

SOCIOLOGIE EN GENEESKUNDE

Rede van de voorzitter der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, dr. I. A. van Goor, gehouden op de openingszitting van het 18e Ledencongres der Maatschappij in de Singer-concertzaal te Laren, op vrijdag 30 september 1966.

Excellentie, dames en heren, van het privilege van de voorzitter der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om voor zijn rede op het jaarlijkse Ledencongres der Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst om voor gebruik willen maken om uw aandacht te vragen voor de wijze, waarop de burgers het contact met de medische beroepsbeoefenaren ervaren, een onderwerp dat ook in de Volksgezondheidsnota 1966 aan de orde is gesteld. De bewindslieden schrijven: „Een belangrijke factor is tenslotte de wijze, waarop de burgers het contact met de medische beroepsbeoefenaren en de organen van gezondheidszorg beleven. De ondergetekenden willen in het bijzonder de aandacht vragen voor de behoefte van de burgers om in het contact met de beroepsbeoefenaren en in het contact met de gezondheidsinrichtingen een recht te hebben op een menselijke ontmoeting, een menselijke benadering, waarbij rekening wordt gehouden met de menselijke waardigheid en de behoefte om in zijn oordeelsvorming en gewetenszaken gerespecteerd te worden.”

De wetenschap die zich bezig houdt met het bestuderen van verhoudingen tussen groepen, in het onderhavige geval burgers en artsen, tussen individuen en groepen en individuen onderling is bij uitstek de sociologie, alhoewel de sociale psychologie en psychologie hierbij ook zijn betrokken. Een veel grotere betekenis krijgt deze verhouding burgers-artsen nu ons juist in de laatste maanden van de zijde van de bewindslieden, van de adviesraden, van de minister en van organisaties werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg, rapporten bereiken waarin zo weinig aandacht wordt besteed aan de omstandigheden, waaronder dit contact optimaal kan functioneren. De uitwerking van de gedachten over de wijkgezondheidszorg, de geestelijke volksgezondheid, de revalidatie, de verantwoordelijkheid voor de ziekenhuispatiënt, geschiedt zonder dat er een bijdrage is van de gedragswetenschap der sociologie.

Meerdere artsen, meestal vanuit de huisartsenpraktijk, hebben getracht in dissertaties licht te laten schijnen over dit vraagstuk. De artsen zijn in hun publicaties vaak blijven steken bij de vraag: „Wat verwacht de patiënt van de gezondheidszorg, wat ver-



Dr. I. A. van Goor, voorzitter der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, tijdens zijn rede over sociologie en geneeskunde op de officiële openingszitting van het 18de Ledencongres in de concertzaal van het Singer-museum te Laren.

wacht hij van de arts? Met name de verhouding arts-patiënt.

In de jaren 1950-1960 heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zich bij de uitbreiding van de preventieve gezondheidszorg duidelijk beijverd om deze te laten uitvoe-

ren in combinaties met de curatieve zorg door de huisarts. Bijzonder waardevol was een onderzoek door sociologen bij de bevolking van Nijmegen.

In april 1966, twee maanden na het verschijnen van de Volksgezondheidsnota en van de genoemde rapporten, meenden wij in onze kanttekeningen, bestemd voor de leden van het parlement, te moeten signaleren, dat, wil men organiseren in de gezondheidszorg, men de sociologie hierbij dient te betrekken.

De definitie van deze wetenschap luidt: de sociologie is een wetenschap welke streeft naar algemeen verklarende en zekere kennis van groepen en groepsverschijnselen met betrekking tot hun structuur, functies en veranderingen.

In het algemeen kan men stellen: de meest duurzame betrekkingen plegen mensen met elkaar aan te gaan rond fundamentele maatschappelijke behoeften. Deze krijgen in een of andere sociale vorm gestalte in deze betrekkingen van gezin en familie, in economische bedrijvigheid, in collectieve zelfverdediging, in gezamenlijk streven naar kennis, in de zorg voor de volksgezondheid, in de gemeenschappelijke erkenningen en verering van God. Gezin, bedrijf, leger, universiteit, gezondheidszorg, kerk vormen tezamen een ingewikkeld maatschappelijk cultureel verband, dat indirect verwijst naar de genoemde elementaire, menselijke en sociale behoeften. Men spreekt van maatschappelijke instituties, waartoe de sociologen ook de gezondheidszorg rekenen.

Hoe moet men zich nu een sociologie van de gezondheidszorg voorstellen? In de Nederlandse sociologische literatuur zijn veel studies verschenen over de sociologie van het gezin, van het bedrijf, van het leger, van de godsdienst, van de taal, van de muziek, van de cultuur en andere. Echter over de gezondheidszorg vinden we eerst in juli 1966, dus zeer recent, de eerste dissertatie (van de socioloog *Winkler Prins*), met name over de verhouding huisarts-patiënt. In het aprilnummer 1966 van „Mens en Wetenschap” verscheen een artikel van Prof. *Gadourek*, hoogleraar in de sociologie te Groningen met als titel „Evaluatie-onderzoek op het gebied der medische sociologie” met als ondertitel „Medische sociologie, een nieuw sociologisch specialisme”. *Gadourek* stelt: „De medische sociologie ontwikkelt zich in twee richtingen. Enerzijds het opsporen van sociale oorzaken van ziekten of althans de omstandigheden die ziekten bevorderen; de sociologie in de geneeskunde; daarnaast de sociologie van de geneeskunde of beter gezegd van de toepassing hiervan in de gezondheidszorg.

Deze laatste tak zou haar aandacht kunnen richten op de structurele grondslagen van allerlei medische instellingen, rollen, verhoudingen en organisaties en deze trachten te beschrijven en te doorgronden. Naast de rol van de arts (in de termen van de rolverwachtingen van zijn patiënten) tevens de organisatie van de gehele gezondheidszorg: de verhouding van de huisarts tot de specialist, het splitsen in de

levensbeschouwelijke segmenten (kruisverenigingen), sociale structuur van ziekenhuizen en inrichtingen”, aldus *Gadourek*, die nog eens de aandacht vestigt op de nieuwe methoden van de sociologie, waarbij men zich rechtstreeks tot de bevolking en de overige betrokkenen wendt en door berekeningen en technieken tot een oordeel komt.

Wij artsen zijn wel vertrouwd met de term: sociale geneeskunde, door Prof. *Muntendam* gedefinieerd: „De sociale geneeskunde is dat deel van de geneeskunde, dat het verband tussen de gezondheid en ziekte enerzijds en de maatschappij en haar groeperingen anderzijds tot onderwerp van studie heeft, de uit deze studie voortkomende maatregelen ter bevordering van de gezondheid en ter voorkoming, bestrijding en genezing van ziekte vaststelt en de voorwaarden bestudeert ter uitvoering van deze maatregelen.” Het zal U duidelijk zijn dat over het opsporen van sociale oorzaken van ziekten hoogleraren in de sociale geneeskunde en sociologen elkaars arbeid bijzonder goed zouden kunnen integreren. De sociologische literatuur geeft er echter blijk van dat men grote moeite heeft tot coördinatie te geraken. De definitie van Prof. *Muntendam* toont verder duidelijk aan dat de sociale geneeskunde geen studie maakt van datgene wat zich tussen bevolking en artsen afspeelt. Het is daarom dat we ons met een gerust hart kunnen wenden tot dat deel van de medische sociologie, dat men betitelt met: sociologie van de gezondheidszorg.

De publikaties van *Gadourek* en *Winkler Prins*, vergezeld van literatuuropgaven, vormen bronnen van studie, die bewindslieden volkomen het recht geven ons artsen te waarschuwen maar tevens een waarschuwing en vingerwijzingen bevatten voor alle medici en niet-medici, die aan de organisatie van de gezondheidszorg medewerken. En wanneer ik U thans deelgenoot wil maken van deze bronnen, dan zal ik met U door de wereld moeten trekken om te eindigen aan de Franse kant van het Meer van Genève, waar te Evian het wereldcongres van de internationale sociologische vereniging van 5-11 september van dit jaar is gehouden en waar voor het eerst in dit kader een subcomité van medische sociologen bijeen is gekomen. Wat leert ons de literatuur:

Parsons, een van de grootste en belangrijkste theoretische Amerikaanse sociologen van de dertiger jaren heeft een onderzoek gedaan naar de verhouding arts-patiënt en zijn visie is door latere sociologen steeds weer overgenomen. Reden dat ik zijn inzicht thans aan U wil duidelijk maken. In de verhouding arts-patiënt onderscheiden de sociologen de rol van de arts én van de patiënt. Onder rol te verstaan: geheel van normen en verwachtingen, dat men heeft omtrent het gedrag van personen in een bepaalde sociale positie.

Rol van de patiënt

Er blijken volgens *Parsons* vier aspecten te zijn die betrekking hebben op de rol van de zieke:

1e De bevrijding van de normale dagtaak.

2e Men kan van de zieke niet verwachten, dat hij gezond wordt, doordat hij zich flink houdt door wilskracht.

3e Het doel van het ziek zijn is ongewenst — met de verplichting weer gezond te willen worden.

4e Uiteindelijk de verplichting — vakkundige hulp in te roepen en bij de behandeling mee te werken.

Men kan verder zeggen, dat het in zekere zin een negatief verworven taak is — verworven door het verspelen van de gezondheid. De situatie van de patiënt kan worden gekarakteriseerd als hulpeloosheid — hulpbehoefendheid — vakkundige onbekwaamheid en emotionele reactie, bovendien is de zieke niet zelf verantwoordelijk voor de toestand waarin hij zich bevindt. In ons cultuurpatroon is precies beschreven welke hulp hij nodig heeft, namelijk deskundige, vakkundige en hulpverlenende bijstand. Ziekte is voor de doorsnee-mens een frustratie van zijn normale verwachting en hoop van het gewone leven. Dikwijls voelt hij zich ontmoedigd door zijn onmacht. Zijn sociale betrekkingen zijn min of meer onderbroken. Hij moet in deze toestand proberen pijnen te verdragen en eventueel de kijk op de toekomst of plannen veranderen en zich in het uiterste geval met de dood vertrouwd maken. Daarom moet er rekening gehouden worden met twee dingen: met emotionele schok aan het begin van een ziekte en met angst met het oog op de toekomst.

Rol van de arts.

De arts behoort tot wat genoemd wordt de vrije beroepen, een begrip dat zich wijzigt en de sociologen spreken liever van professions. De kenmerken zijn volgens Parsons:

1e. het nemen van zelfstandige beslissingen op grond van deskundigheid; 2e het dragen van eigen verantwoordelijkheid; 3e. het onderhouden van een vertrouwensrelatie; 4e. vergoeding voor diensten, zonder dat deze vergoeding in verhouding wordt gebracht met het resultaat van de dienst: het pogen wordt gehonoreerd.

Kenmerken van de artsenrol

1. *Universele waarden.* De medicus moet zich laten leiden door universele waarden, diagnostiek en therapie moeten worden vastgesteld zonder aanzien des persoons. De individuele arts heeft niet het recht zijn eigen maatstaven te hanteren. In het middelpunt van de rol van de arts staat zijn verantwoordelijkheid voor het welzijn van de patiënt, in die zin, dat hij de genezing naar beste krachten dient te bevorderen.

2. *Functionele specificiteit.* Dit betekent dat van de arts wordt verwacht, de toepassing van een hoge graad van de verworven bekwaamheid en kennis, ten aanzien van ziekteproblemen. Samenhangend met dit onderdeel van de artsenrol ontstaan bijzondere privileges, hij heeft het recht de patiënt lichamenlijk te onderzoeken en eveneens met zijn informatie

door te dringen in de meest intieme aangelegenheden van het privé-leven. De tegenpool van zulke voorrechten, die zich baseren op de betekenis voor de gezondheid van de patiënt, bestaat daarin, dat aan de patiënt verzekerd is dat de informatie en andere privileges van de arts niet buiten het bevoegde doel kunnen worden gebruikt. De regeling van het ambtsgeheim is daarvan een van de beste voorbeelden.

3. *Affectieve neutraliteit.* Een volgend belangrijk onderdeel is door Parsons genoemd, de affectieve neutraliteit. Dit betekent, dat van de arts verwacht wordt, dat hij objectief en vrij van emoties is. In dit speciale deel van de rol is een subtiel evenwicht noodzakelijk. Van de dokter wordt verwacht belangstelling te hebben voor zijn patiënt, begrijpend en sympathiek te zijn. Aan de andere kant wordt er van hem verwacht een neutraal oordeel, en zijn emotionele gevoelens moeten onder controle blijven. In bepaalde gevallen staat de arts voor een opgave, die men als zuiver technisch kan kwalificeren. Daarbij heeft hij rekening te houden met de emotionele reacties van de patiënt en met zijn eigen gevoelsreacties, wanneer hij zwaar lijden of levensgevaar ontmoet, die aan hem zekere emotionele aanpassingsproblemen stellen. Met deze beperkingen is zijn activiteit in het algemeen met een of andere technische hooggekwalificeerde arbeid te vergelijken. Echter in tegenstelling tot deze beroepen ontmoet de arts ook problemen, die hij niettegenstaande de aanwezigheid van wetenschap, ervaring en hulpmiddelen niet kan oplossen. Zo bestaan er gevallen, waarbij een juiste diagnose het inzicht geeft, dat bij de huidige stand van de medische kennis en ervaring geen werkzame therapie mogelijk is. Maar ook: het toepassen van een therapie betekent een verantwoordelijkheid die de arts alleen draagt. Het betekent beleid voeren, de resultaten zijn echter bloot gesteld aan vele onzekerheden, aan onverwachte en onbekende factoren.

De patiënt en zijn familie zijn op intensieve wijze er bij betrokken wat de arts kan doen en wat niet en op welke wijze zijn diagnose en prognose een verklaring geeft van de situatie. De arts zelf, die de verantwoording voor de ontwikkeling draagt, kan zich niet onttrekken aan de zware emotionele belastingen, die hieruit voortvloeien.

Een andere bron van emotionele belasting is de onzekerheid. Ondertussen vertoont de situatie van de arts andere eigenaardigheden, die bij anderen niet voorkomen. De technisch ingenieur heeft bijvoorbeeld met niet-menselijke onpersoonlijke objecten te maken, die niet emotioneel reageren op dat wat hij hiermee uitvoert. De arts daarentegen houdt zich bezig met mensen, en wel op een manier, waarbij dikwijls de intimiteitssferen worden getouchéerd. Zijn werk strekt zich uit in zaken, die sterk affectief geladen en van een grote expressief symbolische betekenis zijn en die dikwijls kunnen worden gerekend tot het privé-leven van het individu, of de persoonlijke betrekkingen met anderen sterk raken. Een groot deel van deze fenomenen houdt verband met het lichaam.

Om zijn taak te kunnen vervullen, moet het lichaam voor de arts toegankelijk zijn. Irrationale reacties treden hier vaak bij op. Dezelfde reacties kunnen optreden wanneer de arts vertrouwelijke inlichtingen over het privé-leven van zijn patiënt nodig heeft. Men kan stellen, dat het werk de arts koppelt aan de psychologisch belangrijke privé-aangelegenheden van zijn patiënten, hetgeen bij de meeste andere beroepen niet het geval is.

4. *Het welzijn van de patiënt*, overeenkomstig de eisen van de gemeenschap, dient voor de arts de hoogste prioriteit te hebben. De eigen interesses van de arts moeten worden achtergesteld. Gemeenschap en beroepsorganisatie dicteren de normen waaraan de arts zich dient te houden. Dit onderdeel van de rol noemen we oriëntering op de collectiviteit in tegenstelling tot zelforiëntatie.

Zo ziet *Parsons* de rollen van de arts en de patiënt, zonder zich er in te verdiepen of ook de arts anders dan in het vrije beroep zijn patiënt zou kunnen behandelen. Deze problematiek komt aan de orde wanneer we ons wenden tot het medische onderwijs in Amerika.

De betekenis van de psychosomatiek in de geneeskunst en de sociale factoren voor psychische afwijkingen vormen na de Tweede Wereldoorlog een van de oorzaken dat in Amerika de psychiatrische klinieken bij het onderwijs de hulp inroepen van sociologen. Na 1955 zien we hier dat ook andere hoogleraren in de geneeskunde de betekenis inzien van de sociologie. Weldra zijn in de meeste „medical schools” de sociologen betrokken bij het onderwijs. En zoals dit gebruikelijk is gaan ze hun collegestof aan de medische studenten bundelen in handboeken. Als uiting van praktische opleiding zijn er bepaalde universiteiten, waar iedere student in zijn eerste jaar een gezin krijgt aangewezen om dit te volgen en sociologisch te bestuderen. Ten aanzien van de verhouding arts-patiënt volgt men de gedachten van *Parsons*.

Men stelt zich bij dit onderwijs duidelijk in op het feit, dat in Amerika 70% van de artsen als huisarts of specialist vrij gevestigd is en zonder binding met een gezin krijgt aangewezen om dit te volgen en onderwijs ook een ontwikkeling: aanvankelijk doceert men het terrein van de sociologische oorzaken van ziekten, maar al gauw worden er hoofdstukken aan toegevoegd over de verhouding arts-patiënt, over de verhoudingen in de ziekenhuizen, van besturen, administratieve organisatie en medische staf en over de organisatie van preventieve gezondheidsdiensten. Duidelijk wil men de student vertrouwd maken met zijn rol die hij te vervullen zal krijgen, dan wel in de vrij-gevestigde praktijk, dan wel wat hij te verwachten heeft in een ziekenhuis . . .

De sociologische visie op de ziekenhuizen maakt het nodig U het begrip bureaucratie te verhelderen. Het ziekenhuis is historisch uitgegroeid tot een instelling, waarin naast de artsen zo vele gespecialiseerde hulpkrachten werkzaam zijn onder leiding van

een bestuur, dat *Bloom* in zijn handboek schrijft, dat hier een driespan werkzaam is. De huishoudelijke en administratieve dienst met een administrateur als hoofd kan men betitelen als een moderne bureaucratistische organisatie. Daarnaast de medische staf met zijn traditionele verantwoordelijkheid voor de beste medische zorg voor de patiënt. De derde autoriteit vormt het bestuur.

In een bedrijf, organisatie, waar zo vele hulpkrachten werken, streefde men naar een vorm waarin de verhouding arts-patiënt ongestoord kan blijven in die zin, dat de arts verantwoordelijk blijft voor zijn patiënt. Echter daaromheen bouwde men een bureaucratie op. Reeds 50 jaren geleden beschreef *Mark Weber* de kenmerken van een bureaucratie: Vastgestelde bevoegdheden, hiërarchische verhoudingen, toezicht van boven naar beneden, vaste, stabiele, efficiënte administratieve opzet, toegepast door beroepskrachten. Dit model is technisch superieur boven elke andere organisatievorm. Nauwkeurigheid, snelheid, kennis der dossiers, strikte ondergeschiktheid, vermindering van wrijving en van kosten worden in de strikt bureaucratistische administratie tot het hoogste peil opgevoerd. In de meest extreme vorm elimineert dit systeem liefde, haat en alle zuiver persoonlijke en emotionele elementen, persoonlijk initiatief, persoonlijke relaties. *Weber* zelf schreef reeds, dat hij de vernietiging verwachtte van alle individuele persoonlijkheid. Bij het onderwijs over de ziekenhuizen doceert *Bloom*, dat in de ziekenhuizen de hoofdrollen in het ziekenhuis nog steeds behoren te worden gespeeld door de twee acteurs: de dokter en de patiënt.

Op het onderwijs in Amerika kom ik nog terug in verband met een voordracht gehouden in Evian over een 10-jarige evaluatie. Ik zou thans uw aandacht willen vragen voor een publikatie uit Israël: „The Professional Role of the Physician in Bureaucratized Medicine: A Study in Role Conflict” van *Prof. J. Ben-David*. Het soort van verhouding patiënt-arts dat zich in Israël heeft ontwikkeld, als wel de manier op welke wijze de dokters hun functie onder deze condities definieerden, kan van betekenis zijn, zowel voor het exploreren van hypothesen omtrent de structuurontwerpen van de artsenrol, alswel om licht te laten schijnen op vragen die elders kunnen rijzen onder dergelijke condities. Het ziekenfonds in Israël is eigendom van de vakbond en alle loontrekkenden, en het merendeel van de zelfstandigen in de agrarische sector is verplicht verzekerd. Ziekenhuizen en poliklinische hulp ook van huisartsen zijn opgebouwd door het ziekenfonds. De patiënten worden ontvangen in grote poliklinieken door huisartsen en specialisten, waarvoor ze kaartjes bij het ziekenfonds halen. Huisbezoeken worden door andere artsen, niet verbonden aan de poliklinieken, afgelegd. Het organische patroon vertoont een radicaal verdwijnen van de traditionele arts-patiënt verhouding in twee opzichten: Het introduceert doorgevoerde specialistische hulp in de alledaagse gezondheidszorg. Het verschuift de verantwoordelijkheid van de individuele arts naar een

gezondheidsorganisatie, zelfs in een sterkere graad dan in een ziekenhuis.

De resultaten van dit in Israël toegepaste systeem zijn volgens de schrijver: wijziging verhouding arts-patiënt en beïnvloeding van geneeskundige arbeid. De rol van de arts bestudeerde de schrijver onder deze condities, waarbij de patiënt niet met een arts van zijn eigen keuze in aanraking komt, maar hem bereikt via een organisatie, hem raadpleegt, niet in zijn spreekkamer, maar in een publieke kliniek en hem niet direct betaalt. Zal de verhouding meer vertrouwelijk worden, wanneer deze ontstaat is van economische factoren of zal het zich ontwikkelen tot een zwak onpersoonlijk contact, karakteristiek voor zo vele bureaucratieën?, zo vraagt de schrijver. Het algemene beeld dat bij deze artsen naar voren kwam, was ontevredenheid, onvoldaanheid, klachten van administratieve inefficiency en inmenging in medisch werk.

Werken met deze organisatie betekende verlies van beroepsafhankelijkheid. De uiteindelijke verantwoordelijkheid ligt bij de organisatie en niet bij de arts. Het doorzenden naar een ziekenhuis geschiedt niet door de arts, maar door bureaucratische kanalen. Thuisbezoeken worden afgelegd door een andere dokter. In dit verloop raakt de arts het spoor kwijt wat er gebeurt met een patiënt. Verlies van finale verantwoordelijkheid en verlies van de autoriteit gaf de dokter het gevoel, zijn vrijheid kwijt te zijn en ondergeschikt te zijn aan de organisatie. Patiënten voelden dat zij niet voldoende attentie kregen en dat zij onbeleefd werden behandeld; zij schreven dit toe aan het feit dat de dokter financieel niets te verliezen had. De overdracht van de verantwoordelijkheid van de individuele arts naar de organisatie was voor artsen een verlies van status, een verlies van onafhankelijkheid. Patiënten vertrouwden hun dokter minder dan in de niet institutionele opzet. Tot zover Prof. Ben David.

Problemen der Medicin Sociologie is de titel van een speciale editie van een Duits sociologisch tijdschrift, waarin de denkbeelden van *Parsons* worden weergegeven. In Duitsland is nog slechts een begin van ontwikkeling van de medische sociologie. In ons land heeft de socioloog Dr. *Winkler Prins* zeer recent een empirisch-sociologisch onderzoek verricht naar het verband tussen maatschappelijke bindingen van patiënten en hun beeld over de huisarts. Nu ons land door zijn industrialisatie zo sterk verstedelijkt, is het van groot belang voor de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg, te weten welke verschillen in visie er bij de bevolking ten plattelande en in de stad bestaan ten aanzien van de huisarts. Het grootste deel van de bevolking geeft de voorkeur aan een persoonlijke band met de huisarts, een persoonlijke kwaliteit van de huisarts, zo concludeert hij.

Tussen platteland en stadsbewoners bleken geen verschillen te bestaan. De overwegend gevoelsmatig bepaalde elementen bleken in de stad niet te verschillen van het beeld dat men ten plattelande van de dokter heeft. Het is dan ook een ongeoorloofde ver-

onderstelling dat de persoonlijke elementen in de betrekking tussen de huisarts en zijn patiënten in de stedelijke samenleving van minder betekenis zouden zijn. *Balint* huldigt zelfs de opvatting, dat stadsbewoners de persoonlijke elementen in de relatie zullen accentueren. De schrijver onderkent in de band tussen huisarts en patiënt de formele factoren, zijnde de medische technische zijde en de expressieve factoren, zijnde gericht op het gevoelsleven. Zij komen als een mengvorm voor, die men betitelt als een informele band.

Thans enkele mededelingen over voordrachten die begin deze maand te Evian zijn gehouden:

Reader doet mededeling van een onderzoek dat uitgevoerd is in een polikliniek van het New York hospital Cornell-Medical Centre, een opleidingsinstituut, waar de studenten cursussen krijgen van de sociologen in de verhouding arts-patiënt en in de betekenis van sociologische en milieu-factoren voor de patiënten. Na tien jaar onderwijs vonden de sociologen dat er bij de studenten en docenten meer belangstelling kwam voor de sociologische oriëntatie, terwijl voordien de belangstelling voornamelijk uitging naar de medische technische facetten. Het onderzoek bij de patiënten leverde op dat veel klinische patiënten, die zich zelf ernstig ziek voelden en zelfs geen hoop meer op genezing hadden, symptomatische hulp verwachtten. Patiënten gaven met klem te kennen dat zij de tussen-menselijke verhoudingen van hun dokters net zoveel waardeerden als technische bekwaamheid, te kennen gevende, dat het belang van deze onderdelen van de artsenrol evenveel voldoening voor de patiënt gaf als hooggekwalificeerde zorg.

Conclusie Reader: Een van de meest opwindende feiten van de introductie van de gedragswetenschappen in het werk van artsen, ziekenhuis en medisch onderwijs, is dat hetgeen vroeger gedacht werd de kunst van het genezen te zijn, thans objectief wetenschappelijk kan worden bestudeerd. De gedragswetenschappen met name de sociologie hebben nu een stadium van ontwikkeling bereikt, dat ze een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het medische onderwijs, de verhouding arts-patiënt en de organisatie van de ziekenhuizen.

Bynder, uitgaande van de gedachte van *Parsons*, heeft een voordracht gehouden over de verhouding arts-patiënt, speciaal over de affectieve neutraliteit en de vertrouwelijkheid. Ten aanzien van het vertrouwen stelt hij dat de patiënt vaak geen inzicht heeft in de beroepsethica en beroepsmoraal van de arts. Het publiek hecht meer waarde aan het vertrouwen, zoals dat in de vriendschap-relatie bestaat, dan aan de geheimhouding, zoals deze vastgelegd is in beroepscode, die meestal niet bekend zijn aan de bevolking. Over de affectiviteit zegt *Bynder*, dat de dokter emotioneel los moet staan van zijn patiënt, maar hij moet voorkomen onverschillig, steenhard te wor-

den door afstand te nemen. Er wordt hier verondersteld, dat er een tendens is voor zowel dokter als patiënt om nauwere banden te vormen.

Aan deze literatuur over medische sociologie zou ik tot slot nog een vergelijking met het artseneroep willen toevoegen uit de godsdienstsociologie. *Goudijk* schrijft over een rolconflict als volgt:

„Sociologisch gezien heeft het pastoraat kenmerken van een bureaucratische beroepsuitoefening, in zoverre de uitoefening van het priesterlijk ambt valt binnen een kerkelijk systeem, dat bureaucratische aspecten heeft, terwijl het anderzijds vergelijkbaar is met de uitoefening van een vrij beroep als arts. Door opname in het bureaucratische systeem dient de priester zich te houden aan een centrale leiding, die genoodzaakt is de gecompliceerde en omvangrijke arbeid via vastgelegde procedures te organiseren en te delegeren. Met als gevolg een vereenvoudiging van taken, weinig persoonlijk initiatief, onpersoonlijke relaties, dienstbaarheid aan het totale systeem en collectieve verantwoordelijkheid. Voor zover echter het pastoraat gelijkt op een vrij beroep is er sprake van een professionele beroepsuitoefening, waarbij gespecialiseerde kennis en vaardigheid iemand een leidinggevende positie geven, waar de procedures niet tevoren zijn vastgelegd, maar veel soepeler kunnen verlopen, waar er veel minder sprake is van herhaalbare handeling en routine, maar van een meer persoonlijke toeleg, meer vrijheid van initiatief, een voortdurend streven om zich beter te bekwamen voor zijn arbeid en er bewust een grotere dienstbaarheid is aan de gemeenschap.

Men zou als hypothese kunnen stellen, dat de sociale gekeerdheid van het priesterberoep naar de bisschop en naar het interne kerkelijke systeem bureaucratische aspecten heeft, en dat de gekeerdheid naar de gelovige in de pastorale communicatie kenmerken heeft van het vrije beroep. Wanneer deze twee rol-aspecten door de priester in de zielzorg moeilijk tot harmonie gebracht kunnen worden, kan dit aanleiding geven tot innerlijke persoonlijke conflicten.”

Samenvattend zou ik willen stellen: *Parsons* geeft in zijn analyse duidelijk aan dat tot de artsenerol behoort verantwoordelijkheid, zelfstandigheid en een persoonlijke benadering van de patiënt ter wille van diens emotionele spanningen en angst, naast het medisch-technische werk. De economen hebben zorg-

Maatschappij agenda 1966

- 22 oktober — Ledenvergadering L.S.V.
 11 november — Ledenvergadering L.H.V.
 18 en 19 november — N.H.G.-Iustrumcongres
 Amsterdam
 26 november — Ledenvergadering L.A.D.
 10 december — Alg. Verg. Maatschappij

Oefent

u praktijk uit...

in Friesland, Groningen, Drente, Overijssel, Gelderland, oostelijk Noord-Brabant of Limburg en wilt u iets weten over de O.L.M.A.?

Bel dan de buitendienstmedewerker

R. TH. VAN DER GARDEN, telefoon 05759-18.25

gedragen voor een ontwikkeling van organisaties, bedrijven, staat en leger in de richting van bureaucratieën. De dysfuncties van deze bureaucratieën zijn onpersoonlijkheid, geen persoonlijk initiatief, geen persoonlijke en emotionele elementen. Deze bureaucratieën zijn onverenigbaar met een optimaal functioneren van de gezondheidszorg, mede gezien de eisen, die de bevolking daaraan stelt, getuige de bovvermelde bronnen ian de sociologen.

Conclusie

Overzien we de sociologische publikaties van de afgelopen tien jaar in verband met de tekst van onze bewindslieden over het contact van burgers met de beroepsbeoefenaren, dan zal men voor de toekomst als volgt dienen te handelen:

1e Aan de medische studenten zal onderwijs in de sociologie moeten worden gegeven, om hen onder meer wetenschappelijk te kunnen voorbereiden op hun taak in de verhouding arts-patiënt.

2e Bij de verdere uitbouw en studie van de gezondheidszorg zal men moeten waken voor een bureaucratiseren in de medische sector van de organisatie. Het beste zal dit kunnen geschieden door thans sociologen in te schakelen bij de uitvoering van plannen zoals die in de Volksgezondheidsnota worden aangegeven.

3e De verhouding arts-patiënt heeft overal in de wereld de tendentie zich te ontwikkelen tot een hechtere band, maar men zal optimale omstandigheden moeten scheppen voor deze ontwikkeling.