Lodeizen voor het artikel: „Drie miljoen tanden en kiezen worden jaarlijks weggesnoept“ in het Parool van 18 februari j.l. Deze jaarlijkse prijs is ingesteld door de Stichting Doctor Flaumenhaft-fonds tot Bevordering der Mondhygiëne, en wordt uitgereikt aan een journalist die in de loop van het voorafgaande jaar in een dag- of weekblad het beste artikel heeft geschreven, dat de totale gezondheidszorg in verband met de toestand in de mond kan stimuleren.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

Redactie: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgever: Uitgeversmij, Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

Adreswijziging: Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeversmij, Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.240 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984), — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van beroep: Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.