

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	10
1.1	Waarom een advies over professionals in de gezondheidszorg?	10
1.2	Adviesdomein en begrippen	10
1.3	Functie van het advies	13
1.4	Beleidsvragen	14
1.5	Werkwijze	14
1.6	Leeswijzer	15
2	Invloeden op de beroepsuitoefening en gevolgen voor de professional	16
2.1	Inleiding	16
2.2	De consument/patiënt	17
2.3	De samenleving/overheid	19
2.4	De (arbeids)organisaties	23
2.5	De ontwikkelingen binnen beroepen	25
3	De professional van de toekomst	28
3.1	Inleiding	28
3.2	Van deskundige naar deskundige en onderhandelaar	29
3.3	Van private naar publieke actor	29
3.4	Van beroepsbeoefenaar naar beroepsbeoefenaar en organisatiegenoot	31
3.5	Van solist naar teamplayer	31
3.6	Schematische samenvatting	32
4	Probleemanalyse	34
4.1	Inleiding	34
4.2	Onvoldoende aanpassingen in opleidingen	34
4.3	Onvoldoende (h)erkenning van de zorgpraktijk in het beleid	35
4.4	Onduidelijke positie in (arbeids)organisaties	37
4.5	Versnipperde beroepenstructuur	39
5	Mogelijke maatregelen	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Innovatie in opleidingen	41
5.3	Evenwicht tussen verschillende belangen	42
5.4	Integratie en organisatie	46
5.5	Ordering en sturing	48
6	Advies	50
6.1	Inleiding	50
6.2	Aanbevelingen	50
6.3	Implementatie	53

Bijlagen

1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde werkprogramma RVZ 1999	57
2	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	65
3	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)	67
4	Achtergrondnota	73
5	Evidence-based handelen door artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen	169
6	Burn-out bij artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten	187
7	Samenvatting van gesprekken met artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten	197
8	Verslag van de invitational conference gehouden op 19 november 1999 te Utrecht	237
9	Lijst van afkortingen	243
10	Literatuur	245
11	Overzicht publicaties RVZ	255

Samenvatting

Invloeden op professionals

Dat professionals in de gezondheidszorg belangrijk zijn, daarover is iedereen het wel eens. “Gezondheidszorg is mensenwerk: de kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners”, zo staat in het Regeerakkoord. Toch wordt onvoldoende onderkend dat gericht beleid nodig is om in de zorg en in de mensen die daarin werkzaam zijn, te investeren. Investeren zodat er ook in de toekomst voldoende gemotiveerde artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere professionals zijn. De omgeving waarin professionals werken, verandert immers in een snel tempo. De veranderingen zijn ingrijpend. Zo is het ‘monopolie’ van de arts verdwenen en is de vraag of zorginhoudelijke overwegingen dan wel financiële middelen het handelen van professionals moeten sturen, actueler dan ooit. Welke rol is daarbij voor professionals weggelegd?

Een ingrijpende verandering voor professionals is dat de burger als consument steeds kritischer wordt en waar voor zijn geld wil. Die kritische houding hebben burgers en werkgevers in toenemende mate als het gaat om gezondheidszorg ook. Burgers, omdat ze geconfronteerd worden met eigen bijdragen en wachtlijsten. Werkgevers, omdat ze meer verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de zieke werknemer. De consument/patiënt is bovendien, vooral door de mogelijkheden van het Internet, steeds beter geïnformeerd.

Ook de samenleving staat kritischer tegenover de gezondheidszorg: meer verantwoording en transparantie en vele nieuwe wetten. Dit veroorzaakt een forse toename van de administratieve lasten. En de dominantie van kostenbeheersing heeft maatregelen geïntroduceerd die soms op gespannen voet staan met de professionele autonomie.

Onder invloed van het streven naar doelmatigheid en kostenbeheersing en om de zorg rond de patiënt te optimaliseren, vinden daarnaast voortdurend fusies en reorganisaties plaats. Professionals krijgen daardoor steeds meer te maken met verantwoordelijkheid voor de organisatie en de afstemming van de zorg en ook met managementvraagstukken.

Verder is het beroepenveld in de gezondheidszorg in beweging. Het aantal soorten hulpverleners is gestegen. Door de explosief toenemende kennis worden professionals in sterkere mate afhankelijk van kennis en diensten van andere disciplines. De vanzelfsprekendheid over het 'eigene' van het vakgebied verdwijnt daardoor. Professionals moeten hun 'professionele ruimte' meer en meer delen met andere professionals.

De gevolgen voor professionals zijn een grotere werkdruk bij een stijgende vraag, ontevredenheid over de beschikbare tijd voor aandacht voor de patiënt, een oneigenlijke bureaucratie en onzekerheid over de waardering van de professional door zowel de patiënt, als door het management en de samenleving. Dat zijn tevens de belangrijkste demotiverende factoren voor professionals.

Professionals van de toekomst

Door de vele veranderingen verandert de rol van professionals. In de visie van de Raad dient die rol op alle fronten prominent te worden. In de directe patiëntenzorg wordt de rol van de professional meer die van deskundig onderhandelaar dan van louter deskundige. In het overheidsbeleid dienen professionals een voorname rol te spelen. Ze beschikken over informatie uit de dagelijkse zorgpraktijk die voor het beleid onmisbaar is. Tegelijkertijd moeten professionals laten zien dat ze de publieke zaak dienen. Ze handelen volgens de professionele standaard die transparant is. Dat is de basis voor de professionele autonomie in de individuele patiëntrelatie. In organisaties hebben professionals een belangrijke rol bij het innoveren van de zorg. Ze werken daarom nauw samen met het management en met andere disciplines. Ze zijn meer teamplayer dan individualist.

Knelpunten

Uitgaande van de rollen die de Raad in de toekomst voor professionals ziet weggelegd, doen zich de volgende knelpunten voor.

1. De opleidingen houden nog onvoldoende rekening met de veranderingen. Zo is er nog weinig aandacht voor kennis en vaardigheden die nodig zijn voor het functioneren in

complexe en veranderende organisaties. Voor de medische (vervolg)opleidingen geldt verder dat ze lang duren. In de opleidingen tot verpleegkundige en fysiotherapeut vindt men nog onvoldoende terug dat afgestudeerden in een kennisintensieve sector werken. De wetenschappelijke onderbouwing die nodig is voor 'evidence-based' handelen, komt daar niet goed van de grond.

2.

De vraag of zorginhoudelijke overwegingen of financiële middelen het handelen van professionals moeten sturen, wordt steeds indringender gesteld. Hoe acceptabel is een maatregel die de behandelaar omwille van budgettaire krapte beperkingen oplegt bij het kiezen van een voor een specifieke patiënt aangewezen therapie? Verder komt de arbeidsmarkt voor de publieke sector in de toekomst nog meer onder druk te staan als het particuliere circuit voor gezondheidszorg groeit.

3.

Zorginhoudelijke en bedrijfsmatige afwegingen leiden tot spanningen in organisaties. De rol van de professional is daarbij onduidelijk. Is hij of zij werknemer, professional, manager of alledrie en wat betekent dat voor de professionele autonomie? Professionals en managers spreken bovendien vaak niet dezelfde taal door het ontbreken van een gedeeld referentiekader. Er ontstaan daardoor als het ware botsende culturen tussen de op het individu gerichte professional en de op het grotere geheel gerichte organisatie.

4.

De toenemende verscheidenheid van beroepen, specialisaties en functies heeft positieve en negatieve gevolgen. Een negatief gevolg is de drang tot profilering: afbakening van het eigen domein en nadruk op de exclusiviteit van de eigen deskundigheid. Dat bevordert het werken in teamverband en het moderniseren van de organisatie van de zorg niet.

Aanbevelingen

Een voorwaarde voor professionele beroepsuitoefening en daarmee een voorwaarde voor gemotiveerde professionals is dat de inhoud van de zorg en de omvang daarvan het uitgangspunt zijn voor het vaststellen van de budgetten en niet andersom. Bij de totstandkoming van budgetten en tarieven voor de collectieve sector moet het kabinet daarom nadrukkelijker rekening houden met de toenemende vraag

naar zorg en met de als gevolg van wetenschap en techniek toegenomen mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling.

De minister van VWS en professionals moeten meer investeren in het ontwikkelen, expliciteren en implementeren van professionele standaarden. De Minister dient met de beroepsgroepen een concreet programma op te stellen voor het ontwikkelen van evidence-based-richtlijnen. Evidence-based-richtlijnen zijn niet alleen belangrijke instrumenten om kwaliteit en doelmatigheid van zorg te kunnen garanderen. Het zijn tevens instrumenten om de professionele autonomie in de individuele patiëntrelatie te waarborgen. Voor die ontwikkeling moet de Minister meer financiële ondersteuning bieden.

De minister van VWS moet bevorderen dat in de meerjarenafspraken concrete afspraken worden gemaakt over mogelijkheden binnen organisaties voor verdere kwaliteitsontwikkeling en ontwikkeling van professionele vaardigheden. Intervisie, supervisie, visitatie en bij- en nascholing maken hiervan deel uit. Instellingen moeten daarin investeren en in de productieafspraken met verzekeraars moet met de daarvoor benodigde tijd en middelen realistisch rekening worden gehouden.

De minister van VWS moet met beroepsgroepen een gestructureerd overleg entameren over beroepsinhoudelijke zaken. Dat overleg heeft tot doel beroepsinhoudelijke aspecten en overwegingen te betrekken in de beleidsontwikkeling en professionals te betrekken bij voorgenomen concrete wet- en regelgeving.

De minister van VWS en de minister van OC&W innoveren en investeren in opleidingen. Binnen opleidingen moet meer aandacht besteed worden aan het ontwikkelen van onderhandelingsvaardigheden en aan vaardigheden om de communicatie met patiënten te verbeteren. Verder is een herstructurering, flexibilisering en modernisering van delen van het gezondheidszorgonderwijs nodig. En de ministers zouden experimenten met vormen van multiprofessioneel onderwijs moeten initiëren en stimuleren.

Tenslotte wijst de Raad op aanbevelingen uit eerdere adviezen: flexibilisering van de arbeidsmarkt, uitbreiding van mogelijkheden voor kinderopvang, modernisering van

verzekeringswetgeving, normalisering van de werkdruk en
uitbreiding van opleidingsplaatsen voor geneeskunde.

1 Inleiding

1.1 Waarom een advies over professionals in de gezondheidszorg?

In de gezondheidszorg doen zich grote veranderingen voor die gevolgen hebben voor de professionals die daar werken.	Grote veranderingen in de gezondheidszorg
Zo is de relatie patiënt – hulpverlener ingrijpend gewijzigd. De patiënt weet meer en is mondiger geworden. De kennis van de professional is niet langer alleen voor ingewijden beschikbaar. De positie van de professional verschuift hierdoor. Nieuwe competenties zijn dus vereist.	Patiënt is mondiger
Verder zijn er veel en nog te verwachten veranderingen in de organisatie en financiering van de zorg. Die veranderingen hebben de positie en rol van de professional veranderd en zullen dit blijven doen.	Veranderingen in organisatie en financiering
Het beroepenveld in de gezondheidszorg is daarnaast sterk in beweging. Nieuwe beroepen zijn in de loop van de tijd ontstaan. Beroepsdomeinen verschuiven. Zo liet de Minister enige tijd geleden weten dat verpleegkundigen wat haar betreft best kleine chirurgische ingrepen zouden kunnen uitvoeren. Wat een professional is en wat hij of zij doet, is niet meer vanzelfsprekend en dat geldt ook voor de maatschappelijke waardering van professionals.	Veel nieuwe beroepen
Bovendien zijn er signalen dat in veel sectoren de werkdruk toeneemt en het gevaar van burn-out groter wordt. De signalen van onvrede onder professionals zijn de directe aanleiding voor dit advies.	Signalen van onvrede onder professionals
De veranderingen vragen van zowel de samenleving als van de overheid en professionals een bezinning op de rol en de positie van de professionals in de gezondheidszorg en in het te voeren beleid.	Bezinning nodig op rol professionals

1.2 Adviesdomein en begrippen

Adviesdomein

In dit advies heeft de Raad zijn aandachtsterrein omwille van de hanteerbaarheid moeten beperken. Hij koos daarbij voor de volgende drie groepen professionals: artsen,

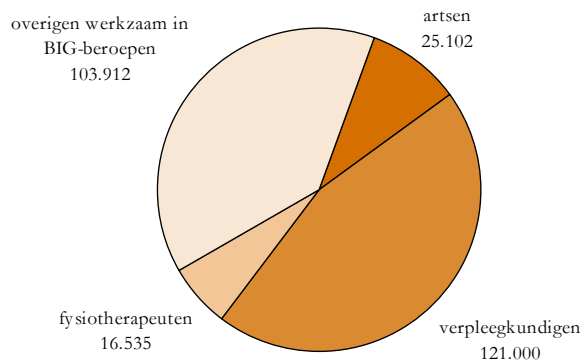
Drie beroepen centraal:

- artsen
- verpleegkundigen
- fysiotherapeuten

verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Deze beroepsgroepen zijn in zekere zin exemplarisch voor de veranderingen in het gehele veld van de beroepsuitoefening. De drie beroepsgroepen verschillen bijvoorbeeld wat betreft de fase van ontwikkeling en de mate van professionalisering. Dat hangt weer samen met hun geschiedenis.

De drie beroepsgroepen vertegenwoordigen een groot deel van de beroepsbeoefenaren die in het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) geregeld zijn. Overigens moet daarbij wel opgemerkt worden dat er ook beroepsbeoefenaren zijn die weliswaar in de individuele gezondheidszorg werken, maar niet geregeld zijn in de wet. Het aantal werkenden in BIG-beroepen bedraagt 266.549 (1998). Het aantal totaal werkende verpleegkundigen, artsen en fysiotherapeuten bedraagt 162.637 (zie verder bijlage 4).

Figuur 1.1 Verdeling aantallen artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en overigen werkzaam in BIG-beroepen (1998)



Begrippen

De Raad gebruikt in dit advies begrippen die om een nadere definiëring vragen. Het gaat om voor het advies essentiële termen waarvan in de literatuur en het algemene spraakgebruik verschillende omschrijvingen gehanteerd worden.

Professional

Een beoefenaar van een beroep in de individuele gezondheidszorg.

Professionalisering

Het streven van beroepsorganisaties en individuele beroepsbeoefenaren naar verdere (kennis)ontwikkeling.

Professionele autonomie

Een mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep verleent; voor de individuele beroepsbeoefenaar gaat het om vrijheid en onafhankelijkheid in zijn beroepsmatig handelen binnen nader te specificeren grenzen; voor de beroepsgroep als geheel betekent het dat zijzelf de inhoud van het professionele werk controleert en reguleert. De grenzen van de professionele autonomie worden bepaald door de professionele standaard.

Professionele standaard

Het geheel van regels en normen waarmee de hulpverlener bij het uitvoeren van zijn werkzaamheden rekening behoort te houden.

Professionele verantwoordelijkheid

De bereidheid van de professional verantwoording voor zijn handelen af te leggen tegenover de patiënt, de beroepsgenoten en de samenleving.

Professionaliteit

De specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren.

Denkbeelden en opvattingen, die in een bepaalde tijd opgeld doen, kleuren definities. Dat geldt in het bijzonder voor begrippen als professional en professionele autonomie. In het verleden was het begrip professional gekoppeld aan het begrip professie. Tegenwoordig kijkt men anders aan tegen de exclusiviteit van een kennisdomein dat verbonden is met

Begrippen tijdsgebonden

het begrip professie.

Verder is de context van belang. Bij de invulling van de professionele standaard spelen zowel objectieve als subjectieve elementen een rol. Een bepaald niveau van kennis en vaardigheden zijn de objectieve elementen. Zowel regels en normen die vanuit de beroepsgroep zelf komen (de vakinhoudelijke regels) als regels en normen die door 'externen' worden ontwikkeld, zijn van belang voor de invulling van het begrip professionele standaard. De professionele standaard van artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten is op het punt van de vakinhoudelijke regels dan ook verschillend. Deze zijn bij verpleegkundigen en fysiotherapeuten minder ver ontwikkeld dan bij artsen.

Begrippen ook contextgebonden

Gerelateerd aan het begrip professionele autonomie zou beter gesproken kunnen worden van de medisch-professionele standaard, de verpleegkundig-professionele standaard en de fysiotherapeutisch-professionele standaard. De vraagstukken die samenhangen met professionele autonomie en professionalisering hebben binnen die beroepsgroepen dan ook een andere inhoud. Omwille van de leesbaarheid gebruikt de Raad in dit advies de term professionele standaard.

Verschillende professionele standaarden

In bijlage 4 wordt nader op de hiergenoemde begrippen en omschrijvingen ingegaan. Verder zijn de vraagstukken die samenhangen met professionele autonomie en professionalisering per beroepsgroep uitgewerkt.

1.3 Functie van het advies

Het advies heeft een aantal functies. In de eerste plaats wil de Raad nagaan hoe ernstig de signalen van onvrede bij professionals zijn. In de tweede plaats wil hij met het advies een bijdrage leveren aan een beleidsperspectief voor de onder meer in het Regeerakkoord genoemde maatregelen die rechtstreeks betrekking hebben op de professionals, zoals vermindering van de werkdruk en het terugdringen van de wachtlijsten. In de derde plaats beoogt de Raad bouwstenen te leveren voor het in de Zorgnota 2000 aangekondigde samenhangend beleidskader voor professionals. Met dat beleidskader wil de overheid het partnership van politiek en professional bevorderen.

1.4 Beleidsvragen

De minister van VWS verzocht de Raad de volgende vragen te beantwoorden.

Wat is er aan de hand en wat moet er gebeuren?

Feiten

1. Wat zijn de belangrijkste externe krachten die nu en in de toekomst (zullen) inwerken op (de motivatie van) professionals en hun beroepsuitoefening? (hoofdstuk 2)
2. Wat zijn de oorzaken van deze krachten? (hoofdstuk 2)
3. Wat zijn de gevolgen van deze krachten voor de professionals en hun beroepsuitoefening, in het bijzonder voor de professionele autonomie? (hoofdstuk 2)

Analyse

4. Welke veranderingen kunnen we in de toekomst verwachten en welke rollen ziet de RVZ daarbij voor de professional? (hoofdstuk 3)
5. Welk belang hecht de RVZ aan professionele autonomie? (hoofdstuk 3)
6. Welke knelpunten doen zich daarbij voor? (hoofdstuk 4)
7. Welke beleidsmaatregelen zijn mogelijk en wenselijk om de knelpunten op te lossen? (hoofdstuk 5)

Advies

8. Welke acties dient de rijksoverheid te nemen? (hoofdstuk 6)
9. Hoe moet het implementatieprogramma er uit zien? (hoofdstuk 6)

1.5 Werkwijze

Het advies werd voorbereid onder leiding van de raadsleden mevrouw M.J.M. le Grand-van den Bogaard en mevrouw prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick. Informatie over de adviesvoorbereiding staat in bijlage 3. De resultaten van de volgende instrumenten zijn gebruikt bij het advies:

- literatuur (zie bijlage 10 voor een literatuuroverzicht);
- interviews met deskundigen voor de respectievelijke beroepsgroepen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten (zie bijlage 3 voor een lijst van geïnterviewde personen en bijlage 7 voor een samenvatting van de belangrijkste punten uit deze interviews);

- twee bijeenkomsten van een voor dit advies ingestelde klankbordgroep (zie bijlage 3 voor de samenstelling van de klankbordgroep);
- een voor dit advies georganiseerde invitational conference (zie bijlage 3 voor de deelnemerslijst en bijlage 8 voor een thematisch verslag van deze bijeenkomst);
- een door de RVZ in samenwerking met de Tijdelijke Expertisecommissie Emancipatie in het Nieuwe Adviesstelsel (TECENA) georganiseerde expertmeeting over 'gender en professionals in de gezondheidszorg' (zie bijlage 3 voor de deelnemerslijst). De voor deze bijeenkomst geschreven notitie en het verslag van deze bijeenkomst worden als gezamenlijke publicatie van TECENA en RVZ tegelijkertijd met dit advies separaat gepubliceerd;
- bevindingen van de in het voorjaar van 1999 door Twijnstra en Gudde georganiseerde expertmeeting over professionals in de gezondheidszorg.

1.6 Leeswijzer

Het advies is opgebouwd overeenkomstig de vragen in paragraaf 1.4. In hoofdstuk 2 staan de invloeden op de beroepsuitoefening en de gevolgen daarvan voor professionals centraal. De visie van de Raad op de professional van de toekomst staat in hoofdstuk 3. Wanneer die visie wordt afgezet tegen de huidige situatie worden knelpunten zichtbaar. Die worden in hoofdstuk 4 geschetst. Hoofdstuk 5 bevat een inventarisatie van mogelijke maatregelen om die knelpunten op te lossen. De aanbevelingen staan, in volgorde van prioriteit, in hoofdstuk 6.

2 Invloeden op de beroepsuitoefening en gevolgen voor de professional

2.1 Inleiding

De in de gezondheidszorg werkende professional wordt geconfronteerd met veranderingen die van invloed zijn op de beroepsuitoefening. Voor een deel gaat het om veranderingen die zich in alle sectoren van de samenleving voltrekken. In het onderwijs worden docenten met vergelijkbare invloeden als de professionals in de gezondheidszorg geconfronteerd. En zo worden ook accountants en notarissen in toenemende mate aangesproken op hun beroepsuitoefening.

Veranderingen niet nieuw en uniek voor de sector

Veranderingen zijn op zich ook geen nieuw gegeven. Nieuw is wel het snelle tempo waarin veranderingen plaatsvinden en het karakter ervan.

Nieuw is het snelle tempo van veranderingen en het karakter

Veranderingen zijn op velerlei manieren te typeren en te ordenen. In dit hoofdstuk beschrijft de Raad de veranderingen en invloeden vanuit vier invalshoeken: de consument/ patiënt, de samenleving/overheid, de (arbeids)organisatie en ontwikkelingen binnen de beroepsgroepen zelf. Steeds worden de gevolgen beschreven vanuit het perspectief van de professional. De beschrijvingen van de gevolgen zijn gebaseerd op literatuur, gesprekken met professionals en andere betrokkenen in de zorgsector en de in het kader van dit advies georganiseerde bijeenkomsten (zie paragraaf 1.5).

Veranderingen en invloeden vanuit vier invalshoeken

Het is evident dat de invloeden en gevolgen voor de beroepen verschillend uitwerken. De mate waarin en de wijze waarop de krachten in de individuele beroepspraktijken doorwerken, lopen uiteen. Zo heeft de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) voor artsen een geheel andere dimensie dan voor verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Artsen hebben geen exclusieve bevoegdheid meer om de geneeskunst uit te oefenen. Verpleegkundigen en fysiotherapeuten zien in de wet een erkenning van hun professionele verantwoordelijkheid. Daar komt bij dat de inhoud van het werk van professionals die behoren tot een zelfde discipline sterk uiteen kan lopen naar het aantal en type patiënten, naar organisatorische context en naar het aantal samenwerkingsverbanden met andere disciplines.

Gevolgen van veranderingen pakken voor beroepsgroepen deels anders uit

2.2 De consument/patiënt

Invloeden

Belangrijke ontwikkelingen waarmee professionals in de dagelijkse beroepsuitoefening worden geconfronteerd zijn de toenemende individualisering en het hogere opleidingsniveau van de bevolking. De burger wordt als consument steeds kritischer en wil waar voor zijn geld. Zijn financiële situatie laat dat veelal ook toe. De burger wil zo lang mogelijk zijn onafhankelijkheid bewaren en zelf regelingen treffen die dat mogelijk maken. Die kritische houding heeft de burger in toenemende mate ook als het gaat om gezondheidszorg en de verzekeringsmarkt speelt hierop in. Bijvoorbeeld door het aanbieden van service- en pluspakketten in de ouderenzorg.

De burger wil waar voor zijn geld

De mondigheid van patiënten en de bij hen beschikbare kennis over (medische) mogelijkheden en over hun 'rechten' op zorg zijn in het recente verleden aanzienlijk toegenomen. Ook de sterk toegenomen aandacht in de media voor gezondheidszorg en voor de nieuwste medisch-technische ontwikkelingen draagt aanzienlijk bij aan een versterkt bewustzijn van de burger over zijn mogelijkheden en zijn rechten.

De patiënt is beter geïnformeerd

De legitimiteit van de beroepsuitoefening wordt bovendien door dit alles steeds meer ter discussie gesteld. Werkprocessen en werkmethoden van professionals zijn door de voortschrijdende technologie, waaronder het Internet, in toenemende mate inzichtelijk geworden voor niet-professionals. In dat verband wordt wel gesproken van demystificering van de beroepsuitoefening en van professionalisering van patiënten. Enerzijds worden professionals nog steeds gezien als superdeskundigen, maar anderzijds wordt de deskundigheid steeds meer in twijfel getrokken. Het is met andere woorden niet meer voldoende professional te zijn, men moet dit tevens aantonen.

Professionalisering van patiënten

Verder is de multiculturele samenleving ook zichtbaar in de patiëntenpopulatie. Taalproblemen en andere opvattingen over gezondheid en ziekte vragen een andere zorg en vergen veelal meer tijd in de patiëntencontacten. Over dit onderwerp brengt de Raad in mei separaat advies uit.

Patiëntenpopulatie multicultureler

Gevolgen voor professionals

Kritische burgers zijn in het algemeen mondige patiënten.

Voor de professionals

Mondigheid wordt geassocieerd met assertiviteit en het vermogen zelf te beslissen, te handelen en te oordelen. Patiënten verschillen daarin onderling. In veel met name acute of bedreigende situaties blijkt de patiënt minder mondig dan algemeen wordt verondersteld. Dat geldt ook voor situaties waarin sprake is van een langdurige afhankelijkheid van professionals zoals in verpleeghuizen.

betekent dat: ...

Uitspraak van een verpleegkundige:

“Eenmaal in pyjama is men afhankelijk. Dat moet je niet wegredeneren.”

Doordat mondige patiënten over meer relevante informatie beschikken, zijn ze beter in staat hun wensen kenbaar te maken. Ze zijn daardoor ook minder geneigd de zorg blindelings te accepteren. De professional moet dus veel meer tijd besteden aan het geven van voorlichting, aan het beargumenteren van het waarom van een bepaalde therapie of behandeling en aan het uitleggen van de afwegingen die gemaakt worden. De toegenomen mondigheid van patiënten wordt door de professional in het algemeen positief gewaardeerd. De mondige en beter geïnformeerde patiënt blijkt in de meeste gevallen een goede gesprekspartner.

... meer tijd nodig voor voorlichting ...

De toegenomen mondigheid van patiënten blijkt echter ook een keerzijde te hebben waarop professionals vooralsnog onvoldoende zijn voorbereid. Professionals moeten wennen aan de ‘zakelijke’ en ‘eisende’ patiënt die vraagt naar resultaten en minder belang lijkt te hechten aan het vertrouwenselement in de relatie. Soms stelt de patiënt zich op als een consument die met eisen in de spreekkamer komt waaraan professionals maar hebben te voldoen. Ook als teleurstelling over resultaten vooral voortkomt uit onrealistische verwachtingen en de deskundigheid van de professional terzijde wordt geschoven. De zakelijker opstelling en de toenemende klachtgeneigdheid (of dreiging met een klacht) van patiënten leiden tot defensief handelen van professionals en tot onzekerheid. Zowel in emotionele zin als in tijdsinvestering is dit voor professionals belastend. Daarnaast is een te grote mate van defensief handelen een bedreiging voor de kwaliteit van het professioneel handelen.

... wennen aan de ‘zakelijke’ patiënt ...

Uitspraak van een arts:

“Ik werk in de ‘geruststellingsindustrie’, maar tijd voor geruststelling heb ik niet.”

De assertiviteit van de patiënt slaat in sommige gevallen om in agressiviteit. De verbale agressie is toegenomen en in meer extreme gevallen is sprake van bedreigingen en fysieke agressie. In veel huisartsenpraktijken, vooral in de grote steden, heeft dit al geleid tot een beveiligde toegang tot de praktijk. In steeds meer ziekenhuizen wordt bewakingspersoneel aangesteld.

... soms confrontatie met agressiviteit ...

Het Leyenburg Ziekenhuis heeft samen met het Westeinde Ziekenhuis één van de grootste afdelingen spoedeisende hulp van Nederland, waar jaarlijks ongeveer tachtigduizend gewonden worden binnengebracht. Na een aantal min of meer gewelddadige voorvallen is op die afdelingen zowel in het Leyenburg Ziekenhuis als in het Westeinde Ziekenhuis bewakingspersoneel gestationeerd. Ook de EHBO van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam heeft speciale medewerkers om de orde te handhaven. (Volkskrant, 6-10-1999.)

Over de vraag of de mondigheid van patiënten te ver is doorgeschoten, lopen de meningen (onder professionals) uiteen. Ook de ervaringen verschillen. Zo hebben huisartsen vaker met deze problematiek te maken dan specialisten. Dat geldt eveneens voor de mate waarin ze met agressieve patiënten geconfronteerd worden.

De gevolgen van een veranderende relatie met patiënten kosten professionals dus meer tijd. Voor professionals staat kwaliteit veelal gelijk aan tijd als ze willen werken volgens de normen van de beroepsuitoefening. En tijd wordt meer en meer schaars bij een toenemende werkdruk in combinatie met een toenemende vraag. Dat frustriert professionals.

... meer tijd nodig om kwaliteit te leveren

2.3 De samenleving/overheid

Invloeden

Voor de gezondheidszorg geldt al jaren een strak budgettair kader. De daarmee gepaard gaande kostenbeheersingmaatregelen hebben verschillende effecten in de sector. Zo is er een grote nadruk komen te liggen op efficiency en doelmatigheid. De verdeling van schaarse middelen gaat verder gepaard met een roep om transparantie van financiële stromen en verantwoording van waar de middelen aan besteed worden. De samenleving bemoeit zich intensiever dan in het verleden met de zorgsector.

Grote nadruk op efficiency en doelmatigheid

Burgers en werkgevers hebben meer belangstelling gekregen

Eigen bijdragen en

voor de gezondheidszorg. De burgers omdat ze geconfronteerd worden met eigen bijdragen en wachtlijsten. De werkgevers omdat ze door nieuwe wetgeving meer verantwoordelijkheid hebben gekregen voor de zieke werknemer. De werkgevers hebben meer dan vroeger een direct financieel belang gekregen bij preventie van ziekte en het herstel van zieke werknemers. Daardoor zijn nieuwe initiatieven als de bedrijvenpoli ontstaan en ontwikkelen zorg en arbeid zich tot een nieuw gebied voor de medisch-specialistische zorg.

wachtlijsten

Opvattingen over het aansturen van de gezondheidszorg zijn veranderd en dit heeft geleid tot nieuwe actoren in de gezondheidszorg. In veel gevallen fungeren andere partijen dan de professionals als gespreks- en overlegpartner voor de overheid. De van oudsher prominente rol van de medische professional in bestuur en beleid is daardoor afgenomen. Men spreekt nu meer dan een aantal jaren geleden namens en over de professional. De bestuurlijke veranderingen leiden verder, vooral in de AWBZ, tot een ‘verambtelijking’ van de zorg en het zorgproces.

‘Verambtelijking’ van de zorg

Door veranderingen in de samenleving is er verder veel wetgeving totstandgekomen. Zo is de toegenomen mondigheid van patiënten enerzijds van invloed geweest op het totstandkomen van de WGBO. Anderzijds bevordert de WGBO ook de mondigheid van patiënten. De wet weerspiegelt de veranderingen in de samenleving in relaties met hulpverleners in de gezondheidszorg: van een vertrouwensrelatie naar een zakelijk ‘contract’. ‘Juridisering van de hulpverleningsrelatie’ is de term waarmee dit proces doorgaans wordt beschreven. Het volgend overzicht geeft een niet uitputtende opsomming van wetgeving die in de afgelopen jaren tot stand is gekomen.

Veel nieuwe wetgeving
waardoor juridisering

Regeling:	Van:
Wet persoonsregistraties	28-12-1988, Stb. 665
Wet Bijzondere Opneming Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)	30-12-1992, Stb. 669
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)	11-11-1993, Stb. 655
Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	17-11-1994, Stb. 837
Wet klachtrecht cliënten zorgsector	29-05-1995, Stb. 308
Kwaliteitswet zorginstellingen	13-02-1996, Stb. 80
Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen	29-02-1996, Stb. 204
Wet op de orgaandonatie	24-05-1996, Stb. 370
Wet op bijzondere medische verrichtingen	24-10-1997, Stb. 515
Zorgindicatiebesluit	02-10-1997, Stb. 447
Regeling regionale toetsingscommissies euthanasie	27-05-1998, Stcrt. 101

De Wet BIG is een voorbeeld van wetgeving waarin de veranderende positie van professionals gestalte heeft gekregen. Hoewel de oorsprong van de wet ligt in een handhavingprobleem van de oude wetgeving, zijn in de wet duidelijk veranderende opvattingen over posities van professionals te herkennen. Het 'monopolie' van de arts is verdwenen. De wet doorbreekt in dat opzicht de traditioneel hiërarchische verhoudingen van professionals. Tamelijk nieuwe beroepen als de psychotherapeut en de mondhygiënist hebben in de wet een plaats gekregen.

'Monopolie' van de arts is verdwenen

Het grensoverschrijdend patiëntenverkeer is nu nog beperkt en mobiliteit van beroepsbeoefenaren eveneens. Dat concludeerde de Raad in zijn advies Europa en de gezondheidszorg. Daarin worden de gevolgen van Europese wet- en regelgeving voor het Nederlandse zorgstelsel geschetst. De Raad sluit echter niet uit dat de in het advies geschetste gevolgen op het verzekeringsstelsel en op de aanbodregulering daarin verandering kunnen brengen.

Veranderingen door Europese wet- en regelgeving

De samenleving staat ook kritischer ten opzichte van essentiële normen en waarden die de beroepsuitoefening domineren. De vertrouwensrelatie tussen professional en patiënten staat onder druk. Het beroepsgeheim, een essentiële waarde in de beroepsuitoefening, is niet meer 'heilig'. Zo wordt de roep bij ernstige (zeden-)misdrijven luider om het beroepsgeheim te doorbreken en de zwijgplicht op te heffen in het belang van slachtoffers en/of de opsporing. Daarnaast stellen levensverzekeraars bijvoorbeeld dat er sprake is van substantiële fraude met levensverzekeringen die vaak alleen kan worden bewezen met behulp van informatie van de (huis)arts. Tussen de beroepsgroep en de verzekeraars is dat momenteel een actueel gespreksonderwerp (Medisch Contact, 1999, 54, nr. 42).

Samenleving kritischer over normen en waarden in de beroepsuitoefening

Gevolgen voor professionals

De vanuit de samenleving gevraagde transparantie en verantwoording gaan gepaard met een toename van taken in de administratieve sfeer. Professionals moeten in het belang van doelmatigheid en transparantie in toenemende mate verantwoording afleggen over de tijd die aan zorg wordt besteed. Zo moeten medewerkers in de thuiszorg tot op vijf minuten nauwkeurig de contacttijd met cliënten registreren. Eerder heeft de Raad al gewezen op de bezwaren van professionals tegen de Regionale Indicatie Organen (RIO's): bureaucratisch, weinig effectief en belemmerend voor de zorgverlening. Voor kortdurende zorg vindt ook de Raad die indicatieprocedure te zwaar (RVZ, december 1998). Professionals constateren dat de niet-patiëntgebonden activiteiten steeds meer toenemen. Bovendien wordt die tijd niet gecompenseerd, noch met menskracht, noch met financiële middelen.

Voor de professional betekent dat:
... meer verantwoording afleggen ...

... meer bureaucratie ...

... bedreiging van de professionele autonomie ...

Daarnaast wordt de inmenging van derden in het beroepsmatig handelen door veel professionals beschouwd als een dreiging voor en inperking van de professionele autonomie. Zo leidt de onafhankelijke indicatiestelling voor verpleging en verzorging ertoe dat niet-verpleegkundigen voor verpleegkundige zorg indiceren. De beperkende maatregel fysiotherapie veroorzaakte bij een deel van de beroepsbeoefenaren verzet, omdat een valide vakinhoudelijke onderbouwing ontbrak. Vooral de ontwikkelingen rond managed care worden door veel professionals als een

bedreiging gezien van de professionele autonomie.

De vraag om meer publieke verantwoording heeft verder gevolgen voor de wijze waarop de gezondheidszorg en de daarin werkzame professionals gezien en gewaardeerd worden. Zo willen werkgevers een intensievere samenwerking tussen huisarts en arbo-arts om mensen weer sneller aan het werk te krijgen. Fysiotherapeuten worden vaker ingeschakeld in de sector arbeid om ziekteverzuim, gerelateerd aan aandoeningen van het bewegingsapparaat, te voorkomen. Een gevolg daarvan is dat de voor de gezondheidszorg opgeleide professional vaker emplooi vindt buiten de sector.

... ook emplooi buiten de sector ...

Bij dit alles vinden professionals het niet (langer) vanzelfsprekend dat zij de aangewezenen zijn om het beleid, verdeling van schaarste, te moeten uitvoeren. Zij krijgen in de individuele relatie met de patiënt te maken met de effecten van een krap financieel beleid. Zo moeten zij de patiënt vertellen dat hij op de wachtlijst moet worden geplaatst. De huisarts moet bijvoorbeeld beslissen of de patiënt aangemerkt kan worden als 'chronisch'. Die beslissing bepaalt of de patiënt een geneesmiddel zelf moet betalen of het vergoed krijgt door de verzekeraar. In de thuiszorg moeten verpleegkundigen dagelijks bepalen wie die dag geholpen kan worden en wie niet. In verzorgingshuizen en in de verstandelijke gehandicaptenzorg moeten ze beslissen over hoe vaak iemand onder de douche gaat.

... confrontatie met effecten krap financieel beleid

Professionals hebben het gevoel dat in de loop der tijd een gebrek aan evenwicht is ontstaan tussen enerzijds dat wat van professionals gevraagd wordt in tijd en kwaliteit, en anderzijds de waardering. Professionals ervaren een toenemende werkdruk bij een toenemende vraag en een toenemende bureaucratie. Dat leidt tot onzekerheid over de waardering van de professional door zowel de patiënt als door de samenleving. Dat zijn tevens belangrijke demotiverende factoren voor professionals. Het risico van een toename van het optreden van burn-out vormt dan ook een reëel gevaar (zie ook bijlage 6).

Onzekerheid over waardering

2.4 De (arbeids)organisaties

Invloeden

De kwaliteitswetgeving legt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering en de controle van de vele wettelijke en financieel-

Instellingen verantwoordelijk voor uitvoering en controle

economische maatregelen van de overheid voor een belangrijk deel bij het instellingsmanagement. Die verantwoordelijkheid heeft instellingen en organisaties, deels om bedrijfseconomische en deels om zorginhoudelijke motieven, gestimuleerd veranderingen door te voeren in de organisatie van de zorg. Zo is vanuit bedrijfseconomische motieven een overzichtelijke arbeidsdeling gewenst. Werkprocessen en werkprocedures zijn daardoor beter te sturen en te beheersen. Uit een oogpunt van patiëntenzorg is het bovendien noodzakelijk om die processen zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen.

van regels

Het streven naar doelmatigheid en kostenbeheersing heeft, mede door de implementatie van voorstellen van de Commissie-Biesheuvel, de noodzaak van samenwerking hoog op de agenda van alle betrokkenen geplaatst. Die noodzakelijke samenwerking leidt tot organisatorische verbanden, ook in onderdelen van sectoren waar dat vroeger minder vanzelfsprekend was. In de huisartsenzorg worden bijvoorbeeld nieuwe vormen van organisatie beproefd. De verschillende samenwerkings- of organisatorische verbanden worden steeds meer geformaliseerde (arbeids)organisaties. In ziekenhuizen is de integratie van medisch-specialisten in de organisatie zo goed als gerealiseerd.

Nieuwe organisatorische verbanden

Onder invloed van deze veranderingen krijgt het maatschappelijk ondernemerschap in de zorg meer gewicht. Dat leidt ertoe dat organisaties meer samenwerking zoeken met externe instanties en organisaties die belangrijk zijn om de zorg om en rond de patiënt te optimaliseren. Binnen de steeds intensievere samenwerkingsvormen en de toenemende mogelijkheden te komen tot doelmatige en klantgerichte zorg, ontwikkelen zich organisatievormen als transmuralisatie en disease management. 'Ketenzorg' is in dat verband een veel gebezigde term.

Nieuwe organisatievormen

Gevolgen voor professionals

Professionals worden door bovengenoemde veranderingen in toenemende mate geconfronteerd met verantwoordelijkheden voor de organisatie en de afstemming van de zorg en met managementvraagstukken. Zo gaan zorgvuldig op elkaar afgestemde procedures en werkprocessen gepaard met een verantwoordingsplicht van professionals naar professionals uit andere disciplines, met multidisciplinair gerichte (behandel)protocollen en met nieuwe verantwoordelijkheidsverdelingen. Eén en ander betekent

Voor de professional betekent dat:

... nieuwe verantwoordelijkheden ...

echter wel een toename van de verslaglegging en bureaucratie.

Professionals verschillen echter in de mate waarin ze affiniteit hebben met organisatorische en managementvraagstukken. Een deel van de professionals is van mening dat ze te weinig bij die vraagstukken worden betrokken. Anderen geven te kennen dat management ten koste gaat van de directe patiëntenzorg. Waar professionals in het management participeren, kan dat leiden tot spanning onder professionals van een zelfde discipline, omdat ze de belangen van de patiënt onvoldoende zouden behartigen, of omdat ze de belangen van de 'eigen' professionals onvoldoende zouden bewaken.

... minder tijd voor directe patiëntenzorg ...

De volgende passage in de jaarrapportage van de IGZ weerspiegelt de geheel eigen dynamiek die de veranderingen en de modernisering van de zorg voor professionals met zich mee brengen.

“Het hanteren van verpleegkundige eisenkaders, het streven naar eenduidige dossiervorming, het gebruik van handboeken, het opstellen van richtlijnen, het werken met richtlijnen, referentiekaders en kwaliteitstoetsing lijken zich in de ‘gekantelde organisatie’ op eilanden af te spelen. Het wordt niet vaak beleefd en uitgedragen als een algemene aanpak met een zelfde stimulerende invloed op elke plek in de instelling. Bekendheid met de, overigens vele, nieuwe wet- en regelgeving, met verpleegkundig-wetenschappelijk onderzoek en met moderne vormen van deskundigheidsbewaking, vindt haar aansluiting met de dagelijkse praktijkvoering maar moeilijk.” (Jaarrapportage IGZ 1998.)

De passage is gekoppeld aan de werkdruk van verpleegkundigen, maar is naar de mening van de Raad van toepassing op meer professionals. Ze laat tevens zien dat de aansluiting tussen het beleid (van de instelling) en de professionals op de werkvloer niet zonder problemen verloopt.

... onzekerheid over positie in organisatie

2.5 De ontwikkelingen binnen beroepen

Invloeden

“Wat begon met dokters en bewaarders is uitgegroeid tot een breed vertakt beroepenveld met meer dan dertig soorten hulpverleners.” (Hutschemaekers, 1998, p. 306.)

Bovenstaand citaat geldt voor de ontwikkeling van beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg sinds 1850. Voor de gehele gezondheidszorg is het beeld echter niet anders. Het aantal soorten hulpverleners is enorm toegenomen.

Binnen beroepen zijn vervolgens nog differentiaties en specialisaties (aan het) ontstaan. Met name binnen de medische beroepsgroep hebben differentiatie en specialisatie de afgelopen decennia een hoge vlucht genomen. De beroepsgroep erkent 36 specialismen (inclusief huisartsgeneeskunde, verpleeghuisgeneeskunde en sociaal-geneeskundigen) en daarbinnen zijn weer differentiaties of subspecialisaties ontstaan. Binnen de verpleegkundige en fysiotherapeutische beroepsgroep is nog volop discussie gaande over de gewenste omvang van differentiatie en specialisatie.

Toename beroepen, specialisaties en differentiaties

Verder worden professionals door de explosief toenemende medische wetenschappelijke kennis in sterkere mate afhankelijk van kennis en diensten van andere disciplines. Zo kan de geneeskunde niet meer zonder bijdragen van professionals uit beroepen die hun oorsprong hebben in de natuurkunde en in de scheikunde. Deze professionals hebben zich toegelegd op het toepassen van kennis in de gezondheidszorg. Voorbeelden daarvan zijn de klinisch fysicus en de klinisch chemicus. Het zijn relatief nieuwe beroepen in de gezondheidszorg.

Explosief toenemende kennis

Ook de ontwikkelingen in algemene wetenschap en techniek, in het bijzonder de ontwikkelingen binnen de informatietechnologie, zijn van belang voor de beroepsgroepen. De gezondheidszorg kan kwalitatief in hoge mate profiteren van die ontwikkelingen. Behandelingen die vroeger ondenkbaar waren, zijn door de innovaties van medische hulpmiddelen binnen handbereik gekomen. Tegelijkertijd heeft de technologische vooruitgang financiële en ethische problemen tot gevolg. Veel nieuwe technieken zijn, zeker in de beginfase, kostbaar in het gebruik. De verschuiving van de grenzen van het bereikbare leidt vaak tevens tot vragen over de ethische toelaatbaarheid van nieuwe technieken. Verder geeft bij schaarse middelen de toepassing van kostbare nieuwe technieken aanleiding tot ethische afwegingen.

Nieuwe behandelingen zijn mogelijk

Andere samenstelling

beroepsgroepen

Speciale vermelding verdienen de aspecten gender en etniciteit. Zo is de samenstelling van de populatie professionals de laatste jaren sterk veranderd. Al geruime tijd is meer dan de helft van de geneeskundestudenten van het vrouwelijk geslacht en zijn met name in de verpleging ook steeds meer mensen met een andere etnische achtergrond werkzaam.

Gevolgen voor professionals

De vele veranderingen in de organisatie van de zorg en het ontstaan van vele nieuwe beroepen dwingen professionals zich te bezinnen op hun kerncompetenties. De vanzelfsprekendheden over het 'eigene' van het vakgebied zijn aan het verdwijnen. Professionals moeten hun 'professionele ruimte' delen met andere professionals. De gevolgen daarvan zijn deels positief en deels negatief. Positief omdat het leidt tot een rationalisering van inzet van mensen en inzet van deskundigheid. Negatief omdat het kan leiden tot een domeinenstrijd en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Het kan ook leiden tot vergaande arbeidsdeling met inherente coördinatieproblemen.

Voor de professionals betekent dat: ...

... bezinning op kerncompetenties ...

De veranderende samenstelling van beroepsgroepen heeft bovendien gevolgen voor de wijze waarop professionals tegen het vak aankijken en voor de wijze waarop de professionalisering verloopt. Zo blijken de jongere generatie artsen en vrouwelijke artsen andere opvattingen te hebben over professionele autonomie en professionaliteit. Professionaliteit betekent volgens hen niet per definitie dat ze 7 x 24 uur bereikbaar en beschikbaar moeten zijn. Niet de individuele professional is vanuit die opvatting verantwoordelijk voor de patiëntenzorg, maar een team van professionals.

... wijze van professionalisering verloopt anders

3 De professional van de toekomst

3.1 Inleiding

“A public, collective commitment to fulfill legitimate expectations implies an acceptance of accountability for one’s professional actions, as well as an acceptance of the shared standards of the profession, which may sometimes conflict with personal beliefs.”
(Wynia, c.s., *Medical Professionalism in Society, Sounding Board, The New England Journal of Medicine, November, 18, 1999.*)

Uit de in het vorige hoofdstuk geschetste invloeden op de beroepsuitoefening blijkt dat professionals rekening moeten houden met het gegeven dat de gezondheidszorg voortdurend geconfronteerd zal blijven worden met veranderingen. Een deel van de veranderingen heeft immers een min of meer autonoom karakter. Dat geldt in het bijzonder voor veranderingen die voortvloeien uit een toename van (medisch) wetenschappelijke kennis en uit technologische ontwikkelingen. Die hebben weer consequenties voor de organisatie en financiering van de zorg en de maatschappelijke opvattingen daarover.

Professionals moeten rekening houden met voortdurende veranderingen

De veranderingen bieden mogelijkheden om de zorg aan te passen aan de eisen van deze tijd en aan de eisen die professionals zelf stellen. Steeds meer professionals zien het belang van samenwerking en multidisciplinaire zorg. En steeds meer professionals willen werk en privé kunnen combineren.

Nieuwe mogelijkheden ...

Tegelijkertijd leiden veranderingen tot onduidelijkheid over de rollen die professionals (moeten) vervullen. De Raad meent dat rolonduidelijkheid een belangrijke verklaring is voor de signalen van onvrede onder professionals. Hij acht daarom een bezinning nodig op de rol van professionals in de toekomst. Dat is nodig om adequate maatregelen te kunnen treffen. Voldoende en voldoende gemotiveerde artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere professionals zijn immers een noodzakelijke voorwaarde voor goede patiëntenzorg.

... maar ook rolonduidelijkheid

In dit hoofdstuk schetst de Raad de rollen die professionals in de toekomst zullen vervullen. De rollen worden voor een deel al vervuld, voor een deel zijn ze beschreven vanuit een ideaaltypische benadering.

Visie op toekomstige rollen

3.2 Van deskundige naar deskundige en onderhandelaar

“The post-war baby boomers who have been an egocentric and demanding group at each stage of their lives are now becoming the key healthcare consumers purchasing care for their own aging bodies, as well as for their frail parents.”
(HealthCast 2010: *Smaller World, Bigger Expectations*, 1999.)

Toekomstige gebruikers van gezondheidszorg stellen meer eisen, willen betere service en zijn ongeduldiger. Internet speelt daarbij een belangrijke rol en draagt bij aan ‘patient empowerment’. (RVZ, Patiënt en Internet, 2000.)

De rol van professionals in de directe patiëntenzorg is er veel meer een van deskundige en onderhandelaar dan van louter een deskundige. Hoewel het kennisdomein van professionals steeds toegankelijker wordt voor het grote publiek en voor andere actoren in en buiten de gezondheidszorg, is het de professional die de juiste beschikbare kennis weet toe te passen in de individuele situatie. Weliswaar zijn er standaarden en protocollen, deels en steeds vaker evidence-based, maar die zijn gebaseerd op gemiddelden van groepen patiënten. De kennis die in richtlijnen en protocollen besloten ligt, wordt door professionals ‘vertaald’ naar de situatie van de individuele patiënt.

Professional weet evidence-based kennis te ‘vertalen’ naar individuele patiënt ...

Iedere individuele patiënt is uniek en wordt op individuele basis benaderd. Naast de noodzaak van vertaling van ‘evidence-based’ gegevens zijn dan ook klinische vaardigheden en intuïtie belangrijk voor een juiste en optimale behandeling. De rol van professionals is en blijft dan ook belangrijk in de relatie met de individuele patiënt.

... en gebruikt tevens klinische ervaring en intuïtie

3.3 Van private naar publieke actor

“Er is één opgave waar we in de Westerse wereld allemaal voor staan, en dat is: kostenbeheersing. We mogen geen geld verspillen. We moeten alleen die diagnostische middelen en behandelingen gebruiken waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is vastgesteld.”
(Henrik R. Wulff in MC, december 1995.)

De gezondheidszorg is een sector die voor een groot deel wordt gefinancierd met wettelijk geheven premies. Omdat

Professional is publieke actor

een groot deel van deze premies is aangemerkt als collectieve middelen wordt de sector gezien als een sector met een publieke taak. Dat maakt de daarin werkzame professionals steeds meer tot publieke actor.

De samenleving en patiënten vertrouwen erop dat professionals zich in de individuele patiëntrelatie laten leiden door het belang van de patiënt. Dat is de reden dat de professionele autonomie gewaarborgd moet zijn. Professionals houden zich daarom aan door de beroepsgroep algemeen geaccepteerde normen en waarden en zijn vaardig in het toepassen van het kennisdomein in de individuele patiëntrelatie. Professionele autonomie, professionaliteit en professionele verantwoordelijkheid zijn dan ook onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Professionele autonomie, professionaliteit en professionele verantwoordelijkheid onlosmakelijk verbonden

Professionals werken dan ook voortdurend aan het verder ontwikkelen en transparant maken van de professionele standaard. Die transparantie wordt voor een groot deel geboden in de vorm van protocollen en standaarden die voor het publiek beschikbaar zijn. Professionals nemen het voortouw voor het ontwikkelen van richtlijnen en standaarden. Zij houden daarbij rekening met de ervaringen en opvattingen van patiënten.

Professionals nemen voortouw bij ontwikkeling van richtlijnen en standaarden

De professionele standaard bepaalt het handelen van de individuele professional. Ongeacht of deze nu in dienstverband werkt of niet, in een particuliere instelling werkt of vrijgevestigd is. Handelen volgens de professionele standaard impliceert dat individuele professionals zich laten leiden door de normen van de beroepsgroep als geheel. De individuele professional heeft vervolgens wel de ruimte om daar in de individuele patiëntrelatie gemotiveerd van af te wijken.

Professionele standaard is richtinggevend

Professionals in de gezondheidszorg hebben een belangrijke rol in het gezondheidszorgbeleid. Vanuit ieders eigen (kennis)domein dragen ze belangrijke informatie aan over ontwikkelingen binnen hun vakgebied en over de zorgpraktijk. Dat is belangrijke informatie voor het te voeren overheidsbeleid. Ze worden door de overheid dan ook voluit bij het beleid betrokken.

Professionals geven informatie over zorgpraktijk

Betrokkenheid staat echter niet gelijk aan beslissen. Beleidsbeslissingen zijn niet alleen gebaseerd op vakinhoudelijke kennis. Zo komt niet alles wat vakinhoudelijk

Vakinhoudelijke kennis is input voor beleid

mogelijk is in aanmerking voor collectieve financiering. Beslissingen daarover horen in het publieke domein. In dat domein hebben andere actoren eveneens hun inbreng. In het beleid op macroniveau vertegenwoordigen de beroepsorganisaties de professionals.

3.4 Van beroepsbeoefenaar naar beroepsbeoefenaar en organisatiegenoot

In de besluitvorming over de organisatie van de patiëntenzorg hebben zorginhoudelijke en bedrijfsmatige overwegingen evenwichtig een plaats. De professionele inbreng is gegarandeerd. Het management ziet daarop toe. Professionals die dat willen en daarvoor zijn toegerust, zijn op alle niveaus binnen organisaties betrokken bij veranderingen die zich aandienen in de organisatie van de patiëntenzorg.

Professionele inbreng in organisaties gegarandeerd

Professionals zorgen er voor dat kennis die binnen het vakgebied beschikbaar komt, wordt vertaald naar de beroepspraktijk. De innovatieve functie van professionals voor het moderniseren van de patiëntenzorg is gewaarborgd. Binnen de organisatorische context waarin professionals werken, schept het management daartoe de voorwaarden.

Professionals innoveren de zorg

Afhankelijk van de concrete en lokale situatie, is de wijze waarop de zorginhoudelijke inbreng van professionals tot stand komt, verschillend georganiseerd. In de organisatie zijn verder, eveneens afhankelijk van de aard en omvang, voldoende voorwaarden aanwezig om een adequate samenwerking met andere disciplines in de organisatie van de patiëntenzorg mogelijk te maken. Professionals werken samen met het management aan de totstandkoming van integrale zorgverlening.

Professionals zorgen voor integrale zorgverlening

3.5 Van solist naar teamplayer

Professionals zijn teamplayers. Ze werken niet alleen samen met collega's van eenzelfde discipline, maar ook met mensen uit andere disciplines. En niet alleen op organisatorisch gebied, maar ook op inhoudelijk vlak.

Professionals werken samen met mensen uit andere disciplines

Professionals nemen zelf de verantwoordelijkheid voor het verder ontwikkelen van het vakgebied. Ze houden rekening

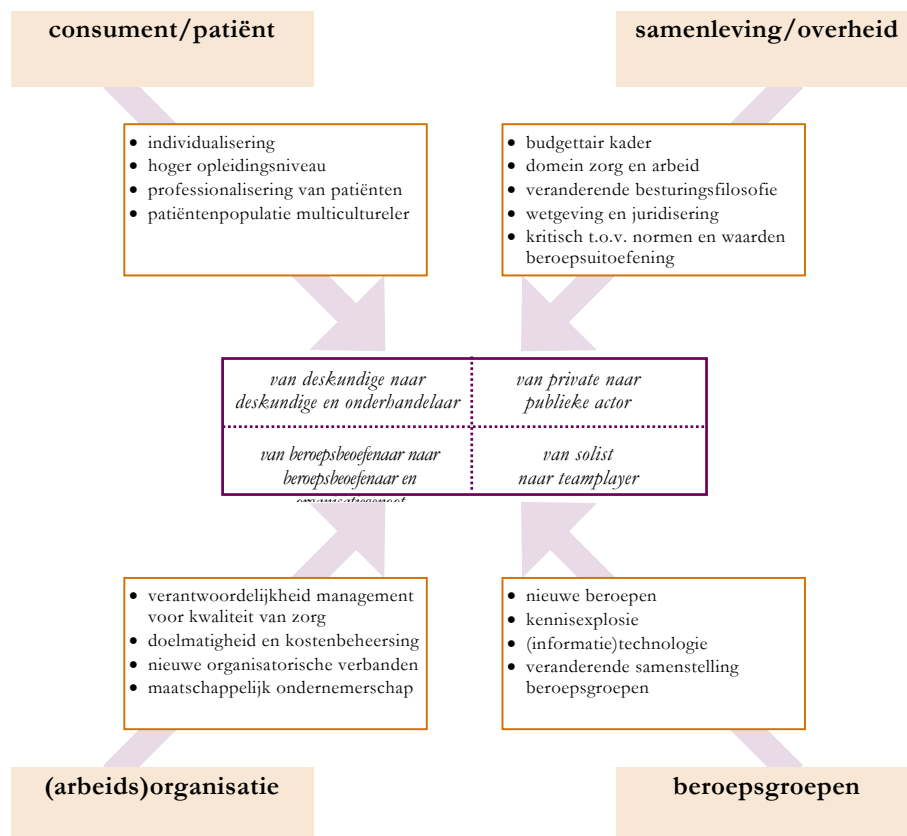
met en nemen kennis van ontwikkelingen op aanpalende vakgebieden en andere disciplines. Ze worden daarbij ondersteund door de overheid die het professionaliseringsproces ondersteunt, faciliteert en zo nodig stuurt.

3.6 Schematische samenvatting

De professional van de toekomst is als volgt te typeren. De professional is de deskundige bij uitstek om complexe kennis toe te passen in en te vertalen naar de individuele patiëntrelatie. Hij/zij handelt volgens de professionele standaard en investeert in het innoveren van de zorg. De professional is een teamplayer. Samen met het management en andere professionals draagt de professional zorg voor een integrale zorgverlening.

In figuur 3.1 zijn de invloeden op de beroepsuitoefening en de rollen die professionals in de toekomst vervullen, samengevat.

Figuur 3.1 Invloeden op de beroepsuitoefening en toekomstige rollen voor professionals



Bron: RVZ

4 Probleemanalyse

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk heeft de Raad de professional van de toekomst geschetst. Wanneer we die rollen afzetten tegen de in hoofdstuk 2 beschreven invloeden en gevolgen voor professionals worden knelpunten zichtbaar. Die worden in de volgende paragrafen belicht.

4.2 Onvoldoende aanpassingen in opleidingen

De opleidingen houden nog onvoldoende rekening met de (toekomstige) veranderingen. Hoewel in opleidingen steeds meer wordt geanticipeerd op de toerusting van professionals, merken ze in de dagelijkse praktijk dat kennis en competenties vereist zijn die in de opleiding slechts marginaal aan bod komen. Dat geldt in de eerste plaats voor de kennis en vaardigheden die nodig zijn voor andere verhoudingen met de patiënt. De invloed van gender en diversiteit op de beroepsuitoefening is in dit verband eveneens een onderbelicht aspect in de opleidingen (zie de bij dit advies behorende publicatie over gender en professionals in de gezondheidszorg).

Te weinig gericht op nieuwe verhouding met patiënten

In de tweede plaats zijn de opleidingen nog overwegend gericht op inhoudelijke aspecten van de eigen 'individuele' beroepsuitoefening. De praktijk vraagt daarnaast om kennis en vaardigheden die verband houden met het functioneren in complexe en veranderende organisaties.

Managementvraagstukken, de organisatie en financiering van de zorg zijn immers evenzeer belangrijke elementen in het functioneren van beroepsbeoefenaren in de directe patiëntenzorg als samenwerking met andere disciplines.

Te weinig kennis over organisatie vraagstukken

In de derde plaats is kennis van het werkkterrein van de verschillende disciplines waar de professionals mee in aanraking komen, onvoldoende. Dat leidt niet alleen tot onbegrip voor de problemen die mensen van andere disciplines ervaren, maar ook tot het niet waarderen van de bijdrage die andere disciplines leveren in de zorg.

Te weinig kennis over andere disciplines

In de vierde plaats is de druk om evidence-based te werken, mede door het overheidsbeleid, toegenomen. De

Te weinig wetenschappelijke oriëntatie bij verpleegkunde

wetenschappelijke onderbouwing van een groot deel van de (be)handelingen staat echter nog in de kinderschoenen. Dat geldt in het bijzonder voor (be)handelingen door verpleegkundigen en fysiotherapeuten. De noodzaak om ook de praktijken van verpleegkundigen en fysiotherapeuten met wetenschappelijke kennis te ondersteunen, wordt echter nog onvoldoende onderkend. De opleidingseisen voor verpleegkundigen vertonen in dat opzicht een ernstige lacune. Methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek is, in tegenstelling tot alle paramedische opleidingen, geen verplicht onderdeel. De opleiding tot fysiotherapeut kent geen verwante studie op universitair niveau. Het risico dreigt dat beide disciplines zich onvoldoende kunnen ontwikkelen en dat afgestudeerden zich in de kennisintensieve gezondheidszorg moeilijk kunnen handhaven.

en fysiotherapie

‘Te oud, te knap en te duur’ is kort samengevat de discussie die momenteel over de medische (vervolg)opleidingen wordt gevoerd. De lange opleidingsduur van met name de specialistische opleidingen brengt problemen met zich mee in het licht van veranderingen in de organisatie van de zorg. Verder verandert het takenpakket bijvoorbeeld als gevolg van toenemende kennis bij en van taakverschuivingen naar andere beroepsbeoefenaren. Een groter aantal specialisten kiest bovendien voor parttime werken.

Te lange opleiding voor medisch specialisten

Specifiek voor het medisch beroep geldt dat de feminisering van de beroepsgroep (nog) onvoldoende herkenbaar is in de wetenschap. De Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT) heeft in zijn recent advies aan de minister van OC&W gewezen op de bestaande en voortdurende ondervertegenwoordiging van vrouwen in hogere universitaire functies. Naast arbeidsmarktgerelateerde overwegingen wijst de AWT op het belang van diversiteit voor de kwaliteit van de wetenschap zelf. In internationaal perspectief behoort Nederland tot de landen met relatief weinig vrouwen in universitaire functies.

Ondervertegenwoordiging van vrouwen in wetenschap

4.3 Onvoldoende (h)erkenning van de zorgpraktijk in het beleid

De onvoldoende (h)erkenning van de zorgpraktijk in het beleid komt op drie terreinen naar voren: de professionele autonomie, de communicatie over het gezondheidszorgbeleid

en de arbeidsmarkt.

Professionele autonomie onder druk

De vraag of zorginhoudelijke overwegingen dan wel financiële middelen het handelen van professionals moeten sturen, wordt in de samenleving steeds dwingender gesteld. De dominantie van financiële vraagstukken in de gezondheidszorg heeft vormen van kostenbeheersing en maatregelen geïntroduceerd die op gespannen voet (kunnen) staan met de professionele autonomie. Bijvoorbeeld kostenbeheersingsmaatregelen die de behandelaar beperkingen opleggen bij het kiezen van een voor een specifieke patiënt aangewezen therapie, omdat het budget niet toereikend is. Dat geldt ook voor maatregelen die de professionele onafhankelijkheid bij de indicatiestelling voor de (thuis)zorg onvoldoende waarborgen. (Van der Most, 1999.)

Zorginhoudelijke
of financiële sturing?

De professionele autonomie loopt ook gevaar door onvoldoende communicatie van professionals over de professionele standaarden. Naarmate er grote(re) verschillen bestaan in opvattingen over wat de beste behandeling is, zal het vertrouwen van de samenleving in de kennis en kunde van professionals afnemen. En dat vertrouwen is essentieel voor het mandaat van de samenleving.

Te weinig communicatie
over standaarden

Communicatie over het gezondheidszorgbeleid

De communicatie over het te voeren overheidsbeleid loopt steeds meer via intermediaire actoren: bestuurders van instellingen en verzekeraars. Door de vele nieuwe actoren op het terrein van de gezondheidszorg is de professional niet (meer) vanzelfsprekend de belangrijkste gesprekspartner voor de overheid. Professionals hebben daardoor al dan niet terecht het gevoel dat de problemen die zij ervaren bij de uitvoering van het overheidsbeleid, zoals bij de uitvoering van wet- en regelgeving, worden gebagatelliseerd. Over en weer ontstaat daardoor een verkeerde beeldvorming. Een voorbeeld is de in beleidsjargon veel gebruikte uitdrukking 'meer handen aan het bed', waarmee de onderliggende problemen ongenoemd blijven.

Te weinig communicatie
over de zorgpraktijk

De uitvoering van het beleid in de gezondheidszorg is echter in hoge mate afhankelijk van een goede cont(r)actuele relatie tussen beleidsmakers en professionals. Als professionals niet bereid zijn mee te werken of massaal afhaken, komt niet alleen de uitvoering van het beleid op de tocht te staan.

Belangrijke informatie voor
het beleid ontbreekt
daardoor

Daardoor gaat tevens informatie over de dagelijkse zorgpraktijk die voor het beleid belangrijk is, verloren.

Arbeidsmarkt

Professionals zijn nu nog in hoge mate bereid publieke taken uit te voeren en hun werk onder publieke controle uit te voeren. Die bereidheid zal echter afnemen als professionals zich overvraagd blijven voelen.

Gedemotiveerde professionals zijn daarmee een bedreiging voor de arbeidsmarkt. Nieuwkomers op de arbeidsmarkt zullen niet kiezen voor de publieke zorgsector als het imago wordt bepaald door verhalen over burn-out van medewerkers, een hoge werkdruk en weinig waardering. Zeker bij een aantrekkende arbeidsmarkt is het voor professionals uit de zorgsector gemakkelijker in andere sectoren aan de slag te gaan.

Gedemotiveerde professionals zijn risico voor de arbeidsmarkt

En als ook de omvang van het particuliere en commerciële circuit voor gezondheidszorg groter wordt, zal de arbeidsmarkt voor de publieke sector verder onder druk komen te staan. De effecten van veranderingen als gevolg van Europese wet- en regelgeving zouden dit vraagstuk in de nabije toekomst urgenter kunnen maken. 'Verdienen aan zorg is net zo normaal als verdienen aan brood' is de opvatting van Chai Patel, de baas van Westminster Healthcare. Deze organisatie heeft tot doel een Europees gezondheidsbedrijf te worden en de beurs op te gaan. (VWS bulletin, december 1999.)

Arbeidsmarkt verder onder druk door particulier circuit

4.4 Onduidelijke positie in (arbeids)organisaties

Door de steeds complexer wordende organisatie van de zorg en de vele veranderingen die dat met zich mee brengt, is de positie van de professional in de organisatie onduidelijk geworden. Is hij of zij werknemer, professional, manager of alledrie, en wat betekent dat voor de professionele autonomie? Zorginhoudelijke en bedrijfsmatige afwegingen zorgen ook hier voor spanningen.

Professional of manager?

En waar ligt het accent voor de verdere ontwikkeling van de patiëntenzorg: in de geïntegreerde organisatie of in de regio? Overal ziet men ontwikkelingen die gaan in de richting van een geïntegreerde organisatie. Zo is bijvoorbeeld wat betreft de implementatie van de voorstellen van de Commissie-

Integratie én regionalisatie?

Biesheuvel de integratie van medisch-specialisten op het niveau van de individuele ziekenhuizen zo goed als afgerond. Opmerkelijk is evenwel dat in het beleid tegelijkertijd weer een ontwikkeling te zien is die tendeert naar regionalisatie. Moeten professionals zich voor de vakinhoudelijke ontwikkeling richten op de geïntegreerde organisatie of op de regio?

De integratie van vakinhoudelijke ontwikkelingen op het terrein van de verpleegkunde krijgt in het instellingsbeleid nog onvoldoende zijn beslag. Veel instellingen hebben een belangrijke aanbeveling van de Commissie-Werner nog niet geïmplementeerd. Slechts 4% van de thuiszorginstellingen heeft een Verpleegkundige Adviesraad. Voor de algemene ziekenhuizen ligt dat percentage op 27,5 en voor de academische ziekenhuizen op 50.

Professionals spreken door het ontbreken van een gedeeld referentiekader bovendien veelal niet dezelfde taal als managers. Het management van instellingen en zorgverzekeraars hanteert een begrippenkader waarin begrippen als doelmatigheid, efficiënte bedrijfsvoering, productienormen en productietijd dominant zijn. Dit begrippenkader sluit niet goed aan bij het referentiekader van professionals. Professionals hebben in het algemeen weinig affiniteit met het 'product denken'. Er ontstaan daardoor als het ware botsende culturen door de op het individu gerichte professional en de op het groter geheel gerichte organisatie. In dat verband wordt wel gewezen op verschuivingen in het normatief referentiekader van instellingen. Economische en instrumentele normen zijn dominant geworden. Die normatieve verschuiving heeft gevolgen voor alle professionals, maar zou zich het sterkst manifesteren bij de verpleging (en de verzorging).

Er is verder veelal geen gemeenschappelijke visie op de gewenste organisatievorm van de patiëntenzorg en de rol van de professionals daarin. Toch is daar steeds meer behoefte aan. De aard en inhoud van het primaire proces worden steeds complexer. De daarvoor benodigde kennis moet georganiseerd worden, omdat professionals steeds minder het gehele terrein overzien en in toenemende mate afhankelijk zijn van andere disciplines. Daar komt bij dat professionals zelf ook andere keuzes maken. Ze willen werk en privé combineren en stellen hogere eisen aan arbeidstijden en carrièrepatronen. Dat vergt een ander type afstemming en

Integratie verpleegkunde in instellingsbeleid nog onvoldoende

Verschuiving referentiekaders

Gemeenschappelijke visie ontbreekt

arbeidsdeling tussen professionals dan tot nu toe gebruikelijk.

4.5 Versnipperde beroepenstructuur

De toenemende verscheidenheid van beroepen, specialisaties en functies heeft positieve en negatieve effecten. Positieve effecten zijn de kennisontwikkeling die op de verschillende terreinen totstandkomt en mogelijkheden om in te spelen op veranderingen in de organisatie van de zorg. Verder de uitbreiding van diagnostische en therapeutische mogelijkheden op het specifieke gebied.

Toename beroepen
positieve ...

Negatieve effecten zijn het verder opsplitsen van (kennis)domeinen, een drang tot profilering, het afbakenen van het eigen domein, de nadruk op exclusiviteit van de eigen deskundigheid, onduidelijkheid en het gevaar van smalle opleidingen. Dat resulteert soms in een verminderde geneigdheid tot multidisciplinaire samenwerking. Voor professionals wordt de omslag van solist naar teamplayer daardoor lastiger.

... maar ook negatieve
effecten

Discussies over domeinen doen zich bijvoorbeeld voor bij taakverschuivingen. Welke taken kan de huisarts of de 'ziekenhuisarts' overnemen van de specialist? Welke taken kunnen verpleegkundigen overnemen van artsen? Tot wiens domein behoort dan de zorg en wie is uiteindelijk verantwoordelijk? De toenemende verscheidenheid van functies en specialisaties van en binnen beroepen is daarmee aanleiding voor lastige en moeizame discussies over beroepsdomeinen. Discussies die zich niet beperken tot de in het advies genoemde beroepen.

Discussies over taak-
verschuiving

De toename van verscheidenheid werkt onduidelijkheid in de hand. Onduidelijkheid voor patiënten, maar ook voor beroepsbeoefenaren zelf. De patiënt verwacht behandeld te worden door een specialist wanneer hij naar het ziekenhuis gaat, en niet door een ziekenhuisarts of een verpleegkundige. Voor de verwijzende huisarts of specialist neemt de onduidelijkheid bij een grote verscheidenheid aan beroepsbeoefenaren toe. Daardoor dreigt het gevaar van onvoldoende samenhang tussen beroepen, beroepsuitoefening en zorgaanbod in bepaalde zorgclusters.

Gevaar van onvoldoende
samenhang

Het opsplitsen van (kennis)domeinen werkt smalle

Gevaar van smalle

opleidingen in de hand. Dat beperkt niet alleen de mogelijkheden van professionals om zich verder te ontwikkelen. Te smalle opleidingen lopen verder het risico van onvoldoende wetenschappelijke oriëntatie, onvoldoende reflectie op en onderzoek van de beroepspraktijk (Verkenningcommissie HGZO, 2000). Het (verder) opsplitsen van (kennis)domeinen en smalle opleidingen leidt voorts tot inflexibliteiten op de arbeidsmarkt (RMO en RVZ in *Zorgarbeid in de toekomst*, 1999).

opleiding

5 Mogelijke maatregelen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk schetst de Raad mogelijke maatregelen voor de knelpunten die in het voorafgaande aan de orde zijn geweest. De oplossingen liggen op het vlak van:

- vernieuwing van opleidingen;
- communicatie over de zorgpraktijk;
- veranderingen in organisatie;
- ordening en sturing van het beroepenveld.

De oplossingsrichtingen borduren voort op het in hoofdstuk 3 geschetste beeld van de professional van de toekomst.

Bijlagen 4 en 5 bevatten de onderbouwing bij de oplossingsrichtingen.

5.2 Innovatie in opleidingen

Om de tekortkomingen van de opleidingen weg te werken, zouden in de eerste plaats de curricula herzien moeten worden. Binnen opleidingen voor professionals moet meer aandacht besteed worden aan het ontwikkelen van onderhandelingsvaardigheden en het verbeteren van de communicatie met de patiënt. Verder moet meer aandacht besteed worden aan het belang van samenwerking met andere disciplines. Professionals worden hierdoor beter toegerust om adequaat met patiënten te onderhandelen over de beste behandeling in de gegeven situatie. De diversiteit aan functies die professionals in een diversiteit aan organisaties (kunnen) vervullen, maakt het bovendien noodzakelijk dat ze worden opgeleid met een flexibel beroepsbeeld.

Herzien curricula

Om het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening in de opleidingen te integreren, zijn enkele modaliteiten denkbaar. In dat verband is multiprofessioneel onderwijs een van de opties. Multiprofessioneel onderwijs is een onderwijsmethode waarin studenten of medewerkers uit verschillende disciplines in de gezondheidszorg gedurende een bepaalde periode van de studie samen leren. Er zijn verschillende varianten denkbaar die uiteenlopen van het integreren van opleidingen, tot het in de afzonderlijke opleidingen opnemen van verplichte stages op het terrein van andere disciplines. De initiatieven die sinds het begin van de jaren tachtig buiten Nederland genomen zijn, laten wat dat betreft een gevarieerd

Multiprofessioneel
onderwijs

beeld zien.

Een andere optie is om de eindtermen van de verschillende opleidingen op elkaar af te stemmen. Dat bevordert dat de nu nog gescheiden opleidingskolommen voor de verschillende opleidingen doorbroken worden. Zo zou bij de raamleerplanontwikkeling van artsen rekening gehouden kunnen worden met opleidingen voor verpleegkundigen en paramedici. Deze opties zijn vooral van belang voor de initiële opleidingen en daarmee voor toekomstige professionals. Voor de zittende professionals zouden de gedachten van het multiprofessioneel onderwijs geïntegreerd kunnen worden in de vervolgopleidingen en in de bij- en nascholing.

Afstemmen eindtermen

Het wetenschappelijk onderzoek binnen met name de verpleegkunde en de fysiotherapie moet verder gestimuleerd worden. De verkenningscommissie HGZO heeft in dat verband gewezen op de mogelijkheden die samenwerking tussen universiteiten en hogescholen in dit opzicht kan betekenen.

Meer wetenschap in opleidingen fysiotherapie en verpleegkunde

Gegeven de Europese richtlijnen die van toepassing zijn, is een aanzienlijke verkorting van de medische (vervolg)opleidingen, omdat die te lang zouden zijn, een moeilijke weg. Nederland zou in dat geval moeten bewerkstelligen dat wijziging van de in de richtlijnen genoemde opleidingsduur door alle lidstaten wordt geaccepteerd. Wel is, gegeven de in de richtlijnen genoemde duur, voor sommige medisch-specialistische opleidingen een beperkte verkorting mogelijk (zie bijlage 4, par. 7.4). Het ligt daarom meer voor de hand het onderwijs te vernieuwen langs de hierboven beschreven weg van afstemming en multiprofessioneel onderwijs.

EU-richtlijnen veranderen moeizame weg

De AWT heeft in het eerdergenoemde advies over vrouwen in de wetenschap gewezen op de rol van de overheid in deze. De aanbevelingen in het advies zijn gericht aan de minister van OC&W. Deze aanbevelingen zijn voor de medische wetenschap in het bijzonder van belang gezien de veranderde samenstelling van de medische beroepsgroep.

Meer vrouwen in de wetenschap

5.3 Evenwicht tussen verschillende belangen

Zorginhoudelijke en financiële belangen

De overheid zal in het beleid altijd een afweging moeten

Middelen afstemmen op

maken tussen zorginhoudelijke en financiële belangen. Maar de inhoud van de zorg en de omvang daarvan zouden uitgangspunt moeten zijn voor het vaststellen van de budgetten en niet andersom. Bij de totstandkoming van budgetten en tarieven voor de collectieve sector zou dan ook nadrukkelijker rekening gehouden moeten worden met de toenemende vraag naar zorg en met de toegenomen mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling als gevolg van wetenschap en techniek. Middelen en menskracht moeten daarop zijn afgestemd.

toenemende vraag

Kostenbeheersing zal ook in de toekomst belangrijk blijven. De vraag is echter welke methoden daarvoor het meest geëigend zijn. Veel besproken instrumenten in dat verband zijn managed care en disease management. Nu verzekeraars gebudgetteerd worden, neemt ook van die kant de belangstelling voor kostenbeheersing toe. In Amerika zijn de managed care-verzekeraars daaruit voortgekomen. Afhankelijk van de manier waarop met deze instrumenten wordt omgegaan, kunnen ze echter een bedreiging vormen voor de professionele autonomie.

Kostenbeheersing blijft belangrijk

Managed care is bovendien ook niet altijd doelmatig. Zo heeft de op één na grootste managed care-verzekeraar in Amerika recent besloten de regie over de behandeling van patiënten weer in handen te leggen van de arts. De hoge kosten die gemoeid zijn met het vooraf autoriseren van behandelingen is de belangrijkste reden voor deze koerswijziging.

Managed care niet altijd doelmatig

Voor de toekomst is evidence-based handelen een belangrijk instrument. De kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg zijn daarmee gediend. Oude (behandel)methodes kunnen op grond van wetenschappelijk bewijs vervangen worden door nieuwe, die krachtiger, accurater, effectiever en veiliger zijn. Het is niet alleen een essentieel instrument bij de bevordering van kwaliteit van het handelen van individuele beroepsbeoefenaren, maar tevens een instrument om de professionele autonomie te behouden. Verder zijn evidence-based richtlijnen een hulpmiddel om budgetten af te stemmen op de inhoud van de zorg. In de ontwikkeling van evidence-based handelen zou dan ook meer geïnvesteerd moeten worden. Naast de overheid zouden ook verzekeraars hieraan moeten bijdragen. Zowel overheid als verzekeraars willen immers meer helderheid over de effecten van (be)handelingen die uit de collectieve middelen worden gefinancierd.

Evidence-based handelen belangrijk instrument ...

... ook voor behoud professionele autonomie ...

... maar ontwikkeling daarvan kost tijd en geld

De Minister is een groot voorstander van evidence-based handelen. Het project 'Passende medische zorg' is door haar zeer geprezen. En in de meerjarenafspraken zijn voor de artsen en voor de fysiotherapie (en oefentherapie) concrete afspraken gemaakt voor de ontwikkeling van richtlijnen. Maar toch komt hiervoor slechts mondigesmaat geld beschikbaar. In aanvullende afspraken op het terrein van de fysiotherapie constateren partijen dat de ambities verder gaan dan binnen het beschikbare budget tot de mogelijkheden behoort.

Ontwikkeling is in gang gezet voor geneeskunde en fysiotherapie, maar ambities hoger dan beschikbaar budget

In de meerjarenafspraken ligt voor verpleegkundigen tot nu toe het accent te eenzijdig op het oplossen van arbeidsmarktproblemen. Meer structurele aandacht voor de inhoudelijke ontwikkeling van het vak door middel van afspraken over richtlijn- en standaardontwikkeling is eveneens belangrijk. Dit betekent een investering in de professionele beroepsuitoefening. Wat de financiële ondersteuning betreft, zou ook rekening gehouden moeten worden met de relatieve achterstand van deze beroepsgroep en met de omvang daarvan.

Relatieve achterstand op het terrein van de verpleegkunde

Naast de overheid zouden ook de beroepsgroepen zelf hoge prioriteit moeten geven aan het ontwikkelen en implementeren van evidence-based richtlijnen en protocollen. Nog niet alle professionals zijn enthousiast over deze ontwikkeling. Er zal dus veel geïnvesteerd moeten worden om bestaande weerstanden te overwinnen. Dat is een belangrijke opgave voor beroepsorganisaties.

Beroepsgroepen moeten ook zelf aan de slag ...

... om weerstanden te overwinnen

Beroepsgroepen zullen ook duidelijker moeten zijn over de wijze waarop ze kwaliteitsstandaarden garanderen. Dat vraagt van professionals dat ze bereid zijn mee te werken aan visitaties en intercollegiale toetsing en dat ze zich toetsbaar opstellen. Evidence-based richtlijnen kunnen bij de toetsing een belangrijke functie vervullen.

Toetsbare opstelling van professionals

In zijn advies 'Naar een meer vraaggerichte zorg' heeft de Raad een groot aantal aanbevelingen gedaan om de informatievoorziening over het aanbod in de gezondheidszorg, inclusief informatie over het aanbod door beroepsbeoefenaren, te verbeteren. Deze zijn voor dit advies nog steeds actueel. Als patiënten bovendien in een vroeg stadium worden betrokken bij het opstellen van evidence-based protocollen en richtlijnen voor diagnostiek en

Patiënten betrekken bij het opstellen van protocollen

behandeling, wordt bevorderd dat patiënten en professionals weten wat ze redelijkerwijs van elkaar mogen verwachten.

In het advies 'Patiënt en Internet' zijn eveneens aanbevelingen opgenomen die de patiënt beter kunnen informeren. Zo moeten beroepsorganisaties samen met de rijksoverheid en patiëntenorganisaties richtlijnen en protocollen voor de behandeling van ziekte via het Internet toegankelijk maken.

Internet gebruiken

Communicatie over de zorgpraktijk

De medewerking van professionals bij het uitvoeren van het gezondheidszorgbeleid is essentieel. Daarom ligt het voor de hand dat de overheid beroepsgroepen expliciet betreft bij het door haar te ontwikkelen en uit te voeren gezondheidszorgbeleid.

Overleg met beroepsgroepen essentieel

Voor de wijze waarop professionals bij het beleid worden betrokken, zijn verschillende varianten denkbaar. Een mogelijkheid is het instellen van een platform waarin de verschillende beroepsgroepen zitting hebben. Bij nader inzien lijkt dit niet de meest geschikte variant. Het gevaar is namelijk dat een dergelijk platform onvoldoende slagkracht kan ontwikkelen. Daarnaast is van belang dat niet alle onderwerpen zich lenen voor gezamenlijk overleg met verschillende beroepsgroepen. Bovendien dreigt een bureaucratisch geheel te ontstaan.

Platform minder geschikt

Een andere mogelijkheid is het organiseren van gestructureerd overleg met beroepsgroepen of consultatie ad hoc. Het overleg zou zowel wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg kunnen betreffen als incidentele maatregelen die directe consequenties hebben voor het werk van professionals. Zo zou de administratieve belasting van te treffen maatregelen onderwerp van gesprek kunnen zijn. Dit kan er tevens toe bijdragen dat voorkomen wordt dat professionals gefrustreerd raken over niet te vermijden extra administratieve handelingen. Deze variant heeft het voordeel dat het overleg toegespitst kan worden op actuele vraagstukken. Naargelang het onderwerp kan ook de samenstelling van het overleg worden aangepast.

Gestructureerd overleg of consultatie ad hoc adequater

Overheid en beroepsgroepen zouden tevens moeten streven naar het verbeteren van de beeldvorming bij het publiek over de gezondheidszorg en over de onderscheiden gezondheidszorgberoepen. Dit kan ertoe bijdragen dat de

In beleid meer aandacht voor zorginhoudelijke noties

aantrekkelijkheid van de gezondheidszorg als werkterrein en van de onderscheiden beroepen waar nodig wordt verbeterd. De overheid zou ernaar moeten streven in beleidsnota's en in overige stukken op evenwichtige wijze plaats in te ruimen voor zorginhoudelijke noties naast procedurele en organisatorische aspecten. Momenteel overwegen voornamelijk de laatstgenoemde aspecten. Informatie uit de zorgpraktijk van professionals is daarbij onmisbaar.

Capaciteit en werkdruk

In zijn gezamenlijk met de RMO uitgebrachte advies over zorgarbeid in de toekomst heeft de Raad een groot aantal aanbevelingen gedaan om de werking van de arbeidsmarkt in de zorgsector te verbeteren. In het kader van het onderhavige advies zijn de aanbevelingen, gericht op het beschikbaar zijn van voldoende professionals, in het bijzonder van belang. Hiertoe is een voldoende capaciteit van de initiële opleidingen voor professionals in de gezondheidszorg noodzakelijk. Deze capaciteit moet zijn afgestemd op een normalisering van de werkdruk en op een relatieve uitbreiding van de tijd die aan patiënten besteed moet worden, waarbij onder meer verdisconteerd wordt dat meer professionals in deeltijd zullen gaan werken.

Capaciteit afstemmen op werkdruk

5.4 Integratie en organisatie

Om zorginhoudelijke en bedrijfsmatige aspecten in de organisatie(s) van de zorg te integreren, zijn verschillende maatregelen mogelijk. Uiteraard hangen die ook samen met het soort organisatie. De uitwerking van de maatregelen zal anders zijn in een huisartsenorganisatie dan in een ziekenhuis en weer anders in een thuiszorgorganisatie of een fysiotherapiepraktijk.

Maatregelen afhankelijk van type organisatie

Vanuit de invalshoek van dit advies, de professionele beroepsuitoefening, gaat het primair om maatregelen waardoor de kennis van professionals optimaal ingezet kan worden voor de patiëntenzorg. In de visie van de Raad zijn het primair de professionals zelf die verantwoordelijk zijn voor de vakinhoudelijke ontwikkeling. Dat neemt niet weg dat ook organisaties en instellingen daarin een verantwoordelijkheid hebben. Van belang is vooral dat nieuwe inzichten over therapie en behandeling geïntegreerd worden in het beleid. De wijze waarop zal, zoals gezegd, afhangen van het soort organisatie.

Kennis professionals optimaal benutten voor patiëntenzorg ...

Zo zal de ene instelling de voorkeur kunnen geven aan het instellen van (multidisciplinaire) vak- en refereergroepen, terwijl een andere instelling het accent zal leggen op samenwerking met universiteiten om aanwezige kennis te bundelen. Weer andere instellingen zullen de integratie van professionele kennis in het beleid via formele overleg- of adviesstructuren laten lopen.

... kan op verschillende manieren

De wijze waarop binnen (het beleid in) gezondheidszorginstellingen vormgegeven wordt aan het daadwerkelijk integreren van nieuwe kennis en inzichten in de patiëntenzorg, zal eveneens variëren. Voor professionals moet dan wel expliciet tijd en gelegenheid beschikbaar gesteld worden voor de verdere kwaliteitsverbetering en de ontwikkeling van professionele vaardigheden. Intervisie, supervisie, (inter)collegiale toetsing, visitatie en bij- en nascholing zijn geschikte vormen daarvoor. Binnen productieafspraken zullen instellingen en verzekeraars tijd en geld voor professionele ontwikkeling moeten reserveren.

Facilitering ontwikkeling professionele vaardigheden

Zowel voor organisaties als voor professionals die daarin werken, is het van belang spanningen te reguleren die het gevolg zijn van zorginhoudelijke en bedrijfsmatige afwegingen. De in het voorafgaande genoemde maatregelen zullen daaraan bijdragen. Wanneer de professional handelt volgens de professionele standaard en zich toetsbaar opstelt, zal het management minder geneigd zijn zich inhoudelijk met het primaire proces te bemoeien. Verder kunnen professionele statuten behulpzaam zijn. Die kunnen van belang zijn als er onduidelijkheid bestaat over de plichten van professionals tegenover de werkgever.

Professionele statuten

Managers en professionals zouden ook moeten zoeken naar nieuwe vormen van communicatie. De uiteenlopende referentiekaders van professionals en managers zullen daarbij nooit helemaal overbrugd kunnen worden, maar zouden wel verkleind kunnen worden. In dat verband verdient in het bijzonder de wijze waarop verpleegkundigen een stem hebben in het beleid van instellingen de aandacht.

Verbetering communicatie

Verder zou er in organisaties explicieter rekening gehouden moeten worden met veranderingen in de samenstelling en in wensen van beroepsgroepen. Er zouden meer mogelijkheden gecreëerd moeten worden voor loopbaanontwikkeling en voor het werken in deeltijd. Maar ook in de organisatie van

Rekening houden met wensen van beroepsgroepen, bijvoorbeeld ten aanzien van werken in deeltijd

de zorg zullen aanpassingen nodig zijn. Het feit dat er meer werkers in deeltijd zijn, vraagt om creatieve oplossingen. Die zijn er ook. Zo is de organisatie van de bereikbaarheid van huisartsen tijdens avond- en weekenddiensten op sommige plaatsen aangepast. Een belangrijk (neven)effect daarvan is bovendien dat de ervaren werkdruk is verminderd.

Van professionals zal dit eveneens aanpassingen vragen. Ze zullen bereid moeten zijn om een type arbeidsdeling en organisatie van het werk te accepteren die rekening houdt met die veranderingen binnen beroepsgroepen. De wijze van overdracht naar collega's kan verder bijvoorbeeld aanpassing vragen.

Ook professionals moeten zich aanpassen

5.5 Ordening en sturing

Taakverschuivingen binnen en tussen beroepen hebben verschillende oorzaken. Soms is het een gevolg van krapte op delen van de arbeidsmarkt. Soms een gevolg van technische ontwikkelingen waardoor (be)handelingen eenvoudiger worden en door anders gekwalificeerden kunnen worden uitgevoerd. In weer andere situaties is de wens tot een andere organisatie van de zorg of tot kostenbeheersing reden om tot een verschuiving van taken over te gaan.

Verschillende oorzaken voor taakverschuiving binnen en tussen beroepen

Veel van de problemen die met taakverschuiving gepaard gaan, kunnen door professionals en instellingen zelf worden opgelost. Goede voorlichting aan patiënten over de veranderingen en protocollair werken waarin afspraken vastliggen over consultatie en supervisie lossen veel van die problemen op.

Informatie over taakverschuivingen

Wel lijkt het in algemene zin wenselijk het beroepenveld niet verder te laten uitdijen. Binnen de verschillende beroepsgroepen moet nagegaan worden in hoeverre met verdere differentiatie aan de wens van flexibiliteit van inzet van professionals en vereiste specifieke deskundigheid tegemoetgekomen kan worden. Differentiatie heeft de voorkeur boven het creëren van nieuwe beroepen en opleidingen.

Beroepenveld niet laten uitdijen

De Raad heeft wel oog voor het feit dat het creëren van nieuwe beroepen vanuit arbeidsmarktoverwegingen een aantrekkelijke optie kan zijn. Het gevaar is echter dat smalle opleidingen ontstaan en beroepsbeoefenaren na verloop van

Nieuwe beroepen kunnen een oplossing zijn, maar dit schept ook weer problemen

tijd in 'fuikfuncties' terechtkomen. Dat creëert weer eigen problemen op de arbeidsmarkt. De planning van beroepskrachten en opleidingscapaciteiten wordt daardoor ook problematischer. Een mix van breed opgeleide beroepsbeoefenaren met differentiaties en specialisaties biedt bovendien meer mogelijkheden voor verdere kennisontwikkeling en voor carrièrepatronen van professionals.

Herordening van
beroepenstructuur

De overheid zou door middel van geëigende wetgeving kunnen komen tot een herordening van de beroepenstructuur voor delen van de gezondheidszorg. De verkenningcommissie HGZO heeft in dat verband voorstellen ontwikkeld die de Raad zeer aanspreken. De opleidingen van fysiotherapie en oefentherapie en van orthoptie en optometrie samenvoegen, draagt bij aan de ordening van het beroepenveld. Kennisontwikkeling krijgt daardoor op die terreinen ook meer kans.

Terughoudendheid met
specialisaties

De overheid zou op het terrein van de specialisaties, door de Wet BIG primair een aangelegenheid van de beroepsgroepen zelf, eveneens kunnen aandringen op een zekere terughoudendheid. Voor de medische beroepsgroep is recent een project gestart om het opleidingscontinuüm te herzien. In dat project zou de overheid haar wensen op dit punt onder de aandacht kunnen brengen. Met verpleegkundigen en fysiotherapeuten zou dit punt eveneens besproken moeten worden.

In capaciteitsbepaling
specialisten rekening
houden met
taakverschuivingen

Taakverschuivingen hebben ook gevolgen voor de capaciteit van de binnen de verschillende beroepsgroepen op te leiden specialisten. De capaciteitsbepaling voor de medische (vervolg)opleidingen, en daarmee voor de specialisten, is recent ter hand genomen door het capaciteitsorgaan. In de toekomst zouden effecten van taakverschuivingen naar andere beroepsgroepen daarin meegenomen moeten worden. Het ligt daarbij voor de hand de samenstelling van het capaciteitsorgaan daaraan aan te passen.

6 Advies

6.1 Inleiding

In dit advies staat de professionele beroepsuitoefening in de toekomst op de voorgrond. Dat professionals in de gezondheidszorg belangrijk zijn, daarover is iedereen het wel eens. In uiteenlopende bewoordingen wordt daarover geschreven en gesproken. In het Regeerakkoord staat bijvoorbeeld: “Gezondheidszorg is mensenwerk: de kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners”. Toch wordt onvoldoende onderkend dat gericht beleid nodig is om in de zorg en in de mensen die daarin werken, te investeren.

Uit hoofdstuk 5 blijkt dat zowel van professionals zelf als van verzekeraars, instellingen en opleidingen investeringen nodig zijn. In dit hoofdstuk zijn de aanbevelingen aan de overheid, in volgorde van prioriteit, geformuleerd.

6.2 Aanbevelingen

Geld moet zorg volgen

Professionele beroepsuitoefening is alleen mogelijk als ook de voorwaarden daarvoor aanwezig zijn. Een voorwaarde voor professionele beroepsuitoefening en daarmee een voorwaarde voor gemotiveerde professionals is dat het kabinet voor de vaststelling van de budgetten en tarieven voor de collectief gefinancierde gezondheidszorg uitgaat van de inhoud van de zorg en de omvang daarvan. Daarbij moet nadrukkelijker rekening worden gehouden met de als gevolg van wetenschap en techniek toegenomen mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling en met normalisering van de werkdruk.

Budget afstemmen op inhoud en omvang van de zorg

Beleidsperspectief voor ontwikkeling van professionals

De Raad beveelt aan meer te investeren in de wetenschappelijke ondersteuning van het werk van professionals. Daarbij dient prioriteit gegeven te worden aan onderzoek naar effecten van zorg en de verdere ontwikkeling en implementatie van evidence-based richtlijnen en protocollen. Evidence-based richtlijnen zijn een belangrijk instrument om de professionele autonomie te waarborgen.

Evidence-based richtlijnen waarborg voor professionele autonomie

In het kader van de meerjarenafspraken dient de minister van

Meerjarig programma voor

VWS in overleg met beroepsgroepen hiervoor een meerjarig programma op te stellen en meer financiële middelen ter beschikking te stellen. De afspraken zouden verder moeten gaan dan tot nu toe gebruikelijk is. Wat de financiële ondersteuning betreft, moet rekening gehouden worden met de relatieve achterstand op het terrein van de verpleegkunde en met de omvang van beroepsgroepen. In het aangekondigde beleidskader zouden afspraken hierover geconcretiseerd moeten worden.

ontwikkeling en implementatie van evidence-based richtlijnen en protocollen

De minister van VWS dient in het beleidskader een visie neer te leggen waarin ze verwachtingen ten aanzien van professionals expliciteert. De rollen en taken die professionals in de verschillende sectoren hebben te vervullen, moeten aangegeven worden (zoals gebeurd is voor de poortwachtersfunctie van de huisarts). De overheid heeft hierin een kaderstellende rol.

Duidelijk zijn over verwachtingen van professionals

De Minister zal ook uitspraken moeten doen over een gewenste ordening van het beroepenveld. In dat verband onderschrijft de Raad de aanbevelingen van de Verkenningcommissie HGZO om tot een clustering van paramedische beroepsgroepen te komen.

Duidelijk zijn over gewenste ordening van beroepen

Gestructureerd overleg met professionals

De minister van VWS zorgt voor een gestructureerd overleg met de beroepsgroepen. Het overleg dient meerdere doelen:

- beroepsinhoudelijke aspecten en overwegingen betrekken in de beleidsontwikkeling;
- informatie-uitwisseling over beroepsinhoudelijke ontwikkelingen realiseren;
- wederzijds begrip en erkenning van problemen bevorderen;
- professionals betrekken bij voorgenomen concrete wet- en regelgeving en toets op uitvoerbaarheid;
- beperken van administratieve belasting als gevolg van wet- en regelgeving;
- afspraken maken over te realiseren doelen.

Gestructureerd overleg met beroepsgroepen

Het gestructureerd overleg zou naar analogie van het door de Raad in het advies 'Besturen in overleg' uitgewerkte model vormgegeven kunnen worden. Hier wordt volstaan met het belichten van enkele punten die in het bijzonder voor een gestructureerd overleg met professionals van belang zijn:

Agendabepaling in overleg

- de agenda wordt in overleg vastgesteld;

- afhankelijk van de agenda worden zo nodig meerdere disciplines voor het overleg uitgenodigd;
- zo nodig worden ook andere departementen (bijvoorbeeld OC&W) bij dit overleg betrokken.

Investeren in en moderniseren van opleidingen

De Raad beveelt aan, waar nodig, opleidingseisen te herzien en curricula bij te stellen. Hij acht het van belang de volgende onderwerpen in de basisopleidingen verplicht te stellen:

- vakken waarin de professionals worden voorbereid op de complexe organisatie van de gezondheidszorg waarin zij hun beroep moeten uitoefenen;
- kennis- en informatiemanagement door professionals;
- de structuur en financiering van de gezondheidszorg;
- de invloed van gender op de patiëntenzorg en de beroepsuitoefening;
- de multidisciplinariteit van de zorg.

Curricula opleidingen herzien

De minister van VWS en de minister van OC&W bevorderen dat bovengenoemde onderwerpen ook in vervolgoopleidingen en in de bij- en nascholing van professionals aan bod komen. Omdat het stelsel van medische en verpleegkundige vervolgoopleidingen momenteel door de beroepsgroepen zelf onder de loep wordt genomen, verdient het aanbeveling dat de minister van VWS in het overleg met de beroepsgroepen daarover bovenstaande punten onder de aandacht brengt.

Ook curricula vervolgoopleidingen aanpassen

De minister van VWS en de minister van OC&W initiëren en stimuleren experimenten met vormen van multiprofessioneel onderwijs, ook in de vervolgoopleidingen. De mate waarin dit in opleidingsprogramma's tot uitdrukking komt, laten zij meewegen in de financiële ondersteuning van dergelijke programma's.

Experimenten multiprofessioneel onderwijs

De minister van VWS start op korte termijn een overleg met de minister van OC&W, en betrokken hogescholen en beroepsorganisaties over de wijze waarop de verdere wetenschappelijke oriëntatie in de opleidingen van verpleegkunde en fysiotherapie bevorderd kan worden.

Wetenschappelijke oriëntatie in opleidingen verpleegkunde en fysiotherapie versterken

De minister van VWS overlegt zo spoedig mogelijk met de minister van OC&W over het opstellen van streefcijfers voor de wetenschappelijke instellingen op het terrein van medische wetenschap in het kader van de thematiek 'vrouwen in de wetenschap'.

Streefcijfers voor vrouwen in de wetenschap

Werking van de arbeidsmarkt en (opleidings)capaciteit

In zijn gezamenlijk advies met de RMO over de zorgarbeid in de toekomst heeft de Raad aanbevelingen geformuleerd die voor dit advies evenzeer van belang zijn. De toenemende werkdruk en het risico van een toename van het optreden van burn-out zijn een gevaar voor de motivatie van professionals. In dat verband brengt hij de volgende aanbevelingen uit het advies *Zorgarbeid in de toekomst* opnieuw onder de aandacht:

- opheffen van belemmeringen in regelgeving voor samenwerken tussen professionals uit de verschillende sectoren (modernisering van verzekeringswetgeving, deregulering planning en bouw, betere aansluiting met daadwerkelijk geleverde zorg bij de totstandkoming van budgetten en tarieven);
- maatregelen in het kader van het combineren van arbeid en zorg;
- bevorderen dat opleidingen (zowel initiële opleidingen als vervolg- en specialistische opleidingen) in deeltijd gevolgd kunnen worden;
- uitbreiding opleidingsplaatsen geneeskunde;
- instelling van een onafhankelijke informatie-autoriteit.

Flexibele arbeidsmarkt
en voldoende
(opleidings)capaciteit

6.3 Implementatie

De minister van VWS verzoekt ZON in zijn programma voor evaluatie van wetgeving (onder andere de WGBO, de Wet BIG, de Kwaliteitswet, de Wet Klachtrecht, de Wet Orgaandonatie) expliciet de invloed op het handelen van beroepsbeoefenaren te onderzoeken. Specifieke aspecten die de aandacht verdienen, zijn de daarmee samenhangende administratieve lasten voor professionals en het tijdsbeslag.

De Minister bewerkstelligt dat bij de evaluatie van het *Zorgindicatiebesluit*, zoals aangekondigd in de *Zorgnota 2000*, expliciet aandacht wordt besteed aan:

- de wijze waarop een professionele indicatiestelling wordt gewaarborgd;
- de problemen die patiënten, professionals en organisaties ondervinden;
- de administratieve lasten.

Dit mede met het oog op de voorgenomen verbreding van de

taakstelling van de regionale indicatieorganen tot de langdurige ggz-zorg.

De Minister verzoekt de KNMG na te gaan voor welke medische vervolgopleidingen beperking van de opleidingsduur, binnen de EU-richtlijnen, wenselijk is.

De Minister bewerkstelligt dat in het Besluit opleidingseisen verpleegkundige de eis 'methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek' toegevoegd wordt.

Om de samenwerking en afstemming tussen instellingen en professionals te bevorderen, verzoekt de minister van VWS betrokken partijen in het eerstvolgend overleg over de meerjarenafspraken concrete doelstellingen met streefcijfers en termijnen te formuleren voor het inzetten van de volgende instrumenten:

- toelatings- en arbeidscontracten;
- professionele statuten;
- scholingsbudget om een opleidingscontinuüm te creëren;
- consultatie van professionals (adviesraden ten behoeve van het beleid van instellingen);
- compensatie in tijd voor (neven)activiteiten ten behoeve van bijdrage aan beroepsinhoudelijke ontwikkelingen.

In verband met taakverschuivingen onderzoekt de minister van VWS op korte termijn de mogelijkheid om de taakstelling en de samenstelling van het capaciteitsorgaan voor de medische vervolgopleidingen te verbreden. Aangezien dit een omvangrijke proces zal zijn, wordt gestart met een verbreding voor de verpleegkundige vervolgopleidingen.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Bijlagen

Drs. P. Vos

Bijlage 8

Verslag van de invitational conference gehouden op 19 november 1999 te Utrecht

Inleiding

Voor deze invitational conference in het kader van de voorbereiding van het advies over professionals in de gezondheidszorg zijn vertegenwoordigers van koepelorganisaties in de gezondheidszorg uitgenodigd. De gedachtewisseling vindt plaats aan de hand van een notitie met bouwstenen voor het advies en een drietal concrete vragen, namelijk over het partnership tussen overheid en professionals, het partnership tussen management van instellingen en professionals en over de professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg. Dit verslag bevat een weergave van de belangrijkste opmerkingen, gegroepeerd in drie thema's die corresponderen met bovengenoemde vragen.

Partnership overheid - professionals

Imago zorgsector

In de publieke opinie, maar ook in beleidsnotities van het ministerie van VWS overheerst momenteel een negatief beeld van de zorgsector en van de daarin werkzame professionals. Het accent in deze beeldvorming ligt vaak op de kosten van de zorg en op wachtlijsten, als gevolg van een al dan niet vermeend gebrek aan doelmatigheid. De beeldvorming over professionals vindt veelal plaats in het perspectief van krapte op de arbeidsmarkt, hoge werkdruk, burn-out, verzuim en arbeidsongeschiktheid. Te weinig wordt de aandacht gevestigd op positieve aspecten van de zorgverlening, bijvoorbeeld de gerealiseerde kwaliteit van de zorg en de bijdrage van de zorgverlening aan de gezondheidswinst. Het belang van het werk van specifieke groepen professionals, in het bijzonder van verpleegkundigen, is in overheidsnotities en in de publieke opinie te weinig zichtbaar.

Patiënt

De positie en rol van de patiënt zijn de laatste jaren sterk veranderd. Er is in de samenleving als geheel sprake van een grotere mondigheid en een kritischer opstelling van burgers en consumenten. Patiënten maken hierop geen uitzondering. Zij kunnen beschikken over meer informatie en hebben meer

wettelijk vastgelegde rechten, onder meer in het kader van de WGBO en de Wet klachtrecht. Er is in zekere mate sprake van een 'professionalisering' van de patiënt.

De merkwaardige situatie doet zich voor dat waar de positie van de patiënt versterkt is, die van de hulpverleners niet is mee versterkt, maar verhoudingsgewijs is verzwakt. Hulpverleners merken hiervan de negatieve gevolgen in de individuele patiëntencontacten in de vorm van bijvoorbeeld eisende patiënten en een toename van de klachtgeneidheid.

Transmurale zorgketens

In het overheidsbeleid en in het beleid van beroepsbeoefenaren en instellingen ligt de laatste jaren de nadruk op versterking van de continuïteit van zorg en de vorming van transmurale zorgketens. Optimale zorg voor de patiënt vormt hierbij, in ieder geval in de gedachtevorming, een van de uitgangspunten. In de praktijk ervaren hulpverleners echter dikwijls dat transmuraliteit vastloopt op starre regelgeving en op problemen met de regie en afstemming van de bijdrage van de verschillende zorgaanbieders in het zorgproces.

Gesignaleerde problemen in partnership overheid - professionals

Het bestaan van partnership tussen overheid en professionals in de zorgsector veronderstelt een wederzijdse loyaliteit, duidelijkheid en communicatie. Aan deze voorwaarden wordt in de visie van aanwezigen niet of in ontoereikende mate voldaan. Van partnership is in hun optiek dan ook niet of nauwelijks sprake. De indruk heerst dat de overheid de sector zonder adequaat overleg confronteert met maatregelen en regelgeving. De maatregelen zijn voornamelijk gebaseerd op vergroting van de doelmatigheid en accountability en houden te weinig rekening met behoud van de kwaliteit van zorg en het bevorderen van transparantie.

De maatregelen als zodanig gaan vaak gepaard met een toename van bureaucratie en komen meestal neer op een taakverzwaring voor individuele beroepsbeoefenaren. In de meeste gevallen is hiervoor onvoldoende compensatie in middelen en formatie beschikbaar. Het creatieve vermogen van de sector wordt door uitvoeringsproblemen sterk op de proef gesteld. Het regelvermogen van professionals neemt af. Verder is men van mening dat de overheid te weinig structuur biedt en teveel belemmeringen opwerpt. De

uitvoeringsproblemen in de zorg worden door de overheid niet voldoende onderkend.

Bij de gerichtheid van de overheid op het behalen van doelmatigheidswinst, doet zich de vraag voor welke kosten dit streven op zich genereert. Vooralsnog is onduidelijk hoe doelmatig het doelmatigheidsstreven eigenlijk is.

De drie beroepsgroepen in het op te stellen advies: artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten hebben ieder een eigen verhouding met de overheid. Binnen deze verhoudingen blijken de huisartsen een relatief goede relatie met de overheid te hebben. Verpleegkundigen signaleren een duidelijk gebrek aan overlegmogelijkheden met de overheid. Voor een deel kan dit veroorzaakt worden doordat de beroepsgroep verpleegkundigen naar buiten toe (nog) geen eenduidig gezicht heeft.

Met ministerie van VWS houdt naar de mening van aanwezigen, onder meer waar het gaat om vraagstukken van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en verloop of om aspecten van beroepsopleidingen, te weinig rekening met de betrokkenheid van andere departementen, zoals SoZaWe en OC&W.

Genoemde oplossingsrichtingen voor partnership overheid - professionals

De drie beroepsgroepen hebben duidelijk behoefte aan een goed, gestructureerd en open overleg met de rijksoverheid over alle aspecten van het te voeren beleid. In het kader dit overleg zou het veld kunnen worden uitgenodigd sectorvisies te ontwikkelen. Het instellen van een onafhankelijke informatieautoriteit kan de tijdige beschikbaarheid van voor het beleid essentiële informatie bevorderen.

Het overleg tussen rijksoverheid en beroepsgroepen moet zo min mogelijk belemmerd worden door onbespreekbare situaties en standpunten. Met het veld moet worden overlegd over voorgenomen wet- en regelgeving die consequenties hebben voor beroepsbeoefenaren. Partijen zijn in grote lijnen tevreden over het systeem van meerjarenafspraken. Voor het overleg met de beroepsgroepen zou deze aanpak uitgebreid kunnen worden. Ter bevordering van een goede dialoog tussen rijksoverheid en beroepsbeoefenaren moet overwogen worden meer beroepsbeoefenaren aan te stellen op relevante afdelingen van het ministerie van VWS.

De overheid moet zorgdragen voor de beschikbaarheid van voldoende capaciteit van beroepsbeoefenaren. Hierbij moet rekening gehouden worden met gewenste substitutie-effecten, bijvoorbeeld in de vorm van de introductie van een nurse practitioner in de huisartspraktijk. De overheid moet verder, in overleg met het veld, streven naar het bereiken van een juist evenwicht tussen de kwaliteit van de zorg en de ermee gemoeide kosten. Daarbij is van belang dat de afstand tussen de uitvoering en financiering van de zorg zo gering mogelijk is.

Ook in de berichtgeving naar buiten en in beleidsnotities zal de rijksoverheid op evenwichtige wijze aandacht moeten geven aan zowel de kwaliteit en inhoud van de zorg als aan de kosten. Daarbij moet in het algemeen een minder negatief beeld van professionals worden geven.

Partnership instellingen - professionals

Het management van instellingen wordt momenteel vaak gedomineerd door niet-professionals. Bij de drie beroepsgroepen leeft de wens een grotere inbreng van professionals in het management van instellingen te realiseren. Voor de beroepsgroep verpleegkundigen kan hierbij het instrument van de Verpleegkundige Advies Raad (VAR) een belangrijke rol spelen. Instelling van een VAR bij ziekenhuizen en andere zorginstellingen moet waar mogelijk gestimuleerd worden.

Verder is van belang dat het beleid in instellingen meer gecommuniceerd wordt met de medewerkers en minder een top down karakter heeft.

Ook tussen partijen in het veld is een partnership noodzakelijk in het belang van een optimale zorgverlening aan de patiënt. Hiervoor zijn verschillende meer of minder gestructureerde opties denkbaar, die variëren van het organiseren van kringbijeekkomsten van samenwerkende beroepsbeoefenaren tot het afsluiten van gezamenlijke convenanten.

Realisering van partnership tussen veldpartijen kan bevorderd worden door al in een vroeg stadium, namelijk bij de opleiding van beroepsbeoefenaren, samen te werken. Nagegaan moet worden in hoeverre opleidingen of delen daarvan kunnen worden samengevoegd.

Professionalisering

De drie beroepsgroepen voor het advies: artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten hebben alledrie te maken met een professionaliseringsproces. De fase waarin het proces zich bevindt en de met de professionalisering nagestreefde doelen verschillen echter per beroepsgroep. Consequentie hiervan is dat de overheid in haar relatie met de beroepsgroepen met deze verschillen rekening zal moeten houden.

De beroepsgroepen medici en verpleegkundigen zijn op zichzelf niet homogeen van samenstelling. Bij de artsen is bijvoorbeeld onderscheid mogelijk tussen curatief werkzame artsen en sociaal-geneeskundigen. Bij verpleegkundigen kan onder meer onderscheiden worden naar kwalificatieniveau. De te onderscheiden groepen artsen en verpleegkundigen kunnen zich ieder weer in een verschillende fase van professionalisering bevinden. Deze verschillende fases kunnen elk weer met verschillende problemen geconfronteerd worden, die een specifieke benadering door de rijksoverheid behoeven.

In algemene zin moet er voor alledrie de beroepsgroepen meer geïnvesteerd worden in wetenschappelijk onderzoek naar effecten van zorg. Verpleegkundigen signaleren een achterstand in besteedbare gelden voor verplegingswetenschappelijk onderzoek en voor de wetenschappelijke onderbouwing van het beroep.

De overheid moet adequate scholing van beroepsbeoefenaren waar mogelijk stimuleren. Het bevorderen van 'education permanente' en van een goede disseminatie van kennis zijn hierbij belangrijke aspecten.

In de opleidingen voor de verschillende gezondheidszorgberoepen moet op een adequate wijze aandacht besteed worden aan de organisatie van de gezondheidszorg en aan de mogelijke organisatiegebonden problemen waarmee beroepsbeoefenaren geconfronteerd kunnen worden. Verder zal, gelet op het belang van een grotere managementparticipatie van beroepsbeoefenaren, binnen de beroepsopleidingen expliciet aandacht gegeven moeten worden aan het aanleren van managementvaardigheden.

Voor de verschillende beroepsgroepen moet zorgvuldig gekeken worden naar de verhouding tussen generalisten en specialisten, zowel kwantitatief als kwalitatief. Het belang van generalisten moet daarbij niet onderschat worden. Ook voor

specialisten geldt dat zij in staat moeten zijn tot een generalistische kijk op de problematiek waarmee zij geconfronteerd worden.

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

AGZ/JGZ	Algemene Gezondheidszorg/ Jeugd-gezondheidszorg
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMC	Academisch Medisch Centrum
Arbo(-wet)	Arbidsomstandigheden(wet)
AVVV	Algemene Vergadering van Verenigingen van Verpleegkundigen en Verzorgenden
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWT	Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid
BEEF-project	Project Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramurale fysiotherapie
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BOPZ	Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (wet)
CBG	Centrum voor Bioethiek en Gezondheidsrecht
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CT	Computertomografie
DFN	Diabetes Federatie Nederland
EBNC	Evidence-based nursing care
EEG	Europese Economische Gemeenschap
EU-richtlijnen	Europese Unie-richtlijnen
EZ	Ministerie van Economische Zaken
FTE	Fulltime eenheid
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
HAGRO	Huisartsen Groep
HBO	Hoger beroepsonderwijs
HGZO	Hoger gezondheidszorgonderwijs
HOED-constructie	Huisartsen Onder Eén Dak
IC	Intensive Care
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
iMTA	institute for Medical Technology Assessment
IOF	Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie

KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LVFD	Landelijke Vereniging van Fysiotherapeuten in Dienstverband
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MRI	Magnetic resonance imaging
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg
NIZW	Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn
NPi	Nederlands Paramedisch Instituut
NVVz	Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
OC&W	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen
PGB	Patiëntgebonden-budget
POLS-onderzoek	Permanent Onderzoek Leefsituatie
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RMO	Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SG	Secretaris-Generaal
SoZaWe	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
STOOM	Stichting Onderzoek en Ontwikkeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
TECENA	Tijdelijke Expertisecommissie Emancipatie in het Nieuwe Adviesstelsel
TVZ	Tijdschrift voor Verpleegkundigen
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektelkostenverzekeringen
ZON	ZorgOnderzoek Nederland

Bijlage 7

Samenvatting van gesprekken met artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten

Inhoudsopgave

1	Inleiding	201
2	Artsen	202
2.1	Exogene krachten	202
2.2	Invloed van de exogene krachten op de professionele autonomie van artsen	209
2.3	Motivatie bij medische professionals	211
3	Verpleegkundigen	217
3.1	Exogene factoren:	217
3.2	Invloeden van de exogene factoren op de professionele autonomie	225
3.3	Arbeidsmotivatie	226
4	Fysiotherapeuten	228
4.1	Exogene krachten	228
4.2	Invloed van de exogene krachten op de professionele autonomie van fysiotherapeuten	233
4.3	Motivatie van fysiotherapeuten	234

1 Inleiding

Het advies 'Professionals in de gezondheidszorg' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gaat over medische, paramedische en verpleegkundige beroepsbeoefenaren. Deze bijlage beschrijft de resultaten van de consultatie van het veld ten behoeve van dit advies.

In deze consultatieronde zijn per beroepsgroep gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van het beroep en andere betrokkenen. Bijlage 3 van het advies, Adviesvoorbereiding, geeft een overzicht van de gesprekspartners. De gesprekken hadden vooral betrekking op de exogene factoren waarmee beroepsbeoefenaren in hun dagelijks werk geconfronteerd worden en die veranderingen teweeg kunnen brengen in de individuele beroepsuitoefening. Verder ging het om de mate waarin deze krachten van invloed zijn op de professionele autonomie, alsmede op de motivatie van de professionals.

Het werkprogramma noemt de volgende exogene krachten:

- a. De toenemende vraag aan professionals om een bijdrage te leveren aan de kostenbeheersing.
- b. Verschuiving van solistische beroepsuitoefening naar beroepsuitoefening in groter organisatorisch verband.
- c. Veranderingen aan de vraagzijde door patiëntenwetgeving en toenemende kennis bij patiënten.
- d. Veranderingen in de beroepenstructuur (functiedifferentiatie, specialisatie en flexibilisering).
- e. De organisatie van de zorg (transmuralisatie, disease management, fusies).

Voorafgaand aan de interviews ontving iedere gesprekspartner een op de specifieke beroepsgroep toegesneden gespreksnotitie, met een aantal vragen. De vragen betroffen naast de invloed van de exogene krachten als zodanig, de veranderingen die kunnen bijdragen aan een betere samenwerking tussen professionals, beleidsmakers en management binnen de zorg.

De onderstaande hoofdstukken geven de bevindingen van de gesprekken weer voor respectievelijk de artsen (hoofdstuk 2), de verpleegkundigen (hoofdstuk 3) en de fysiotherapeuten (hoofdstuk 4).

2 Artsen

2.1 Exogene krachten

De toenemende vraag aan professionals om een bijdrage te leveren aan de kostenbeheersing

De geïnterviewde artsen geven aan mee te willen werken aan kostenbeheersende maatregelen, mits deze goed zijn onderbouwd. Waar deze maatregelen gericht zijn op het tegengaan van een overmatig gebruik van de medische voorzieningen, sluit dat bovendien aan bij de voorkeur bij Nederlandse artsen voor een conservatief beleid.

In dat verband ervaren artsen het als een probleem dat anamnese en het praten met de patiënt, in financiële zin, worden ondergewaardeerd ten gunste van bijvoorbeeld aanvullende diagnostiek of het uitvoeren van ingrepen. Dit knelt des te meer, aangezien patiënten in toenemende mate aandringen op vlug en veel behandelen. In een rustig gesprek lukt het meestal de patiënt gerust te stellen en te overtuigen dat intensieve diagnostiek of behandeling (nog) niet nodig is.

Echter, dergelijke gesprekken kosten veel tijd. Bij een volle wachtkamer is het moeilijk die tijd te vinden. Extra inspanningen in deze richting leveren bovendien geen extra inkomen op. (Het abonnement-systeem bij de huisarts kent per jaar een vaste vergoeding per patiënt, ongeacht de hoeveelheid inspanning die de huisarts doet). De te lage waardering voor een conservatieve behandeling wordt betreurd. Voorkomen van onnodige diagnostiek of behandeling maakt de gezondheidszorg als geheel goedkoper.

*Uitspraak van een huisarts:
“Aandacht is een wettig betaalmiddel.”*

Artsen verzetten zich tegen kostenbeheersing waar deze resulteert in het niet (tijdig) kunnen geven van basiszorg zoals opname in een verpleeghuis, onaanvaardbaar lange wachttijden voor (eerste) polibezoek, opname en bepaalde vormen van diagnostiek (CT, MRI, etc.) of het opheffen van schoollogopedie. De meeste gesprekspartners verwachten enerzijds een verdere inperking van de zorg en anderzijds een toenemende druk van de patiënten om vlug en veel te behandelen. Men veronderstelt dat financiers vaker initiatieven gaan

ondersteunen die conservatief behandelen (het ‘niets doen’) bevorderen.

Verschuiving van solistische beroepsuitoefening naar beroepsuitoefening in groter organisatorisch verband

Uitspraak van een arts:

“Schaalvergroting is schraalvergroting.”

Onder huisartsen neemt de druk en de geneigdheid toe om intensiever samen te werken. Dat gebeurt in de vorm van een HOED-constructie (Huisartsen Onder Eén Dak), een meer formele samenwerking binnen de Huis-Artsen (Waarneem) GROEP (HAGRO) of binnen een coöperatie. In enkele grote steden worden de diensten inmiddels geregeld door coöperaties van 50 of meer huisartsen.

In de intramurale sector hebben de laatste jaren veel fusies plaatsgevonden tussen ziekenhuizen onderling of tussen ziekenhuizen en verpleeg-/verzorgingshuizen. Voordeel is dat patiënten meer vormen van zorg kan worden geboden vanuit één organisatie. Door ziekenhuisfusies nemen maatschappen in omvang toe. Daardoor moeten specialisten die voorheen alleen of in een duo werkten, gaan samenwerken met meerdere collega's. Dit dwingt maatschappen in toenemende mate aandacht te besteden aan hun praktijkorganisatie. Ook wordt hen vaker gevraagd een gemeenschappelijk medisch beleid te ontwikkelen. De daarvoor benodigde vaardigheden blijken niet altijd aanwezig.

De toenemende complexiteit van de zorg heeft ook geleid tot een toenemende inzet van hoog opgeleid ondersteunend personeel. Specialisten moeten steeds intensiever samenwerken met gespecialiseerde verpleegkundigen, paramedici, technici, informatietechnologen, etc. Niet altijd realiseren artsen zich dat de toegenomen complexiteit van hun omgeving is veroorzaakt door de toegenomen complexiteit van de zorg.

De samenwerking tussen specialisten en huisartsen is de laatste jaren op veel plaatsen verbeterd. Als redenen worden genoemd de betere kwaliteit van de huisartsenzorg (door een betere opleiding en nascholing) en de steun voor dergelijke projecten vanuit overheid en financiers. Het afschaffen van de output-financiering maakt het bovendien makkelijker eenvoudige handelingen, die nu nog worden verricht door de

specialist, over te hevelen naar de huisarts. Dat kan de variatie en het werkplezier bij beiden verbeteren.

Diverse gesprekspartners veronderstellen dat artsen moeilijk kunnen samenwerken. Als oorzaken worden genoemd: afkeer van onderlinge afhankelijkheid, het solistische karakter van de medische opleiding (hetgeen inmiddels de laatste jaren op veel plaatsen is veranderd) en het solistische karakter van het medisch beroep. Overleg met patiënten gebeurt één op één.

Alle gesprekspartners verwachten een verdergaande ontwikkeling naar het werken in teams.

Veranderingen aan de vraagzijde door patiëntenwetgeving en toenemende kennis bij patiënten

Patiëntenwetgeving

De meeste gesprekspartners hebben geen noemenswaardige problemen met de toegenomen patiëntenwetgeving. Wel noemt men als bezwaren:

- misbruik van de toegenomen (rechts-)positie. Dat leidt bij de arts tot spanning en irritatie en tot toename van defensieve geneeskunde (meer en vaker behandelen);

Uitspraak van een huisarts:

Steeds vaker dreigen patiënten met 'de macht van de klacht' ("Dokter, mijn zoon zegt dat ik een klacht moet indienen...."). De onzekerheid daarover leidt bij mij tot onrust en tot defensief voorschrijfsgedrag, met name gedurende de periode waarin het speelt. Het is ook gebeurd dat ik avonden heb gewerkt aan het opstellen van een verweerschrift, waarna de klager zonder toelichting niets meer van zich laat horen. Zoiets vreet energie.

- doorschieten van de regels.

Uitspraak van een huisarts:

In de HAGRO vergaderden we een half jaar over de wettelijke belemmeringen van het elektronisch koppelen van onze patiëntenbestanden. Nadat we uiteindelijk daartoe overgingen en de patiënten om toestemming vroegen was de enige reactie: "Waarom is dat niet veel eerder gebeurd?"

Toenemende kennis bij de patiënt

Patiënten hebben via de verschillende media (waaronder Internet) een steeds betere toegang tot medische kennis. Mede daardoor stellen zij zich kritischer en mondiger op naar zorgverleners. Als andere redenen worden genoemd:

- de algemene maatschappelijke trend naar een kritischer houding van consumenten;

- de steeds hogere waarde die wordt toegekend aan een goede gezondheidszorg;
- overspannen verwachtingen door het (te) rooskleurige beeld in de media (overigens ook gevoed door artsen);
- angst of onzekerheid.

De meeste gesprekspartners hebben geen moeite met de toegenomen mondigheid en kritischer opstelling van patiënten. Wel ervaart men tijdgebrek om de overspannen verwachtingen te corrigeren, of in te gaan op angst of onzekerheid. Ook besteedt een arts steeds meer tijd aan uitleg over het wel of niet behandelen en aan toelichting over de inhoud van een behandeling. Groot voordeel is dat de patiënt meer dan voorheen kan worden betrokken bij de behandeling.

Uitspraak van een arts:

“Ik werk in de ‘geruustellingsindustrie’, maar tijd voor geruustelling heb ik niet.”

De steeds volwaardiger positie van patiënten en patiëntenverenigingen is zichtbaar in het toenemend overleg tussen artsen en patiëntenverenigingen over behoeften en mogelijkheden, behandeling van het betreffende ziektebeeld, alsmede wetenschappelijk onderzoek. Een goed voorbeeld van een dergelijke samenwerking is de Diabetes Federatie Nederland waarin medici en patiënten die betrokken zijn bij diabetes samenwerken. Ook vindt vaker overleg plaats tussen (instellings) management en patiëntenvertegenwoordigers bijvoorbeeld via de (wettelijk verplichte) cliëntenraden voor zorginstellingen. Anderzijds hebben veel ziekenhuizen tot op heden geen cliëntenraad geïnstalleerd.

De meeste gesprekspartners veronderstellen dat mondigheid en kennis bij patiënten zal toenemen. Mits de arts daar goed voor wordt opgeleid en de patiënten zo goed mogelijk worden betrokken bij de behandeling, kan het de zorg ten goede komen.

**Veranderingen in de beroepenstructuur:
functiedifferentiatie, specialisatie en flexibilisering**

De snelle toename van wetenschappelijke kennis en technologische ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg heeft geleid tot functiedifferentiatie en specialisatie. Daardoor raken steeds meer personen betrokken bij de behandeling van een patiënt. De organisatie en het overleg dat noodzakelijk is voor een goede afstemming tussen de functies en specialisaties

heeft echter geen gelijke tred gehouden met deze ontwikkeling. Daardoor ontstaan misverstanden en irritaties.

Casus 1:

Een anesthesist in een academisch ziekenhuis wordt 's morgens geconfronteerd met een operatiepatiënt die de dag tevoren van de premedicerende collega-anesthesist heeft vernomen dat er volledige narcose zal worden toegepast. Deze collega heeft niet met hem overlegd over deze patiënt en is vandaag niet bereikbaar. Hijzelf geeft de voorkeur aan locale anesthesie, maar de patiënt wil dat niet. Afgelasten van de operatie heeft grote nadelen en uiteindelijk laat de anesthesist de operatie met tegenzin doorgaan (hijzelf blijft immers verantwoordelijk bij eventuele problemen).

Diverse gesprekspartners wijzen er op dat een aantal wetenschappelijke verenigingen (interne geneeskunde, chirurgie) heeft besloten verdere afsplitsing van vakgebieden tegen te gaan. Ook is er op gewezen dat het afschaffen van het betalen per verrichting de samenwerking tussen specialisten en andere (para-)medici kan stimuleren. Zo is de samenwerking tussen gynaecologen en verloskundigen verbeterd na het weghalen van de output prikkel.

De veranderende organisatie van de zorg: transmuralisatie, disease management, fusies

Diverse specialisten geven aan dat de samenwerking met huisartsen de laatste jaren is verbeterd. Redenen zijn:

- de kwaliteitsverbetering bij huisartsen onder invloed van de toegenomen nascholing;
- de noodzaak tot betere afstemming bijvoorbeeld door de kortere ligduur van de patiënt;
- het toenemend 'wij'-denken bij jongere specialisten met een open oog voor de voordelen van samenwerking.

Andere invloeden en ontwikkelingen

Naast de in het RVZ-werkprogramma genoemde externe krachten noemen gesprekspartners als belangrijke ontwikkelingen:

- *Het toenemend tekort aan artsen en ondersteunende krachten*
 Veel gesprekspartners maken zich zorgen over het toenemende personeelstekort bij artsen. Kwaliteitsinitiatieven worden zinloos als er geen medewerkers zijn om er invulling aan te geven.
 Redenen voor het tekort zijn:
 - . de numerus fixus voor medisch-studenten is jarenlang te laag gehouden;
 - . de afstuderende generatie studenten, veelal vrouw, kiest in meerderheid voor parttime werk (of kiest voor tijdelijk niet werken en zich volledig richten op het gezin);
 - . een deel van de oudere artsen heeft moeite met de snelle veranderingen binnen de gezondheidszorg en streeft naar pensionering rond of voor het 60e jaar;
 - . als in 2003 het goodwillfonds aan 3000 huisartsen van 55 jaar en ouder éénmalig ruim f 200.000 uitkeert, kan een extra uitstroom van huisartsen ontstaan;
 - . psychische problemen en burnout onder artsen nemen toe.
 Aan de andere kant zal de vraag toenemen als gevolg van:
 - . verdergaande vergrijzing, waarbij mensen langer leven en meer zorg nodig hebben;
 - . toegenomen diagnostische en therapeutische mogelijkheden;
 - . hoge waarde die de bevolking hecht aan een goede gezondheid.
 De extra financiële middelen die het ministerie van VWS ter beschikking heeft gesteld voor uitbreiding van de opleidingscapaciteit, lijken onvoldoende om het tekort tegen te gaan. Artsen vrezen een verdere verhoging van de werkdruk als gevolg van het toenemend tekort aan zorgaanbieders. Ook bij andere zorgprofessionals zoals verpleegkundigen, OK-assistenten en verloskundigen kan het tekort aan personeel toenemen.
- *De verschillen in honorering van artsen*
 De geïnterviewde medisch-specialisten willen af van de voortdurende discussies over hun inkomens. Redenen zijn:
 - . het leidt af van de noodzakelijke inhoudelijke discussies over de zorg;
 - . de financiële disbalans tussen de diverse specialismen maakt het voor hun vertegenwoordigers - die participeren in het beleid en management van een instelling - moeilijk om namens de gehele staf te spreken. Indien de honorering beter in balans komt, zal er

- meer gelijkgerichtheid ontstaan qua financiële belangen. Dit zal de samenwerking tussen beroepsbeoefenaren en instellingen ten goede komen;
- een heldere financiering zonder nadruk op productie zal de intra- en transmurale samenwerking versoepelen;
- veel specialisten zijn ongelukkig met het imago van 'geldwolf', zoals dat vaak in de media wordt neergezet.

- *Verzakelijking van de zorgverlening*

Gesprekspartners constateren een toenemende verzakelijking van de zorg. Dit uit zich in kritischer en mondiger gedrag van individuele patiënten en steeds meer onderzoek naar de kwaliteit van de zorg en de dienstverlening. Er wordt meer onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van de zorg en het bedrijfsleven bemoeit zich vaker en intensiever met de gezondheidszorg. Er komen bedrijvenpoliklinieken, en arbo-organisaties gaan taken overnemen van huisartsen. De verzakelijking leidt tot een snellere inwisselbaarheid van de behandelaar. De zorg wordt 'een product'. Wie het levert en waar dat gebeurt, wordt minder belangrijk geacht.

Ook aanbieders van zorg gaan zich zakelijker opstellen. Een toenemend aantal vrouwelijke artsen combineert een baan met taken in het gezin. Deze combinatie dwingt hen tot een zake-lijke opstelling: vaste werktijden met een scherpe eindtijd, heldere afspraken over waarneming en het afschaffen van het beeld van 'de arts die 24 uur per dag klaar staat voor de patiënten'. De nieuwe generatie artsen ziet het vak dan ook meer als 'beroep' dan als 'roeping'. Oudere artsen hebben soms moeite met die zakelijke benadering.

Uitspraak van een huisarts:

"Tot voor kort deden we de onderlinge waarneming binnen de Huisartsen Groep (HAGRO) met gesloten beurs. De jonge vrouwelijke collegae zijn nu gestart met een systeem van financiële verrekening voor de verschillen in aantallen patiënten per huisarts. Ook is besloten patiënten in verder weg gelegen wijken 'af te stoten'. Ik zie er de noodzaak van in, maar mijn hart draait er van om."

Veel artsen worstelen met de vraag hoe de essentie van het artsenvak: 'het vertrouwen van de patiënt in zijn arts' kan worden behouden in een op zakelijkheid gebaseerde relatie.

2.2 Invloed van de exogene krachten op de professionele autonomie van artsen

Alle gesprekspartners hebben een voorkeur voor de term 'professionele verantwoordelijkheid' in plaats van 'professionele autonomie'. Ook de KNMG hanteert deze term die inherent aangeeft dat afleggen van verantwoording noodzakelijk is. In de interviews is - conform de terminologie in het RVZ-werkprogramma - gesproken over 'professionele autonomie'. Daarom wordt ook hierna deze term gehanteerd.

De geïnterviewde artsen hebben het gevoel dat hun professionele autonomie steeds verder wordt aangetast. Het gevoel van aantasting wordt echter niet veroorzaakt doordat de arts een patiënt in de spreekkamer of op een verpleegafdeling essentiële diagnostiek of behandeling moet ontzeggen. Het gevoel van aantasting van autonomie ontstaat door de geleidelijke manier waarop de invloed van de arts op allerlei processen en keuzen afneemt. Artsen ervaren dit als een aantasting van hun professionele autonomie.

Genoemde voorbeelden:

- door een tekort aan verpleeghuisbedden moet een verpleeghuisarts opname van een acute patiënt weigeren;
- door tekort aan OK-personeel moet het OK-programma met 20% worden gereduceerd, waardoor de wachttijd voor niet-acute operaties steeds langer wordt;
- patiënten willen vaker een second opinion. Enkele verzekeraars adverteren met vergoeding daarvan;
- gynaecologen in een algemeen ziekenhuis worden geconfronteerd met een sterke stijging van het aantal bevallingen in de dienst. Een nabijgelegen academisch ziekenhuis heeft namelijk besloten niet langer ongecompliceerde bevallingen te doen;
- een anesthesist in een academisch ziekenhuis wordt door de linnendienst een witte jas geweigerd, omdat hij als anesthesist alleen recht heeft op groene (operatie-)kleding;
- een maatschap interne geneeskunde in een groot algemeen ziekenhuis kan vanwege de hoge kosten heamofiliëpatiënten niet langer zelf behandelen en moet betrokkenen doorzenden naar een academisch ziekenhuis;
- een verzekeringsmaatschappij verordonneert dat bepaalde behandelingen voortaan alleen nog in dagbehandeling mogen worden uitgevoerd;
- een gemeente beslist het budget van een GGD met 10% te korten en schaft een preventief programma af, tegen de

- zin van de artsen. Bovendien wordt beslist dat de GGD een onderzoek moet opzetten waar de artsen het nut niet van inzien;
- bij arbodiensten hebben artsen onder druk van arbeidsrechtelijke maatregelen hun werkwijze moeten aanpassen aan de wens van de werkgever.

Een belangrijke vraag is in hoeverre de arts nog verantwoordelijk is voor zaken waar hij geen zicht of invloed op heeft. Artsen zullen moeten bepalen waar hun verantwoordelijk voor de patiënt begint en eindigt. Het dilemma daarbij is dat dan ook helder wordt op welke terreinen andere betrokkenen het primaat hebben. Daarmee neemt op een aantal terreinen de invloed van artsen verder af en worden zij meer afhankelijk van anderen.

Casus II:

In de Haagse regio verzet de huisartsenactiegroep 'Collega Wordt Wakker' zich tegen de volgende clause in het contract met de verzekeraar: "Ingeval er een huisartsentekort bestaat of ontstaat, zal het surplus aan patiënten in overleg tussen de partijen over de huisartsenpraktijken worden verdeeld; de zorg dient in alle gevallen te worden gegarandeerd". De huisartsen achten zich niet verantwoordelijk voor het huisartsentekort en vinden dat de gevolgen niet op hen kunnen worden afgewenteld. Bovendien wordt daarmee een van de weinige middelen uit handen gegeven om zelf de werkdruk te reguleren.

Onderzoek van de World Health Organization toonde aan dat 'zelfstandigheid' ofwel 'het niet-afhankelijk zijn van andere mensen' bovenaan staat in een rij van 25 zaken die kwaliteit geven aan het leven. Deze resultaten liggen bij de verschillende doelgroepen (jong en oud, ziek en gezond, rijk en arm) ongeveer gelijk. Deze bevinding kan de onvrede bij artsen verklaren over hun afnemende zelfstandigheid.

Uitspraak van een instellingsdirecteur:

"Artsen zullen gewend moeten raken aan het afleggen van verantwoording over hun handelen. De professionele autonomie zal meer en meer worden gekoppeld aan het behalen en aantonen van kwalitatieve en kwantitatieve prestaties. Net als in andere sectoren zal

professionals die hun werk goed doen meer vrijheid worden geboden, dan aan hen die minder presteren.”

Internationale ontwikkelingen

Voorzover bekend spelen de genoemde exogene factoren ook in veel andere Europese landen. Patiënten worden mondiger, de kloof tussen vraag en aanbod neemt toe en de zorg wordt in grotere organisatorische verbanden geleverd waarbij functiedifferentiatie en specialisatie toenemen. In het verlengde hiervan verandert ook elders de positie van de zorgverleners en neemt hun professionele autonomie af.

Voor Nederland is het van belang nader te onderzoeken hoe de consumentenmobiliteit zich ontwikkelt, mede in relatie tot de verzekeringsrechten. Ook is van belang in hoeverre de arbeidsmobiliteit van professionals in Europa het dreigende tekort aan arbeidskrachten in Nederland kan verminderen.

2.3 Motivatie bij medische professionals

Oorzaken van (de-)motivatie

Bij de consultatie van het veld is nadrukkelijk aandacht besteed aan de mate waarin de exogene krachten van invloed zijn op de gemotiveerdheid van de professionals. Nagenoeg alle gesprekspartners veronderstellen een dalende motivatie bij (verpleeg-)huisartsen en specialisten. Om deze veronderstelling te verifiëren is MOVIR, een verzekeringsmaatschappij die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen aanbiedt voor (para-)medici, gevraagd naar indicaties voor een dalende motivatie. De schadelast van de MOVIR is in enkele jaren verdrievoudigd. De oorzaak ligt in een toename van psychische problemen bij (para-)medici.

Daarnaast is gesproken met onderzoekers binnen het AMC, die 2400 specialisten hebben geënquêteerd over achtergronden van mogelijke (de-)motivatie. De conclusies uit het onderzoek bevestigen de redenen voor demotivatie die in de gesprekken met artsen naar voren kwamen:

- ontbreken van evenwicht tussen inzet en waardering;
- steeds meer tijd moeten besteden aan niet-patiëntgebonden taken;
- toenemende zorgkloof en de negatieve effecten daarvan: weigeren van opname aan (verpleeghuis-)patiënten, onaanvaardbaar lange wachttijden; toenemen van de twee-

- deling in de zorg waarbij kapitaalkrachtiger patiënten hun zorg inkopen over de grens of in privé-klinieken;
- toenemende druk op werkende hulpverleners door krapte op de arbeidsmarkt.

Zowel uit het AMC-onderzoek als de interviews in het kader van het RVZ-rapport blijken ‘emotionele contacten met patiënten’ geen belangrijke aanleiding tot demotivatie.

In de Algemene c.q. de Jeugd Gezondheidszorg (AGZ/JGZ) wordt minder demotivatie verondersteld. Als mogelijke verschillen met de cure sector worden genoemd:

- de wens binnen de JGZ de patiënt en diens ouders zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid te geven in het ziekteproces; mondigheid wordt als positief gezien;
- het ontbreken van statusvermindering; AGZ/JGZ artsen kenden nooit een hoge status;
- duidelijkheid over het inkomen (allen in loondienst);
- heldere taakverdeling met één leidinggevende en waar nodig ondersteunende krachten voor de niet-patiënt gebonden taken;
- vanouds nadruk op werken in teamverband;
- veel dynamiek binnen het vakgebied en voldoende variatie binnen het werk.

Mogelijkheden voor verbetering van de motivatie van artsen

In deze paragraaf worden mogelijkheden voor verbeteringen besproken die zijn genoemd door de geïnterviewden. Vanuit de diverse achtergronden van de gesprekspartners zijn verschillende adviezen opgetekend. De suggesties kunnen dienen als startpunt voor beleidsstrategieën vanuit de overheid. De demotivatoren kunnen naar verschillende niveaus worden ingedeeld:

- micro (de patiënt, de collega);
- meso (de organisatie);
- macro (overheid, financiers).

Microniveau

Diverse gesprekspartners hebben opgemerkt dat afstuderende medisch-studenten met (te) hooggespannen verwachtingen de opleiding verlaten. Opleiders schetsen een te rooskleurig beeld van de mogelijkheden en onmogelijkheden van het vak. Daarnaast ontbreekt in de opleiding aandacht voor een aantal vaardigheden dat essentieel is voor het omgaan met de snelle veranderingen die zich voltrekken in de organisatie van de zorg.

De gesprekspartners noemen als mogelijkheden voor verbetering:

- bereid artsen in hun basis- en vervolgopleiding beter voor op de veranderingen in het artsenvak en train hen in het omgaan met de krachten die op hen afkomen. Het leidt tot een reëler verwachtingspatroon en vermindert het gevoel van machteloosheid;
- toegerust met de juiste kennis en kunde en met voldoende tijd, kan het voor artsen een uitdaging zijn goed te leren omgaan met krachten die nu vaak als demotiverend worden ervaren;
- geadviseerd wordt daarom medisch-studenten (meer dan tot nu toe) te trainen in:
 - . vormen van communicatie met patiënten;
 - . omgaan met kritiek;
 - . samenwerken met collegae en andere betrokkenen;
 - . afleggen van verantwoording;
 - . procesmatig denken;
 - . begrip voor organisatie en informatieproblematiek;
- zorg voor meer inzicht bij de opleiders van studenten in de veranderingen binnen de zorgverlening en de kennis en vaardigheden die artsen daarvoor nodig hebben. NB: de KNMG heeft een projectvoorstel ingediend bij het ministerie van VWS voor onderzoek naar aanpassing van de inhoud en lengte van het medisch-opleidingscontinuüm;
- bied artsen meer tijd voor het verwerven van de kennis en kunde die nodig is om zich aan te passen aan alle veranderingen. In de huidige situatie moet die bijscholing er vaak worden 'bijgedaan' na een drukke werkdag;
- artsen moeten zich meer openstellen voor argumenten van andere betrokkenen en niet te snel 'op hun medische strepen gaan staan'.

Het advies van de Gezondheidsraad uit 1992: 'Medisch handelen op een tweesprong' (onder verantwoordelijkheid van de huidige minister Borst) noemt veel van deze aandachtspunten in haar aanbevelingen.

Mesoniveau

- artsen die daarvoor interesse tonen, moeten worden betrokken bij het beleid en het besturen van zorginstellingen. Voorkom echter dat zij zich gaan bezighouden met 'managen'. Daarvoor zijn ze niet opgeleid en het kan beter worden overgelaten aan anderen;

- experimenten met ‘professionals in the lead’ lijken bij verschillende instellingen tot goede resultaten te leiden, zoals het AMC en het Albert Schweizer ziekenhuis. Als voorwaarde voor succes wordt genoemd een duidelijk mandaat van de specialisten naar hun vertegenwoordigers en het daadwerkelijk aanvaarden en uitvoeren van afgesproken beleid;
- zoveel mogelijk moeten artsen worden ontlast van niet-patiënt gebonden taken. Ze zijn er niet voor opgeleid, ze zijn er te duur voor en ze vinden het vaak niet leuk. Enerzijds vereist dat de inzet van ondersteunend personeel, anderzijds moeten artsen accepteren dat zij bepaalde taken aan anderen moeten overlaten (niet alles zelf willen beheersen). Ook het elektronisch medisch-dossier kan hierbij behulpzaam zijn. Aanvullend voordeel is dat artsen meer tijd krijgen voor directe patiëntenzorg, hetgeen het dreigende tekort aan artsen kan verlichten;
- veel routinetaken binnen diverse specialismen kunnen met de juiste begeleiding worden overgedragen aan huisartsen of paramedici. Het maakt het werk van zowel de specialist als huisarts of paramedicus gevarieerder en stimuleert de onderlinge samenwerking. Wellicht maakt het de zorg goedkoper. Ziekenhuis en verzekeraar zouden dit proces moeten stimuleren;
- verzekeraars moeten projecten starten die terughoudend gebruik van diagnostiek en therapeutische voorzieningen door artsen belonen. Op verschillende plaatsen zijn in dit opzicht succesvolle projecten gemeld.

Macroniveau

- stimuleer samenwerking tussen (categorale) patiëntenverenigingen en artsen over onderwerpen van gemeenschappelijk belang;
Voorbeeld 1:
De Vereniging Spierziekten Nederland heeft met alle vakgroepen Neuro-musculaire aandoeningen in Nederland nauw contact over het ontwikkelen van behandelprotocollen, mogelijke trials, etc. Binnen de Diabetes Federatie Nederland (DFN) voeren artsen en patiënten gezamenlijk overleg, welke zorg wel of niet moet en kan worden verleend en zijn afspraken gemaakt over evaluatie van de resultaten van de zorg.
Voorbeeld 2:
Via Internet werken artsen en patiënten(-verenigingen), betrokken bij het (zeldzame) syndroom van Stickler, in internationaal verband samen in een onderzoek naar de effectiviteit van verschillende behandelstrategieën.

- stimuleer onderzoek vanuit de beroepsgroep naar de voor- en nadelen van de diverse exogene krachten en de wijze waarop artsen daarmee kunnen (leren) omgaan;
- investeer als overheid in het overbruggen van de kloof tussen Haagse theorie en de praktijk.

Uitspraken van de heer Becker (SG van VWS) in Twijnstra Gudde Nieuws:

“Men doet aan beide kanten te weinig zijn best om begrip te krijgen voor de situatie van de ander. Het ministerie heeft een door de Haagse werkelijkheid verengd wereldbeeld, terwijl men in de zorg vaak niet begrijpt of wil begrijpen dat de politiek bepaalde wensen niet onmiddellijk kan oppakken en realiseren. Die begripskloof is nooit helemaal te overbruggen, maar je kunt wel pogingen doen. Uitleggen wat er gebeurt en waarom. Daarin moet je investeren. Het omgekeerde geldt trouwens ook: als het departement op 31 december een besluit neemt, moet men niet verwachten dat de sector dat op 1 januari uitvoert. De arrogantie van beleidsmakers is vaak dat men altijd zelf de eerste zet wil doen, altijd met wit wil beginnen, om het in schaaktermen uit te drukken. Ik ben dus blij dat we de koers dit jaar hebben verlegd en het veld bijtijds hebben betrokken bij de nadere vormgeving en uitvoering van het beleid. Dat heeft geleid tot meerjaren afspraken over het geld en wat daarvoor kan worden gedaan in de zorg.”

De geïnterviewden binnen de GGZ en de JGZ toonden waardering voor het open oog bij het ministerie van VWS voor veranderingen binnen de zorg. Met name de geïnterviewde medisch-specialisten zijn kritisch over het ministerie van VWS. Naar hun idee hebben ambtenaren te weinig contact met (de ontwikkelingen in) het veld. De overheid zou een naar buiten gerichte blik bij ambtenaren moeten stimuleren. Eén dag meelopen met een medicus zegt meer over de dynamiek van de patiëntenzorg dan het lezen van vele nota's.

Dit leidt tot de volgende aanbevelingen:

- overheid en financiers moeten naar artsen helder communiceren waarom bepaalde maatregelen worden genomen. Gebruik daarvoor de taal van de artsen;
- accepteer een toename van het aantal specialisten en huisartsen als consequentie van de door de overheid gestimuleerde normalisatie van de arbeidstijden;
- onderzoek of financiële of juridische regelgeving wellicht te gedetailleerd is geworden en daarmee belemmerend is gaan werken voor een goede zorgverlening. Stuur op

- hoofdlijnen en reken af op basis van prestaties waarover de artsen verantwoording afleggen;
- streef niet naar strakke hiërarchische lijnen, waarbij alle artsen in loondienst komen;
 - verordonneer alleen wat daadwerkelijk gecontroleerd kan worden.

3 Verpleegkundigen

3.1 Exogene factoren

De toenemende vraag aan professionals om een bijdrage te leveren aan kostenbeheersing

Ook op verpleegkundig niveau wordt deze vraag ervaren: enerzijds is het aantal arbeidsplaatsen voor verpleegkundigen in absolute zin gestegen, anderzijds leidt substitutie van zorg tot een stijgende zorgintensiteit per patiënt op verpleegkundig niveau op alle locaties in de gezondheidszorg. In zowel algemene als psychiatrische ziekenhuizen is sprake van kortere opnameduur, en dus moeten alle noodzakelijke handelingen per patiënt in een kortere tijdspanne gebeuren; de thuiszorg moet ernstiger zieke mensen na ontslag uit het ziekenhuis kunnen opvangen en daarnaast langer de opname van ouderen in het verpleeghuis voorkomen. In het verpleeghuis komen alleen nog de meest hulpbehoevende ouderen terecht. Overal is dus sprake van groeiende werkdruk, terwijl het aantal beschikbare verpleegkundigen en verzorgenden - wegens demografische ontwikkelingen en problemen op de arbeidsmarkt - afneemt. Daarnaast is sprake van een groter aantal parttimers, waardoor meer mensen nodig zijn om een 24 uurs-rooster te kunnen plannen.

Het laat zich raden dat door de stijgende werkdruk en een groter aantal meer onervaren krachten of krachten met kortere dienstverbanden, de hoeveelheid energie die door verpleegkundigen besteed kan worden aan zorginnovatie afneemt. Zowel de werkdruk als dit gebrek aan tijd voor innovatie alsmede ontoereikende middelen voor scholing, begeleiding, super- en intervisie, carrièrebeleid, maken het beroep van verpleegkundige/verzorgende naar de mening van de gesprekspartners minder aantrekkelijk. Zij spreken hierover hun bezorgdheid uit.

De meningen van de gesprekspartners over hoe verpleegkundigen met kostenbeheersing te maken hebben, zijn onderling uiteenlopend. De een denkt vooral aan de manier waarop verpleegkundigen een bijdrage aan kostenbeheersing zouden kunnen leveren. Wanneer ziektekostenverzekeraars ook verpleegkundigen als zorgaanbieder en onderhandelingspartner zouden erkennen, zou dit tot interessante nieuwe besparingen kunnen leiden. Hiervoor worden concrete suggesties gedaan:

- in de algemene gezondheidszorg zouden patiënten soms eerder met ontslag kunnen omdat handelingen niet medisch doch louter nog verpleegkundig zijn;
- bij een vroeger ontslag van een afdeling orthopedie waar mensen de laatste weken alleen nog een tractie krijgen, zou de kostenbesparing bijvoorbeeld kunnen oplopen tot f 900,- p.p. per dag;
- in de geestelijke gezondheidszorg zouden mensen
 - mits de verpleegkundige zorg georganiseerd is op basis van patiëntentoe wijzing - anders, namelijk met meer continuïteit van verpleegkundige zorg met ontslag kunnen;
- in de thuiszorg zou verpleegkundigen de bevoegdheid gegeven kunnen worden om zelf de verbandmiddelen die zij moeten verwerken te bestellen. De gesprekspartners hebben de verwachting dat dit doelmatiger zou uitpakken.

Een bijwerking van het centraal stellen van kostenbeheersing als doelstelling is, dat de aandacht voor zorginhoudelijke vraagstukken naar de achtergrond wordt gedrongen. Naar de mening van de gesprekspartners moet kostenbeheersing in de zorgsector altijd gerelateerd zijn aan een doel. Goedkope(re) zorg die niet doeltreffend is, is immers evenzeer slechte zorg als te dure zorg. Zij hebben de indruk dat 'een professional aan het roer' deze bijwerking zou kunnen reduceren: een professional zal doorgaans een zorginhoudelijk argument willen geven bij te maken keuzes.

Het belangrijkste effect van kostenbeheersingmaatregelen waar verpleegkundigen tegenop lopen is -bijvoorbeeld bij stijgende productie zonder stijging van menskracht- een toenemend tekort aan personeel en dus een toename van de werkdruk voor de overblijvende verpleegkundigen. Dit is een kwantitatieve factor die de zorgsector nu en in de toekomst ook kwalitatief negatief beïnvloedt. Immers, bij gebrek aan zorg vloeit deze zorg op den duur toe naar degene die ervoor kan betalen. Dus dreigt als uiterste consequentie van kostenbeheersing een nieuw type tweedeling in de samenleving. De burgers onderscheiden zich straks niet alleen meer als 'rijk en arm'; men is straks ook 'wel verzorgd ziek' of 'onverzorgd ziek'. De verpleegkundigen zien deze consequentie als een ontwikkeling die gekeerd moet worden.

Verschuiving van solistische beroepsuitoefening naar beroepsuitoefening in groter organisatorisch verband

Alle verpleegkundig respondenten onderschrijven het belang van het feit dat verpleegkundigen niet alleen met meer maar ook met meer verschillende behandelstafleden te maken hebben. Tevens noemt (en waardeert) ieder het effect van de invoering van de Wet BIG, waardoor een groot aantal disciplines (waaronder de verpleegkundige) een eigen deskundigheidsgebied heeft gekregen met daarover een relatief groot stuk eigen beslissingsruimte en verantwoordelijkheid. Het bestaan van verschillende domeinen leidt tot de noodzaak van voortdurende afstemming. De intra-organisatorische noodzaak tot afstemming tussen diverse disciplines valt in de tijd samen met transmuralisatie.

Transmuralisatie leidt ertoe dat lijnen en zelfs sectoren van zorg zowel intra- semi- als extramuraal onderling gaan samenwerken. Dit betekent dat (onderling uiteenlopende) logistieke en organisatorische werkprocessen op elkaar moeten worden afgestemd en dat is moeilijk, omdat de meeste primaire processen in de zorg op inhoudelijke besluiten gebaseerd zijn. Het zal naar de mening van de verpleegkundigen dan ook in toenemende mate noodzakelijk worden dat alle beleid in de zorgsector zorgvuldig met professionals wordt besproken. Want professionals zijn nog de enigen die onder uiteenlopende beslissingen een zorginhoudelijke bodem kunnen leggen.

De verpleegkundigen vinden het belangrijk dat een genomen beslissing (bijvoorbeeld over een andere te volgen logistieke route) inhoudelijk gemotiveerd kan worden als zijnde een beslissing die overeenstemt met datgene waar de patiënt het meest mee gediend is. Men signaleert op dit moment een zekere vervreemding in de zorgsector wegens een gebrek aan inhoudsdeskundige mensen op managementposten. Dit gebrek zou leiden tot een type gesprek over zorgbeleid wat in elk geval voor verpleegkundigen te weinig concreet is om hen te kunnen inspireren.

Veranderingen aan de vraagzijde door patiëntenwetgeving en toenemende kennis bij patiënten. De toegenomen mondigheid van patiënten

Met betrekking tot dit onderwerp lopen de standpunten uiteen. Er is sprake van een palet van antwoorden van de gesprekspartners, variërend van “er is helemaal geen sprake van toegenomen mondigheid” tot “de patiënt is toch de baas?” Het ingenomen standpunt lijkt samen te hangen met de sector waarbinnen men werkzaam is. De verpleegkundigen uit

de geestelijke gezondheidszorg beschouwen de groeiende mondigheid van patiënten als een belangrijke, gunstige ontwikkeling, die professionele zorgprocessen ingrijpend kan - en moe(s)t - veranderen. Deze positieve opstelling kan verklaard worden uit het feit dat de GGZ-sector een sterke cliëntenbeweging heeft, al sinds jaren een Patiënt Vertrouwens Persoon, en een wettelijk versterkte positie van de patiënt in de Wet BOPZ. Uitvoerend verpleegkundigen in de GGZ hebben wel extra scholing nodig op het gebied van de patiëntenrechten.

De verpleegkundigen uit de algemene gezondheidszorg relativeren mondigheid als concept: “Eenmaal in pyjama is men afhankelijk. Dat moet je niet wegredeneren”. Ook relativeren zij mondigheid als haalbaar en in te lossen einddoel: “Veel regels die ter wille van patiëntenrechten zijn ontwikkeld blijven louter papier. Wat heb je aan klachtrecht als je van de verzekeraar en de wetgever niet mag sanctioneren door naar een andere hulpverlener te gaan?”.

Verpleegkundigen in de ouderen- en de thuiszorg hebben vooral te maken met de (gewenste) maatschappelijke situatie van de cliënt. Zij ervaren de toegenomen mondigheid doordat op steeds meer terreinen hulp wordt gevraagd waar dit vroeger niet het geval was. De ouderen- en thuiszorg heeft in toenemende mate te maken met vragen om een beetje extra huishoudelijke hulp. Die vraag zal op termijn leiden tot beleidsvragen over de reikwijdte van de AWBZ.

Alle verpleegkundigen zijn eensgezind in de opvatting dat verpleegkundigen bij hun eigen interventies datgene moeten doen wat - uitgaand van de in kaart gebrachte problematiek in relatie tot het functioneringsniveau van de patiënt - het meest het belang dient van de individuele patiënt aan wie zij hulp verlenen. Het feit dat verpleegkundigen voor de toekomst dus de patiënt lijken te beschouwen als hun opdrachtgever wil echter niet zeggen dat de patiënt naar hun mening in alles zijn zin moet krijgen. Dan zou de verpleegkundige immers geen professional meer hoeven zijn. Het belang van de patiënt hoeft niet noodzakelijkerwijs altijd samen te vallen met hetgeen iemand zelf het liefste wil. Of de patiënt een verpleegkundige interventie zelf ook per direct onderkent als de best helpende strategie is naar de mening van verpleegkundigen dus niet de hoofdzaak.

Men moet als verpleegkundige proberen het met de patiënt eens te worden; in de gevallen waarin dat niet lukt heeft niet per definitie de patiënt het gelijk aan zijn/haar zijde. Menigeen noemt tot slot de patiëntenbeweging als een belangrijke politieke partner van de verpleging. Wanneer goede strategische allianties gesloten worden, zouden verpleegkundigen veel baat kunnen hebben bij patiënten (en andersom). Zij zouden elkaars eisen immers kunnen ondersteunen, bijvoorbeeld in een document ter zake van disease management.

Veranderingen in de beroepenstructuur: functiedifferentiatie, specialisatie en differentiatie

Functiedifferentiatie

De verpleegkundigen beschouwen deze factor als het meest invloedrijk op verpleegkundig gebied. In een tijd van schaarste zullen de aanwezige personele middelen immers steeds efficiënter moeten worden ingezet. Het verschil tussen (relatief hoog) gewaardeerde verpleegkundige arbeid en de (relatief laag) gewaardeerde verzorgende arbeid zal, hoe moeilijk ook, in de nabije toekomst dus goed benoemd moeten worden. De vraag is wat daarbij de doorslag moet geven: de taken die verricht moeten worden of de complexiteit van de toestand van de patiënt.

In dit kader vallen enkele nieuwe definities van differentiatie en specialisatie of van complexiteit van zorg tijdens de gesprekken. Complexe zorg is naar de mening van een van de verpleegkundigen bijvoorbeeld zorg met als doel een aandeel te leveren aan de (medische) behandeling en dus zg. 'behandelzorg'; niet-complexe zorg daartegenover zou dan zg. 'comfortzorg' zijn, die ondersteunend, huishoudelijk, of verzorgend van aard kan zijn, maar geen bijdrage levert aan de (medische) behandeling. Een ander is van mening dat zorg complex is, wanneer deze zorg behelst dat men alle functies van een patiënt moet overnemen, zoals bijvoorbeeld bij een ernstig diep dement persoon, of bij iemand die gesepareerd wordt.

Alle verpleegkundigen zijn het echter over de volgende basisprincipes onder functiedifferentiatie eens: de grens tussen wat verplegen en verzorgen is, mag niet samenvallen met de grens tussen care en cure (overigens sowieso een grens die meer en meer vervaagt). Ook vindt ieder dat de mate van complexiteit van zorg steeds per patiënt moet worden

vastgesteld; complexiteit is een individugerelateerde zaak. Men kan dus niet globaal een hele afdeling indelen als ‘wel of niet complexe zorg’; geen patiënt blijft door de tijd heen altijd op hetzelfde niveau van complexiteit. Elke beoordeling is een momentopname.

Specialisatie en differentiatie

Hoewel de verpleegkundig experts zelf de functiedifferentiatie binnen het verpleegkundig domein het belangrijkste onderwerp voor de nabije toekomst vinden, merken zij op dat andere belanghebbenden ook de differentiatie tussen verpleegkundigen en andere beroepen belangrijk vinden. Dit kan ideologisch en financieel gemotiveerd zijn.

Minister Borst bijvoorbeeld heeft voorgesteld dat verpleegkundigen kleine chirurgische ingrepen zouden kunnen verrichten en liet een studie verrichten naar taakverschuiving tussen artsen en verpleegkundigen in alle sectoren van zorg. Uitkomst: verpleegkundigen uit alle sectoren hebben bepaalde taken van artsen in de praktijk naar het schijnt definitief overgenomen. Is dat wenselijk? Is het bijvoorbeeld wenselijk een verpleegkundige specialisatie als ‘operatieve kracht’, als ‘intensive care-kracht’ of als ‘praktijkverpleegkundige bij de huisarts’ te ontwikkelen?

Hierover wordt in de verpleegkundige wereld veel gediscussieerd. Waar moet men op aan sturen? Willen verpleegkundigen zich (ideologisch, uitgaan van eigen domein) in hun eigen vak onderscheiden en specialiseren, door een bepaalde verdieping in hun kennis aan te brengen (bijvoorbeeld zes specialisaties, passend bij de zes patiëntencategorieën uit het Rapport Gekwalificeerd voor de Toekomst?) Of willen zij leren bepaalde medische handelingen te verrichten waar anders een basis-arts voor zou moeten worden ingezet?

In het laatste geval zijn meer de financiële motieven belangrijk: ofwel van verpleegkundigen zelf die in inkomen vooruit willen gaan, ofwel van anderen, zoals de Minister, die liever iets goedkopere krachten dan artsen inzet voor routine arbeid. De strijd tussen deze twee benaderingen van verpleegkundige differentiatie en specialisatie kan soms fel oplaaien.

De veranderende organisatie van de zorg: transmuralisatie, disease management, fusies

Over dit onderwerp is onder meer gesproken vanuit het gezichtspunt van het toegenomen teamwork, hierboven reeds behandeld. Verder werd door een van de verpleegkundigen gerefereerd aan de ervaringen met het patiëntgebonden budget. Dit instrument werd ontwikkeld vanwege de nagestreefde doelstelling tot een omslag van aanbod- naar vraaggestuurde zorg.

Een verpleegkundig professional die door een patiënt wordt ingehuurd op basis van een patiëntgebonden budget stelt zich anders en meer naar de zin van de patiënt op. Betrokkene merkt op dat dit zijns inziens aantoont dat het niet zozeer de verpleegkundig professional is die zich ingrijpend moet wijzigen met het oog op de moderne doelstelling van vraaggestuurde zorg; het zijn eerder de instellingen die het PGB niet kunnen vormgeven dan de professionals.

Anderen wijzen op het grootschalig karakter van zorginstellingen: door grootschaligheid worden processen voor in het bijzonder verpleegkundigen met een concrete uitvoerende taak niet inzichtelijker. Meerderen wijzen op het belang van installatie van Verpleegkundige Advies Raden in (ook de gefuseerde) zorginstellingen, omdat de beleidsinvloed van verpleegkundigen op processen verloren dreigt te gaan. De instellingen moeten verder rekening houden met verschillen in ambities waar het de carrière van verpleegkundigen betreft.

Andere invloeden en ontwikkelingen

Samenwerking tussen professional en overheid

De gesprekspartners zijn eensgezind in hun opvatting, dat de verpleegkundige beroepsgroep als zodanig in feite nauwelijks een relatie heeft met de overheid. Men denkt dat de overheid de professionals vreest.

Men zou dit echter graag anders zien voor de omvangrijke beroepsgroep verpleegkundigen, waartoe door een gebrek aan structureel beleid zo weinig mensen nog toetreden. Men motiveert de wens tot frequenter gesprek over meer zaken en met meer diepgang tussen overheid en verpleegkundige professionals met vakinhoudelijke overwegingen. Een beroepsinhoudelijke bundeling van verpleegkundigen tot een beweging met één stem.

Eén helder aanspreekpunt acht de overheid van groot belang. Aan zo'n bundeling als professionele verpleegkundigen wordt door veel van de (kleine) beroepsorganisaties ook voortvarend gewerkt. Wanneer men deze beroepsinhoudelijke bundeling van verpleegkundigen nader wil stimuleren, dan zou men middelen ter beschikking moeten stellen voor de verdere ontwikkeling van de Algemene Vergadering van Verenigingen van Verpleegkundigen en Verzorgenden tot een soort KNMG voor de professionele verpleegkundigen.

Omgekeerd moet echter ook dit AVVV dan één helder aanspreekpunt hebben bij de overheid. Daartoe zou het Ministerie een aantal inhoudsdeskundige stafleden voor verpleegkundige en verzorgende vraagstukken kunnen aantrekken, die dan tevens ook tot taak hebben een facetbeleid verpleging & verzorging te ontwikkelen. Immers: VWS is dikwijls ter zake van bepaalde maatregelen afhankelijk van OC&W, SoZaWe en EZ, en alle daar ingezette maatregelen moeten worden gecoördineerd voor verpleging en verzorging.

Men heeft de verwachting dat zo'n stafbureau verpleging & verzorging, simpelweg door het feit dat er weer professionals werken aan beleidsstukken (zie ook het kopje toegenomen teamwork) het sedert plusminus 1980 gegroeide wantrouwen tussen overheid en professionals in gunstige richting kan beïnvloeden.

Internationale aspecten

De internationale aspecten zijn zijdelings aan bod gekomen tijdens de gesprekken. Wel hebben enkelen onderwerpen genoemd (kwantitatieve onderbouwing van de formatie in Duitsland, organisatiegraad in Engeland), waarop andere landen Nederland voorbijstreven. Scandinavië staat nog steeds bovenaan als een gebied waar het verpleegkundig vak goed is gepositioneerd.

Belangrijkste probleem in huidige praktijk

Alles overziende, is het belangrijkste probleem van de verpleegkundige, dat deze tot nu toe nog onvoldoende als een professional beschouwd en gewaardeerd werd. Alle suggesties die gesprekspartners leveren ter oplossing van het door hen signaleerde probleem, hangen samen met een beroepsinhoudelijke ontwikkeling die zij graag gestimuleerd willen zien.

Belangrijk acht men de verdere uitbouw van verpleegkundig onderwijs en onderzoek, waaronder ook wetenschappelijk onderzoek ter onderbouwing van verpleegkundig handelen. Daarnaast hecht men veel waarde aan een verdere opbouw van de AVVV en aan de installatie van Verpleegkundige Advies Raden binnen zorginstellingen, om de vakinhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep ter hand te kunnen nemen. Ter zake van deze drie onderwerpen verwachten de gesprekspartners veel van dit RVZ-advies.

3.2 Invloeden van de exogene factoren op de professionele autonomie

Inzake bepaalde beslissingen, zoals over beleidskwesties (politiek) en geld (economie), zijn verpleegkundigen naar de mening van de experts nog nooit autonoom geweest en zij hebben evenmin de illusie dat verpleegkundigen dat zullen worden. Zij beschouwen het als een teken des tijds, dat men (ook verpleegkundigen) in de gezondheidszorg interdependent en onder controle van veel partijen beslissingen moet nemen.

‘Professionele autonomie’ als breed gedefinieerd begrip, met de tot voor kort onder artsen vertrouwde ruime connotatie (economische, politieke en klinische autonomie) is een begrip dat verpleegkundigen volgens de gesprekspartners dan ook niet sterk bezighoudt. Verpleegkundigen associëren dit begrip vooral met artsen en hebben niet de illusie dat zijzelf ooit een dergelijke autonomie zullen bezitten.

Men spiegelt zich ook niet langer aan het professionaliseringsstreven van de artsen. Men voelt zich eerder verbonden met artsen en patiënten en wil samen producten ontwikkelen die (ook) de verpleegkundige zorg kunnen verbeteren. Vormen van disease management tasten naar de mening van de verpleegkundigen de autonomie van verpleegkundigen niet aan, maar geven er op moderne wijze gestalte aan.

Verpleegkundigen hebben wel een eigen beslissingsruimte wanneer het om beslissingen in de directe patiëntenzorg gaat. Zoals onder I.C. gesteld, beschouwen zij als de kern van de verpleegkundige professionaliteit het feit dat een verpleegkundige uit de problematiek van de patiënt kan afleiden welke interventie het meest in het belang is van deze patiënt. Uiteraard heeft men als verpleegkundige in een één op één relatie met een patiënt dus eigen beslissingsruimte nodig

voor de eigen handelingscompetentie. Maar deze noodzakelijke ruimte gaat alleen op voor deze klinische beslissingen en ook dan wordt deze ruimte begrensd door de wil van de patiënt.

De gesprekspartners zijn doordrongen van het belang van het Rapport van de Commissie-Biesheuvel voor de beroepspraktijk. In dit Rapport werd bepleit dat specialist en verpleegkundige gezamenlijk hun zelfstandige behandel eenheid aansturen en goede integrale zorg leveren. Men hecht hier veel belang aan. Het belang deze passage uit het rapport van de Commissie-Biesheuvel uit te werken is groot, omdat bij onuitgewerkt blijven de passage – onbedoeld wellicht - aanleiding kan zijn tot negatieve effecten.

Bijvoorbeeld het effect dat een ziekenhuis de functie van leider van een eenheid nog slechts als enige carrièrepositie voor de verpleging handhaaft, terwijl op hogere niveaus van de organisatie geen verpleegkundig geluid meer beluisterd kan worden. Daartegen wordt door de gesprekspartners gewaarschuwd: de som (van een ziekenhuis) is meer dan de delen. Bepaalde vragen gaan meer de som aan dan de afzonderlijke delen. En ook daar moeten verpleegkundigen dus over meepraten. Want ook de effecten van zulke beslissingen beïnvloeden hun directe werkprocessen.

3.3 Arbeidsmotivatie

De verpleegkundig gesprekspartners geven aan dat het niet goed gesteld is met de beroepscultuur: beroepstrots ontbreekt. Ze wijzen op het feit dat noch de verpleegkundige beroepsgroep, noch de zorginstellingen gericht hun energie aanwenden met als doel een verandering aan te brengen in deze cultuur. Men haalt schrijnende voorbeelden aan van het tegendeel: menig gesprekspartner kent zelf zorginstellingen waarvan de managers eigenlijk niet geassocieerd willen worden met het primair proces (lees: verpleegkundige en verzorgende arbeid) in hun instelling, omdat zij menen dat er in deze tijd niet meer mee te scoren is.

Leidinggevenden zouden moeite hebben met zowel goed- als slechtnieuws gesprekken, waardoor uitblinkers te weinig herkend worden en slecht functionerende verpleegkundigen of verpleegkundig managers te lang kunnen blijven zitten op een plek waartoe zij niet capabel zijn, zulks tot schade van jonger

talent. Daarnaast wordt melding gemaakt van een gebrek aan initiatief - ook bestaand onder de beroepsgroep zelf - om perspectieven te creëren, die verpleegkundigen een zorginhoudelijke carrièreplek bieden binnen de grenzen van het eigen vak. Dit is ernstig, omdat de bestaande praktijk, waarbinnen verpleegkundigen louter in de rol van verpleegkundig manager vooruit kunnen komen, velen frustreert.

De beroepsgroep buit de binnen eigen gelederen bestaande ondernemingslust nog onvoldoende uit. Dat is jammer, aldus de gesprekspartners, want zelfstandig ondernemen door verpleegkundigen zou in de huidige tijd best mogelijk zijn en kunnen. De gesprekspartners stellen dat van de werkzame verpleegkundigen slechts een klein aantal de kans grijpt om de ruimte die de Wet BIG biedt, gestalte te geven. Zodoende komt binnen de beroepsgroep het 'socialisatieproces tot beslissingen nemen' onvoldoende op gang. Mogelijk zijn er nog onvoldoende functies die specifiek voor hbo-verpleegkundigen interessant zijn; de zorgsector moet haar functiegebouw nog aanpassen aan de kwalificatieniveaus waarop verpleegkundigen binnenkort uitstromen.

Voorts is binnen instellingen en beroepsgroep maar matig geanticipeerd op maatschappelijke fenomenen als parttimers en tweeverdieners. Daardoor bestaat er dus weinig mogelijkheid om basale zaken als roosters, werktijden etc. te beïnvloeden. Het salaris tot slot. Dit blijft achter bij sectoren waarbij men veel verdient en standaard een lease-auto als secundaire arbeidsvoorwaarde krijgt aangeboden.

4 Fysiotherapeuten

4.1 Exogene krachten

De toenemende vraag aan professionals om een bijdrage te leveren aan de kostenbeheersing

Uit de gesprekken komt naar voren dat de in 1996 doorgevoerde beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie nauwelijks effect heeft gehad op de omvang van de vraag naar fysiotherapie. Wel is de aard van het aanbod veranderd, zodanig dat er meer kortdurende behandelingen worden uitgevoerd. Veel patiënten hebben gebruik gemaakt van de door verzekeraars aangeboden mogelijkheid van bijverzekering. De maatregel zou wel effecten hebben gehad voor de vraag naar oefentherapie. Hier zou van een vermindering van de vraag c.q. het aantal doorverwijzingen sprake zijn.

De beperkende maatregel heeft naar de mening van de meeste gesprekspartners geen grote gevolgen gehad voor de professionele autonomie van de fysiotherapeuten. Wel betekende ze een aanmerkelijke stimulans voor het verder ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door de beroepsgroep. Andere externe stimulators waren de 'Leidschendamconferenties' en de Wet BIG. Meer over het kwaliteitsbeleid onder het desbetreffende kopje.

Het belang van kostenbeheersing en doelmatigheid wordt door fysiotherapeuten in algemene zin onderschreven. De fysiotherapeuten zijn in meerderheid bereid loyaal mee te werken aan maatregelen op dit vlak. Wel is belangrijk dat ze daartoe in staat worden gesteld. Met andere woorden zullen in de voorwaardensfeer oplossingen moeten worden gevonden voor nadelige consequenties van dit beleid. Het gaat daarbij onder meer om een adequate vergoeding voor de toegenomen administratieve druk: extra overleg met verzekeraars, verslaglegging, het maken van kwaliteitsjaarverslagen en dergelijke.

Overigens kunnen fysiotherapeuten zelf – binnen de door de verwijzing opgelegde beperking – wel degelijk invloed uitoefenen op de kosten van de verstrekking fysiotherapie, bijvoorbeeld door te streven naar meer kortdurende behandelingen.

De beperkende maatregel wekte verzet bij een groot deel van de beroepsgroep vanwege het willekeurige karakter ervan. De beperking tot negen behandelingen is niet onderbouwd. Verder is de lijst met indicaties die buiten de maatregel vallen problematisch. In de eerste plaats gaat het bij deze lijst om medische diagnoses en zijn de aandoeningen niet in fysiotherapeutische termen omschreven. Daarnaast ontbreekt ook hier een valide onderbouwing. De vorm van de beperkende maatregel - negen behandelingen fysiotherapie of achttien behandelingen oefentherapie - zou de tegenstellingen tussen de fysiotherapie en de oefentherapieën Mensendieck en Cesar hebben versterkt.

Verschuiving van solistische beroepsuitoefening naar beroepsuitoefening in groter organisatorisch verband

Het belang van samenwerking wordt door de fysiotherapeuten hoog ingeschat. Het kan zowel gaan om multidisciplinaire samenwerking, als om samenwerking met leden van de eigen beroepsgroep. Bij multidisciplinaire samenwerking spelen zowel de verwijzer als andere paramedische disciplines, alsook - in intramurale situaties - de verpleging, een belangrijke rol.

De huisarts geeft in diens verwijzing naast de medische diagnose verder alle relevante gegevens weer. De fysiotherapeut kan hierover met hem/haar overleggen. Het fysiotherapeutisch consult wordt als een goede mogelijkheid gezien om optimaal gebruik te maken van de deskundigheid van de fysiotherapeut. De verwijzer, meestal de huisarts, kan dan eenmalig een patiënt door de fysiotherapeut laten beoordelen, om mede aan de hand van de uitkomst vast te stellen of er een indicatie voor fysiotherapie bestaat.

Bij de intramurale fysiotherapie zijn de verwijs- en communicatielijnen meestal korter en bestaat er veelal een direct contact met de specialist. Het fysiotherapeutisch consult bestaat hier in feite al, weliswaar niet in geformaliseerde vorm. Wat de andere paramedische beroepen betreft, werkt de fysiotherapie - vooral intramuraal, maar ook in de extramurale praktijk - regelmatig samen met de logopedie en de ergotherapie en soms met oefentherapie en podotherapie.

Bij de monodisciplinaire samenwerking binnen maatschappen of afdelingen fysiotherapie gaat het vaak om een taakverdeling tussen de verschillende fysiotherapeuten, bijvoorbeeld op grond van speciale aandachtsgebieden of verbijzonderingen.

Bij de intramurale fysiotherapie bestaat minder behoefte aan generalistisch werkende fysiotherapeuten en meer aan fysiotherapeuten met een speciaal aandachtsgebied. Het kwaliteitsinstrument van het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF) wordt beschouwd als een mogelijkheid om de samenwerking tussen fysiotherapeuten onderling te bevorderen. Aan deze IOF's nemen zowel intramuraal als extramuraal werkende therapeuten deel. Overigens werkt een aantal fysiotherapeuten zowel intra- als extramuraal. Solistisch werkende fysiotherapeuten komen steeds minder voor.

Veranderingen aan de vraagzijde door patiëntenwetgeving en toenemende kennis bij patiënten

Fysiotherapeuten merken over het algemeen weinig van een toegenomen mondigheid bij patiënten. Men kan niet hardmaken dat de vraag hierdoor kwalitatief of kwantitatief zou zijn veranderd.

Uit een aantal onderzoeken blijkt dat patiënten doorgaans erg tevreden zijn over de behandeling van de fysiotherapeut, ook als er niet echt resultaten zijn. Patiënten hechten steeds meer belang aan continuïteit van (fysiotherapeutische) zorg.

Op grond van de Klachtwet moet iedere paramedicus lid zijn van een klachtencommissie. Voor de fysiotherapie bestaat een eigen klachtencommissie. Verder functioneert binnen de fysiotherapie een patiëntenraad.

Veranderingen in de beroepsstructuur: functiedifferentiatie, specialisatie en flexibilisering

De meeste gesprekspartners geven aan op korte termijn geen grote veranderingen in de beroepsstructuur voor fysiotherapeuten te verwachten. De ontwikkeling van 'echte' specialisaties in de fysiotherapie verloopt langzaam. Over het nut van specialisaties is niet iedereen het eens. Het belang van het naast elkaar bestaan van generalistische fysiotherapeuten en specialisten wordt breed onderschreven. De behoefte aan specialisaties zou in de intramurale zorg groter zijn dan in de extramurale praktijk.

De veranderende organisatie van de zorg: transmuralisatie, disease management, fusies

De algemene tendens in delen van de gezondheidszorg naar een verdere ontwikkeling van transmurale modellen heeft consequenties voor de fysiotherapie. De samenwerking tussen

eerste- en tweedelijns fysiotherapeuten moet meer structuur krijgen. Mogelijk kan het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie hierbij een stimulerende rol spelen.

Andere invloeden en ontwikkelingen

Wetgeving

Het van kracht worden van de Wet Big heeft een stimulerende invloed gehad op de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid voor de fysiotherapie.

De Mededingingswet kan volgens enkele gesprekspartners problemen opleveren voor met name intramuraal werkende fysiotherapeuten.

Kwaliteitsbeleid

De zogenoemde 'Leidschendamconferenties' van eind tachtiger, begin negentiger jaren hebben een sterke impuls gegeven aan het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Voor de fysiotherapie bestaat het kwaliteitsbeleid uit de volgende onderdelen:

- ontwikkeling van een kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten;
- ontwikkeling van een kwaliteitskeurmerk voor fysiotherapiepraktijken en afdelingen fysiotherapie;
- verplichte bij- en nascholing, als onderdeel van de eisen voor het kwaliteitsregister;
- richtlijnontwikkeling: centrale, zoveel mogelijk evidence based richtlijnen en consensusrichtlijnen;
- ontwikkeling van het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF);
- ontwikkeling van kwaliteitsdeelsystemen: intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekbesprekingen.

Opleiding

Enkele gesprekspartners zijn voorstander van het omvormen van de huidige hbo-opleiding fysiotherapie in een academische studie. De meerderheid van de gesprekspartners bepleit echter het creëren van een universitaire kopstudie fysiotherapie, naast het voortbestaan van de hbo-opleiding. Er blijft in hun mening grote behoefte aan praktisch werkende fysiotherapeuten naast fysiotherapeuten die een impuls kunnen geven aan de wetenschappelijke verdieping van het vakgebied.

Sommige gesprekspartners zijn van oordeel dat de huidige opleiding fysiotherapie voor en nader te omschrijven gedeelte gecombineerd zou kunnen worden met (delen van) andere (para) medische opleidingen. Gemeenschappelijk opleiden zou de autonomie van de toekomstige beroepsbeoefenaren kunnen vergroten. Anderen zien in het combineren van opleidingen geen grote voordelen.

Internationale aspecten

Er is slechts beperkt informatie verkregen over internationale aspecten. Het ging met name om het functioneren van vrije toegankelijkheid voor fysiotherapie en om opleidingsaspecten.

Wat het eerste betreft bleek in de VS dat vrije toegankelijkheid voor de fysiotherapie niet goed werkte. Er bestaat toch veel behoefte aan ‘medische’ informatie c.q. diagnostiek.

In veel landen, zowel in Europa als daarbuiten, is fysiotherapie (geheel of gedeeltelijk) een universitaire opleiding. Dit lijkt te resulteren in een betere communicatie met medische disciplines en in meer activiteiten in het kader van wetenschappelijk onderzoek, onder meer naar de effectiviteit van fysiotherapie.

Grootste problemen op dit ogenblik

Niet alle gesprekspartners hebben een rangorde in de belangrijkheid van problemen binnen de fysiotherapie aangegeven. De hier weergegeven opsomming is in willekeurige volgorde. Genoemd werden:

- de nog niet uitgekristalliseerde discussie over de ‘grondslagen’ van de fysiotherapie;
- het goeddeels ontbreken van een universitaire topklaag en een universitaire infrastructuur in de fysiotherapie;
- de nog onvoldoende transmurale samenwerking;
- arbeidsmarktontwikkelingen;
- ontwikkelingen in de sfeer van mededinging, vooral in de intramurale fysiotherapie;
- het meer optreden van burn-out bij fysiotherapeuten;
- een beperkt carrièreperspectief;
- de onderbenutting van fysiotherapie voor bepaalde patiëntengroepen, waaronder reumapatiënten, ouderen, osteoporosepatiënten.

4.2 Invloed van de exogene krachten op de professionele autonomie van fysiotherapeuten

Het beschikken over professionele autonomie is voor fysiotherapeuten een gegeven. Zij ervaren de professionele autonomie als zijnde eigen aan het beroep. Een en ander wil niet zeggen dat de fysiotherapeuten zich in de dagelijkse praktijk voortdurend van hun autonomie bewust zijn. Professionele autonomie wordt vaak wel bewust ervaren in de interactie met anderen, bijvoorbeeld andere beroepsbeoefenaren en verzekeraars, of het instellingsmanagement bij intramuraal werkende fysiotherapeuten.

Professionele autonomie wordt opgevat als ‘vrijheid in gebondenheid’. Er zijn zowel rechten als plichten aan verbonden. Een van de rechten is onder meer de zelfstandige beroepsuitoefening binnen het eigen deskundigheidsgebied. Een onderdeel hiervan vormt het doen van een eigen onderzoek en het stellen van een fysiotherapeutische diagnose. Deze diagnose is in de meeste gevallen functioneel van aard. Dat wil zeggen dat ze primair uitgaat van de klachten van de patiënt en minder of niet gebaseerd is op de oorzaken voor deze klachten. De oorzaken als zodanig vormen juist het onderwerp van de door de verwijzer gestelde diagnose.

Over de grondslag van het fysiotherapeutisch handelen bestaat binnen de beroepsgroep nog geen overeenstemming. De meeste therapeuten onderschrijven het boven genoemde model waarin de fysiotherapie wordt gezien als ‘gevolgengeneeskunde’. Plichten verbonden aan professionele autonomie zijn onder meer een goede communicatie met de verwijzer en een adequate informatie aan de patiënt.

De verwijzrelatie met de medicus geldt als een gegeven. De verwijzing vormt de legitimering voor de indicatie fysiotherapie en daarmee voor het handelen van de fysiotherapeut.

Met name de intramuraal werkzame fysiotherapeuten zijn voorstander van een vrije toegankelijkheid van fysiotherapie, dat wil zeggen zonder verwijzing door een arts. Zij zien hierin een ultieme bevestiging van de professionele autonomie. Voor de extramuraal werkzame therapeuten en anderen is vrije toegankelijkheid geen doel. Zij zijn zich sterk bewust van de

mate waarin de fysiotherapeut voor zijn behandeling afhankelijk kan zijn van relevante medische diagnostiek.

Het streven naar kwaliteitsbevordering in de fysiotherapie wordt beschouwd als een uiting van professionele autonomie. Bovendien betekent het een verdere ondersteuning van de autonomie.

In de medische en paramedische opvattingen over de optimale behandeling van klachten van het bewegingsapparaat is sprake van een verandering van het gehanteerde paradigma. Het aanvankelijk bestaande paradigma van rust en pijnbestrijding is/wordt langzaamaan vervangen door gecontroleerd bewegen en gerichte pijnbeheersing. Deze paradigmawisseling heeft gevolgen voor onder meer de studies naar de effecten van fysiotherapeutisch handelen. De studies zijn vaak nog gebaseerd op het oude paradigma, maar worden gebruikt om de effecten van behandeling volgens het nieuwe paradigma te meten. Dit kan resulteren in niet adequate effectmeting.

4.3 Motivatie van fysiotherapeuten

Over de mate van bestaande demotivatie bij fysiotherapeuten lopen de meningen uiteen. Wel wordt door de gesprekspartners een aantal demotiverende factoren genoemd. Overigens meldt men ook motiverende factoren.

Demotiverende factoren (in willekeurige volgorde):

- beperkende maatregel, zowel als zodanig, als in haar consequenties, zoals meer bureaucratie en administratieve handelingen;
- bureaucratie ten gevolge van het overigens geaccepteerde en ondersteunde kwaliteitsbeleid, zoals het verplichte kwaliteitsjaarverslag;
- ontbreken van financiële tegemoetkoming voor de extra kosten ten gevolge van het kwaliteitsbeleid;
- relatief lage beloning voor fysiotherapeuten, zowel ten opzichte van de overige paramedische beroepen, als het bedrijfsleven;
- minder goed imago van de fysiotherapie in vergelijking met de artsenberoepen (genoemd door extramuraal werkende fysiotherapeuten);
- gebrek aan medische status;
- afhankelijke positie ten opzichte van verwijzers;
- gering carrièreperspectief;

- hoge werkdruk;
- relatief vaak optreden van burnout-verschijnselen;
- patiënten worden soms onterecht verwezen;
- patiënten stellen soms te hoge eisen aan fysiotherapie en verwachten meer dan kan worden waargemaakt.

Motiverende factoren (in willekeurige volgorde):

- fysiotherapie is een leuk vak;
- fysiotherapeuten kunnen doorgaans voldoende tijd besteden aan hun patiënten;
- ingezette kwaliteitsbeleid;
- toetsbare opstelling van fysiotherapeuten;
- een ondanks problemen gemotiveerde beroepsgroep;
- goed imago van het beroep (genoemd door intramuraal werkende fysiotherapeuten);
- waardering van patiënten voor behandeling door de fysiotherapeut;
- eenheid in de beroepsgroep.

Bijlage 6

Burn-out bij artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten

Inleiding

Werkdruk staat momenteel sterk in de belangstelling. Zowel in de gezondheidszorg als in andere sectoren klinken geluiden van een hoge werkbelasting in de zin van een hoge en nog steeds toenemende productie per werknemer in een verhoudingsgewijs steeds korter wordende werktijd. Een hoge werkdruk, al dan niet in combinatie met een lage autonomie, wordt veelal geassocieerd met een verhoogde kans op het optreden van stress en burn-out. Signalen uit de samenleving van werkdruk en dreigende demotivatie en burn-out bij werkers in de gezondheidszorg vormden de directe aanleiding voor het onderhavige advies over professionals in de zorgsector.

Deze bijlage is gebaseerd op een inventarisatie van de beschikbare literatuur over het verschijnsel burn-out in de gezondheidszorg. Na een korte introductie over het onderwerp besteedt de notitie aandacht aan burn-out bij de beroepsgroepen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

Burn-out

Burn-out in de zin van opgebrand zijn door het werk komt veel voor¹. Het gaat om het optreden bij beroepsbeoefenaren van negatieve veranderingen in houding, stemming en gedrag. Deze veranderingen zijn, in ieder geval voor een belangrijk deel, toe te schrijven aan werkstress. De aanvankelijke gemotiveerde houding ten opzichte van het werk is hierbij verdwenen. Bij burn-out is vaak sprake van een combinatie van emotionele uitputting, depersonalisatie en twijfel aan de eigen competentie². De emotionele uitputting geeft het gevoel dat alle reserves uitgeput zijn. Deze uitputting kan tot gevolg hebben dat de zorgverlener probeert afstand te nemen van zijn patiënten, hetgeen tot gevoelens van depersonalisatie kan leiden. Gevoelens van onverschilligheid en een negatieve en cynische houding kunnen hiervan het gevolg zijn. Verder kan men het gevoel hebben niet meer naar behoren te functioneren en te falen in het werk. Al deze verschijnselen samen vormen het burn-out-syndroom. In individuele gevallen kunnen onderdelen van het syndroom meer of minder

geprononceerd zijn. Burn-out geeft op zeker moment aanleiding tot - meestal langdurige - uitval uit het werk.

Een recente publicatie van het CBS³, gebaseerd op de resultaten van het Polsonderzoek (Permanent Onderzoek Leefsituatie), laat zien dat ongeveer één op de tien werkenden lijdt aan het verschijnsel burn-out. De publicatie vermeldt een hoge werkdruk en minder goede arbeidsomstandigheden als belangrijkste oorzaken voor de burn-out. Fulltimers en vrouwen lopen over het algemeen meer risico dan parttimers en mannen.

Burn-out blijkt volgens het Polsonderzoek het meest voor te komen in het onderwijs, namelijk bij circa 13% van de werkers in deze sector. In de gezondheids- en welzijnszorg kampt ongeveer 10% van de werkers met het verschijnsel. Daarmee zit deze sector precies op het landelijk gemiddelde uit het onderzoek. Sectoren waarin relatief weinig burn-out voorkomt, zijn landbouw (4%) en financiële instellingen (7%).

Burn-out in de gezondheidszorg

Inleiding

Zoals gezegd hebben werkdruk en burn-out al geruime tijd de aandacht in de gezondheidszorg. Hier zal ingegaan worden op burn-out bij respectievelijk artsen, bij verpleegkundigen en bij fysiotherapeuten.

Burn-out bij artsen

Bij artsen is vooral de laatste jaren het optreden van burn-out aanzienlijk toegenomen. Een beschrijvend artikel in Medisch Contact van april 1999 noemt een verdubbeling van het ziekteverzuim, voornamelijk ten gevolge van burn-out, in de laatste vijf jaar⁴. Door deze forse toename van de arbeidsongeschiktheid zagen de betreffende verzekeraars zich genoodzaakt hun premies voor de arbeidsongeschiktheidsverzekering van artsen sterk te verhogen. Ook andere publicaties signaleren een sterke toename van burn-out bij medici⁵.

Als oorzaken voor het toegenomen optreden van burn-out bij medici worden in de eerste plaats de 'klassieke' problemen genoemd, als gebrek aan copingmogelijkheden en specifieke 'persoonskenmerken', zoals perfectionisme en empathisch vermogen. Verder worden, in willekeurige volgorde, onder meer genoemd:

- gebrek aan respect;
- afnemende autonomie;
- toenemende werkdruk;
- financiële onzekerheid;
- angst voor fouten en conflicten;
- vergrijzing;
- bureaucratie.

Specifiek voor huisartsen wordt genoemd dat zij vaak onvoldoende in staat zijn om hun praktijk te managen en niet goed kunnen voorzien in voldoende waarneming. Huisartsen kunnen zich niet redden in hun eentje. Voor specialisten wordt gewezen op problemen in de samenwerking met collegae in de maatschap, en met staf en directie in ziekenhuizen, al dan niet als gevolg van fusies.

Uit specifiek onderzoek naar burn-out bij medisch specialisten⁶ blijkt dat stress en tevredenheid kunnen samengaan: specialisten kunnen, ondanks het feit dat ze veel stress ervaren, toch behoorlijk tevreden zijn met hun werk. Werkkenmerken, zoals het type ziekenhuis - groot of klein, academisch of niet-academisch en dergelijke -, het in loondienst werken of bij een maatschap hebben nauwelijks invloed op de werkbeleving van de specialist. Persoonlijkheidskenmerken hebben eveneens een beperkte invloed. Van aanzienlijk meer belang zijn de stressoren die voortkomen uit de organisatie waarbinnen men werkt en de veranderende maatschappelijke houding ten opzichte van specialisten. Kernpunten zijn het gebrek aan waardering en ondersteuning en de hoge werkdruk, met gevolgen voor het privé-leven en de mate waarin men kan voldoen aan (eigen) kwaliteitsnormen. Het onderzoek toont in feite aan dat stress en werkdruk eerder te beschouwen zijn als een ziekte van de organisatie dan van de individuele specialist.

In de literatuur wordt gesteld dat naar schatting eenderde tot de helft van de artsen ooit met burn-out zal worden geconfronteerd. Het is daarom noodzakelijk burn-out zoveel mogelijk te voorkomen. Als mogelijkheden hiertoe worden genoemd⁷:

- burn-out als aandoening serieus nemen en er een gerichte, individuele 'therapie/reïntegratie' op zetten;

- het in huisarts- en specialistenopleiding adequaat aandacht geven aan praktische bedrijfsvoering en time management;
- reële loopbaanplanning en een reële houding ten opzichte van het werk;
- een andere organisatie van het werk: voor de huisarts wordt gewezen op de mogelijkheden van inschakelen van een practice nurse;
- het zoeken naar rustpunten en hobby's buiten het werk;
- het tijdig signaleren van en adequaat reageren op voorboden van burn-out.

Bij het tijdig onderkennen en bestrijden van burn-out kan de duur van de aandoening aanmerkelijk worden bekort. Gesteld wordt wel dat bij een goed behandelde burn-out, de situatie na herstel, met name de houding ten opzichte van het werk en de daarmee mogelijk gepaard gaande stressfactoren, beter kan zijn dan die ervoor.

Burn-out bij verpleegkundigen

Bij verpleegkundigen is de laatste tien jaar veel onderzoek gedaan naar het optreden van burn-out. Vaak betrof dit specifieke terreinen van verpleegkundige zorgverlening, bijvoorbeeld de zorg voor AIDS-patiënten.

Uit de literatuur blijken, in willekeurige volgorde, de volgende oorzaken voor burn-out bij verpleegkundigen⁸:

- emotioneel belastende relatie met patiënten;
- idealistisch gekleurde hulpverleningsideologie;
- geringe ondersteuning door de leiding;
- persoonlijke kenmerken van de verpleegkundige, onder meer de mate van empathie, stressbestendigheid;
- rolproblemen, rolonduidelijkheid en verantwoordelijkheidsverdeling binnen de eigen beroepsgroep en tussen arts en verpleegkundige;
- werkbelasting;
- werkaspecten, onder meer gebrek aan positieve feedback en geringe autonomie;
- bureaucratische werkomgeving en het veelal ontbreken van mogelijkheden tot managementparticipatie;
- organisatieaspecten van het werk, onder meer de mogelijkheid tot parttime werken;
- ontbreken carrièreperspectief;
- status- en beloningsaspecten.

Bovenstaande reeks vormt een indrukwekkende lijst die in feite alle wezenlijke kenmerken van de verpleging raakt. Oplossingsmogelijkheden moeten dan ook meerdere aspecten omvatten. Zij hebben deels betrekking op de sector verpleging als zodanig, deels op aanpalende sectoren en instellingen waarmee c.q. waarbinnen moet worden (samen)gewerkt. Binnen de verpleging bestaan verschillende mogelijkheden:

- Aanpassing van de opleiding en de selectie van personeel met betrekking tot stressbestendigheid en frustratietolerantie en het beschikken over adequate copingmechanismen.
- Aanleren van een adequate leiderschapsstijl voor teamleiders en hoofdverpleegkundigen.
- Cursussen werkdrukanalyse en werklastbeheersing
- Meer mogelijkheden creëren voor reële verantwoordelijkheidsverdeling op afdelingen.
- Meer aandacht besteden aan de verdieping en verbreding van het beroep.
- Functiedifferentiatie.
- Instellen van ondersteuningsgroepen.
- Structureel invoeren van intervisie en soms – indien geïndiceerd – supervisie.

Voor de samenwerking met andere beroepsgroepen:

- Heldere en reële verantwoordelijkheidsverdeling en heldere werkrelaties.
- Heldere afspraken over samenwerking.
- Introductie van beroepsgebonden overleg voor vakverdieping, zoals een verpleegkundige adviesraad, in 1991 aanbevolen door de Commissie-Werner.

Voor de samenwerking binnen instellingen:

- Adequate managementparticipatie van verpleegkundigen.
- Adequate personele bezetting: het kan zowel gaan om een uitbreiding als een reductie van het aantal FTE's.

Burn-out bij fysiotherapeuten

Bij een onderzoek naar burn-out bij fysiotherapeuten en manueeltherapeuten in Nederland⁹ bleek dat deze beroepsbeoefenaren een gemiddeld lagere score hebben op verschillende burn-out schalen dan huisartsen en verpleegkundigen. Uit internationaal onderzoek naar de oorzaken van burn-out voor fysiotherapeuten blijken vooral werkgerelateerde factoren, zoals rolconflicten, ambiguïteit, hoge werkdruk en slechte communicatie een belangrijke rol te

spelen. Verder zijn onrealistische verwachtingen van de fysiotherapeut van belang. Uit het Nivel-onderzoek van Kersten *et al.*¹⁰ Bleek dat extramuraal werkende fysiotherapeuten vooral de volgende factoren als demotiverend en belastend ervaren:

- de regelgeving van de overheid en zorgverzekeraars;
- de salariering;
- de administratie;
- de afhankelijkheid van de verwijzer.

Voor intramuraal werkende fysiotherapeuten werden de volgende factoren gevonden:

- hoge werkdruk;
- beperkte loopbaanontwikkeling;
- twijfel aan het nut van de fysiotherapeutische behandeling.

Ondanks de relatief gunstige uitkomsten van het Nivel-onderzoek, in relatie tot bijvoorbeeld huisartsen en verpleegkundigen, wordt melding gemaakt van gegevens van verzekeringsmaatschappijen over een toenemend percentage fysiotherapeuten dat kampt met burn-out-verschijnselen.

Over het oplossen van burn-out-problemen bij fysiotherapeuten is geen Nederlandse literatuur beschikbaar. De oplossingsrichtingen zullen naar verwachting bestaan uit aanpassingen op het vlak van de veroorzakende factoren.

Conclusie

Het risico van het optreden van burn-out vormt een reëel gevaar voor werknemers in de gezondheidszorg. Belangrijker dan concrete cijfers over het voorkomen van burn-out is een analyse van de veroorzakende factoren en een daaraan gekoppelde strategie voor het voorkómen van dit verschijnsel. Belangrijke, voor alle beroepsgroepen geldende oorzaken zijn hoge werkdruk, gebrek aan respect en autonomie, status en beloningsaspecten. Deels betreft het hier maatschappelijke factoren die zich moeilijk lenen voor een gerichte aanpak, bijvoorbeeld een algemeen gevoelde afkalving van het aanzien van vroeger hooggewaardeerde beroepen in de samenleving en een verminderd respect voor 'autoriteit'. Dit is de andere zijde van de medaille die 'mondige burger' heet.

Voor een ander deel zijn wel gerichte maatregelen mogelijk. Bijvoorbeeld in het kader van de opleidingen voor

beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Hierin zou meer aandacht besteed moeten worden aan het omgaan met werkdruk en stress en het aanleren van adequate copingmechanismen. Ook zouden opleidingen meer moeten voorbereiden op de complexe organisaties waarin veel beroepsbeoefenaren zullen gaan werken. Verder zou op de werkvloer gestreefd moeten worden naar het bereiken van heldere verantwoordelijkheidsverdelingen en werkafspraken, zowel in mono- als multidisciplinair verband, en naar goede informatie-uitwisseling en communicatie. Een goede relatie van de werkvloer met het instellingsmanagement is eveneens van belang. Managementparticipatie is één van de sleutelbegrippen.

Voor de beroepsgroepen afzonderlijk moet gestreefd worden naar het bieden van een aantrekkelijk carrièreperspectief en naar het verbeteren van het beroepsimago.

Noten

- ¹ Zie onder meer:
Blanc, P.M. le, Schaufeli, W.B. en Heesch, N.C.A. van. Burn out in de oncologie, resultaten van een landelijk onderzoek. Medisch Contact, 1999, nr. 1, p. 24-26.
Elsendoorn, G.M. *et al.* Burn out bij medisch specialisten; wat zien specialisten zelf als de motiverende en demotiverende aspecten van hun werk? Medisch Contact 1998, nr. 38, p. 1204-1207.
Croon, M. Burn out, risico van het vak? Tijdschrift voor Verloskundigen, januari 1999, p. 30-34.
Schaufeli, W. *Burn out in de verpleging*. In: Boon, L. (red): Werkdruk en personeelsbeleid in de gezondheidszorg. Amstelveen: Stichting Sympoz, 1991.
- ² De autoriteiten op het gebied van burn out, Maslach en Jackson, hanteren de volgende definitie van burn out: "Burn out is een syndroom van emotionele uitputting, depersonalisatie en verminderde persoonlijke bekwaamheid dat voor kan komen bij diegenen die beroepsmatig met andere mensen werken". (Schaufeli, op. cit.)
- ³ Leefsituatie van de Nederlandse bevolking, deel I, Heerlen: CBS, 1999.
- ⁴ Ankoné, A. Burn out bij artsen bijna verdubbeld. Medisch Contact. 1999, nr. 14, p. 494-497.
- ⁵ Zie onder meer:
Visser, M.R.M. *et al.* Motiverende en demotiverende aspecten van het beroep van medisch specialist, een landelijk onderzoek. Amsterdam: AMC, afdeling medische psychologie, 1999.
Blanc, P.M. Le, W.B. Schaufeli en N.C.A. van Heesch (op. cit.).
Sanders, F.B.M. Brandende vlam of burn out. Medisch contact, 1999, nr. 5, p. 179.
- ⁶ Visser, M.R.M. *et al.* Motiverende en demotiverende factoren van het beroep van medisch specialist; een landelijk onderzoek. Amsterdam: AMC, afdeling medische psychologie, 1999.
- ⁷ Zie voorgaande literatuur, alsook onder meer:
Maassen, H. Binnen tien jaar kan burn out verdwenen zijn. Medisch Contact, 1999, nr. 33/34, p. 1116-8.
- ⁸ Zie onder meer:
Schaufeli, op. cit.

Peters, W., J. Verhagen en P. van der List. Burn out bij verpleegkundigen vergt structurele aanpak. Het Ziekenhuis, 1994, p. 768-71.

Nauta, M. *et al.* Burn out bij verpleegkundigen; gevoelige balans of balansgevoeligheid? Tijdschrift voor verpleegkundigen, 1996, nr. 23, p. 696-699.

Arink, P. en T. van de Pasch. Training werkdruk en werkdrukbeleving. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1996, nr. 23, p. 700-701.

⁹ Vries. Th.A. en J. Hoogstraten. Burn out bij fysio-manueeltherapeuten in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie. 1999, nr. 4, p. 90-95.

Kersten, J.W.E.T. *et al.* Fysiotherapeuten kijken vooruit: gezondheid en welbevinden. Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie, 1997, nr. 4, p. 96-101.

¹⁰ Zie: Kersten, J.W.E.T. op. cit.

Bijlage 5

Evidence-based handelen door artsen, fysiotherapeuten en verpleegkundigen

Inleiding

Deze bijlage gaat over de betekenis van evidence-based handelen in de gezondheidszorg. Ze vormt een bijlage bij het advies Professionals in de gezondheidszorg. Na een korte introductie van het begrip 'evidence-based medicine' en een toelichting op de ontstaanswijze komt in afzonderlijke paragrafen de betekenis van evidence-based handelen voor de beroepen arts, verpleegkundige en fysiotherapeut aan de orde. De bijlage sluit af met een beschouwing waarin conclusies vervat zijn.

Het begrip 'evidence-based medicine'

Inleiding

Het concept van evidence-based medicine is in de huidige vorm internationaal sinds ongeveer de jaren tachtig tot ontwikkeling gekomen¹. De klinisch epidemioloog David Sackett, destijds werkzaam aan de McMasters Medical School te Hamilton in Canada en later in Oxford, heeft bij de ontwikkeling van het concept een belangrijke rol gespeeld. Hij vestigde de aandacht op het belang van het zo goed mogelijk wetenschappelijk onderbouwen van alle door klinici uit te voeren handelingen. Hij kwam hiertoe door een grote scepsis over de waarde van veel medisch handelen en de behoefte aan aantoonbare effectiviteit.

Definitie

Sackett en diens medewerkers verstaan onder evidence-based medicine: "het gewetensvol, uitdrukkelijk en oordeelkundig gebruikmaken van het beste, actuele bewijs bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten. Toepassing van evidence-based medicine betekent het integreren van individuele klinische expertise en het beste beschikbare externe klinische bewijs, ontleend aan systematisch onderzoek"².

Paradigmawisseling?

Een uit 1992 daterende publicatie van de Evidence-based medicine working group van de Canadese McMaster

University³ met Sackett als één van de leden, beschrijft evidence-based medicine als een nieuw paradigma in de geneeskunde. De ontwikkeling van evidence-based medicine heeft daarmee het karakter van een (gedeeltelijke) paradigmawisseling. Het nieuwe paradigma vereist van de medici die ermee moeten werken nieuwe vaardigheden, vooral het systematisch gebruikmaken van de resultaten van effectonderzoek en het kunnen interpreteren van dergelijk onderzoek.

Uiteraard zijn de traditionele vaardigheden, als het op basis van ervaring en pathofysiologisch inzicht en gebruikmakend van specifieke onderzoeksmethoden kunnen stellen van een diagnose en het inzetten van de juiste behandeling, niet minder belangrijk. Evidence-based medicine vormt hierop in de visie van de working group een noodzakelijke aanvulling. Oude methodes kunnen op grond van wetenschappelijk bewijs vervangen worden door nieuwe, die krachtiger, accurater, effectiever en veiliger zijn. Het bewijs wordt ontleend aan wetenschappelijk onderzoek, zoveel mogelijk in de vorm van gerandomiseerde en gecontroleerde clinical trials en meta-analyses van deze trials.

Sinds 1995 is er een onder de vlag van het British Medical Journal uitgegeven tijdschrift met de naam 'Evidence Based Medicine', waarin abstracts worden gepubliceerd van artikelen over onderzoek dat aan de eisen van evidence-based medicine voldoet.

Momenteel moet geconstateerd worden dat van een echte paradigmawisseling in de geneeskunde, alsook op andere terreinen van de gezondheidszorg, (nog) geen sprake is. Evidence-based medicine heeft nog steeds het karakter van een beweging die in ontwikkeling is. Zoals de meeste bewegingen kent evidence-based medicine zowel fervente voor- als tegenstanders. De tegenstanders voeren een aantal bezwaren aan tegen toepassing van evidence-based medicine. In het vervolg wordt hierop nader ingegaan.

Relatie met de Cochrane Collaboration

De Cochrane Collaboration is een internationaal samenwerkingsverband waarin een groot aantal wetenschappelijke onderzoekers zich bezighoudt met het schrijven van systematische reviews over zoveel mogelijk therapieën in de gezondheidszorg⁴. De reviews in de zin van meta-analyses worden op een gestandaardiseerde wijze

gemaakt, op basis van gerandomiseerde trials. De reviews, die zowel in elektronische als gedrukte vorm beschikbaar zijn, geven inzicht in de effectiviteit van de betreffende therapie. Ze vormen daarmee een belangrijke input voor evidence-based handelen van beroepsbeoefenaren.

Evidence-based handelen in de geneeskunde in Nederland

Relatie met richtlijnontwikkeling

De belangstelling voor evidence-based medicine is vanuit Canada en de Verenigde Staten uitgewaaierd over de rest van de westerse wereld. In Nederland dateren de eerste artikelen over dit onderwerp van de tweede helft van de negentiger jaren⁵. Evidence-based medicine wordt dan vaak in één adem genoemd met richtlijn- en standaardenontwikkeling, waarvoor de belangstelling hier al wat ouder is. De hier genoemde relatie is uiteraard niet uniek voor Nederland.

Samenhang met evidence-based medicine ligt voor de hand, aangezien richtlijnen en standaarden in principe gebaseerd worden op aannames over de beste actie of sequentie van acties in een bepaalde situatie. Het is dan zaak dat deze aannames zo goed mogelijk zijn onderbouwd. Daarbij doet zich echter een aantal problemen voor.

In de eerste plaats werden richtlijnen en standaarden oorspronkelijk niet op wetenschappelijke 'evidence' gebaseerd, maar op niet-wetenschappelijk onderbouwde aannames⁶. Voor een belangrijk deel is dat nog zo, wanneer echte evidence ontbreekt en dat is nog heel vaak het geval. Veelal werd en wordt bij richtlijnontwikkeling gebruikgemaakt van consensus van beroepsgenoten, soms van niet op consensus gebaseerde praktijkervaring. Bij consensus gaat het om een globaal oordeel van een groep beroepsgenoten i.c. artsen over de beste aanpak in een gegeven situatie. Het oordeel is meestal gebaseerd op een mix van klinische ervaring, literatuur en intuïtie. Zo mogelijk wordt deze consensus nog getoetst aan de mening van een grotere groep beroepsgenoten, tijdens zogenoemde consensusbijeenkomsten. Dergelijke richtlijnen en standaarden zijn daarmee 'opinion based'.

Het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO), thans Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg, organiseert vanaf 1982 consensusbijeenkomsten, waarin een groot aantal richtlijnen is

vastgesteld voor met name medisch specialisten. Verder is het Nederlands Huisartsen Genootschap sinds 1987 actief bezig met het ontwikkelen van standaarden voor het huisartsgeneeskundig handelen.

Momenteel wordt bij richtlijnontwikkeling onderscheid gemaakt naar 'levels of evidence'. In het algemeen wordt wetenschappelijk bewijs als hoogste 'level of evidence' aangemerkt. Richtlijnen die op basis van wetenschappelijk bewijs worden vervaardigd, worden aangeduid als 'evidence-based richtlijnen'. Lagere 'levels' zijn, zoals eerder beschreven consensus onder beroepsgenoten en ervaringsgegevens waarover (nog) geen consensus bestaat.

Bezwaren tegen evidence-based medicine

De beweging van evidence-based medicine is springlevend. Zoals eerder opgemerkt, wil dat niet zeggen dat ze inmiddels door alle betrokkenen wordt omarmd. Er bestaat bij delen van de beroepsgroep artsen aanzienlijke twijfel over de waarde en mogelijkheden van evidence-based medicine. Deze twijfel bestaat overigens ook bij de beroepsgroepen fysiotherapeuten en verpleegkundigen, waarover later meer. Voor deze twijfel is een aantal redenen te noemen van inhoudelijke of methodologische aard of anderszins⁷.

Eén van de door artsen genoemde inhoudelijke bezwaren tegen evidence-based medicine is dat het de aandacht richt op ziekten en niet op zieken. De evidence betreft immers noodzakelijkerwijs gegeneraliseerde informatie op basis van een groot aantal ziektegeschiedenissen bij specifieke patiëntenpopulaties. Er is dus sprake van een grootste gemene deler. Noodzakelijkerwijs bevindt deze informatie zich op een ander niveau dan dat van de individuele patiënt. Er dient daarom in de praktijk steeds een vertaling plaats te vinden naar de situatie van de individuele patiënt in de spreekkamer.

Evidence-based medicine biedt verder weinig of geen houvast in de vele grijze gebieden van het medisch handelen⁸. Hier is vaak de context van essentieel belang voor het beloop van een aandoening en niet de aandoening sec.

Een technisch/methodologisch bezwaar is dat de methode van de clinical trial beperkingen oplegt aan de te onderzoeken medische handelingen. Niet alle activiteiten lenen zich voor dit soort onderzoek.

Een ander methodologisch probleem is dat de met clinical trials te meten effecten slechts een selectie vormen van de mogelijke effecten. Niet alle effecten zijn te meten.

Verder vormt de vaak afwijkende opzet van verschillende clinical trials een probleem voor de vergelijkbaarheid van de uitkomsten. Metastudies zijn hierdoor soms niet goed mogelijk.

Een bezwaar van geheel andere orde vormt de overweging dat toepassing van evidence-based medicine over het algemeen per patiënt en in algemene zin een zekere tijdsinvestering vergt van de individuele beroepsbeoefenaren, die ten koste gaat van de patiëntgebonden tijd.

Evidence-based medicine en passende zorg

Al geruime tijd staat in Nederland de relatie tussen evidence-based medicine en kostenbeheersing in de belangstelling. De KNMG heeft recent, dat wil zeggen tussen 1997 en 1999 onderzoek hiernaar gedaan⁹. In oktober 1999 werden de voorlopige resultaten van het project 'Passende medische zorg' gepresenteerd¹⁰. Het project illustreert de visie van de KNMG, dat artsen moeten aangeven wat passende zorg is, dat wil zeggen: kwalitatief goede zorg die bovendien doelmatig is. Vervolgens is het aan de politiek om aan te geven hoeveel van deze passende zorg vanuit collectieve middelen zal worden vergoed.

Het project kende als centrale vraag in hoeverre richtlijnen voor medisch handelen, te ontwikkelen door de medische beroepsgroep in samenwerking met patiënten, consumenten en verzekeraars, een goed middel zijn om de kwaliteit van zorg te optimaliseren bij een schaarste aan middelen. Deze vraag werd uitgewerkt in deelprojecten over cardiologie en ambulante psychiatrie. Daarnaast ging een apart deelproject in op normatieve aspecten van richtlijnontwikkeling en kosteneffectiviteitsstudies.

In de drie deelprojecten komt naar voren dat een groeiend deel van de professie het belang van richtlijnen voor het medisch handelen onderschrijft. Wel wordt essentieel geacht dat medici de ruimte moeten hebben om van een richtlijn af te kunnen wijken. Bijvoorbeeld om rekening te kunnen houden met specifieke patiëntenkenmerken en -omstandigheden en verder omdat richtlijnen feilbaar kunnen zijn.

De deelprojecten laten voorts zien dat medici vrijwel unaniem van oordeel zijn dat medische beslissingen primair gericht moeten zijn op het optimaliseren van de uitkomst voor de patiënt. Kostenoverwegingen mogen in principe slechts een rol spelen in gevallen waarin met minder kosten een even goede uitkomst kan worden bereikt. Desondanks kunnen kostenoverwegingen er in de praktijk wel toe leiden dat de verleende zorg minder is dan mogelijk.

Het voorlopige eindrapport van dit project noemt twee voorwaarden voor een verdere ontwikkeling en acceptatie van richtlijnen. In de eerste plaats moet de ontwikkeling van richtlijnen primair een verantwoordelijkheid blijven van de beroepsgroep. Dit laat uiteraard onverlet dat andere groepen, zoals patiënten bij de ontwikkeling betrokken moeten worden. Daarnaast moet bij richtlijnontwikkeling elke schijn vermeden worden dat ze in feite op kostenbeheersing gericht zouden zijn.

De laatste twee punten komen ook terug in andere situaties, bijvoorbeeld bij de tweede herziening van de CBO-consensus ‘Cholesterol’¹¹. Bij deze herziening zijn de resultaten van een door het iMTA uitgevoerde kosteneffectiviteitanalyse betrokken. De kosten van cholesterolverlaging per gewonnen levensjaar werden vergeleken met die van andere gezondheidsvraagstukken waar keuzen gemaakt moeten worden, zoals harttransplantatie, levertransplantatie en borstkankerscreening. De consensusrichtlijn doet een aantal aanbevelingen voor toepassing van cholesterolverlagende geneesmiddelen bij specifieke patiëntengroepen. Deze aanbevelingen zijn op basis van de gedane kosteneffectiviteitanalyse acceptabel indien uitgegaan wordt van een grens van f 40.000,- per gewonnen levensjaar. Deze grens ligt iets hoger dan hetgeen momenteel geaccepteerd is voor de borstkankerscreening, namelijk f 30.000,-.

Evidence-based fysiotherapie

Fysiotherapie is een tamelijk jong beroep, dat vooral op het terrein van de wetenschappelijke onderbouwing van het handelen nog volop in ontwikkeling is. Ervaringskennis vormt daardoor momenteel voor een belangrijk deel de leidraad bij het fysiotherapeutisch handelen. De situatie in Nederland is wat dit betreft niet afwijkend van die in andere ontwikkelde landen.

Recent onderzoek in Nederland, het BEEF-project¹², laat zien dat de feitelijke ‘core business’ van de fysiotherapie momenteel bestaat uit het praktisch handelen, waarbij relatief veel gebruik wordt gemaakt van apparatuur. Fysiotherapeuten besteden relatief weinig aandacht aan behandeldoelen op het niveau van beperkingen en aan het geven van adviezen en instructies voor oefeningen. Het onderzoek concludeert dat er in Nederland in de fysiotherapie slechts ten dele sprake is van handelen dat gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten. Een groot deel van het fysiotherapeutisch handelen is niet in overeenstemming met de uitkomsten van onderzoek naar de effecten van fysiotherapie, het onderzoek naar werkingsmechanismen en de ervaringen van fysiotherapeuten met de behandeling van specifieke patiëntenroepen.

Enquêteonderzoek in Engeland en Australië¹³ laat zien dat fysiotherapeuten uit beide landen voor de keuze van behandeltechnieken vooral terugvallen op hetgeen tijdens de opleiding en bij nascholing werd geleerd. Verder waren ervaring en intercollegiale informatie-uitwisseling belangrijk bij de therapiekeuze. Literatuuronderzoek en reviews speelden bij dit proces een geringe rol. Het onderzoek komt tot de conclusie dat evidence-based practice in beide landen nog een toekomstideaal is, waaraan door de opleidingen in belangrijke mate moeten worden bijgedragen.

Evidence-based practice wordt door sommigen binnen de fysiotherapie, zowel in het buitenland als in Nederland, beschouwd als een middel om nu en in de toekomst kwalitatief goede fysiotherapie te bieden¹⁴. Het gaat hierbij om de integratie van klinische expertise en wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit.

Ook voor de fysiotherapie geldt dat het meer toepassen van evidence-based practice neerkomt op een (gedeeltelijke) paradigmawisseling¹⁵. Deze gaat van een grotendeels op ‘expert opinion’ en klinische ervaring gebaseerde structuur naar meer evidence-based werken en denken. Evidence-based practice hecht minder waarde aan intuïtie en klinische ervaring en aan het oordeel van ‘autoriteiten’. Zoveel mogelijk wordt gebruikgemaakt van evidence-based richtlijnen. Bij gebrek aan wetenschappelijke evidence moeten de richtlijnen, analoog aan die voor medisch handelen, worden gebaseerd op consensus.

Een paradigmawisseling als beschreven vergt grote aanpassingen in het fysiotherapieonderwijs en in de uitvoeringspraktijk. Verder zullen nieuwe samenwerkingsvormen met andere beroepsbeoefenaren moeten worden ontwikkeld, niet alleen met artsen, verpleegkundigen en andere gezondheidswerkers, maar ook met epidemiologen, gezondheidseconomen en politici.

Duidelijk is dat een dergelijke paradigmawisseling staat of valt met de bereidheid van de beroepsgroep fysiotherapeuten tot verandering. De vraag of deze bereidheid op dit moment in voldoende mate aanwezig is, kan vooralsnog niet eenduidig beantwoord worden.

Evidence-based verpleegkunde

In het buitenland bestaat al geruime tijd belangstelling voor evidence-based verpleegkunde. In Nederland is de interesse van vrij recente datum. In een overzichtsartikel in TVZ over evidence-based verpleegkunde constateert Eliëns¹⁶ dat er in Nederland op het gebied van de verpleegkunde een grote afstand bestaat tussen theorie en praktijk. Hierdoor worden veel door goed onderzoek verkregen inzichten niet in de verpleegkundige praktijk toegepast. De kloof tussen theorie en praktijk vormt daarmee een bedreiging voor de kwaliteit van de verpleegkundige zorg. Evidence-based verpleegkunde kan volgens de schrijver een manier zijn om genoemde kloof te verkleinen.

Overigens zoekt hij voor een begripsomschrijving aansluiting bij bestaande teksten die oorspronkelijk voor evidence-based medicine waren opgesteld, onder meer de eerder vermelde definitie van Sackett en diens medewerkers.

Als één van de oorzaken waardoor evidence-based verpleegkunde in Nederland nog geen grote vlucht heeft genomen, noemt Eliëns dat er in Nederlandse verpleegkundige bladen nauwelijks over dit onderwerp wordt geschreven. Verder zijn verpleegkundigen veelal niet gewoon vakliteratuur te lezen. Eenzelfde lot is de verpleegkundige richtlijnen beschoren. De bekendheid van verpleegkundigen met bestaande, voor een belangrijk deel via het CBO ontwikkelde richtlijnen is uitermate gering. Het gebruik van richtlijnen is derhalve vrijwel nihil. Exacte gegevens hierover bestaan evenwel niet.

Goossen komt in diens overzichtsartikel in 'Verpleegkunde' eveneens tot de conclusie dat 'evidence-based nursing care' een uitdaging en belofte voor de toekomst inhoudt¹⁷. Ook hij signaleert een aantal oorzaken waardoor 'EBNC' nog niet algemeen is ingevoerd, waaronder het nog veelal ontbreken van evidence en onduidelijkheid over de uitkomstmaten bij wetenschappelijk onderzoek in de verpleging.

Er moet aan verschillende voorwaarden voldaan zijn om de verdere ontwikkeling van evidence-based verpleegkunde mogelijk te maken. Deze voorwaarden zijn er voor een belangrijk deel op gericht om meer bekendheid te geven aan het onderwerp. Hiertoe zal beschikbare vakliteratuur op een makkelijk toegankelijke wijze voor verpleegkundigen ontsloten moeten worden. Voor een deel kan hiervoor gebruikgemaakt worden van het sinds 1998 verschijnende Engelstalige kwartaalblad 'Evidence-based nursing', waarin abstracts van de meest belangrijke onderzoeken op dit terrein worden weergegeven. Verder kan gebruik gemaakt worden van de door de Cochrane Collaboration vervaardigde reviews van onderzoek op dit terrein. De Cochrane Collaboration verzamelt en beoordeelt weliswaar voor het grootste deel medisch gericht onderzoek, maar een deel van de bekeken onderzoeken is verpleegkundig van aard.

Voorts moet voldoende evidence verzameld worden, en geanalyseerd. De universitaire opleidingen verplegingswetenschappen kunnen hierbij een essentiële rol vervullen. Tevens moeten criteria geformuleerd worden voor de systematische analyse van onderzoeksresultaten. Daarnaast zal, vooral tijdens de opleiding, bij verpleegkundigen belangstelling gewekt moeten worden voor onderzoeksliteratuur op het vakgebied en voor onderzoek als zodanig. Verpleegkundigen moeten vaardigheden ontwikkelen in het lezen en interpreteren van wetenschappelijke literatuur op hun vakgebied.

Opgemerkt moet worden dat effectmeting in de verpleging anders en ten dele moeilijker is dan in de geneeskunde of de fysiotherapie. Dit komt vooral omdat de beoogde effecten minder eenduidig te omschrijven zijn. Het 'effect' is daardoor moeilijker te meten.

Terzijde wordt hier gewezen op de binnenkort te publiceren resultaten van een onderzoek van de Vrije Universiteit Amsterdam en het Trimbos Instituut bij een aantal

verpleeghuizen naar de effecten van ‘snoezelen’¹⁸. Het onderzoek lijkt aan te tonen dat demente verpleeghuispatiënten na een periode van zogenoemde belevingsgerichte zorg minder angstig en vrolijker waren dan bij traditionele verzorging. Deze studie kan beschouwd worden als een voorbeeld van effectonderzoek bij verpleging en verzorging.

Verder moeten in instellingen de voorwaarden gecreëerd worden om in de praktijk evidence-based nursing (care) te kunnen uitvoeren en om innovaties als gevolg hiervan te kunnen implementeren. Verpleegkundige adviesraden kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Als belangrijk punt geldt voorts het stimuleren van evidence-based richtlijnontwikkeling binnen de verpleegkunde. Tenslotte zou het volgens Eliëns te overwegen zijn om een nationaal platform in te stellen voor de stimulering en ondersteuning van evidence-based verpleegkunde.

De publicatie van Eliëns leidde onder meer tot het commentaar¹⁹ dat evidence-based verpleegkunde een ontwikkeling zou zijn voor een beperkte groep enthousiaste verpleegkundigen, die geïnteresseerd zijn in de ontwikkeling van hun vak. Het belang van evidence-based verpleegkunde zou in deze visie aan het gros van verpleegkundig Nederland geheel voorbij gaan.

Dit commentaar illustreert op treffende wijze de door Eliëns genoemde noodzaak van het verwerven van meer interesse bij verpleegkundigen in wetenschappelijk onderzoek op hun terrein en in de bijbehorende vakliteratuur. De vraag is in hoeverre deze vermeende scepsis onder verpleegkundigen een verdere ontwikkeling van evidence-based verpleegkunde in de weg zou staan. Een mogelijke conclusie is wel dat evidence-based verpleegkunde niet van vandaag op morgen gemeengoed zal worden onder de huidige populatie verpleegkundigen. Meer moet verwacht worden van toekomstige generaties die tijdens de opleiding een meer onderzoeksgerichte attitude hebben verworven en die op adequate wijze geconfronteerd zijn met nut en noodzaak van wetenschappelijke onderbouwing van verpleegkundig handelen.

In een aparte publicatie wordt verslag gedaan van een door de Tijdelijke Expertisecommissie Emancipatie in het Nieuwe

Adviesstelsel (TECENA) en de Raad georganiseerde bijeenkomst. Het onderwerp van deze expertmeeting was 'gender en professionals in de gezondheidszorg'. In haar inleiding bij deze bijeenkomst wees mevrouw Smits op verschillen tussen 'mannelijke' en 'vrouwelijke' waarden. In het verpleegkundig beroep zijn 'vrouwelijke' waarden als emotionaliteit en relationaliteit nog dominant. De als 'mannelijk' beschouwde waarden: rationaliteit en doelmatigheid, vormen echter juist bij uitstek de grondslag voor evidence-based handelen en voor het opstellen en gebruiken van richtlijnen. Deze verdeling van waarden zou er mede de oorzaak van kunnen zijn dat evidence-based handelen in de verpleging nog weinig voorkomt.

Zorgverzekeraars en evidence-based medicine

Evidence-based medicine wordt door zorgverzekeraars gezien als middel om meer doelmatigheid in het medisch handelen te krijgen²⁰. Los van verbetering van de kwaliteit van de medische interventie voor de patiënt kan evidence-based medicine in de visie van verzekeraars een belangrijk hulpmiddel zijn bij de vaststelling van de inhoud van het verstrekkingspakket. Medische, maar ook farmacotherapeutische interventies die niet evidence-based zijn, zouden buiten de sfeer van de vergoedingen kunnen worden geplaatst.

Verder zou het al dan niet gebruikmaken van evidence-based richtlijnen een rol kunnen spelen bij de contractuele betrekkingen tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Uiteraard moeten, ook volgens verzekeraars, hulpverleners de vrijheid hebben om beargumenteerd van richtlijnen af te kunnen wijken. Verder zou volgens ziektekostenverzekeraars ook via de honoreringssystemen van artsen en andere beroepsbeoefenaren bevorderd kunnen worden dat deze zich laten leiden door evidence-based medicine.

Evidence-based medicine en zorgverzekeraars internationaal

Ook in internationaal verband lijken ziektekostenverzekeraars belangstelling te hebben voor het bevorderen van evidence-based medicine²¹. Tijdens een in oktober 1999 te Berlijn gehouden congres van de Association Internationale de la Mutualité lieten verzekeraars uit diverse landen weten de

rationaliteit van de medische zorgverlening te willen bevorderen door het gebruik van evidence-based richtlijnen te stimuleren. De ervaringen en meningen van patiënten moeten bij het totstandkomen van deze richtlijnen een essentiële rol spelen.

Overigens bleek dat in Nederland het gebruik van evidence-based medicine en van richtlijnen relatief ver is voortgeschreden. Toepassing van richtlijnen wordt nog nergens afgedwongen. Het daadwerkelijke gebruik is moeilijk te controleren en de effecten zijn eveneens nog moeilijk vast te stellen. Wel bestaat de indruk dat toepassing van evidence-based medicine niet per definitie leidt tot kostenreductie, maar wellicht juist een stijging van de kosten voor zorg als gevolg heeft.

In een aantal landen, waaronder Duitsland en Frankrijk zijn verzekeraars actief betrokken bij de opstelling van richtlijnen voor medisch handelen. Elders wordt het vervaardigen van richtlijnen als een opdracht beschouwd voor organisaties van beroepsbeoefenaren en eventueel specifieke instituten, zoals het CBO in eigen land. In Nederland geeft het College voor Zorgverzekeringen, de voormalige Ziekenfondsraad, al enkele jaren een 'Diagnostisch Kompas' uit, dat het karakter draagt van 'richtlijnboek' voor diagnostisch onderzoek.

Beschouwing en conclusies

Evidence-based handelen is voor een belangrijk deel nog toekomstmuziek. Toch mag verwacht worden dat deze muziek over enige tijd luider zal klinken en evidence-based handelen in toenemende mate belangrijk zal worden in de gezondheidszorg. Voor het zover is, moet nog wel een aantal obstakels worden opgeruimd en dient de waardering bij de beroepsgroepen voor dit fenomeen verder te worden bevorderd.

Evidence-based handelen is om een aantal redenen een belangrijke ontwikkeling. In de eerste plaats speelt evidence-based handelen een niet te onderschatten rol in het streven naar verbetering van de kwaliteit van de verleende zorg. De huidige tendens tot kwaliteitsverbetering is onder meer ingegeven door discussies naar aanleiding van de rapporten van de commissies Dekker en Dunning. Kwaliteitsverbetering houdt tevens in, oog hebben voor de verhouding van de effecten van interventies en de erdoor gegenereerde kosten. In dit kader is het streven naar een zo goed mogelijke

onderbouwing van de effecten van het handelen een belangrijk instrument voor de verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg.

Een belangrijk aspect in dit verband is verder de toenemende belangstelling, bij zowel beroepsbeoefenaren als derden, voor het zo veel en goed mogelijk standaardiseren van het handelen door het gebruikmaken van richtlijnen en standaarden. Zoals eerder beschreven is een zo goed mogelijke onderbouwing van de inhoud van deze instrumenten van groot belang voor de bruikbaarheid ervan. Evidence-based onderbouwing geldt in dit opzicht momenteel als het hoogst haalbare.

Binnen de beroepsgroep, en dat geldt zowel voor artsen, als voor fysiotherapeuten en verpleegkundigen, is de belangstelling voor een wetenschappelijke fundering van het handelen op z'n zachtst gezegd aanwezig. Verwacht mag worden dat in de toekomst, onder meer als gevolg van adequate aandacht voor evidence-based handelen in de beroepsopleidingen en bij na- en bijscholing, de belangstelling nog verder zal groeien en de nu nog hier en daar aanwezige scepsis zal afnemen. Daarbij is het zaak dat aan evidence-based handelen de plaats wordt gegeven die haar toekomst, namelijk als essentieel instrument bij de bevordering van de kwaliteit van het handelen van beroepsbeoefenaren in de directe patiëntenzorg.

De belangstelling voor evidence-based handelen door beroepsbeoefenaren wordt verder in de kaart gespeeld door de huidige ontwikkelingen op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie. Via een medium als het Internet is informatie over bijvoorbeeld effectonderzoek bereikbaar voor een steeds grotere groep belangstellenden: beroepsbeoefenaren en derden. Uiteraard is men er hiermee nog niet. Van belang is onder meer dat een grotere helderheid ontstaat over efficiënte zoekstrategieën en over een juiste interpretatie van gegevens. Verder kunnen ook concrete richtlijnen elektronisch worden verspreid. Een bijkomend voordeel van het gebruik van een medium als Internet voor de disseminatie van richtlijnen is dat actualisatie snel en doeltreffend kan plaatsvinden.

Het verzamelen van zoveel mogelijk 'evidence' is niet alleen voor beroepsbeoefenaren zelf een aantrekkelijke optie. Het voor een breder publiek beschikbaar komen van informatie over evidence bij behandelwijzen kan een bijdrage leveren aan

de ontwikkeling van meer reële verwachtingen bij (potentiële) patiënten. Beter geïnformeerde patiënten komen steeds vaker met op informatie gebaseerde concrete vragen bij hulpverleners. Verder eisen zij steeds vaker van beroepsbeoefenaren dat deze helderheid bieden over het hoe en waarom van hun handelen. Zij worden daarbij gesteund door relevante wetgeving, onder meer de WGBO. Het van oudsher min of meer onaantastbare imago van vooral de medische beroepen verliest maatschappelijk steeds meer van haar glans. Beroepsbeoefenaren kunnen voor de gewenste helderheid over hun handelen, voor zover beschikbaar, teruggrijpen op evidence-based richtlijnen.

Ook verzekeraars en overheid willen meer helderheid over de effecten van behandelingen die uit collectieve middelen worden gefinancierd. Naast kwaliteitsverbetering speelt bij deze betrokkenen ook de wens tot kostenbeheersing duidelijk een rol. Het is nog een open vraag, welke consequenties verzekeraars zullen willen en kunnen verbinden aan het gebruik van evidence in de beroepsuitoefening.

Evidence-based handelen door beroepsbeoefenaren raakt aan het vraagstuk van de professionele autonomie, zowel op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar als op dat van de beroepsgroep. Het rekening houden met overwegingen van evidence kan de handelingsvrijheid van beroepsbeoefenaren beïnvloeden. Er kan zowel een beperking van de autonomie optreden als een versterking. Het eerste geval betreft de situatie waarin het volgen van evidence de keuzevrijheid van de beroepsbeoefenaar verkleint. Daarnaast kan het zich baseren op evidence juist, zoals eerder aangegeven, de geloofwaardigheid en daarmee de positie van de beroepsbeoefenaar bevorderen. Ook de mogelijkheden voor intercollegiale toetsing worden hierdoor verruimd.

Bij alle voordelen van evidence-based handelen is ook een aantal bezwaren te noemen. Deze zijn in het voorgaande aangegeven. Belangrijk is onder meer dat momenteel echte wetenschappelijke evidence nog maar beperkt aanwezig is. Voor een deel berust dit op het (nog) niet beschikbaar zijn van relevant onderzoeksmateriaal. Daarnaast zijn er terreinen en handelingen waarvoor evidence niet of niet eenduidig of betrouwbaar kan worden vastgesteld.

Verder is belangrijk dat het handelen op basis van evidence slechts één aspect is van het handelen van

beroepsbeoefenaren. Iedere individuele patiënt is in beginsel uniek en zal op individuele wijze benaderd moeten worden. Op evidence gebaseerde richtlijnen zullen daardoor in de praktijk altijd vertaald moeten worden naar de individuele situatie. Naast de noodzaak van deze vertaling als zodanig zijn ook andere vaardigheden van de beroepsbeoefenaar belangrijk voor een juiste en optimale behandeling.

Verder zijn bijvoorbeeld attitude en bejegening essentiële aspecten. Evidence-based handelen komt aldus niet in de plaats voor klinische ervaring en intuïtie, maar vormt hiervoor een noodzakelijke basis. In deze zin behoeft er geen sprake te zijn van een totale paradigmawisseling zoals in de literatuur beschreven, maar van een aanpassing van het bestaande paradigma. Evidence-based handelen is daarmee niet het enige en ultieme middel tot kwaliteit van zorg.

Samenvattend kan gesteld worden dat evidence-based handelen een aanzienlijke, maar niet onbeperkte belofte inhoudt voor de toekomst. Het lijkt van belang de verdere ontwikkeling van evidence-based handelen te bevorderen, waarbij de beperkingen en nadelen niet uit het oog mogen worden verloren.

Referenties

- ¹ Sackett, D.L., *et al.* Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*. 1996, no. 312, p. 71-72.
Sackett, D.L., W.M.C. Rosenberg. Evidence-based medicine. *Tijdschrift voor Praktijk Evaluatie*. 1996, no. 16, p. 63-70.
Evidence-based medicine, in its place. Editorial. *The Lancet*. 1995, no. 346, p. 785.
- ² 'Evidence-based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research'.
- ³ Evidence-based medicine; a new approach to teaching the practice of medicine. Evidence-based medicine working group. *JAMA*, 1992, vol 268, no. 17, p. 2420-2425.
- ⁴ Kleijnen, J., et al. De Cochrane Collaboration; systematische overzichten van kennis uit gerandomiseerd onderzoek. *Nederlands Tijdschrift v. Geneeskunde*, 1995, no. 29, p. 1478-1482.
- ⁵ Spreeuwenberg, C. Evidence-based medicine. *Medisch Contact*. 1996, no. 2, p. 41.
Spreeuwenberg, C. Geneeskunde en geneeskunst. *Medisch Contact*. 1997, no. 10, p. 305.
Meulenberg, F. Evidence-based medicine in de interne geneeskunde; zegening of decreet? *Medisch Contact*. 1997, no. 24, p. 746-9.
- ⁶ Crevel, H. Van evidence naar behandeling. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1996, no. 38, p. 1915-9.
Tijssen, J.G.P., M.L. Simoons, J.J.E. van Everdingen. Landelijke richtlijnen voor klinisch handelen, een methodologische beschouwing. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, no. 38, p. 2078-2082.
Zie onder meer Spreeuwenberg, op.cit. 1997.
- ⁷
- ⁸ Naylor, C.D. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *The Lancet*, 1995, no. 345, p. 840-842.
- ⁹ Bruijn, E.M. de, N.S. Klazinga, R.J.M. Dillmann. Passend kiezen in de gezondheidszorg; wie maakt uiteindelijk de keuzen? *Medisch Contact*, 1998, no. 17, p. 586-589.

- Berg, M., N. Klazinga, B. van Hout. Goede zorg is niet altijd passende zorg; van evidence-based naar value-based. *Medisch Contact*, 1999, no. 29/30, p. 1040-1043.
- ¹⁰ Concept-eindrapport Passende medische zorg. Utrecht: KNMG, 1999.
- Goes, E.S., *et al.* Passende medische zorg in de cardiologie; KNMG-project Passende medische zorg, deelrapport A. Utrecht: KNMG; Rotterdam: iMTA, 1999.
- Grol, R. *et al.* Passende ambulante zorg bij depressie; KNMG-project Passende medische zorg, deelrapport B. Utrecht: KNMG, Trimborg-instituut, 1999.
- Burg, M. van den, *et al.* Normatieve aspecten van richtlijnontwikkeling en kosteneffectiviteitsstudies in de cardiologie en psychiatrie; KNMG-project Passende medische zorg, deelrapport C. Utrecht: KNMG; Maastricht: Instituut voor Gezondheidsethiek, 1999.
- ¹¹ Everdingen, J.J.E. van. Cholesterolverlaging als testcase voor macro-economische keuzes in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 1997, no. 50, p. 1573-4.
- Casparie, A.F., B.A. van Hout, M.L. Simoons. Richtlijnen en kosten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, no. 38, p. 2075-7.
- ¹² Roebroeck, M.E., *et al.* Extramuraire fysiotherapie: een vergelijking tussen theorie en praktijk; eindrapport van het project Beleidsgericht evaluatie- en effectonderzoek extramuraire fysiotherapie, tweede fase (BEEF-II). Utrecht: NIVEL, 1998.
- Thiel, E. van. Fysiotherapie een mengeling van 'evidence-based' en ervaring. *De Huisarts in Nederland*, 1998, no. 7/8, p. 39-42.
- ¹³ Turner, P., T.W.A. Whitfield. Physiotherapists' use of evidence-based practice: a cross-national study. *Physiotherapy Research International*, 1997, no. 2, p. 17-29.
- ¹⁴ Dolder, R. van, P.J.M. Helders. 'Evidence-based practice': innovatie voor, door en in de praktijk. *FysioPraxis*, 1996, no. 17, p. 16-17.
- ¹⁵ Woods Duncan, P. Evidence-based practice; a new model for physical therapy. *PT Magazine*, 1996, no. 12, p. 44-48.

- ¹⁶ Eliëns, A. Evidence-based verpleegkunde, de kwaliteit van de zorg vaart er wel bij. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1998, no. 19, p. 577-81.
- ¹⁷ Goossen, W.T.F. Evidence Based Nursing Care: een uitdaging voor de verpleging. Verpleegkunde, 1999, no. 1, p. 3-13.
- ¹⁸ Jungschleger, I. Meevoelen met demente beste verzorging. Volkskrant, 08-10-1999.
- ¹⁹ Kruk, T. van der. Richt je met evidence-based verpleegkunde niet op de doorsnee verpleegkundige, de kloof tussen vakidioten en werkvolk is diep. Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1998, no. 21, p. 642-643.
- ²⁰ Hamilton, G.J. Zorgverzekeraars moeten 'evidence-based medicine' bevorderen. ZN Journaal, 1999, no. 41, p. 7-8.
- ²¹ Hamilton, G.J. op. cit.

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde Werkprogramma RVZ 1999

6 Professionals in de gezondheidszorg

6.1 Het beleidskader

De individuele beroepsuitoefening in de gezondheidszorg is onderhevig aan externe krachten die veranderingen teweeg brengen. Vijf zaken zijn van belang.

- a. In toenemende mate wordt van de beroepsbeoefenaren een bijdrage verwacht aan doelmatigheid en gepast gebruik. Keuze- en selectievragen zijn meer dan vroeger onderdeel van zijn handelen. Indicatiestelling is nu deels rantsoenering. De beroepsbeoefenaar als (onvrijwillige) partner in de kostenbeheersing.
- b. Het lijkt er op dat in toenemende mate het werken in organisaties en/of in teams in de plaats komt van de zelfstandige en zeker van de solistische beroepsuitoefening. De beroepsbeoefenaar als organisatiegenoot.
- c. Patiëntenwetgeving heeft de vraagzijde in de behandelrelatie versterkt. Voor die relatie misschien nog belangrijker: externe invloeden, zoals de toenemende kennis over zorgaspecten bij de patiënt. Wat de vraagzijde betreft, waarneembaar is ook een verschuiving in de aard van de vragen die aan de gezondheidszorg worden voorgelegd: nu meer rond beperkingen en handicaps dan vroeger.
- d. Binnen de beroepenstructuur in de gezondheidszorg ziet men functiedifferentiatie en flexibilisering. Daardoor verschuiven domeinen en verantwoordelijkheden.
- e. De locatie en de organisatie van de zorg veranderen sterk. Door bijvoorbeeld transmuralisatie en disease management worden veel beroepen nu anders uitgeoefend dan vroeger. Ook fusieprocessen, die soms over de grenzen van de zorgsectoren heen gaan, in de gezondheidszorg kunnen dit effect hebben.

Naast deze exogene krachten, werken er uiteraard ook krachten vanuit het beroep zelf in op de beroepsuitoefening.

Een algemene conclusie mag zijn dat "professionele autonomie", "de algemeen aanvaarde standaard" en "hetgeen gebruikelijk is in de kring van de beroepsgenoten" op dit moment niet meer automatisch de leidende beginselen zijn in de gezondheidszorg. Dit is voor een beleidsterrein dat zo gedomineerd is geweest door deze beginselen een ingrijpende ontwikkeling. Men zou dit ook zo kunnen zien. Deze beginselen zijn nog wel leidend, maar hebben een andere betekenis gekregen. Hun betekenis wordt vandaag veel meer dan vroeger mede bepaald door anderen dan de beroepsbeoefenaren. Dit geldt temeer daar de individuele behandelrelatie tussen een patiënt en een professional het sluitstuk vormt van een lange sturingsketen. De gevolgen van beleidsbeslissingen worden vaak in die relatie zichtbaar.

Op dit terrein zijn wetten tot stand gebracht: de Wgbo en de Wet BIG. Verder is een zeer groot aantal beleidsmaatregelen op het terrein van VWS getroffen die rechtstreeks, hoewel niet altijd zo bedoeld, van invloed zijn op de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg: de regeling voor de indicatiestelling, privacywetgeving, keuzen met betrekking tot het verzekeringspakket, het Biesheuvel-beleid, WTG-maatregelen. En verder blijkt uit het Regeerakkoord dat de kwaliteit van de beroepsuitoefening een centraal element in het zorgbeleid is geworden.

Toch is het niet zo dat de overheid een directief beleid voert als het gaat om professionalisering en beroepsuitoefening. Uitgaande van het adagium van de professionele autonomie, de vrijheid van onderwijs en een geliberaliseerde arbeidsmarkt, heeft de rijksoverheid zich over het algemeen terughoudend opgesteld. Zo is in Nederland het overheidsbeleid ten aanzien van de beroepskrachtenplanning gevoerd in overleg met de beroepsgroepen (onder andere in de vorm van een capaciteitsorgaan).

6.2 Probleemstelling

In het regeerakkoord wordt de stelling betrokken dat "de kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners". De gemotiveerdheid van de hulpverleners is een belangrijke factor voor de volksgezondheid. De afgelopen jaren worden de signalen die wijzen op gevoelens van onvrede op de werkvloer sterker. De fall out van beleidsbeslissingen, de werkdruk en een discrepantie tussen prestatie en inkomen vormen een niet-motiverende combinatie.

Dit kan wijzen op een belangrijk probleem in een sector die nu eenmaal is aangewezen op professionaliteit. En ook een overheid die afhankelijk is van de professional als het gaat om doelmatigheid, kwaliteit en effectiviteit heeft dan een probleem.

Het is een illusie te denken dat dit probleem volledig langs de indirecte weg van instellingen (budgetten), verzekeraars, loondienst, wettelijke regeling van bijvoorbeeld indicatiestelling, kan worden opgelost. Het zou bovendien niet juist zijn de hierboven genoemde ontwikkelingen a t/m e als uitsluitend negatief te zien. Zij kunnen ook positief werken op de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

De overheid zal de beroepsbeoefenaar weer als partner moeten zien. De beroepsbeoefenaar zal de overheid ter zijde moeten staan bij het realiseren van politieke wensen op het vlak van de keuzemogelijkheden, de transparantie, de wachtlijsten, de doelmatigheid, de kwaliteit en de efficiëntie. Zo zal de individuele beroepsbeoefenaar bereid moeten zijn terughoudendheid en gepast gebruik te bevorderen in zijn indicatie- en selectiebeleid en niet 'defensief' te zijn. Van haar kant zal de overheid een stimulerend beleid op het terrein van de beroepsuitoefening moeten voeren. In ieder geval zal in het overheidsbeleid meer evenwicht moeten ontstaan tussen professionaliteit en financieel-economische aspecten. In dit verband is het de vraag of de bestaande aanbodsturing en de krapte die daarvan het resultaat is, niet mede oorzaak is van de gegroeide situatie. Zou een sturing vanuit de vraag op kwaliteit tot betere resultaten leiden?

Het beleidsprobleem is: hoe het partnership van politiek en professional te ontwikkelen, hoe de dreigende demotivatatie het hoofd te bieden, hoe de kwaliteit van de behandelrelatie positief te beïnvloeden? Hoe kan de negatieve beeldvorming rond de in 6.1 genoemde ontwikkelingen in positieve richting worden omgebogen? Onderdeel van dit probleem vormt het vigerend sturingsparadigma op dit terrein: dat schrijft een terughoudende overheid voor. Probleem is dan ook: hoe dit cultuurkenmerk van de Nederlandse gezondheidszorg te benutten? Zo kan men zich afvragen hoe de overheid zich op een positieve wijze met de beroepsethiek zou kunnen bemoeien.

6.3 Beleidsvragen en adviesdomein

Uit deze probleemstelling vloeien de volgende beleidsvragen voort.

1. *Feiten*

- Welke exogene krachten werken in op de beroepsbeoefenaar, wat zijn de oorzaken en de gevolgen van deze krachten en hoe zal dit zich ontwikkelen in de komende jaren?
- Hoe is het gesteld met de professionele autonomie in de Nederlandse gezondheidszorg en hoe verhoudt zich deze waarde tot andere waardesystemen?
- Hoe is de Nederlandse situatie op deze twee punten vergeleken met die in omliggende landen en wat zou Nederland kunnen ondernemen?
- Op welke onderdelen van het VWS-beleid (en dat van bijvoorbeeld Justitie) zijn negatieve invloeden op professionalisering mogelijk?

2. *Analyse*

- Welk oordeel kan aan de feiten worden verbonden, mede in vergelijking met andere beleidsterreinen en met andere landen?
- Welke verwachting over de nabije toekomst vloeit hieruit voort?

3. *Advies*

- Welke beleidsstrategieën, in het bijzonder met betrekking tot het object van overheidssturing, zijn te onderscheiden en wat zijn hun effecten op termijn?
- Op welke wijze kunnen contra-productieve effecten van beleid worden voorkomen?
- Welke acties dient de rijksoverheid te ondernemen?
- Hoe moet het implementatie-programma er uit zien?

De Raad zal in een voorstudie eerst de vragen naar de feiten beantwoorden en daaraan voorlopige conclusie en oordelen verbinden. Op basis hiervan zal een concreet beleidsadvies kunnen worden geschreven.

De Raad richt het advies op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en hij concentreert zich op de (para)medische en de verpleegkundige beroepen. Relevante wetgeving is onder meer: AWBZ/ZFW, WIG, Wgbo, Kwaliteitswet en

Wet BIG.

In principe worden alle sectoren van de gezondheidszorg in het advies meegenomen, ongeacht de financieringswijze.

Bij het beantwoorden van de vragen, zal de RVZ rekening houden met sekse-specifieke factoren (mannenberoepen, vrouwenberoepen, sterke verschuivingen op dit vlak). TECENA kan hierbij een ondersteunende rol spelen.

6.4 Functie advies

De Raad wil met zijn advies op vier manieren bijdragen aan de politieke besluitvorming op dit terrein.

1. Nagaan hoe ernstig de signalen van onvrede zijn.
2. Bijdragen aan het totstandkomen van een partnership politiek-professionals, waarin de laatsten bereid zijn publieke taken uit te voeren als beleidsactor.
3. Leveren van een beleidsperspectief voor in het Regeerakkoord genoemde maatregelen, zoals werkdrukvermindering, arbeidsmarktbeleid, doelmatigheid, praktijkondersteuning huisartsen, goodwillproblematiek specialisten en wachttijden.
4. Stimuleren van de parlementaire discussie over het onderwerp professionalisering en het op de politieke agenda krijgen van het onderwerp, bijvoorbeeld in de vorm van een debat over het regeringsstandpunt over het advies.

De Raad zal zich hierbij ook moeten richten tot patiënten en verzekeraars die belanghebbenden zijn als het gaat om professionalisering. Zij zullen immers een belangrijke rol spelen ten aanzien van het partnership politiek-professionals. Hoewel het advies gevraagd is door de minister van VWS, kan het ook een functie vervullen voor de betrokken actoren in het veld: zorgaanbieders, verzekeraars, patinten. Het kan ertoe bijdragen dat de eigen verantwoordelijkheid van actoren wordt vergroot.

6.5 Programmering

Over de hieruit voortvloeiend programmering van het advies kan dit worden gezegd.

Het is gewenst dat het nieuwe kabinet over niet al te lange tijd opnieuw in gesprek raakt met de beroepsbeoefenaren. Als start zou een invitational conference een nuttige functie kunnen vervullen. Hierbij zou de voorstudie van de RVZ (zie

6.3) een rol kunnen spelen.

Met het opstellen van deze voorstudie zou de Raad kunnen wachten op de publicatie van een rapport van het CBG over een vergelijkbaar onderwerp (inventarisatie en evaluatie Wgbo-vragen op de werkvloer in de caresector), geschreven in opdracht van het ministerie van VWS.

Het adviesproces ziet er dan zo uit:

- *oktober 1998 - april 1999*: voorstudie; samenwerking RVZ-CBG; voorbereiding conferentie;
- *april - juni 1999*: één of meer invitationale conferenties met thematische verslaglegging ten behoeve van advies;
- *september - november 1999*: opstellen beleidsadvies;
- *begin 2000*: parlementair debat naar aanleiding van regeringsstandpunt over advies.

Het publicatiemoment is 3 december 1999.

6.6 Relevante andere publicaties en instanties

De Raad zal met het CBG samenwerken. Verder zullen de beroepsorganisaties, maar ook andere (koepel-)organisaties, een rol moeten spelen in het proces. Ook de Inspectie Gezondheidszorg zal door de Raad worden geraadpleegd. Bij de universiteiten van Leiden en Rotterdam is, in opdracht van VWS, onderzoek gedaan op dit terrein. De Raad zal hiervan gebruik maken.

Bij het voorbereiden van zijn advies, zal de Raad gebruik maken van de ervaringen die elders zijn opgedaan met "deprofessionalisering", onder andere binnen het onderwijs. Meer in het algemeen zal de Raad het advies opzetten vanuit een breed sociaal-cultureel perspectief.

Relevant ander advies van de RVZ is Vergrijzing en ontgroening (1998). Het advies over professionalisering kan worden beschouwd als een vervolg daarop.

6.7 Literatuur

Medisch Contact (themanummer). Artikelen van Spreeuwenberg, Den Hartogh, Van Boxtel, De Vries en Legemaate over

"professionele verantwoordelijkheid". Medisch Contact 44,

1997, p. 1382-1398.

Weggeman, M.C.D.P. Professie en management. Soleren en samenspielen. Medisch Contact, 5, 1997, p. 162-164.

Bijlage 2

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Drs. J.C. Blankert

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Mw. prof. dr. J.P. Holm

Mw. J.M.G. Lanphen, huisarts

Drs. E.H.T.M. Nijpels

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 3

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Dit advies werd voorbereid onder verantwoordelijkheid van de raadsleden:

- Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove- Vanhorick (tot 01 01 2000)

De voor dit advies ingestelde projectgroep bestond uit de volgende leden:

- Mw. mr. G.P.M. Raas, projectleider
- Drs. J. van Hasselt, projectmedewerker
- Mw. mr. drs. S.M. Kienhuis, projectmedewerker (tot 01 08 1999)
- Mw. drs. G.J.C. aan de Stegge, projectmedewerker
- Mw. M.M. van Heijningen, projectsecretaresse

In het kader van de adviesvoorbereiding werd een aantal bijeenkomsten georganiseerd:

1. Klankbordgroep: 9 september en 30 november 1999.
2. Invitational conference: 19 november 1999.
3. Expertmeeting Gender en professionals in de gezondheidszorg, georganiseerd in samenwerking met de Tijdelijke Expertisecommissie Emancipatie in het Nieuwe Adviesstelsel (TECENA): 14 september 1999.

Verder werden voor de drie beroepsgroepen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten gesprekken gevoerd met deskundigen. In opdracht van de Raad zijn de gesprekken voor de beroepsgroep artsen gevoerd door de heer L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA, van LSJ Medisch Projectbureau.

Samenstelling klankbordgroep

- Dr. Th.M.G. van Berkesteijn, arts, voormalig secretaris-generaal van de KNMG, tegenwoordig werkzaam als secretaris van het Comité Permanent des Médecins Européens
- Drs. P.C.M. van Dijk, adviserend geneeskundige bij ZAO Zorgverzekeringen Amsterdam

- Prof. dr. P.J.M. Helders, hoogleraar fysiotherapie en hoofd van de afdeling fysiotherapie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht
- Mw. H. Hillmann, directeur Landelijk Centrum voor Verpleging & Verzorging (LCVV)
- Prof. dr. H.J. Huisjes, decaan, faculteit der Medische Wetenschappen, Groningen
- Dr. G.J.M. Hutschemaekers, werkzaam bij het Trimbos-instituut, auteur van Beroepen in beweging: over een herordening van beroepen in de ggz
- Drs. Fr.C.A. Jaspers, lid Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Groningen
- Prof. dr. N.S. Klazinga, hoogleraar in de sociale geneeskunde, Universiteit van Amsterdam
- P.J.M. Koopman, directeur Stichting Adhesie, GGZ Midden-Overijssel, voorzitter van de Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV)
- Prof. mr. J. Legemaate, hoogleraar gezondheidsrecht, instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit in Rotterdam
- Prof. dr. P.L. Meurs, lid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, hoogleraar Beleid en Management van de Erasmus Universiteit in Rotterdam
- Prof. dr. H. Philipsen, College van Bestuur en hoogleraar Medische Sociologie van de universiteit Maastricht.
- Dr. A.J.M. Roex, senior-adviseur bij Berenschot, was één van de projectleiders van het experiment 'alternatieve specialistenhonorering' Noord-Holland Noord en co-auteur van het boek Honorering, werklast en motivatie van medisch specialisten in balans
- F.B.M. Sanders, algemeen voorzitter van de Orde van Medische Specialisten
- Mr. J.J. van Uchelen, vice-voorzitter van de rechtbank in Zwolle en voorzitter van het tuchtcollege aldaar
- Drs. P.H. Vree, Inspectie voor de Gezondheidszorg

Deelnemers aan de Invitational Conference

Voorzitter:

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick, raadslid

Algemene Vergadering Verplegenden en Verzorgenden:

- B. Vogel
- Drs. L.A. Voogt
- P.J.M. Koopman

GGZ Nederland:

- Mw. C.E. Linssen

Inspectie voor de Gezondheidszorg:

- Mr. H. Plokker
- R.N.W. Smeets, psychiater

Koninklijke Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie:

- Prof. dr. M. Mulder
- Mw. J. Schut

Landelijke Centrum Verpleging & Verzorging:

- Mw. H.M. Gelderblom-Lankhout

Landelijke Huisartsen Vereniging:

- Dr. E. Sietsma

Landelijke Vereniging voor GGD'en:

- I.N.M. Maas

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband:

- Drs. W.P. Kingma, arts

Landelijke Vereniging voor Thuiszorg:

- Drs. M.G.J. van Alderwegen

Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg:

- Drs. C.M.F. Jessen

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen:

- P.C.H.M. Holland, arts

Nieuwe Unie '91:

- Mw. A. Cremers

Orde van Medisch Specialisten:

- F.B.M. Sanders

Woonzorg Federatie:

- Drs. J. van der Spek

Zorgverzekeraars Nederland:

- A.L.J.E. Martens

Deelnemers aan de TECENA – RVZ-expertmeeting

Dagvoorzitter:

- Mw. prof. dr. J. van Doorne-Huiskes, voorzitter
TECENA

TECENA-leden:

- Mw. dr. Ph. Essed
- Mw. mr. C.H.S. Evenhuis
- Dr. J.J. Schippers

TECENA-secretariaat:

- Mw. I.E.C. Blans
- Mw. drs. B. des Bouvrie

RVZ-leden:

- Mw. M.J.M. Le Grand-v.d. Bogaard
- Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

RVZ-secretariaat:

- Mw. mr. G.P.M. Raas
- Mw. drs. G.J.C. aan de Stegge

Deelnemers:

- Mw. prof. dr. J.M. Bensing, directeur van het NIVEL
- Mw. E. Carter, MBA, algemeen directeur RIAGG Maastricht
- Mw. J. van Duyn van der Pol, fysiotherapeut, voormalig voorzitter van de KNGF
- Mw. dr. J. Gremmen, wetenschappelijk onderzoeker bij de Universiteit Utrecht
- Prof. E.V. van Hall, emeritus hoogleraar verloskunde en gynaecologie Leids Universitair Medisch Centrum
- Drs. J.L.M. van de Heuvel, hoofd van de afdeling beroepen en opleidingen bij het ministerie van VWS
- Mw. dr. M. Keizer, freelance onderzoeker
- Mw. prof. dr. T. Lagro-Janssen, hoogleraar vrouwenstudies geneeskunde, huisarts
- Mw. prof. dr. J. van Mens-Verhulst, hoogleraar in de vrouwenhulpverlening aan de Universiteit voor Humanistiek, tevens docent in de gezondheidspsychologie van de Universiteit Utrecht
- Mw. dr. G. Noordenbos, universitair docent, verbonden aan het Joke Smit Instituut vrouwenstudies van de Universiteit Leiden en voor één dag in de week aan de sectie vrouwenstudies geneeskunde van de Universiteit Maastricht.
- Mw. dr. M.E. Ott, hoofd van de afdeling Personeels- en Arbeidsvraagstukken van NZi
- A.H. Overbeek, projectleider Opportunity in de gezondheidszorg
- Mw. drs. M.J. Smits, post-doctoraal onderzoeker aan de Universiteit Maastricht, vakgroep Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte
- Mw. W.A.H.J. van Stiphout, oud-voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen

Gesprekspartners voor de beroepen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten

- J.H. Bakker, MHA, St. Universitaire en Algemene Kinder- & Jeugdpsychiatrie
- E. Briët, hoogleraar Hematologie, AMC
- J. de Bruyne, huisarts te Leiden
- Drs. P. Buys, LVFD
- H. Bijlsma, LVFD
- Prof. dr. J. Dekker, NIVEL
- Dr. R.J.M. Dillmann, arts, secretaris KNMG
- Dr. A.S.M. Dofferhoff, internist, Canisius Wilhelmina ziekenhuis Nijmegen

- Mw. dr. A.C. Engelberts, kinderarts Diaconessenhuis Leiden
- A.P.M. van Groeningen
- F. Gribnau, lid Raad van bestuur patiëntenzorgzaken, AZN St. Radboud Nijmegen
- Prof. dr. M. Grijpdonck, hoogleraar verplegingswetenschap
- R.H.M. Hendriks, voorzitter Raad van Bestuur Zorg en Zekerheid zorgverzekeraar Leiden
- Prof. dr. P.J.M. Helders, hoogleraar fysiotherapie en hoofd van de afdeling fysiotherapie van het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht
- Mw. H. Hillman, directeur LCV&V
- Prof. dr. P. DeJonckere, afd. Foniatrie van het Academisch ziekenhuis Utrecht
- Th.A.G. Koekenbier, St. TZ/IGZ, ministerie van VWS
- mw. drs. I. Klootwijk
- P.J.M. Koopman, voorzitter AVVV
- Mw. drs. J. de Lange, Trimbos-instituut
- F. Luning
- M. van Lijf, LVFD
- Prof. dr. H. Obertopf, hoogleraar Algemene Heelkunde en voorzitter divisie Heelkunde, AMC
- Prof. dr. R.A.B. Oostendorp, wetenschappelijk directeur Npi
- Mr. R. Peters, arts, medisch directeur Kennemer Gasthuizen Haarlem
- Mr. H. Plokker, arts, St. TZ/IGZ, ministerie van VWS
- Dr. A. Pool, NIZW
- Prof. dr. A.A. de Roo, voorzitter NVVz
- Mw. H.E.M. Sales, St. Thuiszorg Twente
- P.H.P. Spronken, psychiater, voorzitter Raad van Bestuur GGZ 's-Hertogenbosch
- G.J. Stikma, LVFD
- Mw. mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers, directeur AZ-VU
- B. Vogel, LUMC Leiden
- Mw. drs. M.M. Wagenaar-Fisher, hoofd afdeling JGZ GGD Zeist
- Dr. W.H.J.M. Wientjens, voorzitter Cliëntenraad Academische ziekenhuizen en voorzitter Diabetes Vereniging Nederland

Bijlage 4

Achtergrondnota

Inhoudsopgave

	Inleiding	77
1	Cijfers over werkenden in de gezondheidszorg	79
1.1	Inleiding	79
1.2	Aantal werkzame personen in de zorgsector	79
1.3	Beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg	81
1.4	BIG-beroepen	81
1.5	Verhouding tussen werkzame artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten en de overige werkenden in BIG-beroepen	85
2	Professionals, professies en professionalisering	86
2.1	Professionals	86
2.2	Een functionalistische benadering van professie en professionalisering	88
2.3	Een contextualistische benadering van professie en professionalisering	90
2.4	Conclusie	93
3	Professionele autonomie	95
3.1	Inleiding	95
3.2	Autonomie	96
3.3	Professionele autonomie	97
3.4	Reikwijdte van professionele autonomie	101
3.5	Professionele autonomie en professionele standaard	102
3.6	Professionele autonomie en professioneel statuut	104
3.7	Het begrip professionele autonomie ter discussie	104
3.8	Conclusie	106
4	Wet- en regelgeving en professionele autonomie	109
4.1	Inleiding	109
4.2	Wetgeving	110
4.3	Wetgeving gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar	111
4.4	Wetgeving gericht op de (kwaliteit van de) organisatie van de gezondheidszorg	117
4.5	Regelgeving vanuit de beroepsgroep; protocollen, standaarden en richtlijnen	120
5	Managed care en disease management en professionele autonomie	124
5.1	Inleiding	124
5.2	Kenmerken van managed care en disease management	125

5.3	Betrokkenen bij managed care en disease management	126
5.4	Invloed op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren	131
5.5	Conclusie	132
6	Professionaliteit	134
6.1	Inleiding	134
6.2	Professionaliteit	134
6.3	Professionaliteit en gender	135
6.4	Conclusie	136
7	Artsen	138
7.1	Inleiding	138
7.2	Kennisdomein en professionele autonomie	138
7.3	Professionele autonomie van de arts en kostenbeheersing	140
7.4	Professionalisering	142
8	Verpleegkundigen	153
8.1	Inleiding	153
8.2	Professionele autonomie	153
8.3	Professionalisering	155
9	Fysiotherapeuten	160
9.1	Inleiding	160
9.2	Fysiotherapeuten en professionele autonomie	160
9.3	Fysiotherapie en professionalisering	162

Inleiding

Deze bijlage is geschreven in het kader van de voorbereiding van het advies over professionals in de gezondheidszorg. Ze heeft als doel inzicht te geven in actuele discussies over een aantal kernbegrippen die samenhangen met het advies. Het eerste hoofdstuk bevat cijfers over het aantal werkenden in de gezondheidszorg.

Zoals blijkt uit het werkprogramma en de te beantwoorden beleidsvragen zijn kernbegrippen in dit advies onder meer 'professionals' en 'professionele autonomie'. Deze termen blijken nauw samen te hangen met de begrippen 'professie', 'professionalisering' en 'professionaliteit'. In de eerste hoofdstukken worden deze begrippen verkend. De hoofdstukken sluiten af met een conclusie en de definiëring van de begrippen zoals de Raad die in het advies gebruikt.

In afzonderlijke hoofdstukken wordt ingegaan op de invloed van wet- en regelgeving op de professionele autonomie en op de relatie tussen managed care, disease management en professionele autonomie.

Vervolgens wordt voor de drie beroepsgroepen afzonderlijk ingegaan op vraagstukken die in samenhang met de hiervoor genoemde begrippen in het bijzonder van belang zijn. Zoals nog zal blijken, zijn dat voor de artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten specifieke en verschillende onderwerpen.

1 Cijfers over werkenden in de gezondheidszorg

1.1 Inleiding

Het advies heeft specifiek betrekking op drie categorieën beroepsbeoefenaren: artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Dit hoofdstuk van de achtergrondnota bevat ter illustratie informatie over het aantal werkenden in de gezondheidszorg. Eerst wordt ingegaan op het totaal aantal werkzame personen in de zorgsector. Daarna worden cijfers weergegeven voor het aantal werkenden in beroepen die geregeld zijn in het kader van de Wet BIG. Tenslotte worden de aantallen werkzame beroepsbeoefenaren genoemd in de drie in dit advies bestudeerde categorieën en wordt ingegaan op de verhouding van deze beroepsgroepen tot de overige werkenden in BIG-beroepen.

De weergegeven cijfermatige informatie is afkomstig uit de volgende bronnen:

- ‘Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999’;
- ‘Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999’, voor wat betreft het aantal verpleegkundigen en verzorgenden.

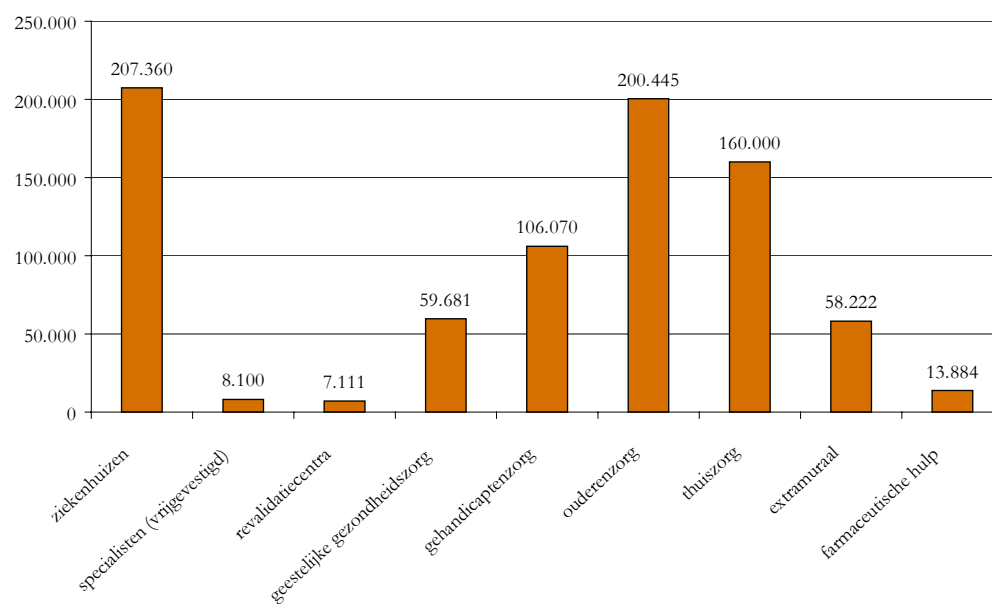
1.2 Aantal werkzame personen in de zorgsector

In 1998 bedroeg het aantal werkzame personen in de zorgsector ongeveer 820.873. Tabel 1.1 geeft de verdeling weer naar sector. Figuur 1.1 laat de verdeling grafisch zien.

Tabel 1.1 Totaal aantal werkzame personen zorgsector (1998)

Sector	Aantal werkzame personen
Ziekenhuizen	207.360
Specialisten (vrijgevestigd)	8.100
Revalidatiecentra	7.111
Geestelijke gezondheidszorg	59.681
Gehandicaptenzorg	106.070
Ouderenzorg	200.445
Thuiszorg	160.000
Extramuraal	58.222
Farmaceutische zorg	13.884
Totaal	820.873

Figuur 1.1 Aantal werkzame personen in de zorgsector



1.3 Beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg

Het aantal werkenden in de individuele gezondheidszorg is om een aantal redenen niet nauwkeurig aan te geven. In de eerste plaats is de omschrijving ‘werkend in de individuele gezondheidszorg’ niet synoniem met ‘werkend in een BIG-beroep’. Bij de invoering van de Wet BIG is er voor gekozen om alleen beroepen, die aan alle te stellen criteria voldoen, onder de wet te regelen. Hierdoor is een aantal beroepsgroepen waarvan de leden feitelijk wel in de individuele gezondheidszorg werkzaam zijn, zoals operatieassistent, anesthesiemedewerker, klinisch perfusionist en gipsverbandmeester, niet begrepen onder de ‘BIG-beroepen’.

Voor acht BIG-beroepen is een BIG-register ingesteld, waaraan onder meer cijfermatige informatie kan worden ontleend. Gegevens over andere BIG-beroepen moeten uit verschillende overzichten worden afgeleid.

Verder geldt dat de gegevens uit de BIG-registratie niet zonder meer bruikbaar zijn, omdat een aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren niet daadwerkelijk in het beroep werkzaam is. Een bijkomend probleem is dat voor een aantal BIG-beroepen registratie in meerdere registers kan voorkomen. Zo kunnen bijvoorbeeld psychiaters zowel in het register voor arts (en in het specialistenregister voor psychiater) ingeschreven zijn als in een ander register, bijvoorbeeld voor psychotherapeut. Om die reden zijn de gegevens over de psychotherapeut, alsook over de gezondheidszorgpsycholoog buiten beschouwing gelaten.

1.4 BIG-beroepen

Met in acht neming van genoemde beperkingen wordt hier een schatting gegeven van het aantal werkzame personen in onder de Wet BIG geregelde beroepen. Het gaat in 1998 om ongeveer 266.549 personen. Tabel 1.2 geeft de onderverdeling naar beroepen. Figuur 1.2 geeft dit grafisch weer.

Tabel 1.2 Aantal werkenden in BIG-beroepen (1998)

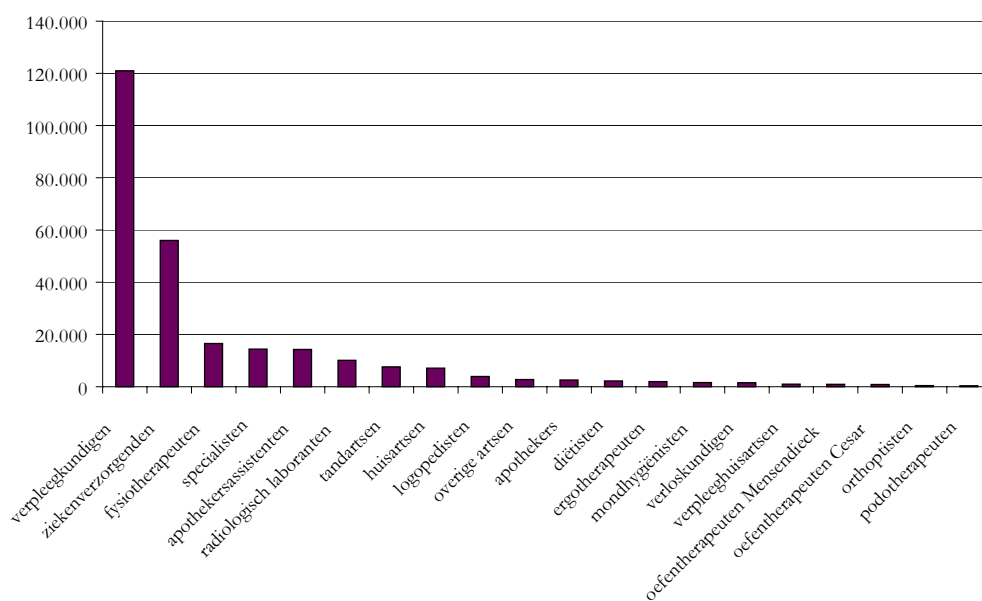
Sector	Aantal werkzame personen
Verpleegkundigen (1997, geschat)	121.000
Huisartsen	7.086
Specialisten	14.345
Verpleeghuisartsen	942
Overige artsen	2.729
Tandartsen	7.542
Apothekers	2.533
Verloskundigen	1.506
Fysiotherapeuten	16.535*
Ergotherapeuten	1.915
Logopedisten	3.880
Diëtisten	2.172
Mondhygiënisten	1.570
Oefentherapeuten Cesar**	870
Oefentherapeuten Mensendieck**	900
Orthoptisten	359
Podotherapeuten	355
Radiologisch laboranten	10.100
Ziekenverzorgenden***	56.000
Apothekersassistenten	14.210
Totaal	266.549

* waarvan 4.500 intramuraal (geschat)

** in het kader van de Wet BIG wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen oefentherapeuten Cesar en Mensendieck. De BIG-titel is: oefentherapeut

*** in alle overzichten wordt nog ziekenverzorgende gebruikt. In het kader van de Wet BIG is de titel gewijzigd in: verzorgende in de individuele gezondheidszorg

Figuur 1.2 Aantal werkenden in BIG-beroepen (1998)

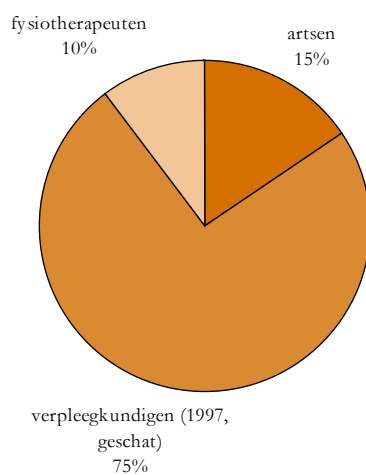


Tabel 1.3 geeft de aantallen werkzame beroepsbeoefenaren voor de drie in het advies bestudeerde beroepsgroepen. Figuur 1.3 geeft de verhouding weer tussen deze beroepsgroepen.

Tabel 1.3 Aantal werkzame artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten (1998)

Beroepsgroep	Aantal werkzame personen
Artsen	25.102
Verpleegkundigen (1997, geschat)	121.000
Fysiotherapeuten	16.535
Totaal	162.637

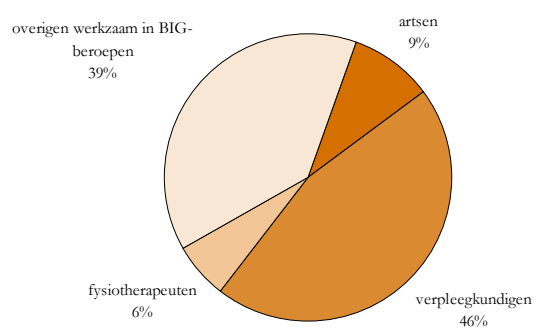
Figuur 1.3 Verhouding aantallen artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten (1998)



1.5 Verhouding tussen werkzame artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten en de overige werkenden in BIG-beroepen

Figuur 1.4 geeft de verhouding weer tussen het aantal werkzame artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten en de overige werkenden in BIG-beroepen.

Figuur 1.4 Verdeling aantallen artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en overigen werkzaam in BIG-beroepen (1998)



2 Professionals, professies en professionalisering

2.1 Professionals

Volgens het Nederlandse woordenboek Van Dale is een 'professional' iemand die een bepaalde tak van sport als *beroep* beoefent. Het bijvoeglijk naamwoord 'professioneel' betekent volgens het woordenboek "van beroep", "aan een of het beroep eigen", "als gemaakt door een vakman" en "gemaakt voor of te gebruiken door een vakman". In de sport heeft het bijvoeglijk naamwoord 'professioneel' volgens van Dale een negatieve connotatie: "voortkomend uit koele berekening en daardoor hard, ruw en meedogenloos". 'Professionaliseren' wordt in van Dale omschreven als "tot beroep(s) maken".

Het begrip 'professional' wordt in veel literatuur impliciet gebruikt. Veelal wordt het gebruikt als synoniem voor 'iemand die een beroep uitoefent' of voor 'beroepsbeoefenaar'. Van een 'beroep' zijn tal van omschrijvingen in omloop. In van Dale wordt een 'beroep' omschreven als "maatschappelijke werkkring waarvoor men de vereiste bekwaamheid en of bevoegdheid heeft verkregen".

In een NIZW-publicatie worden onder andere Jager en Mok geciteerd¹. Volgens deze auteurs moet een 'beroep' worden gezien als een geïnstitutionaliseerd en gelegitimeerd kader rond een bepaald deel van de maatschappelijke arbeidsverdeling, dat een aantal mensen beschouwt als het domein dat hen toebehoort. Hover, die eveneens wordt geciteerd in deze publicatie, omschrijft een 'beroep' als "een geheel van met elkaar samenhangende (kern)taken, gemeenschappelijke aanvaarde theoretische en ethische uitgangspunten en beroepsmethodieken waarvan de aard en de onderlinge samenhang onafhankelijk zijn van de concrete werksituatie".

In de gezondheidszorg, maar ook daarbuiten, wordt een 'professional' vooral geassocieerd met kennis. Zo ziet Mintzberg² professionals als goed getrainde en geïndoctrineerde specialisten die een aanzienlijke mate van controle over hun eigen werk krijgen (Mintzberg, p. 199).

Aan het werk van Mintzberg is nog een aantal kenmerken (van het werk) van professionals af te leiden:

- professionals zijn experts op nauwkeurig omschreven gebieden;
- het werk van de professional is complex, waarvoor complexe vaardigheden en kennis vereist zijn die formeel geleerd kunnen worden;
- de professional is in zijn werk betrekkelijk onafhankelijk van zijn collega's maar werkt nauw samen met zijn cliënten;
- hoewel kennis en vaardigheden van professionals (in hoge mate) gestandaardiseerd kunnen worden, zijn ze zo ingewikkeld dat er voldoende ruimte overblijft om ze naar eigen inzicht toe te passen;
- in de opleiding worden kennis en vaardigheden van het beroep formeel ingeprogrammeerd in de toekomstige professional;
- professionals identificeren zich eerder met hun beroep dan met de organisatie waar zij dat beroep op een bepaald moment uitoefenen.

Managers zijn geen professionals volgens Mintzberg. Het werk van het management is volgens hem weliswaar complex, maar men heeft daar weinig inzicht in en daarom is formele training ook niet van groot belang. Managers moeten wel kennis en vaardigheden opdoen, maar een belangrijk deel van het werk is niet uit boeken te leren zodat management nauwelijks een beroep genoemd kan worden. Hij ziet het werk van de manager als meer ambachtelijk van aard: zij leren door te observeren en onder leermeesters te werken.

Weggeman (1997)³ omschrijft de professional als volgt: "Een professional is iemand die op grond van een breed geaccepteerde of een zich ontwikkelende beroepscode tot een bepaalde professie is toegelaten. Onder een professie wordt dan een beroep verstaan waarbinnen wetenschappelijke kennis wordt gecreëerd, gedragen en gebruikt. De groep beroepsbeoefenaren is daarbij beheerder, bewaker en bestuurder van die kennis". Hij onderscheidt twee typen professionals: de dominant improviserende professional (I-prof) en de dominant routinematig werkende professional (R-prof). Tot die laatste groep rekent hij veel rechters, chirurgen en violisten. De kenmerken van beide groepen professionals zijn in onderstaande tabel weergegeven.

De I-prof	De R-prof
Maakt nieuwe informatie	Overtreft (bestaande) normen
Doet dat vooral op basis van het vermogen kennis te genereren	Doet dat vooral op basis van ervaring
Onderscheidt zich in zijn werk door flexibiliteit en creativiteit	Onderscheidt zich in zijn werk door efficiency en concentratie
Vernieuwt voortdurend, eerst anders, dan beter	Verbeterd voortdurend, vandaag weer beter doen dan wat gisteren goed gegaan is

Uit: Leidinggeven aan professionals, Weggeman, 1997.

Andere auteurs leggen weer andere accenten in de omschrijving van een professional. “De ware professional beschikt over de capaciteit om tot zelfstandige keuzes te kunnen komen, onafhankelijk van anderen en zonder zich daarvan bewust te zijn. (..) Hij handelt uiteindelijk op grond van een beredeneerde beslissing die niet alleen stoelt op inhoudelijke (vak-)kennis maar getuigt van kritische zin.”⁴

Verder wordt een professional ook wel omschreven als iemand die een professie uitoefent (NIZW, 1999). De begrippen professie en professionalisering zijn in de sociologische literatuur uitgebreid omschreven. Daarbij worden verschillende benaderingen gehanteerd.

2.2 Een functionalistische benadering van professie en professionalisering

Volgens de zogenaamde kenmerkenbenadering, afkomstig uit de functionalistische school in de sociologie, beschikt een lid van een professie over in elk geval de vier volgende kenmerken:

- men is lid van een georganiseerde groep van beroepsbeoefenaren;
- men bezit specifieke kennis die men aanwendt voor individuele bijzondere gevallen;
- de toetreding tot de professie is middels een of andere examenregeling geregeld;

- men beschikt over een ethische gedragscode.

Zeer belangrijk in deze functionalistische opvatting van de professie is, dat de specifieke kennis waarover de professie beschikt voor de samenleving *belangrijke* kennis is, terwijl deze tegelijkertijd moeilijk toegankelijk is voor het publiek. Burgers schakelen de professie pas in, wanneer zij van deze kennis voor een cruciaal belang (het leven; een grote som geld; aanzienlijke schade) afhankelijk zijn.

Dit *vertrouwen op specifieke deskundigheid bij leden van een professie* van het publiek wordt door de samenleving *geinstitutionaliseerd* in de *erkenning* van een professie; deze erkenning kan op diverse wijzen tot uitdrukking komen: bijvoorbeeld in titelbescherming van het beroep, in de salarissen van de leden van de professie, of in gerichte subsidies om leden van de professie up-to-date te houden.

Binnen de functionalistische opvatting zou men *professionalisering* kunnen beschouwen als de ontwikkeling van een beroep tot professie; *professionalisering* is dan een ontwikkelingsproces met een herkenbaar begin- en eindpunt. Een beroep 'verdient' volgens de functionalistische opvatting de status van professie dus als het ware slechts langzaam. De leden van die professie 'verkrijgen' vervolgens een zekere status, naar de mate van het vertrouwen dat de samenleving in het beroep heeft.

Zoals beschreven dichten functionalisten aan een professie een aantal kenmerken toe. Hieruit is af te leiden dat zij uitgaan van een werkelijkheid waarin beroepen zich in een proces van voortgaande ontwikkeling door de tijd heen die kenmerken eigen maken, die aan de beoefenaren ervan op den duur het voorrecht geven van maatschappelijke erkenning als lid van een professie.

Veel auteurs over professies en professionalisering hanteren de voortgaande professionalisering als *kernbegrip* binnen hun theorie. Ondanks dat zij het eens zijn over dit kernbegrip, kunnen zij op tal van andere punten van mening verschillen.

Wat beschouwt men bijvoorbeeld als de *motor* van de professionalisering? Is dat het eigenbelang van de leden van de professies (Freidson⁵), of beschouwt men professionalisering als slechts één van de vele uitingsvormen van de modernisering van de samenleving? (Philipsen⁶, 1985).

Waarom komt de ene ontwikkeling na de andere en is dit niet andersom? Verloopt het professionaliseringsproces in alle beroepen min of meer gelijk, of kent ieder beroep een eigen ontwikkelingsgang? En tot slot: wat zijn de consequenties van professionalisering? Blijven deze beperkt tot leden van de professie zelf en tot het terrein waarop zij werkzaam zijn, of is er sprake van nog veel verder strekkende consequenties? En wie mag dan over die consequenties oordelen? Is dat voorbehouden aan de leden van de professie, of mag de gehele samenleving daarover meepraten? En welk effect mag zo'n oordeel op de professie hebben?

Het antwoord op deze vragen kan zeer verschillend zijn en is dat vaak ook. Toch delen alle auteurs die uitgaan van *voortgaande professionalisering als kernbegrip* in feite op twee punten een zelfde visie:

- inzake alle beroepen die als professie erkend zijn is er een moment waarop men zegt: er is een professie en er zijn leken en tussen die twee zit ergens een radicaal verschil;
- alle professies hebben een eigen waarde; sommige professies hebben een hogere status dan andere.

2.3 Een contextualistische benadering van professie en professionalisering

In het huidige wetenschappelijke klimaat is men geneigd niet langer functionalistisch, maar eerder contextualistisch te denken. Dat wil zeggen dat men van bepaalde abstracte begrippen niet langer aanneemt dat zij bestaande ontwikkelingen in de werkelijkheid uitdrukken en dus een realiteitskarakter dragen. Nee, men stelt die begrippen ter discussie en onderzoekt welke empirische vragen men rond die begrippen kan stellen. Dat is ook gebeurd met het begrip 'professie'.

Volgens Abbott⁷ bijvoorbeeld dient onderzoek naar professies niet langer de professie die men wil bestuderen als een onbetwist startpunt te kiezen. Abbott zou het onderzoek naar een professie juist willen starten bij de strijd over verdeling van concrete taken op de werkvloer tussen zogenaamde 'groups with common work'.

De vragen die dan moeten worden gesteld gaan over empirisch vast te stellen kwesties: de inhoudelijke verandering van het werk van bepaalde groepen mensen, de controle over het werk die aanleiding geeft tot conflicten tussen die groepen mensen en de steeds verder voortschrijdende differentiatie van het werk die kan leiden tot een zodanige ontwikkeling van een bepaalde groep uitvoerders, dat dit culmineert in het opkomen van een nieuwe professie.

In deze nieuwe benadering betekent de term 'professie' dus niet dat er een definitief en vaststaand eindpunt is bereikt van een proces in de tijd. De strijd om de juiste taakverdeling op de werkvloer heeft namelijk geen einde; die strijd is een historisch proces op zichzelf.

Abbott stelt dat hem in zijn eigen empirische studie naar professies gebleken is dat alleen die beroepen zich enige tijd als 'professie' kunnen handhaven, die in staat blijken te zijn over hun eigen taakstelling een abstract vertoog te creëren, waarin "oude problemen op een nieuwe wijze gedefinieerd worden" (p.30). Alle beroepen waarvan de leden niet tot een dergelijke abstractie in staat zijn, hoe nuttig, concreet of aangenaam de arbeid ook (geweest) mag zijn voor de samenleving, zijn of zullen in de geschiedenis als beroep ten onder (ge)gaan. Hooguit zijn zij voor heel korte tijd een 'professie'; ze zullen het nooit duurzaam blijven. Beroepen waarvan de leden wél tot abstractie in staat zijn, zullen de status van professie langer kunnen verdedigen.

Abbott stelt dat 'professionalisering' een begrip is dat heel verschillende uitingsvormen kent. Er bestaat niet één onderliggend en onderling vergelijkbaar proces onder de vorming van beroepen. Vijf basale veronderstellingen over professionalisering moeten op grond van empirische studie dus verworpen worden:

Er is bij professionalisering geen sprake van een 'common story' in steeds dezelfde richting

Een common story, zowel structureel als cultureel, achter/onder de diverse soorten professionalisering van diverse beroepen bestaat niet. Er bestaan bijvoorbeeld grote verschillen tussen staten inzake de ontwikkeling van professionele beroepen. Professionalisering als fenomeen is niet te begrijpen los van enige nationale politieke context.

Professies kunnen niet los van elkaar bestudeerd worden

Empirische studies tonen overtuigend aan dat professies zich vooral door interdisciplinaire contacten ontwikkelen.

De concrete taakverdeling in de empirie binnen 'groups with common work' is belangrijker voor de ontwikkeling van professies dan de sociale structuur en de cultuur van de afzonderlijke professionele groepen

Empirische studies tonen aan, dat het gevecht om de concrete gebiedstoedeling aan taken op de werkvloer de drijvende motor is achter de ontwikkeling van een professie. In theoretische werken over professionalisering verdwijnt dit dagelijkse werk doorgaans echter geheel naar de achtergrond, omdat aan belangrijk geachte voortrekkers en hun beroepsorganisaties teveel aandacht wordt geschonken.

Professies zijn intern geen 'homogene' groepen

Empirische studies tonen aan, dat er grote verschillen kunnen bestaan tussen de individuele leden van een professie in hun motieven en streven naar grotere professionaliteit.

Professionalisering is in zichzelf een historisch geladen proces; het blijft door de tijd heen niet hetzelfde

De tijd waarin professionalisering plaatsvindt heeft belangrijke effecten op de wijze waarop dit proces verloopt.

Vanwege deze bevindingen stelt Abbott voor het begrip professionalisering niet langer theoretisch te vooronderstellen, maar rond in de empirie plaatsvindende processen van professionalisering voortaan empirische vragen te stellen.

Die empirie is de basis van de studie naar beroepen in de GGZ van Hutschemaekers en Neijmeijer⁸. Daarin wordt gesteld dat professionalisering beroepen voortdurend aanzet hun domein te verdiepen en te verbreden. Die verbreding van het beroepsdomein heeft volgens de auteurs verschillende oorzaken. Bij de ene beroepsgroep wordt die verbreding ingegeven door nieuwe wetenschappelijke ontwikkelingen, bij een andere beroepsgroep wordt dit proces versterkt door de emancipatoire werking van de nieuwe beroepenwetgeving. Bij weer andere beroepsgroepen is die verbreding ontstaan als gevolg van de ruimte die ze krijgen door het werken binnen multidisciplinaire teams.

De verbreding van het beroepsdomein leidt volgens Hutschemaekers en Neijmeijer tot een opmerkelijke paradox. Het gevolg is niet dat beroepsgroepen zich meer van elkaar gaan onderscheiden, maar ze gaan juist een grotere overeenkomst vertonen. Ze gaan in menig opzicht sterker op elkaar lijken. Dat proces wordt door de auteurs aangeduid met de term 'professionaliseringsfuijk': hoe sterker het streven naar onderscheid, des te groter de overeenkomsten. Door het gebruik van elkaars kennis en kunde in de opleiding wordt een groeiende gelijkheid tussen beroepsgroepen in de hand gewerkt.

De bevindingen in de studie naar de GGZ-beroepen nopen de auteurs tot bespiegelingen over de toekomstige professional. Zij veronderstellen dat van het professionaliseringsideaal van de afgelopen honderd jaar, het streven van beroepen zich te ontwikkelen tot een professie, nog weinig terug te vinden zal zijn. Zij verwachten dat discussies over het eigene van het beroep en de verhoudingen met andere professionals voor beroepsbeoefenaren steeds minder een halszaak zullen worden. Ze sluiten dat echter niet uit. Het gevolg daarvan zal zijn dat deskundigheidsdomeinen zich voortdurend blijven uitbreiden, dat grensconflicten verder toenemen en de onderlinge afhankelijkheid van beroepsgroepen zal toenemen. Dan zal de professionaliseringsfuijk steeds klemmender worden.

Een ander scenario gaat uit van de veronderstelling dat beroepsgroepen aan de professionaliseringsfuijk weten te ontsnappen. In dat scenario gaan beroepsgroepen veel meer met elkaar samenwerken. De preoccupatie met de eigen professionele autonomie en het onderscheid met andere beroepsgroepen zal in dit scenario afnemen. Fusies tussen beroepsgroepen achten de auteurs dan niet uitgesloten: "Heel misschien zelfs zullen profielschetsen, beroepscode, et cetera niet langer het karakter houden van ideologische bespiegelingen, maar uitgroeien tot realistische documenten die aan de basis liggen van werkcontracten en overeenkomsten met derden."

2.4 Conclusie

De voorgaande beschrijvingen over met het advies samenhangende begrippen maken duidelijk dat de context waarin de begrippen gebruikt worden en de invalshoek van

waaruit ze benaderd worden, bepalend zijn voor de definitie. De definities zijn gekleurd door denkbeelden en opvattingen die in een bepaalde tijd opgeld doen. Dat geldt in het bijzonder voor een begrip als professie dat nauw verbonden is met termen als status en maatschappelijke erkenning.

Status en erkenning zijn weliswaar belangrijke maatschappelijke fenomenen rond professionals, maar ze zijn voor de in dit advies te beantwoorden beleidsvragen niet het vertrekpunt. Wel zijn ze van belang om ontwikkelingen binnen de drie beroepsgroepen van dit advies te kunnen plaatsen.

De twee belangrijkste begrippen die in dit verband voor het advies gedefinieerd moeten worden zijn 'professionals' en 'professionalisering'. De Raad heeft daarbij voorkeur voor een neutrale omschrijving van deze begrippen. Professionals, zo blijkt uit het voorafgaande, zijn er in vele soorten en maten. In dit advies gaat het niet over de professional als bestuurder of manager. Het gaat om professionals in de directe patiëntenzorg.

In dit advies gebruikt de Raad daarom de volgende definities:

Professional: een beoefenaar van een beroep in de individuele gezondheidszorg.

Professionalisering: het streven van individuele beroepsbeoefenaren en beroepsorganisaties naar verdere (kennis)ontwikkeling.

3 Professionele autonomie

3.1 Inleiding

Het begrip ‘professionele autonomie’ is evenals de begrippen ‘professional’ en ‘professionalisering’ niet eenduidig. De veelheid aan literatuur over dit onderwerp geeft verschillende opvattingen weer. Ook wordt de term niet steeds consequent gebruikt. Dat blijkt onder meer uit de volgende uitspraken: “Het begrip professionele autonomie wordt niet alleen gebruikt, maar ook misbruikt” en “Wanneer in medisch professioneel perspectief over professionele autonomie gesproken wordt, wordt dit begrip zelden gedefinieerd; waar dit wel gebeurt, biedt zij weinig verheldering”. Beide uitspraken zijn afkomstig uit een door de Erasmus Universiteit in Rotterdam in opdracht van het ministerie van VWS uitgevoerd onderzoek naar professionele autonomie⁹.

De studie maakt deel uit van een groter onderzoek onder de titel *Een dokter heeft ruimte nodig* naar aspecten van professionele autonomie. Ze bestaat uit drie delen en is vooral geschreven vanuit het perspectief van de individuele arts. Deel I van de Rotterdamse studie is getiteld: *Professionele autonomie; Vrijheid en verantwoordelijkheid; over begrippen en betekenissen, discussies en misverstanden*. Dit onderzoek, waarin nationale en internationale literatuur over dit onderwerp is verwerkt, wordt in deze notitie aangehaald als de ‘Rotterdamse studie’.

Naast de universiteit van Rotterdam heeft ook het Lindeboom Instituut over dit onderwerp een rapport opgesteld, met als titel: *Professioneel beheerst*¹⁰. Deze studie wordt hier aangehaald als de ‘Lindeboomstudie’.

Verder heeft de Katholieke Universiteit Nijmegen onderzoek verricht naar de plaats van de medisch-professionele autonomie in de rechtspraak en de betekenis van protocollen, richtlijnen, standaarden en gedragsregels voor de medisch-professionele autonomie. In deze notitie wordt vooral verwezen naar de dissertatie van Van Reijssen¹¹, één van de onderzoekers uit Nijmegen. Verder wordt op deze plaats genoemd de dissertatie van Keizer¹².

Zoals uit het bovenstaande al kan worden afgeleid, heeft de meeste literatuur over professionele autonomie in de gezondheidszorg betrekking op artsen. Er is relatief weinig

materiaal voorhanden voor de beroepsgroepen verpleegkundigen en fysiotherapeuten die eveneens tot het aandachtsgebied van het advies behoren. Gezien de uiteenlopende ontwikkelingen die genoemde beroepen doorgemaakt hebben en nog doormaken, is dit ook niet zo verwonderlijk. Professionele autonomie bevindt zich voor elk van de genoemde beroepen in een andere fase van ontwikkeling.

3.2 Autonomie

Bestaande omschrijvingen van ‘professionele autonomie’ leggen meestal een relatie met de begrippen ‘autonomie’ en ‘professie’. Genoemde termen worden hier kort tegen het licht gehouden, met als doel iets te verklaren van de achtergronden van het begrip ‘professionele autonomie’. Voor deze paragraaf is vooral gebruik gemaakt van de eerder genoemde publicatie van Van Oorschot c.s.

‘Autonomie’ is een veel gebruikt woord. Het kan betrekking hebben op individuen, groepen, of processen. In alle gevallen geeft het uitdrukking aan een relatie met de omgeving die gekenmerkt wordt door een zekere mate van zelfstandigheid en onafhankelijkheid. Bij *menselijke* individuen en groepen, waartoe het aandachtsterrein in deze bijlage beperkt wordt, betekent autonomie het recht op zelfbeschikking, dat tot uiting komt in de mate waarin het individu of de groep over de mogelijkheid beschikt om onafhankelijk van anderen keuzes te maken, beslissingen te nemen of handelingen te verrichten.

Van Dale zegt over autonomie onder meer het volgende: 1. vrijheid om *eigen wetten* te volgen, onafhankelijkheid. 2. In het staatsrecht: bevoegdheid van rechtsgemeenschappen van lagere orde dan de staat *algemeen bindende voorschriften te geven in eigen aangelegenheden*.

Deze bevoegdheid veronderstelt bij het individu of de groep de aanwezigheid van de noodzakelijke capaciteit om de geclaimde onafhankelijkheid feitelijk te kunnen realiseren. Het autonomiebegrip heeft daardoor naast een relationele, maatschappelijke component, ook een individu- of groepsgebonden aspect. In die zin kan bijvoorbeeld gesproken worden van ‘persoonlijke autonomie’ en van een ‘autonome persoon’. De individu- of groepsgebonden component van

autonomie veronderstelt een *kritische zelfreflectie* en het *zich rekenschap geven* van eigen handelen in relatie tot anderen. Autonomie kan aldus beschouwd worden als een persoonlijke eigenschap van mensen of een eigenschap van groepen. Mensen zullen er in beginsel naar streven hun persoonlijke autonomie zo goed mogelijk te realiseren. De mate waarin ze hierin slagen is echter verschillend en onder meer afhankelijk van persoonlijke aanleg en vaardigheden, die door gerichte training zijn te optimaliseren en daarnaast ook van relevante aspecten van de omgeving.

Los van een persoonlijke autonomie in het functioneren als zelfstandig en onafhankelijk mens, kunnen zich, door gerichte opleiding en training, ook aspecten van autonomie ontwikkelen die te maken hebben met specifieke vaardigheden en deskundigheid, zoals deze in het beroepsmatig handelen van belang kunnen zijn. Hier kan gesproken worden van een beroep. Personen met gelijksoortige specifieke deskundigheden zullen zich veelal verenigen in een beroepsgroep. Samenhangend met de specifieke deskundigheid kunnen personen op dit terrein een autonome handelingsruimte verkrijgen die als zodanig door de maatschappij wordt erkend, waardoor het beroep een *professie* wordt.

3.3 Professionele autonomie

‘Professionele autonomie’ als begrip kan beschouwd worden als een meer of minder geslaagde synthese van de termen ‘autonomie’ en ‘professie’. Het heeft in ieder geval betrekking op autonomie in het beroepsmatig handelen van de individuele leden van een professie of van de professie als geheel. Toch geeft dit nog niet de gewenste duidelijkheid.

Het verschijnsel ‘professionele autonomie’ kan vanuit diverse invalshoeken benaderd worden. De Lindeboomstudie noemt een *empirisch sociologische* invalshoek naast een *normatieve* benadering. De Rotterdamse studie spreekt over een *juridische* invalshoek, naast een *sociologische*, een *morele* en een *medisch-professionele* benadering. Andere studies noemen weer andere invalshoeken.

In de Lindeboomstudie wordt de empirisch sociologische invalshoek verduidelijkt aan de hand van publicaties van onder

meer Freidson. Volgens deze socioloog is essentieel voor het verschijnsel professionele autonomie dat toekenning plaatsvindt van (een monopolie op) bepaalde bevoegdheden, rechten en privileges aan een beroepsgroep door de overheid als uiteindelijke bron van macht en autoriteit in de moderne samenlevingen. Hij stelt, geciteerd in de Lindeboomstudie: “Het enig werkelijk belangrijke en uniforme criterium waardoor professies zich van andere beroepsgroepen onderscheiden, is hun autonomie – een positie van wettige zeggenschap over het eigen werk. Deze autonomie is niet absoluut, afhankelijk als ze is voor haar voortbestaan van de tolerantie en zelfs de bescherming door de staat, en niet noodzakelijkerwijze alle terreinen van de beroepsactiviteit omvattend”.

Professionele autonomie heeft daarmee betrekking op de mate van zeggenschap over het eigen werk. Deze zeggenschap is volgens Freidson door de overheid gesanctioneerd en in het zorgstelsel vastgelegd. De voor professionele autonomie wezenlijke zeggenschap kan in zijn visie betrekking hebben op zowel de *technische uitvoering* van het eigen werk, als op de *politiek-economische organisatie* van het werk. Deze laatste kan van land tot land aanzienlijk verschillen.

Daarnaast beschrijft de Lindeboomstudie een normatieve invalshoek. Het gaat hier om de legitimiteit van de autonome positie van de individuele beroepsbeoefenaar. Deze komt tot uitdrukking in de professionele autonomie als beroepsideaal. Een normatieve beroepsstandaard of code vormt de basis op grond waarvan een volledige vrijheid van handelen in de beroepsuitoefening wordt geclaimd.

De Lindeboomstudie legt hier, onder meer met een verwijzing naar de Europese medisch-ethische code, een relatie met het begrip ‘roeping’. De professie claimt de vrijheid om haar roeping maximaal te vervullen. Men stelt echter dat de erkenning van de professionele autonomie moet volgen uit de aard van de professionele roeping zelf en dat eventuele claims gerelateerd moeten zijn aan de ruimte die de professie voor het vervullen van de roeping nodig heeft. In de roeping van bijvoorbeeld de arts staan de patiënt en zijn welbevinden dan centraal.

De onderzoekers stellen dat de discussie over professionele autonomie zich dan ook niet zozeer zou moeten fixeren op de vraag naar grenzen van die autonomie of de beperkingen die

daaraan moeten worden gesteld, maar dat men veel meer aandacht dient te geven aan de vraag onder welke voorwaarden de arts zijn roeping het beste kan vervullen.

De Rotterdamse studie maakt een onderscheid tussen de professionele autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar, i.c. de arts en de professionele autonomie van de beroepsgroep. Men constateert dat vanuit medisch professioneel perspectief geen eenduidigheid bestaat in de omschrijving van het begrip. Professionele autonomie gaat zowel om vrijheden als om beperkingen. Zij doen het volgende voorstel voor de omschrijving van professionele autonomie.

Onder professionele autonomie wordt verstaan een mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep verleent; voor de individuele arts gaat het om vrijheid en onafhankelijkheid in zijn beroepsmatig handelen binnen nader te specificeren grenzen. Voor de beroepsgroep als geheel betekent het dat zijzelf de inhoud en uitvoering van het professionele werk controleert en reguleert.

In de Rotterdamse studie wordt verder onder meer Spreuwenberg geciteerd die de volgende omschrijving geeft: “In zijn zuivere vorm houdt professionele autonomie in, dat de beroepsbeoefenaar binnen het kader van de door de professie gehanteerde normen en waarden soeverein is in zijn beroepsmatig handelen en daarvoor zelf de verantwoordelijkheid draagt.

Toegepast op artsen betekent dit dat zij vrij zijn in de keuze van hun therapie, inclusief medicatie, hun diagnostiek en hun wijze van begeleiding, dat patiënten vrij zijn in de keuze van hun arts en dat er een beroepsgeheim is”. Het genoemde beroepsgeheim is één van de bedoelde beperkingen, met verder onder meer de patiëntenrechten, de aangifteplicht ten aanzien van besmettelijke ziekten en het tuchtrecht. Men concludeert dat vanuit medisch-professionele invalshoek professionele autonomie geen absolute vrijheid betreft.

De Rotterdamse studie benadert zoals gezegd professionele autonomie eveneens normatief, maar meer vanuit ethisch perspectief. Men noemt in navolging van Freidson drie claims ter rechtvaardiging van professionele autonomie:

- het professionele werk impliceert speciale kennis en kunde, die niet toegankelijk is voor evaluatie en regulering door niet-professionals;
- professionele beroepsbeoefenaren kennen hun verantwoordelijkheid, ze zijn te vertrouwen als het gaat om gewetensvol handelen zonder supervisie;
- de professie is te vertrouwen inzake de regulering van onjuist (medisch en ethisch) gedrag van een individuele beroepsbeoefenaar, i.c. arts. Zij is de enige bron van competentie voor de controle van deviant gedrag.

Deze claims, zo schrijven de Rotterdamse onderzoekers, worden door diverse auteurs ter discussie gesteld. Zo citeren zij Dupuis die spreekt over falende autonomie omdat de beroepsgroep er onvoldoende in slaagt onjuist handelende collegae ter verantwoording te roepen. Ook andere geciteerde auteurs hebben twijfels bij het zelfregulerend vermogen van de professie. De onderzoekers vestigen er de aandacht op dat binnen de ethische literatuur nauwelijks sprake is van een positieve benadering van het begrip professionele autonomie.

Een positieve benadering vinden zij wel bij Van Willigenburg en Van der Kloot Meyburg. Deze auteurs zien in professionele autonomie een “waardevol instrument, dat het kader aangeeft van de specifieke bevoegdheden en verplichtingen van de hulpverlener”. Zij zien het bestaansrecht van een professie in het feit dat zij de maatschappij een bijzondere dienst biedt die algemeen als zeer belangrijk wordt ervaren. De autonomie wordt echter begrensd door het doel waarmee ze is toegekend: het bereiken van de meest adequate zorg voor hulpvragers.

De hiervoor genoemde auteurs koppelen aan de verleende autonomie drie algemene verplichtingen:

- de verplichting om goed te doen en schade te vermijden;
- de verplichting om de eigenheid van de wilsuiting van mensen, in het bijzonder patiënten, te respecteren;
- de verplichting om onrechtvaardige verdeling van schaarse zorg tegen te gaan.

Het is de laatste verplichting die volgens de onderzoekers in relatie tot professionele autonomie de meeste problemen oplevert. Zij zou op gespannen voet staan met de verplichting tot zorg voor de individuele patiënt. De geciteerde auteurs zijn echter van mening dat de loyaliteit tegenover de individuele

patiënt niet uitsluit dat de hulpverlener ook een zekere verplichting heeft tegenover andere hulpvragers.

Enkele auteurs waaronder Van Oorschot c.s. en Den Hartogh¹³ leggen het accent op professionele autonomie als een capaciteit van de betreffende beroepsbeoefenaar. Professionele autonomie wordt vanuit die optiek gedefinieerd als het vermogen van de medicus om in zijn beroepsuitoefening te reflecteren op zijn eigen keuzeprocessen en de afhankelijkheden die zijn keuzemogelijkheden in het beroepsmatig handelen bepalen. Professionele autonomie is dan een persoonlijke capaciteit en kernkwaliteit van de beroepsbeoefenaar, die in staat is tot zelfcontrole en die kritisch reflecteert op zijn beroepsmatig handelen.

3.4 Reikwijdte van professionele autonomie

In enkele publicaties wordt het begrip professionele autonomie uiteengelegd in een aantal componenten: de politieke, economische en klinische autonomie van een beroepsgroep. De *politieke autonomie* komt onder meer tot uitdrukking in de reikwijdte van toepassing van de kennis van de professie. Het gaat dan om de mate waarin de beroepsgroep invloed heeft op het gezondheidsbeleid, alsook de mate waarin de beroepsgroep zelf verantwoordelijk is voor de inhoud en organisatie van het onderwijs. *Economische autonomie* uit zich onder meer in de mogelijkheden van de beroepsbeoefenaren om de prijs van de zorgverlening te kunnen beïnvloeden en onder meer een bijdrage te kunnen leveren aan kostenbeheersing en doelmatigheid.

De *klinische autonomie* tenslotte houdt erkenning in van de specifieke kennis van de professie. Ze betreft de mate waarin de beroepsgroep, onder meer door onderwijs, zelf invloed heeft op de kennisontwikkeling en de invloed van de beroepsgroep op de toepassing van specifieke kennis en vaardigheden in de praktijk. (Schepers en Klazinga¹⁴, 1993).

Uit het vorenbeschrevene blijkt al dat de reikwijdte van het begrip 'professionele autonomie' samenhangt met de optiek van waaruit auteurs het vraagstuk benaderen. De Rotterdamse onderzoekers brengen in dat verband het begrip 'autoriteit' ter sprake. Doordat sommige auteurs de begrippen aan elkaar

gelijk stellen, wordt de vraag gesteld op welk gebied sprake is van professionele autoriteit: “Echter, waar de één professionele autonomie tracht te rechtvaardigen of te beperken tot technische autoriteit, neemt de ander de autoriteitsvraag als uitgangspunt en verbreedt daarmee de reikwijdte van een professionele autonomie tot gebieden buiten de professionele deskundigheid”.

Volgens de auteurs blijkt uit de literatuur dat de medische professie op tal van gebieden deze autoriteit verliest. Binnen de eigen professie gaat terrein verloren aan meer gespecialiseerde beroepsbeoefenaren. Verder in de zorg wordt terrein prijsgegeven aan paramedici en patiënten en op financieel gebied aan managers, instellingsdirecties en instellingsbestuur, of aan verzekeraars.

Het domein waarbinnen artsen autonoom kunnen handelen heeft aan betekenis en omvang ingeboet en zal waarschijnlijk nog verder inboeten. In eerste instantie worden vooral die autonome rechten aangetast die niet direct samenhangen met het medisch handelen in engere zin. (Van Oorschoot c.s.)

Uit actuele literatuur komt al met al naar voren dat er consensus bestaat over de reikwijdte van de professionele autonomie. Die is thans beperkt tot wat omschreven wordt als *‘klinische autonomie’*.

3.5 Professionele autonomie en professionele standaard

Vanuit juridisch perspectief is professionele autonomie verbonden met het begrip professionele standaard. Hubben, Gevers en Leenen, geciteerd in de Rotterdamse studie, pleiten er voor om professionele autonomie te koppelen aan het begrip ‘medisch-professionele standaard’. De medisch-professionele standaard is niet identiek met de professionele standaard. Deze laatste bevat ook de rechten van patiënten en maatschappelijke regelingen.

Ook door Van Reijssen wordt de voorkeur gegeven aan de term medisch-professionele autonomie. Hieronder verstaat zij: “de vrijheid van de arts ten aanzien van het materiële medische handelen, de toepassing daarvan op de individuele

patiënt en de beslissingen die in dat verband door de arts worden genomen”. De medisch-professionele autonomie komt onder andere tot uitdrukking in de keuzevrijheid van de arts over de wijze waarop hij meent een patiënt te moeten behandelen, alsook in de keuze van diagnostiek en therapeutische middelen die daarbij ter beschikking staan.

Legemaate¹⁵ gebruikt voor het geheel van regels en normen waarmee de hulpverlener bij het uitoefenen van zijn werkzaamheden rekening behoort te houden de term professionele standaard. Regels die door de wetgever en de rechter zijn geformuleerd noemt hij recht van ‘buiten’. Normen uit de beroepsgroep zelf noemt hij recht van ‘binnen’. Een derde groep van regels duidt hij aan met ‘mengvormen’. Daaronder vallen onder meer richtlijnen van de inspectie.

Recht van ‘buiten’	- Wettelijke voorschriften
	- Jurisprudentie
Recht van ‘binnen’	- Beroepscodes en gedragsregels
	- Vakinhoudelijke en technische regels
	- Standaarden, richtlijnen en protocollen
	- Specifieke hulpverleningsethische regels
Mengvorm	- Richtlijnen van de Inspectie
	- Algemene juridische, ethische en beroepsnormen

Hoewel beschouwingen over de professionele standaard bijna altijd betrekking hebben op artsen is Legemaate van mening dat elke beroepsgroep over een eigen professionele standaard beschikt, al zal er verschil in ontwikkeling zijn.

Dat verschil heeft vooral te maken met het professioneel handelen in engere zin. Dus met verschillen in vakinhoudelijke kennis en met verschillen in ontwikkeling wat betreft standaarden, protocollen en richtlijnen. Omdat professionele autonomie gerelateerd is aan het professioneel handelen in enge zin zou het beter zijn om te spreken van respectievelijk de medisch professionele standaard, de verpleegkundig professionele standaard en de fysiotherapeutisch professionele standaard.

3.6 Professionele autonomie en professioneel statuut

De laatste tijd ontstaat er meer belangstelling voor het ontwikkelen en vaststellen van professionele statuten. Recent zijn bijvoorbeeld voor de beroepsgroep artsen een tweetal professionele statuten tot stand gekomen. Het gaat om statuten voor de verzekeringsarts en de bedrijfsarts¹⁶. Voor enkele andere groepen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zijn statuten vastgesteld of in ontwikkeling.

Het doel van professionele statuten is een kader te bieden voor de relatie tussen beroepsbeoefenaar en werkgever. Professionele statuten hebben dan ook uitsluitend betrekking op beroepsbeoefenaren die in één of andere vorm van dienstverband werkzaam zijn. In enkele gevallen, bijvoorbeeld voor fysiotherapeuten werkzaam in een gezondheidscentrum, zijn in CAO-verband afspraken gemaakt over professionele statuten. Eén van de uitgangspunten bij het regelen van de relatie tussen beroepsbeoefenaar en werkgever is het waarborgen van de professionele onafhankelijkheid in de functieervulling. Daarmee hebben professionele statuten een duidelijke relatie met de professionele autonomie van individuele beroepsbeoefenaren en beroepsgroepen.

Genoemde professionele statuten voor de verzekeringsarts en bedrijfsarts als voorbeeld nemend, bevatten de regelingen waarborgen voor het tot uiting kunnen komen van de professionele autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar. De professionele autonomie geldt in beide regelingen als gegeven, naast andere uitgangspunten als de wettelijke kaders en de professionele standaard.

3.7 Het begrip professionele autonomie ter discussie

Professionele autonomie heeft positieve en negatieve connotaties. Negatieve omdat, zoals in de Rotterdamse studie verwoord, het begrip ook misbruikt wordt. Ook door Van Oorschot c.s. wordt daarop gewezen. Zo ziet de omgeving een beroep op professionele autonomie door de professional

veelal als een streven om de eigen (inkomens)positie te handhaven. Ook Mirvis¹⁷ ziet een toenemende scepsis bij het publiek over de motieven van professionals. Verder worden door diverse auteurs vraagtekens geplaatst bij het unieke van de vertrouwensrelatie en de specifieke kennis van en binnen een beroepsgroep die professionele autonomie zouden rechtvaardigen.

Anderen leggen meer accent op de positieve connotaties. Zo is in de vorige paragrafen het belang van professionele autonomie al meer of minder impliciet ter sprake gekomen. In verschillende bewoordingen wordt tot uitdrukking gebracht dat professionele autonomie in het belang van de patiënt is en van de maatschappij en niet in de eerste plaats in het belang van de professional. “Professionele autonomie van medisch specialisten verdient het in het belang van de patiënt behouden en bevorderd te worden” (Van Oorschot c.s.). “Patiënten moeten er op kunnen vertrouwen dat de professional (i.c. de verpleegkundige) zich laat leiden door de noden van de patiënt en deskundigheid en niet door eigen belangen” (Pool¹⁸).

In de kern komt het er dus op neer dat professionele autonomie, die zijn wortels heeft in de beroepsethiek, de patiënt bescherming biedt. Of zoals Van Lieshout¹⁹ het uitdrukt: “Er is een beroepsethiek ontstaan die als een buffer zorgt dat imperfecties in het systeem niet vanzelf leiden tot opportunistisch en maatschappelijk ongewenst gedrag” en “Het zou gevaarlijk zijn de kracht van de professionele ethiek als regulerend mechanisme in de gezondheidszorg te onderschatten”.

In een in november 1999 door artsen in het Comité Permanent des Médecins Européens²⁰ aangenomen resolutie wordt eveneens onderstreept dat professionele autonomie het belang van de patiënt dient. Sterker nog, het wordt gezien als een recht van de patiënt: “professional autonomy is a right of patients”.

De begrippen ‘professionele autonomie’ en ‘verantwoordelijkheid’ zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. De hiervoor genoemde resolutie stelt dat artsen zich alleen op professionele autonomie kunnen beroepen als ze ook bereid zijn zich voor hun beroepsmatig handelen te verantwoorden. Die verantwoordingsplicht geldt in de eerste

plaats tegenover de patiënt, de beroepsgenoten en de samenleving.

De genoemde samenhang tussen professionele autonomie en verantwoordelijkheid leidt in veel publicaties tot voorstellen om het begrip 'professionele autonomie' te vervangen door een andere term. Bijvoorbeeld door 'beroepsverantwoordelijkheid' of door 'professionele verantwoordelijkheid', 'professionele integriteit' of door 'responsibility for competent performance'.

Het vervangen door een andere term ontmoet echter ook wel bezwaren. Zo worden bezwaren aangevoerd tegen het gelijkschakelen van de begrippen 'professionele autonomie' en 'professionele verantwoordelijkheid'. Hubben²¹ is daar een uitgesproken tegenstander van. Naar zijn mening spreekt het voor zich dat de arts en meer algemeen de professional verantwoordelijk is voor zijn professioneel handelen. Hieronder valt ook de inachtneming van de rechten van de patiënt en van algemeen maatschappelijke normen. De professionele autonomie betreft echter alleen het terrein van de professionele deskundigheid. Hubben acht het daarom juist om bij artsen te spreken van 'medisch-professionele autonomie'.

Indien men het belang van professionele autonomie onderschrijft, heeft het vervangen van het begrip door een andere term bovendien als nadeel, dat de kern van het vraagstuk naar de achtergrond wordt gedrongen. Ook vanuit internationaal perspectief verdient het verdwijnen van het begrip professionele autonomie niet de voorkeur. De communicatie met professionals in andere landen zou er door bemoeilijkt worden. Het is immers een internationaal gebruikte term.

3.8 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende definities te vinden van professionele autonomie. Met de Rotterdamse onderzoekers kan geconstateerd worden dat de verschillende definities die auteurs voor professionele autonomie gebruiken, niet alleen voorwaarden en beperkingen in de definitie meenemen, maar ook niet altijd duidelijk maken vanuit welk standpunt het probleem wordt benaderd. De veelheid aan invalshoeken maakt in ieder geval duidelijk dat het verschijnsel

professionele autonomie niet eenduidig valt te omschrijven. Er zal altijd sprake zijn van een keuze.

Voor dit advies geeft de Raad de voorkeur aan de volgende omschrijving:

Onder professionele autonomie wordt verstaan een mandaat dat de samenleving aan de beroepsgroep verleent; voor de individuele beroepsbeoefenaar gaat het om vrijheid en onafhankelijkheid in zijn beroepsmatig handelen binnen nader te specificeren grenzen. Voor de beroepsgroep als geheel betekent het dat zijzelf de inhoud en uitvoering van het professionele werk controleert en reguleert. De grenzen van de professionele autonomie worden bepaald door de professionele standaard.

Omdat professionele autonomie gerelateerd is aan het professioneel handelen in enge zin zou het beter zijn om te spreken van respectievelijk de medisch professionele standaard, de verpleegkundig professionele standaard en de fysiotherapeutisch professionele standaard. Omwille van de leesbaarheid gebruikt de Raad echter het begrip professionele standaard.

Deze omschrijving maakt het mogelijk een onderscheid te maken tussen professionele autonomie op het niveau van de individuele professional en op het niveau van de professie c.q. beroepsgroep. Bovendien komt in de omschrijving tot uitdrukking dat de autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar is afgeleid van, c.q. ingekaderd in de normen en waarden van de beroepsgroep als geheel. De omschrijving is verder niet gekoppeld aan een beladen begrip als 'professie'.

De omschrijving maakt verder duidelijk dat professionele autonomie gezien moet worden in een bepaalde context. Dat betekent bijvoorbeeld dat de mate van professionele autonomie voor de onderscheiden beroepsgroepen verschillend kan zijn. Dat zal immers samenhangen met de mate waarin en de voorwaarden waaronder de veranderende samenleving beroepsgroepen mandateert.

In het voorgaande is al gebleken dat sommige auteurs het accent leggen op professionele autonomie als een capaciteit en kernkwaliteit van beroepsbeoefenaren. Het gaat dan om de wijze waarop individuen het beroep uitoefenen. Die invalshoek verdient, mede door de kritiek op het begrip

professionele autonomie, een nadere beschouwing. Dat komt in hoofdstuk 6 onder de noemer professionaliteit aan bod.

Maar eerst zal in de volgende hoofdstukken meer specifiek worden ingegaan op de invloed van wet- en regelgeving op de professionele autonomie en op 'managed care' en 'disease management'.

4 Wet- en regelgeving en professionele autonomie

4.1 Inleiding

Wet- en regelgeving spelen een steeds grotere rol in de hedendaagse gezondheidszorg. De afgelopen vijf jaar zijn er een aantal wetten bijgekomen die direct dan wel indirect invloed hebben op de professionals in de gezondheidszorg. Wetgeving is een vorm van regelgeving die de beroepsgroepen van buitenaf wordt opgelegd. Naast deze overheidsregulering speelt, zoals in voorgaande hoofdstukken genoemd, ook zelfregulering door de beroepsgroepen een steeds belangrijkere rol, bijvoorbeeld in de zin van het opstellen van protocollen, richtlijnen en standaarden. Dit gebeurt mede onder invloed van de toenemende nadruk die wordt gelegd op de kwaliteit van zorg en de verantwoordelijkheden van beroepsbeoefenaren en instellingen daarin.

Naast de relevante wet- en regelgeving zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed aan jurisprudentie. De nadruk zal hierbij vaak liggen op de medici omdat over hen reeds veel jurisprudentie bestaat uit de tijd voor de inwerkingtreding van bovenstaande wetgeving. Al lange tijd voor het in werking treden van de Wet BIG bijvoorbeeld was er op hen tuchtrecht van toepassing, toen nog het medisch tuchtrecht genaamd.

Vooraf in de paragrafen over protocollen, standaarden en richtlijnen zal over jurisprudentie gesproken worden. Interessant aspect is hier namelijk hoe de civiele rechter of strafrechter als persoon die buiten de beroepsgroep staat met richtlijnen omgaat en of dit verschilt met het gebruik hiervan door de tuchtrechter. In de tuchtrechtspraak zijn namelijk beroepsbeoefenaren bij de rechtspraak betrokken.

De gevolgen van de (nieuwe) wetgeving voor de verpleegkundigen en fysiotherapeuten zullen ook worden belicht. Over hen bestaat nog maar weinig jurisprudentie aangezien het tuchtrecht pas sinds de invoering van de Wet BIG, die in fases is verlopen, voor hen is gaan gelden.

De normering van het medisch handelen is voor een belangrijk deel door middel van rechtspraak tot stand gekomen²². Een aantal hierdoor ontwikkelde normen, zoals het gebruik van protocollen, zal waarschijnlijk in de toekomst

door de tuchtrechter ook op andere beroepsbeoefenaren dan de medici van toepassing verklaard worden, bijvoorbeeld het gebruik van protocollen.

4.2 Wetgeving

Onderstaande wetten zullen onderzocht worden op de invloed die zij hebben op de manier van werken van de individuele beroepsbeoefenaren, de professionals. Steeds terugkerende vraag hierbij zal zijn of de wetgeving al dan niet een beperkende werking heeft op de professionele autonomie van de beroepsbeoefenaren. Primair zal worden bekeken wat de wetten zelf (direct) zeggen over het handelen van beroepsbeoefenaren en over hun professionele autonomie.

Daarnaast zal in een aantal gevallen ook aandacht worden besteed aan (indirecte) gevolgen van een wet. Dit zijn ontwikkelingen die wel gedeeltelijk terug te voeren zijn op de invoering van een wet maar die in feite niet uit de wettekst voortvloeien en die vaak ook niet de bedoeling van de wet zijn. Een voorbeeld daarvan is defensieve geneeskunde.

De nieuwe wetgeving is grofweg onder te verdelen in twee soorten: wetgeving gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar en/of beroepsuitoefening en wetgeving gericht op de (kwaliteit van de) organisatie van de gezondheidszorg. Beide zouden in theorie van invloed kunnen zijn op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren.

Wetgeving gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar/beroepsuitoefening:

- Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO); inwerkingtreding: 1995;
- Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG); inwerkingtreding: 1997.

Wetgeving gericht op de (kwaliteit van de) organisatie van de gezondheidszorg:

- Kwaliteitswet zorginstellingen; inwerkingtreding: 1996;
- Wet tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege het ziekenhuis; inwerkingtreding: nog niet.

4.3 Wetgeving gericht op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

De WGBO is op 1 april 1995 in werking getreden en regelt de juridische aspecten van de verhouding hulpverlener-patiënt nadat een behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen. Het is de civielrechtelijke regeling van een bijzondere overeenkomst. Dat de WGBO tot het civiele recht behoort brengt met zich mee dat de handhaving van de wet door de partijen zelf zal moeten geschieden. De overheid speelt hier geen actieve rol bij.

Daar waar de relatie tussen arts en patiënt vroeger voornamelijk een vertrouwensrelatie was, lijkt deze steeds verder gejuridiseerd te worden en daarmee wellicht ‘verzakelijkt’. Door artsen en verpleegkundigen wordt hier verschillend tegen aangekeken. Slechts 14% van de verpleegkundigen maar 47% van de artsen denkt bijvoorbeeld dat door het ‘informed-consent’-vereiste van de WGBO een verzakelijking van de arts-patiënt-relatie teweeg zal worden gebracht²³. Deze verzakelijking, zoals die blijkbaar door veel artsen ervaren wordt, is echter geen direct gevolg van de WGBO aangezien de wet slechts zeer globaal aangeeft wat er aan inlichtingen verstrekt moet worden.

Belangrijk in de WGBO is de bepaling dat “de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht moet nemen en daarbij moet handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.” (art. 7:453 BW).

Het begrip ‘hulpverlener’ in de WGBO is een puur juridisch begrip. De hulpverlener is één van de partijen bij de overeenkomst. Dit kan naast de individuele beroepsbeoefenaar ook een rechtspersoon zijn, bijvoorbeeld een ziekenhuis. Artsen in dienstverband, fysiotherapeuten en verpleegkundigen gaan in beginsel dus veelal namens het ziekenhuis een behandelingsovereenkomst aan en zijn daarmee gebonden aan de regels als gesteld in de WGBO. Dit laat onverlet dat een ieder verantwoordelijk is voor zijn eigen

handelen en aldus de regels als gesteld in de WGBO zal moeten naleven.

Voor de patiënten wordt door de invoering van de WGBO in een aantal gevallen duidelijker en inzichtelijker waar zij recht op hebben, wat een beroepsbeoefenaar in een bepaalde situatie zou moeten doen en wanneer een beroepsbeoefenaar een fout heeft gemaakt of in ieder geval onzorgvuldig heeft gehandeld.

Deze verkregen duidelijkheid slaat onder andere op de regeling rond de wilsonbekwame patiënt en rond minderjarigen, het recht op informatie en toestemming en de dossierplicht. Dit heeft echter geen beperkende werking op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren, omdat geen van deze bepalingen ingrijpen in de behandeling van de patiënt, die de beroepsbeoefenaar als goed hulpverlener moet verrichten conform de professionele standaard.

Bij de totstandkoming van de WGBO is de link met de 'professionele standaard' pas in een vergevorderd stadium in de wet opgenomen. De regering wilde hiermee benadrukken dat de hulpverlener een zelfstandige professionele verantwoordelijkheid heeft. In feite wordt hier de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren in de wet vastgelegd. Bij de invulling van de 'professionele standaard' spelen zowel objectieve (een bepaald niveau van kennis en vaardigheden) als subjectieve (een bepaald niveau van inzet) elementen een rol (zie ook hoofdstuk 3, paragraaf 3.5).

De exacte invulling van wat goed medisch handelen is, verschilt evenwel van geval tot geval. De rechter zal bij toepassing van de norm van art. 7:453 BW gebruik maken van regels en normen die op het gebied van de betreffende beroepsbeoefenaar gelden. In dit verband zijn onder andere de protocollen en richtlijnen van belang maar ook de gedragsregels van bijvoorbeeld de KNMG (bijv. Rb Leeuwarden 12-3-1992, NJ 1993, 358), publicaties van de Gezondheidsraad (Rb Leeuwarden 23-12-1987 TGR 1988/23), jurisprudentie en daarnaast natuurlijk de normen die de WGBO zelf oplegt.

Zowel regels en normen die vanuit de beroepsgroep zelf komen als regels en normen die door 'externen' worden ontwikkeld zijn aldus van belang voor de invulling van het begrip 'professionele standaard'. Voor beroepsbeoefenaren

schept dit soms onzekerheid. Van veel richtlijnen, protocollen en standaarden is niet duidelijk in hoeverre zij als advies dienen en in hoeverre zij ‘verplicht’ dienen te worden toegepast²⁴.

Bij de totstandkoming van de WGBO ontstond voornamelijk bij artsen de vrees dat mede door de in deze wet aan hulpverleners gestelde eisen protocollen, standaarden en richtlijnen een steeds grotere rol zouden gaan spelen in de uitoefening van het vak. Dit zou kunnen leiden tot defensieve geneeskunde, wat de kwaliteit van de beroepsuitoefening niet ten goede zou komen en wat de spontaniteit uit het vak zou halen.

Zij waren in dat verband bang dat protocollen, standaarden en richtlijnen om het enkele feit dat zij op schrift zijn gesteld, zouden worden gebruikt in gerechtelijke procedures. Artsen kregen daarmee het gevoel op die manier aan een eigen veroordeling mee te werken. Buitenlands (jurisprudentie)onderzoek heeft echter uitgewezen dat protocollen, richtlijnen en standaarden niet leiden tot defensieve geneeskunde.

De tuchtrechter gebruikt de normen van de WGBO om te toetsen of de tuchtnorm van de Wet BIG is overschreden. Aan een aantal van diezelfde eisen werd echter reeds lang voor het bestaan van de WGBO getoetst omdat deze in feite voortvloeien uit de toen geldende tuchtnorm en daaruit voortgevloeide jurisprudentie.

In Nederland is de cultuur rond het indienen van schadeclaims aan het veranderen²⁵. Dit betreft ook de claims over ‘medische fouten’. Naast deze meer algemene maatschappelijke ontwikkeling lijkt ook door de vele informatie en voorlichting die patiënten/consumenten krijgen over patiëntenwetgeving de ‘bereidheid’ tot het indienen van klachten toe te nemen.

Daarnaast wordt het starten van een civiele procedure hen gemakkelijker gemaakt door de in de WGBO opgenomen ‘centrale aansprakelijkheid’. (art. 7:462 BW) Deze centrale aansprakelijkheid geeft de patiënt die wil klagen over een binnen het ziekenhuis gemaakte fout één centraal adres waar de klager terecht kan met zijn klacht.

Hier is een kanttekening op zijn plaats. De ervaring wijst uit dat art. 7:462 BW geen opzienbarende verandering brengt in

de bestaande situatie. Een aansprakelijkheidsverzekeraar biedt veelal dekking aan zowel het ziekenhuis als aan de daar werkende specialist, waardoor er in feite geen belang is om aan te voeren dat de verkeerde partij was aangesproken²⁶.

Conclusie

De angst van veel beroepsbeoefenaren dat de invoering van de WGBO een beperkende invloed zou hebben op hun professionele autonomie, dat het beroep zou verstarren en dat de defensieve geneeskunde hoogtij zou gaan vieren, is (nog) niet uitgekomen. De WGBO is met betrekking tot de professionele autonomie van professionals voornamelijk een wet waarin de praktijk op de werkvloer is weergegeven en waardoor deze praktijk beter toetsbaar is geworden.

Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg

De Wet BIG gaat uit van het principe dat het handelen in de individuele gezondheidszorg, waaronder ook het geneeskundig handelen vrij moet zijn. Door een systeem van titelbescherming en registratie, een tuchtrechtelijke regeling, een regeling met betrekking tot het mogen uitvoeren van voorbehouden handelingen en verschillende strafbepalingen wordt aan burgers/patiënten bescherming geboden tegen de gevaren van ondeskundige hulpverlening.

Artsen verliezen door invoering van deze wet de exclusieve bevoegdheid tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst. Fysiotherapeuten verliezen de exclusieve bevoegdheid op een deelgebied van de gezondheidszorg. Dit hoeft echter niet te betekenen dat zij ook inboeten aan professionele autonomie. Veel beroepsbeoefenaren hebben echter na de invoering van de Wet BIG wel het gevoel gehad in hun professionele autonomie ingeperkt te zijn doordat het handelen op het gebied van de geneeskunst voor een groot deel door een ieder uitgevoerd mag worden.

De Wet BIG noemt in art. 3 acht beroepen die onder het zogenaamde 'zware regime' van de wet vallen. Deze beroepen zijn de arts, tandarts, apotheker, verloskundige, verpleegkundige, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog en de psychotherapeut. Voor deze beroepen geldt een systeem van registratie en (register)titelbescherming. Daarnaast vallen zij onder het wettelijk tuchtrecht.

Naast een 'zwaar regime' voor genoemde beroepen bestaat er een 'licht regime' (art. 34). Van de hierin opgenomen

beroepen wordt het bijbehorende deskundigheidsgebied omschreven, de opleiding wordt geregeld en de bij de opleiding horende titel (opleidingstitel) is wettelijk beschermd. Hier is geen sprake van een registratiesysteem en deze beroepen vallen niet onder het tuchtrecht. Beroepen kunnen bij AMvB onder de werking van artikel 34 worden gebracht.

‘Onbekwaam maakt onbevoegd’. Deze op grond van jurisprudentie reeds lang geldende regel is inmiddels in de Wet BIG gecodificeerd en geeft een begrenzing aan van het handelen van de beroepsbeoefenaren. Het handelen van een beroepsbeoefenaar is beperkt tot die handelingen waartoe hij de vereiste bekwaamheid bezit.

Kan dit echter gezien worden als een beperking van de professionele autonomie of is het in feite slechts een algemeen geldende regel, die nu expliciet in de wet is vastgelegd? In principe kan men niet stellen dat de regel ‘onbekwaam maakt onbevoegd’ een (nieuwe) beperking is van de professionele autonomie. Professionele autonomie was altijd al aan grenzen gebonden en dit was er één van.

Daarnaast was het ook juridisch gezien altijd al onjuist als een beroepsbeoefenaar een (be-)handeling zou toepassen die hij niet beheerst. Ook voor de inwerkingtreding van de Wet BIG kon een beroepsbeoefenaar die aan een patiënt (lichamelijke) schade had toegebracht op grond van het civiele recht wegens onrechtmatige daad of wanprestatie aangesproken worden. Daarnaast kon men ook toen reeds een beroep op het strafrecht doen, bijvoorbeeld als mishandeling.

Voor de verpleegkundigen heeft de Wet BIG enkele veranderingen teweeggebracht die wellicht van belang zijn voor hun professionele autonomie. Voor de invoering van de Wet BIG moest gebruik worden gemaakt van de ‘verlengde-arm theorie’ om bepaalde verrichtingen te mogen uitvoeren. In 1952 bepaalde de Hoge Raad namelijk dat niet-artsen alleen in opdracht en onder toezicht van een arts medische handelingen mochten verrichten.

Op grond van dit arrest kwam de ‘verlengde-arm constructie’ tot stand. Verplegenden mochten medische handelingen verrichten als zij aan een aantal voorwaarden voldeden. De beslissing omtrent diagnose en behandeling moest door de arts zelf zijn genomen en de arts moest zich ervan vergewissen dat de opdrachtnemer bekwaam was. De opdracht moest

schriftelijk zijn vastgelegd waarbij duidelijke instructies moesten worden gegeven over de wijze van uitvoeren. Daarnaast moest de arts onmiddellijk toezicht houden op de uitvoering en beschikbaar blijven voor overleg.

In de Wet BIG is de verlengde-arm theorie in grote lijnen in wetgeving vastgelegd. Een verschil met de verlengde-arm theorie is voor verpleegkundigen de 'functionele zelfstandigheid'. Net als voor de inwerkingtreding van de Wet BIG is een opdracht van een zelfstandig bevoegde nodig voor het mogen uitvoeren van bepaalde handelingen. De arts behoeft evenwel geen toezicht meer te houden op de uitvoering van, in een AMvB gepreciseerde voorbehouden handelingen door de verpleegkundige.

Doordat nog altijd een arts de opdracht moet geven voor het mogen uitvoeren van de voorbehouden handelingen kan hier in feite niet gesproken worden over professionele autonomie. Aangetekend dient te worden dat het in opdracht uitvoeren van voorbehouden handelingen slechts een zeer klein gedeelte van de verpleegkundige beroepsuitoefening behelst, namelijk een aantal (verpleeg)technische handelingen op somatisch gebied. Met betrekking tot andere gebieden van hun beroepsuitoefening geldt wel een zekere mate van professionele autonomie.

Met betrekking tot de verpleegkundigen moet echter opgemerkt worden dat theorie en praktijk niet altijd sporen. Daar waar het erop lijkt of de Wet BIG en de 'functionele zelfstandigheid' de beroepsuitoefening van de verpleegkundige veranderd hebben, blijkt in de praktijk dat zij deze voorbehouden handelingen in veel gevallen reeds langer zelfstandig uitvoerden en dat er dus in dit opzicht niet veel veranderd is door de invoering van de Wet BIG. Belangrijk is wel dat de wet is aangepast aan de praktijk en dat hun bevoegdheid in wet- en regelgeving is vastgelegd.

Verpleegkundigen en fysiotherapeuten kunnen sinds de inwerkingtreding van de Wet BIG persoonlijk door het tuchtrecht worden aangesproken. Het tuchtrecht kan, evenals het dat bij de artsen heeft gedaan, een rol spelen bij de verdere ontwikkeling van de professionele standaard en beroepsethiek van verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Protocollen en richtlijnen zullen mede op basis hiervan verder ontwikkeld worden²⁷.

Conclusie

De Wet BIG heeft op zich geen wezenlijke veranderingen gebracht in de beroepsuitoefening van professionals in de gezondheidszorg. Ook heeft de Wet BIG geen beperkende werking op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren tot gevolg gehad. Dit neemt niet weg dat artsen wel het gevoel hebben dat zij door de Wet BIG in hun professionele autonomie zijn beperkt doordat zij nu niet meer de exclusieve bevoegdheid hebben de geneeskunde in zijn volle omvang uit te oefenen.

4.4 Wetgeving gericht op de (kwaliteit van de) organisatie van de gezondheidszorg

Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft als belangrijkste doelstelling kwaliteitsbevordering en –bewaking van de zorg die aangeboden wordt in instellingen. De wet stelt hiervoor in artikel 2 de volgende eis: “De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt”.

De Kwaliteitswet zorginstellingen heeft zoals reeds eerder gezegd betrekking op instellingen die zorg verlenen. Dit kunnen zowel intra- als extramurale instellingen zijn. Daarnaast gelden ook als instelling de organisatorische verbanden strekkend tot de verlening van zorg. De wet heeft echter geen betrekking op incidenteel samenwerkende solisten²⁸. Ook wordt niet als instelling aangemerkt het organisatorisch verband dat zorg verleent als onderdeel van een ander organisatorische verband zoals een maatschap van medisch specialisten in het ziekenhuis.

Zij vallen evenwel onder de werking van de Wet BIG, die meer de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening tot zijn domein heeft. Tegelijk met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet is art. 40 Wet BIG gewijzigd. Door deze wijziging wordt nu ook van solistisch werkzame beroepsbeoefenaren verwacht dat zij voldoen aan de eis van ‘verantwoorde zorg’²⁹. De kern van de Kwaliteitswet geldt daarmee ook voor solistisch werkzame

beroepsbeoefenaren. De Wet BIG en de Kwaliteitswet vullen elkaar met betrekking tot de kwaliteit van de zorg aan.

De invloed van de Wet BIG op de professionals in de gezondheidszorg is in de vorige paragraaf reeds beschreven. In deze paragraaf komt de invloed van de Kwaliteitswet op de professionals aan de orde.

Op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen is een instelling verantwoordelijk voor de kwaliteit van de door de instelling verleende zorg. Met kwaliteit in de zin van deze wet wordt niet primair de directe zorg aan het bed bedoeld maar meer de organisatorische en administratieve kanten daarvan. Voorbeelden daarvan zijn het geven van aanwijzingen om onnodige bedbezetting te voorkomen, procedures instellen voor opnames of het houden van de beroepsbeoefenaar aan een budget.

Het ziekenhuis kan bijvoorbeeld worden aangesproken als een beroepsbeoefenaar niet voldoet aan de aan hem gestelde eisen, omdat de instelling dan geen verantwoorde zorg verleent³⁰. De verantwoordelijkheid van het ziekenhuis reikt echter, behoudens noodsituaties, niet zover dat het de beroepsbeoefenaren voor kan schrijven welke zorg op welke manier moet worden geleverd in een individuele beroepsbeoefenaar-patiënt-relatie. Hierbij zij echter aangetekend dat ook dit slechts relatief is want als een beroepsbeoefenaar meerdere keren dezelfde fout begaat, is het toch de verantwoordelijkheid van de instelling om actie te ondernemen om deze fouten in het vervolg te voorkomen.

In geval van disfunctioneren van een in een instelling werkzame beroepsbeoefenaar kan deze langs een tweetal wegen worden gecorrigeerd: rechtstreeks, bijvoorbeeld via tuchtrecht, strafrecht of civiel recht, en indirect via de instelling waar hij werkt³¹. Bedoeld ingrijpen kan niet door de beroepsbeoefenaar worden afgewimpeld met een beroep op zijn professionele autonomie. Professionele autonomie kan nooit het verlenen van slechte zorg rechtvaardigen.

Conclusie

De Kwaliteitswet zorginstellingen biedt de instelling geen directe bevoegdheid om druk uit te oefenen op de inhoudelijke behandeling van een patiënt. De wettekst zelf en de bedoeling van de wet geven dan ook geen reden te denken

dat de naleving van deze wet de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren in gevaar zal brengen.

Wet tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege het ziekenhuis

Deze zeer recent tot stand gekomen wet (24 december 1998) kan gezien worden als een eerste stap in de daadwerkelijke uitvoering van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel nadat in het laatste Regeerakkoord reeds was afgesproken dat deze aanbevelingen zouden worden uitgevoerd.

Met de wet worden de nu nog aparte aanspraken op niet-klinische medisch-specialistische zorg en zorg die verleend wordt door ziekenhuizen, waaronder de klinische medisch-specialistische zorg tot één aanspraak geïntegreerd. Door deze wet worden zoals de naam al zegt de Ziekenfondswet en de WTZ zodanig gewijzigd dat bovenstaande wordt bereikt. In beginsel heeft deze wet geen gevolgen voor de declaraties aan particulier verzekerde patiënten.

De regering heeft aangegeven dat deze wet wordt ingevoerd vanuit zorginhoudelijk en doelmatigheids oogpunt. Uit de wet en de toelichting hierop wordt evenwel niet echt duidelijk wat de zorginhoudelijke overweging in dit geval precies inhoudt. De onrust die naar aanleiding van deze wet is ontstaan (o.a. bij de Orde van Medisch Specialisten), berust in wezen vooral op het gevoel dat medisch-inhoudelijke overwegingen steeds vaker ondergeschikt raken aan financieel-economische overwegingen.

In de totstandkomingsfase van deze wet zijn er veel vragen gesteld over de mate waarin vrije beroepsuitoefening van medisch specialisten mogelijk bleef en is tevens bezorgdheid geuit over het voortbestaan van de professionele autonomie van medisch specialisten³². Het wetsvoorstel treedt echter in beginsel niet in de aard van de relatie tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis nieuwe stijl. Het wordt ten principale aan de medisch-specialist en het betrokken ziekenhuis overgelaten of wordt gekozen voor werken in dienstverband of als vrije beroepsbeoefenaar. De Eerste Kamer benadrukt vervolgens nog eens dat er geen feitelijke gezagsrelatie tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis

behoeft te ontstaan door het enkel verleggen van de betalingsrelatie/-stroom³³.

Toch is er bezorgdheid geuit over het feit dat niet expliciet in de wet is vastgelegd dat de ziekenhuisleiding zich niet bemoeit met de manier waarop de arts zijn beroep inhoudelijk uitoefent³⁴. Deze bezorgdheid staat in feite los van de invoering van deze wet. In de situatie voor de invoering was er ook niets geregeld om deze inmenging te voorkomen. Daarnaast kunnen het ziekenhuismanagement en de medisch-specialist duidelijke (contractuele) afspraken maken tot hoever hun samenwerking reikt, naast natuurlijk de dan inmiddels verplichte gezamenlijke declaratie.

Conclusie

De Wet tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis geeft aan dat het ziekenhuis van de toekomst in navolging van de Commissie-Biesheuvel een medisch-geïntegreerd bedrijf wordt. De wet brengt op zich geen directe verandering in de professionele autonomie van de medisch-specialist.

4.5 Regelgeving vanuit de beroepsgroep; protocollen, standaarden en richtlijnen

Inleiding

Naast een aantal nieuwe wetten is er in de gezondheidszorg ook steeds meer aandacht voor protocollen, richtlijnen en standaarden. Er is een relatie tussen de nieuw ingevoerde wetgeving en de totstandkoming en het gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden. Het is echter te simpel om te stellen dat de nieuwe wetgeving de reden is voor het stijgende aantal protocollen, richtlijnen en standaarden. Er kan namelijk ook worden beredeneerd dat als deze wetgeving er niet zou zijn gekomen de groei van het aantal protocollen, richtlijnen en standaarden wellicht nog groter zou zijn geweest. Artsen zijn, zoals reeds eerder gezegd, soms bang dat het op schrift stellen van bepaalde behandelwijzen in juridische procedures tegen hen gebruikt zal worden.

Ook voor al die nieuwe wetten werden ingevoerd, waren er immers reeds vele protocollen, richtlijnen en standaarden in omloop. De totstandkoming van steeds meer protocollen, richtlijnen en standaarden moet vooral gezien worden als gevolg van het groeiend inzicht van de beroepsgroepen dat zij zelf, als professionals zijnde, iets moeten doen aan de kwaliteit van de verleende zorg.

Aan de toename van het aantal protocollen, richtlijnen en standaarden en het gebruik ervan zitten twee kanten. Enerzijds bevestigen zij juist de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren omdat zij door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. Het gebruik van deze protocollen door externen, zoals de rechter, bevestigt in feite dat artsen, zij het binnen bepaalde grenzen, zelf moeten kunnen beslissen over een bepaalde behandeling. Op dit gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden door de rechter zal hierna nog uitgebreider worden ingegaan.

Aan de andere kant wordt de behandelvrijheid van de individuele arts er wellicht door beperkt. De rechter heeft namelijk aangegeven dat afwijken van een protocol is toegestaan maar dan moet daar wel een goede reden voor zijn. Er is dus wel degelijk een plicht om je tot op zekere hoogte te conformeren aan bepaalde protocollen, richtlijnen en standaarden. Hieruit blijkt wellicht dat er een verschuiving gaande is van de professionele autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar naar de beroepsgroep als geheel³⁵.

*Gebruikte definities*³⁶

Protocol: geëxpliciteerde vorm van consensus over de (multidisciplinaire) aanpak van een bepaald probleem.³⁷

Richtlijn: advies, waarin de verworven wetenschappelijke inzichten en klinische ervaring op adequate wijze tot uitdrukking komen, of waarin, indien niet tot een eensluidend advies kan worden gekomen, wordt aangegeven waarover onzekerheid bestaat.³⁸

Standaard: een door beroepsbeoefenaren overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor de aangesproken populatie.³⁹

Gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden door de rechter
Van Reijssen en Hubben komen in een door hen verricht jurisprudentieonderzoek naar protocollen in de

gezondheidszorg⁴⁰ tot de conclusie dat de civiele rechter weinig protocollen, richtlijnen en standaarden gebruikt om zijn uitspraken mee te motiveren. Dit gebruik vertoont evenmin een stijgende lijn.

Eén van de redenen hiervoor zal zijn dat de normen waaraan de civiele rechter toetst, i.c. vaak wanprestatie en/of onrechtmatige daad, van een geheel andere orde zijn dan de tuchtnorm als gesteld in de Wet BIG. Iemand die zich bijvoorbeeld niet houdt aan een protocol zal zich wellicht onzorgvuldig gedragen jegens de patiënt en daardoor een tuchtnorm overschrijden. Dit betekent niet automatisch dat er sprake is van het plegen van een onrechtmatige daad jegens de klager.

Door de tuchtrechter wordt wel in toenemende mate een beroep gedaan op protocollen, richtlijnen en standaarden. De tuchtrechter toetst voornamelijk aan protocollen maar ook in toenemende mate aan richtlijnen en standaarden.

Het primaire doel van het tuchtrecht is het handhaven of verbeteren van de kwaliteit van de verleende zorg. Alle in art. 3 van de Wet BIG genoemde beroepen vallen onder het tuchtrecht, zoals opgenomen in de kwaliteit van de zorgverlening. In art. 47 zijn de twee (open) tuchtnormen opgenomen waar de zojuist genoemde beroepsbeoefenaren aan onderworpen zijn:

- het door handelen of nalaten tekort schieten in zorgvuldigheid ten opzichte van de patiënt of diens naaste betrekkingen;
- enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

Van Reijssen en Hubben (1997) concluderen naar aanleiding van hun onderzoek naar de doorwerking van protocollen dat de rechter steeds vaker en steeds meer gewicht toekent aan organisatorische voorschriften voor de beroepsuitoefening. Van de in totaal 65 onderzochte tuchtrechtelijke beslissingen is in de uitspraak in 38 gevallen naar organisatorische voorschriften⁴¹ verwezen en in 27 gevallen naar medisch-technische voorschriften.

Hierbij moet opgemerkt worden dat de piek in het aantal verwijzingen naar organisatorische en/of medisch-technische voorschriften in de periode 1986-1990 plaatsvond! Het gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden is dus allesbehalve

nieuw. Uit hun onderzoek blijkt verder dat er in de afgelopen jaren juist een daling is te zien in het aantal verwijzingen door de civiele rechter naar protocollen, richtlijnen en standaarden⁴².

De tuchtrechter baseert zich regelmatig op protocollen, richtlijnen en standaarden maar neemt ze niet zonder meer over. Hij maakt duidelijk dat afwijking van deze regels, mits goed gemotiveerd, mogelijk is. Deze ruimte tot afwijking geldt echter voornamelijk met betrekking tot de medisch-inhoudelijke voorschriften. De ruimte voor gemotiveerde afwijking door beroepsbeoefenaren is geringer ten aanzien van organisatorische voorschriften.

Aangezien alle art. 3-beroepen onder dezelfde tuchtnorm vallen zal de gedachtevorming die achter bovenstaande uitspraken met betrekking tot artsen zit, ook in meer of mindere mate gelden voor andere art. 3-beroepen.

Conclusie

De toename van het aantal protocollen, richtlijnen en standaarden betekent geen wezenlijke aantasting van de professionele autonomie. De rechter heeft in verschillende uitspraken weergegeven dat een beroepsbeoefenaar, indien goed gemotiveerd, gerechtigd is hiervan af te wijken en dat het zelfs verwijtbaar kan zijn als een beroepsbeoefenaar klakkeloos een protocol, richtlijn of standaard opvolgt.

Er kan zelfs betoogd worden dat het gebruik van protocollen, richtlijnen en standaarden in de rechtspraak een bevestiging van de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren betekent. Er is namelijk sprake van toetsing door personen buiten de beroepsgroep, die gebruik maken van de regels zoals die zijn opgesteld door de beroepsgroep zelf.

5 Managed care en disease management en professionele autonomie

5.1 Inleiding

Kostenbeheersing speelt in de huidige gezondheidszorg een belangrijke rol. Enerzijds omdat er sprake is van schaarste van zorg, anderzijds omdat steeds meer financieel of inhoudelijk bij de zorg betrokken partijen verantwoordelijk zijn voor de omvang van de te verlenen zorg en hier ook financieel op aanspreekbaar zijn, bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Om deze reden worden er steeds nieuwe methoden gezocht om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Managed care en disease management zijn hier twee voorbeelden van.

Managed care en disease management zijn sturingsinstrumenten van de gezondheidszorg die in Amerika reeds lange tijd op grote schaal worden gebruikt. In Nederland en de ons omringende landen lijken ze in opkomst te zijn. Bij beide sturingsinstrumenten is vaak sprake van inmenging van een derde partij die in beginsel buiten de directe hulpverlener-patiëntrelatie staat maar die wel betrokken wordt bij de zorgverlening, bijvoorbeeld in organisatorische zin. Het is deze inmenging die centraal staat in dit hoofdstuk.

Vooraf ten aanzien van managed care is het namelijk de vraag in hoeverre deze derde partij wil, kan en mag ingrijpen in het primaire behandelproces tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt. Het gaat met andere woorden om de vraag in hoeverre managed care en disease management de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren kunnen aantasten.

Alvorens deze vraag te beantwoorden moeten de begrippen 'managed care' en 'disease management' nader toegelicht worden. In de literatuur zijn veel omschrijvingen van deze begrippen in omloop. Sluitende definities voor beide begrippen zijn hier moeilijk uit te destilleren. Om die reden wordt op deze plaats een beschrijving gegeven van de kenmerkende elementen van managed care en disease management. Deze beschrijving geeft duidelijker aan wat onder beide termen moet worden verstaan.

Vervolgens wordt nagegaan welke partijen betrokken zijn bij managed care en disease management en welke belangen zij hierbij hebben. Besloten wordt met een analyse van de

gevolgen van managed care en disease management voor de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren.

5.2 Kenmerken van managed care en disease management

Inleiding

Managed care en disease management zijn niet altijd heel duidelijk te onderscheiden. Het gaat veelal om accentverschillen. Uit de literatuur blijkt als gemeenschappelijke element, dat vaak een derde partij, die geen hulpverlener is, bijvoorbeeld een verzekeraar, werkgever of de industrie, bij managed care of disease management betrokken is. Deze derde partij oefent in meer of mindere mate invloed uit op de zorgverlening.

Een andere overeenkomst is dat bij beide veel aandacht wordt besteed aan de beheersing van het zorgproces door onder andere protocollering.

Managed care

Bij managed care ligt het accent op kostenbeheersing en doelmatigheid van de zorg. Managed care richt zich hierbij vooral op bepaalde componenten van het zorgstelsel, zoals voorschrijfgedrag of ligduur van patiënten in het ziekenhuis.

Disease management

Bij disease management gaat het voornamelijk om de aansturing van de zorg aan een afgebakende categorie patiënten met een specifiek zorgprobleem. Dit zorgprobleem is veelal een chronische, complexe ziekte die veel voorkomt en waarbij bij de behandeling veelal meerdere disciplines betrokken zijn. Deze ziektes, bijvoorbeeld astma, hypertensie en diabetes mellitus, gaan veelal gepaard met hoge zorgkosten. Het accent ligt bij disease management op de verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Daar waar managed care zich zoals reeds gezegd richt op slechts bepaalde componenten van het zorgstelsel staat bij disease management de totale behandeling rond een patiënt met een bepaalde aandoening op de voorgrond. Hier is sprake van een integrale aanpak: preventie, diagnostiek, begeleiding, zelfmanagement, revalidatie en arbeidsreïntegratie kunnen er

deel van uitmaken. Hoewel, evenals bij managed care, kostenbeheersing een belangrijke rol speelt, krijgen de aspecten kwaliteit en patiëntenperspectief er ook expliciet aandacht⁴³.

Disease management biedt op deze manier meer een totaalbenadering dan managed care. Bij disease management speelt het gebruik van vooral multidisciplinaire protocollen en richtlijnen een grote rol terwijl bij managed care ook veel gebruik wordt gemaakt van monodisciplinaire protocollen.

De reeds genoemde derde partij speelt bij disease management een minder grote en daardoor wellicht ook minder problematische rol dan bij managed care. Dit hangt onder andere samen met de primaire doelstelling die beoogd wordt.

Een beroepsbeoefenaar heeft zelf ook een belang bij een integrale aanpak van een bepaald zorgprobleem, waarbij kwaliteitsverbetering op de voorgrond staat. Dit belang is bij managed care, waar kostenbeheersing de primaire doelstelling is, minder groot voor de individuele beroepsbeoefenaar.

5.3 Betrokkenen bij managed care en disease management

Inleiding

De nu volgende paragraaf beschrijft welke instellingen en/of personen bij managed care en disease management een rol kunnen spelen. Hierbij wordt ook aangegeven wat voor hen de eventuele voor- en/of nadelen zijn van deelname aan managed care- of disease managementactiviteiten.

In een in 1997 door de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg (STG) verricht onderzoek naar de ontwikkelingen omtrent managed care en disease management in Nederland⁴⁴ is een aantal partijen binnen de gezondheidszorg gevraagd hoe zij over deze begrippen denken. De verkregen meningen zijn per groepering in deze paragraaf verwerkt.

Patiënten

De begrippen managed care en disease management zijn tot nu toe bij patiënten nog niet erg bekend. Patiënten weten vaak

niet wat het is en wat zij ervan moeten en kunnen verwachten. Patiënten nemen tot nu toe dan ook een afwachtende houding aan. Daarin speelt mee dat zij vaak het gevoel hebben de dupe te worden van de verschillende kostenbeheersingmaatregelen die in de gezondheidszorg doorgevoerd worden. Aangezien kostenbeheersing en –besparing een prominente rol spelen bij managed care staan patiënten vrij huiverig tegenover deze ontwikkeling. Zij willen erop kunnen vertrouwen dat de arts zal doen wat op dat moment het beste voor de patiënt is zonder daarbij te zijn gebonden aan regels van een verzekeraar.

Disease management spreekt de patiënten meer aan. Uit disease management kunnen voor patiënten meer of minder grote voordelen vloeien, zoals bijvoorbeeld een meer continue, beter afgestemde zorg. Patiënten benaderen disease management dan ook positiever.

Zorgverzekeraars

Met name zorgverzekeraars hebben zich de afgelopen jaren bezig gehouden met managed care en disease management. De overheid stimuleert de verzekeraars meer verantwoordelijkheid te dragen voor de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. Verzekeraars zijn in dit proces ook financieel risicodragend geworden en hebben daardoor een steeds groter belang bij doelmatige zorg en preventie van ziektes.

Zorgverzekeraars Nederland geeft in een brochure over disease management ⁴⁵ aan dat afstemming tussen en samenwerking van verschillende beroepsbeoefenaren in de eerste plaats een zaak is van zorgaanbieders zelf. Zorgverzekeraars kunnen eventueel een faciliterende en regisserende rol vervullen bij de totstandkoming van multidisciplinaire protocollen of de afstemming van monodisciplinaire protocollen.

Werkgevers

Met werkgevers worden in dit verband niet specifiek de werkgevers van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg bedoeld, zoals bijvoorbeeld het ziekenhuis. Hier worden met werkgevers meer in het algemeen alle ‘bazen’ van Nederland bedoeld. Deze werkgevers hebben namelijk mede als gevolg van de privatisering van de Ziektewet en de Wet op de Arbeids Ongeschiktheidverzekering een toenemend financieel belang in onder andere het voorkomen van ziekteverzuim en

arbeidsuitval. In dat kader houden werkgevers zich, in samenwerking met verzekeraars of een Arbo-dienst, in toenemende mate bezig met onder andere bedrijfsfysiotherapie en bedrijfspoliklinieken in ziekenhuizen⁴⁶.

Managed care is daarbij voor hen interessant in het kader van kostenbesparing. Het instellen van bedrijfsfysiotherapie is voor hen kostenbesparend als dat het ziekteverzuim terugbrengt. Daarnaast zorgt managed care ervoor dat de ermee gemoede kosten beperkt kunnen blijven. Ook disease management is voor werkgevers een interessant instrument, omdat hierbij ook arbeidsreïntegratie aan bod kan komen. Werkgevers zullen naast de primaire doelstelling van disease management, namelijk verbetering van de kwaliteit van de zorg, voornamelijk ook geïnteresseerd zijn in de kostenbesparing die hiermee kan worden bereikt. Voor hen is het goedkoper als iemand weer snel aan het werk is.

Farmaceutische industrie en apotheker

Farmaceutische industrieën en apothekers hebben voornamelijk interesse in disease management. Zij bezitten zeer specifieke kennis over geneesmiddelen en kunnen bijdragen aan een rationeler gebruik hiervan. De kwaliteit van zorg gaat hiermee omhoog en onnodige uitgaven worden voorkomen. Vooral disease management is voor de farmaceutische industrie en voor apothekers interessant aangezien het hierbij gaat over chronische aandoeningen, zoals astma, diabetes mellitus en depressie, waarbij geneesmiddelen bij de behandeling een grote rol spelen⁴⁷.

In de literatuur wordt gesproken over farmaceutische patiëntenzorg als één van de mogelijke vormen of onderdelen van disease management. De instrumenten waarvan gebruik wordt gemaakt, zijn onder andere standaardisatie van de geneesmiddelenkeuze, het farmacotherapeutisch overleg en medicatiebewaking en –begeleiding⁴⁸. De farmaceutische patiëntenzorg zou onderdeel moeten zijn van het behandelplan van een patiënt en daarom ook opgenomen moeten worden in multidisciplinaire protocollen⁴⁹.

Beroepsbeoefenaar

Als betrokkene bij managed care en disease management dienen natuurlijk ook de beroepsbeoefenaren zelf genoemd te worden. Men kan zich echter afvragen wat hun voordeel kan zijn bij managed care. In hoeverre kunnen zij op deze manier

‘gedwongen’ worden mee te werken aan kostenbesparingen en komt de relatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar niet in het gedrang?

Ook in Nederland is inmiddels gebleken dat artsen moeite hebben met managed care. De KNMG heeft daarom in 1998 een beleids- en toetsingskader voor managed care uitgegeven⁵⁰. Dit toetsingskader is bedoeld als hulpmiddel voor artsen om een bepaald managed care-project te beoordelen op de gevolgen voor het handelen van de arts en/of de patiënt.

De KNMG geeft aan dat managed care mogelijkheden biedt om verbeteringen in de zorg aan te brengen qua continuïteit en consistentie van het zorgaanbod, qua multidisciplinaire samenwerking, alsook waar het gaat om financiële facilitering. De KNMG tekent hier echter gelijk bij aan dat de zorgverzekeraar buiten het primaire proces tussen arts en patiënt moet blijven. Men waarschuwt ervoor dat de verleiding van verzekeraars om dit wel te doen in hun streven naar kostenbeheersing groot is⁵¹.

Uit het onderzoek van de STG blijkt dat huisartsen vaak vinden dat zij zelf op grond van het door hun beroepsgroep gevoerde kwaliteitsbeleid doelmatige zorg verlenen en oneigenlijk gebruik van zorg tegengaan. Zij hebben moeite met de inmenging van een derde partij in de keuze voor de te leveren zorg.

Bovengenoemde studie richtte zich alleen op managed care. Opmerkelijk is dat de gevonden bezwaren tegen managed care juist zaken betreffen waaraan in disease management meer aandacht wordt besteed en die in een aantal gevallen juist tot de doelstelling van disease management behoren. De mening van veel huisartsen over disease management is dan ook dat hierin een flink aantal positieve elementen zit die te maken hebben met de kwaliteit van handelen, de gezondheidswinst en de zelfredzaamheid van patiënten.

Zorginstellingen

Ook zorginstellingen zijn betrokken bij managed care en disease management. Zij ervaren managed care in zoverre negatief dat het veelal wordt gezien als een vorm van externe sturing om de kosten in de gezondheidszorg te reduceren. Door zorginstellingen wordt de overheid tot nu toe

beschouwd als de meest actieve ‘derde partij’ in managed care, bijvoorbeeld door middel van opgelegde budgetbeperkingen.

Veel zorginstellingen stellen zich hier kritisch over op; de sturing vanuit managed care zou zich te weinig richten op het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Disease management wordt door hen positiever ervaren. In dit concept kunnen zij zelf meer sturen en het betreft een proces waarbij de kwaliteit van de zorg meer op de voorgrond staat.

Managed care in Amerika

Aangezien er in Amerika al veel langer gebruik wordt gemaakt van het instrument managed care is er daar ook al meer onderzoek naar gedaan. Het hierna beschreven onderzoek gaat over een vorm van managed care die in Nederland niet wordt uitgeoefend, namelijk een kliniek die gereguleerd wordt door verzekeraars. Dit onderzoek wordt aangehaald om aan te geven hoe managed care in zijn meer extreme vormen kan uitwerken op de beroepsbeoefenaren in de zorg en op hun professionele autonomie.

Uit Amerikaans onderzoek onder geneeskundestudenten en hun opleiders (artsen) kwam naar voren dat het merendeel van hen vond dat managed care in vergelijking met het ‘fee-for-service-systeem’ (betaling per verrichting) minder goed scoorde met betrekking tot de toegang tot de zorg, ethische conflicten, de kwaliteit van de arts-patiëntrelatie, de continuïteit van zorg en de zorg voor patiënten met chronische ziektes⁵².

Zo hebben zij onder andere het gevoel dat bij managed care ‘medicine’s core values’, zoals bijvoorbeeld de professionele autonomie en geheimhoudingsplicht, bedreigd worden en dat zij speelbal worden in het spel van de ziektekostenverzekeraars die vat willen krijgen op de kosten(beheersing) in de gezondheidszorg.

Zeer recent (november 1999) maakte de op één na grootste ‘managed care verzekeraar’ in Amerika, UnitedHealth⁵³, bekend een andere koers te gaan varen. Artsen waren verplicht voorafgaande aan de behandeling van een patiënt, toestemming te vragen. Dat kostte de verzekeraar \$100 miljoen per jaar. De hoge kosten die daarmee gemoeid waren, vormden de directe aanleiding om het beleid bij te stellen. Overigens zal men de beslissingen van artsen blijven volgen door controles achteraf.

Ook andere elementen van 'managed care' zal de verzekeraar nauwgezet blijven volgen. Het gaat dan onder meer om het terugdringen van het aantal ligdagen in ziekenhuizen en het volgen van patiënten met chronische aandoeningen.

De afgelopen jaren is er in Amerika toenemend verzet van verzekerden en artsen tegen de invloed van verzekeraars op het primaire proces. In verschillende staten bestaat inmiddels al wetgeving waarin beperkingen zijn opgelegd aan managed care organisaties. Verder zijn zowel in de Senaat als in het Huis van Afgevaardigden wetsvoorstellen aangenomen die de patiënt en de arts rechten toekennen in relatie tot hun verzekeraar. Het belangrijkste verschil is dat in het voorstel van het Huis van Afgevaardigden de bepaling is opgenomen dat een patiënt een managed care organisatie kan aanklagen als blijkt dat er geen juiste behandeling heeft plaatsgevonden.

Verder speelt mee dat er rechtszaken, 'class actions suits', zijn aangespannen tegen managed care organisaties. De aanklacht luidt dat de verzekeraar artsen heeft gedwongen om de medische dienstverlening te beperken en de kwaliteit van zorg ondergeschikt is gemaakt aan het maken van winst.

5.4 Invloed op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren

Managed care

Managed care kan afhankelijk van de vorm waarin het gegoten wordt een bedreiging vormen voor de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren. Vaak wordt managed care ingezet door en ten behoeve van de zorgverzekeraar maar in de toekomst ook door de werkgever, die hiermee invloed wil uitoefenen op de vraag welke vorm van zorg in een bepaalde situatie aan een patiënt verleend wordt.

Eventueel wordt hierbij zelfs ingegrepen in het medisch proces en daarmee in de professionele verantwoordelijkheid/autonomie van de beroepsbeoefenaar. Als de beroepsbeoefenaar niet voldoet aan de voorgeschreven behandeling kan hij in het ergste geval het gevaar lopen dat de zorgverzekeraar het contract opzegt of geen geld betaalt⁵⁴.

Zorgverzekeraars Nederland geeft aan dat het realiseren van multidisciplinaire protocollen spanning kan opleveren met de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren. Men legt zoals reeds eerder gezegd de nadruk op een faciliterende en organisatorische rol als het gaat om de positie van de verzekeraar binnen managed care en disease management. In feite geeft men daarmee aan te vinden dat de verzekeraar niet te veel moet interveniëren in de relatie arts-patiënt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er in de rechtspraak reeds op gewezen is dat protocollen kunnen dienen als richtingaanwijzer maar dat gemotiveerd afwijken altijd mogelijk moet blijven. Een derde partij zal dan ook nooit de macht hebben om een beroepsbeoefenaar een protocol dwingend op te leggen.

Disease management

Bij disease management komt de professionele autonomie niet snel in het gedrang. De kwaliteit van (be)handelen en de zorg voor de patiënt staan hier meer op de voorgrond dan bij managed care. Bij disease management gaat het om een ziektebeeld-specifieke aanpak. Vaak zal deze aanpak multidisciplinair zijn. Alle betrokken partijen moeten bij de totstandkoming van een disease managementproject betrokken worden om de haalbaarheid en uitvoerbaarheid te vergroten.

Het is in dat verband belangrijk dat er goede afspraken worden gemaakt, onder andere over de vraag wie de eindverantwoordelijkheid heeft in een bepaalde behandeling. Een derde partij die net iets verder afstaat van de directe relatie tussen de beroepsbeoefenaren en patiënten kan hier wellicht juist een verhelderende, organisatorische rol spelen. Ook hier geldt weer dat de beroepsbeoefenaar zelf een wezenlijke rol moet spelen bij de totstandkoming van de samenwerking en het vaak bijbehorende multidisciplinaire protocol. Het is de beroepsbeoefenaar die uiteindelijk bepaalt of een patiënt baat zal hebben bij deelname aan een bepaald disease managementproject of bij uitvoering van een bepaald multidisciplinair protocol.

5.5 Conclusie

Belangrijke motoren voor het opstarten van managed care- en disease managementinitiatieven zijn de zorgverzekeraars en in de toekomst wellicht ook steeds vaker de werkgevers. Dit

aangezien zij beiden steeds meer risicodragend zijn voor ziektekosten en ziekteverzuim. De verwachting is dat zij zich meer en meer gaan richten op het invoeren van maatregelen die het optreden van ziekte voorkomen en de kosten van het ziek zijn minimaliseren. Preventie zal hier een grote rol bij spelen omdat 'voorkomen nog altijd beter is dan genezen' en naast beter wellicht ook goedkoper.

Managed care en disease management worden vaak vormgegeven door het opstellen van een multi- dan wel monodisciplinair protocol voor de behandeling van een bepaalde aandoening. Als bij de totstandkoming hiervan een vertegenwoordiging van de beroepsbeoefenaren betrokken wordt, zal de medisch-inhoudelijke kant van het protocol op een evenwichtige manier afgewogen kunnen worden tegen de besparing die de uitvoering van het protocol met zich meebrengt. Een op deze manier totstandgekomen protocol zal in de regel beter geaccepteerd worden dan een door de verzekeraar, werkgever of eventueel ziekenhuisdirectie eenzijdig opgelegd protocol.

Bij managed care en disease management is het erg afhankelijk van de manier waarop het georganiseerd wordt of er inbreuk wordt gedaan op de professionele autonomie van beroepsbeoefenaren. Bij managed care zal het vaak de vraag zijn wie naast de verzekeraars of werkgevers precies belanghebbenden zijn van een dergelijk project. Dit kan problemen geven aangezien het slagen van een dergelijk project afhankelijk is van de medewerking van alle betrokkenen, zowel beroepsbeoefenaren als patiënten.

Dit probleem speelt minder bij disease management. De partijen die betrokken zijn bij disease management kunnen hier allemaal voordeel van hebben:

- voor de zorgverzekeraar/werkgever wordt het proces inzichtelijker en er treedt kostenbesparing en kwaliteitsverbetering op;
- voor de patiënt wordt de zorgverlening individueler en meer continu;
- voor de instelling worden de kosten omlaag gebracht en de omzet en de flexibiliteit vergroot. Voor hen is daarnaast van belang dat de kwaliteit van de zorg wordt vergroot;
- beroepsbeoefenaren worden in staat gesteld om kwalitatief betere zorg te leveren.

6 Professionaliteit

6.1 Inleiding

Hoewel ‘professionaliteit’ een veel gebruikt begrip is, wordt het meestal niet gedefinieerd. ‘Professionaliteit’ en ‘professioneel werken’ worden veelal in een adem genoemd. Keizer constateert dat in de sociologie veel geschreven is over professies en over professionalisering. Maar naar wat het voor individuen betekent om deel uit te maken van een professie, of met andere woorden, wat professionaliteit nu precies betekent, is veel minder onderzoek gedaan.

6.2 Professionaliteit

Mevrouw Keizer heeft in haar proefschrift over gender en professionaliteit in de geneeskunde de volgende werkdefinitie ontwikkeld: “Professionaliteit is de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaalde professie te kunnen functioneren.”

Keizer acht het complex van factoren die tezamen iemands’ professionaliteit uitmaken, zowel historisch als context bepaald. Professionaliteit is contextafhankelijk: het is in de verpleegkunde iets anders dan in de geneeskunde en in de huisartsgeneeskunde iets anders dan in de chirurgie. Professionaliteit is ook dynamisch.

Zo hebben de toenemende mondigheid van patiënten en veranderingen in de organisatie- of financieringsstructuur direct invloed op de inhoud van professionaliteit. We worden door anderen en onszelf beoordeeld op ons functioneren als professional, op onze professionaliteit. Professionaliteit is daarmee zowel attributie als verinnerlijkte norm.

Bij de ideale beroepsbeoefenaar vallen kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos op persoonlijk en professioneel niveau volgens Keizer samen. In de tijd dat geneeskunde en verpleging nog als ‘roeping’ werden beschouwd, was dat in grote mate het geval, zo stelt zij. Uit studies uit de jaren zestig en zeventig blijkt dat de wijze waarop geneeskundestudenten werden opgeleid, maakte dat artsen niet alleen kennis en kunde deelden, maar ook een

gezamenlijk ethos en vergelijkbare persoonlijkheidskenmerken hadden.

Dat nu is aan het veranderen. Onder meer omdat de samenstelling van de beroepsgroepen aan verandering onderhevig is. Al meer dan vijftien jaar is meer dan de helft van de geneeskundestudenten van het vrouwelijk geslacht en zijn met name in de verpleging steeds meer mensen met een andere etnische achtergrond werkzaam. Keizer ziet dit als een van de oorzaken voor een discrepantie tussen professionele en persoonlijke kennis, kunde, karaktertrekken en ethos.

Die discrepantie ontstaat verder ook door het gegeven dat het begrip professionaliteit tot nu toe vooral is gebaseerd op traditionele opvattingen binnen de geneeskunde. In die opvattingen is bijvoorbeeld elke arts individueel verantwoordelijk voor het welzijn van haar of zijn patiënten en moet hij of zij dus ook persoonlijk zoveel mogelijk aanwezig zijn. En in die traditionele opvatting wordt emotionele betrokkenheid als uitgesproken onprofessioneel gezien. In de hedendaagse praktijk blijken echter veel mensen niet langer met deze invulling van professionaliteit uit de voeten te kunnen.

6.3 Professionaliteit en gender

Gender is een Engelse term die duidt op culturele ideeën over ‘mannelijkheid’ of ‘vrouwelijkheid’. Zogenaamd ‘vrouwelijke’ of ‘mannelijke’ waarden, tradities en ervaringen zijn echter maar ten dele te koppelen aan vrouwen respectievelijk mannen van vlees en bloed. Professionaliteit en gender blijken in de gezondheidszorg onlosmakelijk met elkaar verbonden te zijn. Dit bleek onder meer op een door de RVZ en de Tijdelijke Expertisecommissie Emancipatie in het Nieuwe Adviesstelsel (TECENA) georganiseerde expertmeeting in het kader van de voorbereiding van dit advies. De publicatie hierover die tegelijk met dit advies wordt uitgebracht, bevat de nadere onderbouwing voor die stelling.

In het dagelijks spraakgebruik worden aan professionaliteit direct normatieve betekenissen verbonden. De vier onderdelen van professionaliteit: kennis, kunde, persoonlijkheid en ethos, hebben zowel masculiene als feminiene connotaties. ‘Objectief’, ‘individueel’, ‘rationeel’, ‘rechten’, ‘rechtvaardigheid’ en ‘verantwoordelijkheid’ worden

vooral als *masculiene waarden* gezien. ‘Gesitueerd’, ‘relationeel’, ‘emotioneel’ en ‘zorg’ worden als *feminiene waarden* gezien.

In deze tijd blijkt sprake van een dominantie van ‘mannelijke’ waarden. Die dominantie blijkt uit de wijze waarop mannelijke en vrouwelijke professionals momenteel invulling geven aan het begrip professionaliteit. Daarbij dreigen als hard gepercipieerde productgerichte ‘mannelijke’ waarden te prevaleren boven de meer relationeel gerichte ‘vrouwelijke’ waarden.

Eén van de gevolgen daarvan is een negatieve invloed op de arbeidssatisfactie van professionals die veel waarde hechten aan relationele waarden. Het gaat om zowel mannen als vrouwen in de geneeskunde, de verpleegkunde en de fysiotherapie.

De veranderingen in de gezondheidszorg vragen volgens de experts om een professionaliteit waarin beide waardenstelsels elkaar aanvullen. Voor bepaalde taken in de zorg zijn ‘mannelijke’ waarden immers uiterst dienstig, voor andere taken juist de ‘vrouwelijke’. Integrale zorg is gebaat bij een integraal waardenstelsel en kan een bijdrage leveren aan het oplossen van problemen. Professionals worden immers geconfronteerd met patiënten die naar tal van aspecten van elkaar verschillen: naar sekse, naar leeftijd, naar etnisch-culturele achtergrond, naar leefsituatie, naar beleving van ziekte, etc. Dat vereist situationeel en relationeel handelen van professionals.

6.4 Conclusie

Bij professionaliteit gaat het dus niet louter om het specifieke van de professionele kennis. Het gaat ook om kunde, vaardigheden en persoonlijkheidskenmerken en houding of motivatie. Het gaat met andere woorden vooral om de mate waarin en de wijze waarop deze elementen door individuele beroepsbeoefenaren worden toegepast binnen de eigen beroepspraktijk.

Omdat professie een beladen begrip is, definieert de Raad voor dit advies professionaliteit als:

“Professionaliteit is de specifieke combinatie van kennis, kunde, persoonlijkheidskenmerken en ethos, noodzakelijk om in een bepaald beroep te kunnen functioneren”.

In de volgende hoofdstukken worden voor de drie beroepsgroepen, artsen, verpleegkundigen en fysiotherapeuten, de tot nu toe besproken begrippen en onderwerpen nader bezien.

7 Artsen

7.1 Inleiding

Voor artsen is de vraag of ze professional zijn en of ze tot een professie behoren niet zozeer relevant. In de samenleving bestaat daarover weinig twijfel. Artsen worden alom gezien en gewaardeerd als professional. De belangrijkste vraag voor artsen is of het concept van professionele autonomie in deze tijd nog houdbaar is.

Die vraag houdt verband met twee veronderstellingen. De eerste is dat een belangrijke peiler onder de professionele autonomie - de specificiteit van de kennis waarover artsen zouden beschikken enerzijds en de afhankelijkheid van de patiënt van die kennis anderzijds - aan het afbrokkelen is. De tweede is de gedachte dat professionele autonomie op gespannen voet staat met kostenbeheersing.

In relatie tot professionalisering zijn de toenemende specialisatie en de opleidingen belangrijke onderwerpen.

7.2 Kennisdomein en professionele autonomie

Rond het kennisdomein van artsen doen zich ontwikkelingen voor die de professionele autonomie kunnen aantasten. Zo wordt in een aantal publicaties gewezen op het feit dat het meer inzichtelijk worden van de werkmethode van artsen en het gebruik van protocollen en standaarden niet alleen leidt tot het toetsbaar worden van het beroepsmatig handelen door derden, maar tevens het onderscheid tussen de leek en de professional doet vervagen. “Doordat de medicus steeds beter in staat is om tot daadwerkelijke en objectief reproduceerbare resultaten te komen, ontstaat een proces van *demystificering* van het artsenberoep” (Van Oorschot c.s.).

De exclusiviteit van het kennisdomein vermindert verder doordat andere beroepsbeoefenaren zelfstandig een belangrijk aandeel in de behandeling van artsen hebben. Verpleegkundigen en fysiotherapeuten werken samen met specialisten waardoor deze beroepsgroepen kennis verwerven

op specifieke vakgebieden binnen de geneeskunde. Ook vervaagt de grens tussen medische en niet-medische kennis door de bijdragen van professionals uit beroepen die hun oorsprong hebben in de natuurkunde en scheikunde. Voorbeelden daarvan zijn de klinisch fysicus en de klinisch chemicus.

De verregaande specialisatie is eveneens een factor die bijdraagt aan het vervagen van het kennisdomein. Het wordt steeds moeilijker het gehele terrein van de geneeskunde te overzien. De chirurg is op het terrein van de gerontologie als het ware een leek. Plochg c.s.⁵⁵ beschrijven in dit verband nog een ander fenomeen. De klinische autonomie is nauw verbonden met drie kernactiviteiten van het medisch-specialistisch handelen: denken – besluiten - handelen. Zij constateren echter binnen specialismen accentverschuivingen wat betreft deze driedeling.

Zo ligt het accent binnen de chirurgie op handelen (opereren) en binnen de neurologie op denken (diagnose). Naast het gevaar van het verdwijnen van integrale samenhang en continuïteit van de zorgverlening, wijzen ze op het gevolg daarvan voor de klinische autonomie. Die verschuift van het niveau van de individuele specialist naar het niveau van het collectief van specialisten. De kritische reflectie op het eigen handelen voldoet daarom niet langer. Het eigen handelen moet beschouwd worden in relatie tot het werk van andere specialisten en beroepsbeoefenaren.

Kennis is de basis voor het gebruik van protocollen en standaarden in de geneeskunde. Aan het gebruik en de toename daarvan zitten twee kanten wat de professionele autonomie betreft. Aan de ene kant bevestigen ze juist de professionele autonomie van artsen omdat zij door de beroepsgroep zelf zijn opgesteld. Het gebruik van deze protocollen door externen, zoals de rechter, bevestigt in feite dat artsen, zij het binnen bepaalde grenzen, zelf moeten kunnen beslissen over een bepaalde behandeling.

Aan de andere kant wordt de behandelvrijheid van de individuele arts er door beperkt. De jurisprudentie laat zien dat afwijken van een protocol is toegestaan, maar daar moet dan wel een goede reden voor zijn. Er is dus wel degelijk een plicht voor de arts om zich tot op zekere hoogte te conformeren aan protocollen standaarden en richtlijnen. Uit deze ontwikkeling is eveneens een verschuiving te constateren

van de professionele autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar naar de beroepsgroep als geheel.

7.3 Professionele autonomie van de arts en kostenbeheersing

Discussies over de schaarste problematiek en keuzevraagstukken worden gezien als oorzaak van de hernieuwde opleving van de belangstelling voor de professionele autonomie. Daarvan getuigt ook het Politiek Manifest van de KNMG voor de gezondheidszorg in de kabinetsperiode 1998-2002⁵⁶.

De eerste stelling van dit manifest luidt: “Wil een arts zijn professionele verantwoordelijkheid voor vorm, inhoud en uitvoering van de medische zorg jegens zijn patiënt kunnen waarmaken dan is professionele autonomie nodig. Deze professionele autonomie gaat uiteraard gepaard met het afleggen van verantwoording”.

Die verantwoordelijkheid jegens de patiënt brengt met zich mee dat de arts moet kunnen beschikken over professionele autonomie. Het manifest signaleert dat artsen ervaren dat de autonomie wordt ingeperkt. Het noemt twee belangrijke knelpunten: de organisatie van de zorg en de rol van artsen daarin en het hanteren van een macrobudget dat niet wordt vastgesteld op grond van zorginhoudelijke en demografische ontwikkelingen.

De eerder genoemde studie van het Lindeboom Instituut komt tot de constatering dat kostenbeheersende maatregelen die gericht zijn op een nadere verantwoording van het medisch handelen en de kwaliteit daarvan in al haar aspecten, niet strijdig zijn met het beginsel van professionele autonomie. Dit komt doordat men juist de bereidheid van de professie tot het afleggen van verantwoording in het kader van de aan de professie verleende professionele autonomie een vereiste acht.

De eveneens in het voorgaande genoemde Rotterdamse studie behandelt de verschillende niveaus waarop keuzevraagstukken zich voordoen en de verschillende keuzemechanismen. Het gaat vooral om de keuzevraagstukken in de directe patiëntenrelatie, dus het microniveau. De bezwaren tegen selectie op microniveau brengen de auteurs in verband met de

reikwijdte en invulling van het met een beroep op professionele autonomie verdedigde belang van de individuele patiënt en de daarmee gemoeide verantwoordelijkheid van de arts.

Volgens de onderzoekers gaan alle discussies daarover terug naar dezelfde vragen, met name de vraag of gezondheidszorg 'speciaal' is en hoe speciaal dan wel. Speciaal genoeg om zich te mogen onttrekken aan economische overwegingen, of aan principes van rechtvaardigheid of van algemene ethiek. Zij stellen dat macro-overwegingen altijd het kader vormen voor wat individueel mogelijk is. Ook binnen de opgelegde beperkingen kan de arts niet volledig zijn gang gaan. Hij zal zich in de spreekkamer altijd rekenschap moeten geven van zijn verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg als geheel.

Mirvis, eerder geciteerd, benadrukt dat beslissingen over kostenbeheersing niet alleen afhankelijk zijn van wat op basis van medisch kennis, de grondslag voor professionele autonomie, mogelijk is. Ook subjectieve elementen en preferenties spelen een rol. Met een verwijzing naar Freidson gebruikt hij het voorbeeld van een weg bouwen. *Hoe* een weg aangelegd moet worden is een technische kwestie en kan het best beoordeeld worden door ingenieurs en andere technici. *Of* en *waar* die weg moet komen is een vraag van geheel andere orde.

In discussies over hoe en op welke wijze medische kennis moet worden toegepast, hebben artsen een zelfde rol als economen en sociologen. Vanuit ieders eigen kennisdomein dragen ook deze professionals bij aan beslissingen. Dergelijke beslissingen horen volgens hem thuis in het publieke domein. Wel moet het publiek duidelijk gemaakt worden wat de gevolgen zijn van beslissingen over kostenbeheersing.

De vraag lijkt niet zozeer of professionele autonomie en kostenbeheersing samengaan, maar welke methoden daarvoor geëigend zijn. In dat verband zijn managed care en disease management veel besproken instrumenten (zie ook hoofdstuk 5). Het gaat bij beide om sturingsinstrumenten waarbij een derde partij, die in beginsel buiten de directe hulpverlener - patiëntrelatie staat, bijvoorbeeld de verzekeraar, invloed heeft op de zorgverlening.

Voorals ten aanzien van managed care leeft de vraag in hoeverre de derde partij mag ingrijpen in het primaire

behandelproces tussen beroepsbeoefenaar en patiënt. Artsen in het 'Comité Permanent des Médecins Européens' wijzen managed care niet zonder meer af. Zij zien potentiële voordelen van deze benadering. Incentives om evidence-based medicine te bevorderen, toenemende nadruk op het belang van verbeteringen in het onderwijs en een grotere betrokkenheid van patiënten in beslissingen over behandelingen zijn daarvan voorbeelden. Vormen van managed care die ze onacceptabel vinden zijn onder meer regels die artsen verbieden de patiënt te informeren over dure behandelingen die niet door de betreffende verzekeraar worden vergoed of vormen van disease management gebruiken die artsen en patiënten verplichten tot het gebruik van bepaalde merken medicijnen.

7.4 Professionalisering

Inleiding

Professionalisering is voor de beroepsgroep artsen een essentieel aandachtspunt, dat op verschillende niveaus wordt uitgewerkt. Van alle gezondheidszorgberoepen is bij de medici de professionalisering het meest ver voortgeschreden. Deze voorsprong is voor een belangrijk deel te danken aan de tijdspanne waarover het proces gestalte kon krijgen.

De professionalisering van medici komt op verschillende manieren tot uiting, onder meer in een groot aantal specialisaties. Verder streeft de beroepsgroep bij voortduring en op verschillende niveaus naar verdergaande verbetering van de kwaliteit van het product, i.c. de verleende zorg. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling van standaarden en richtlijnen voor medisch handelen en - mede in dat kader - het streven naar zoveel mogelijk evidence-based handelen.

Daarnaast formuleert de beroepsgroep standpunten en gedragscodes omtrent maatschappelijk relevante vraagstukken. Hierbij is te denken aan door de beroepsvereniging KNMG geformuleerde standpunten over onderwerpen als euthanasie en abortus en over bejegening van patiënten. Bejegeningaspecten zijn onder meer neergelegd in de KNMG-gedragscode voor artsen: het zogenoemde 'groene boekje'.

In deze paragraaf ligt het accent op het verschijnsel 'specialisaties' voor medische beroepen als uiting van professionalisering. Hiervoor is een aantal redenen aan te

voeren die in het navolgende worden verduidelijkt. Het gaat om de relatie tussen de specialisaties en het basisberoep en tussen de specialisaties onderling. In dat kader is ook de studieduur van belang. Verder zijn het carrièreperspectief van specialisten en de invloed van 'gender' op de toegang tot specialisaties en tot wetenschappelijk onderzoek belangrijke aandachtspunten.

De specialisaties nader bezien

De initiële studie geneeskunde leidt op tot het diploma van basisarts. Beroepsuitoefening als basisarts is maar in beperkte mate mogelijk, namelijk in ziekenhuizen als 'assistent niet in opleiding' (agnio). Voor veruit de meeste medische beroepen is een vervolgopleiding noodzakelijk. Het artsenberoep kent dan ook een veelheid aan specialisaties. De officieel erkende⁵⁷ specialisaties kunnen als volgt worden ingedeeld:

- medisch generalisten i.c. de huisarts en verpleeghuisarts;
- medisch-specialisten (29 verschillende richtingen⁵⁸, waaronder zogenoemde poortspecialismen als inwendige geneeskunde, heelkunde en anesthesiologie en niet-poort-specialismen als pathologie, medische microbiologie en klinische chemie);
- sociaal-geneeskundigen (7 richtingen).

Deze specialisaties hebben een eigenstandig karakter, hetgeen in de meeste gevallen tot uiting komt in het bestaan van specifieke wetenschappelijke verenigingen en eigen opleidingstrajecten. Ook in het kader van bevordering van de kwaliteit van medisch handelen spelen de specialisaties en de wetenschappelijke verenigingen een rol onder meer bij het organiseren van specifieke bij- en nascholingstrajecten en audit-activiteiten. Wat dit laatste betreft is binnen de specialistische verenigingen het instrument van visitatie tot ontwikkeling en uitvoering gebracht.

Binnen de specialismen bestaan soms subspecialisaties, die als zodanig niet officieel erkend zijn. Zij hebben het karakter van een verdere verdieping binnen het specialisme. Te denken is bijvoorbeeld aan nefrologie als subspecialisatie van inwendige geneeskunde of aan vaatchirurgie of oncologische chirurgie als subspecialisaties van algemene heelkunde.

Relatie tussen basisarts en specialisatie en tussen specialismen

In feite is de huidige opleiding tot basisarts een voorstadium voor specialisatie. Het basisartsdiploma kan in die zin niet als een eindpunt worden beschouwd. Specialisaties zijn daarmee

een nagenoeg onlosmakelijk onderdeel van de medische opleiding.

Een nadeel van de huidige structuur met een veelheid aan specialisaties is dat deze opleidingen voorbereiden op zeer specifieke, van elkaar te onderscheiden richtingen voor medisch specialistisch handelen. De specialisaties zijn de definitieve eindpunten van de medische scholing. Het zijn daardoor 'fuikopleidingen', wat inhoudt dat, op basis van de opleiding alleen, geen sprake is een carrièreperspectief. 'Switchen' tussen specialisaties is niet mogelijk.

Bedenkingen bij de duur en structuur van de opleiding en specialisatie
Recent doet zich de discussie voor of het systeem van basisartstopleiding en bijbehorend rijk geschakeerd palet aan specialisaties niet toe zou zijn aan herziening⁵⁹. Een belangrijk aandachtspunt daarbij vormt de duur van de totale opleiding. Deze is relatief zeer lang. Met inbegrip van de initiële opleiding van 6 jaar en veelal een wachttijd tot de vervolgstudie, neemt de opleiding tot klinisch medisch specialist tenminste 12 jaar in beslag en vaak nog aanzienlijk langer. De beginnende medisch specialist is daarmee tenminste 32 jaar of ouder.

Tegenover deze lange studieduur staat de werkelijkheid van vandaag, waarin beroepsbeoefenaren - en medisch specialisten maken hierop geen uitzondering - meer en meer belangstelling krijgen voor parttime werk en men wellicht ook eerder met het werk zal willen stoppen. Mede in het licht van deze algemene maatschappelijke voorkeuren gaan er stemmen op om te komen tot een aanzienlijke bekorting van de opleidingstermijn voor de medische opleidingen en met name voor de medisch specialisten. De indruk bestaat dat de huidige 'jonge klaren' (medisch specialisten die net hun opleiding afgerond hebben) te oud zijn en ook te knap en mede daardoor te duur.

De discussie spitst zich de laatste jaren toe op een aantal opties, die allen aanpassing inhouden van de structuur en duur van de initiële opleiding en/of de vervolgoopleidingen. Eén van deze opties, vertolkt door Molenaar⁶⁰ houdt in dat de basisopleiding wordt opgesplitst in een kort gemeenschappelijk deel van 3 jaar, gevolgd door een keuze voor een tweejarige differentiatie in drie verschillende richtingen waarmee een academische graad van 'master' kan worden behaald.

De differentiaties zijn: zorg, moleculaire geneeskunde en gezondheidsleer en epidemiologie. Na deze differentiatie kan men zich verder specialiseren. De differentiatie 'zorg' geeft dan toegang tot de specialisatie huisarts, ziekenhuisarts of verpleeghuisarts. Deze artsen zijn primair verantwoordelijk voor de zorg in instellingen en aan huis en zij vormen de aansturing voor de verpleegkundige sector. De differentiatie 'moleculaire geneeskunde' geeft toegang tot de klinisch medische specialisaties. De differentiatie 'gezondheidsleer en epidemiologie' leidt toe tot de sociaal-geneeskundige disciplines zoals jeugdarts.

Een andere optie is de in Groningen geëffectueerde opleiding tot 'ziekenhuisarts'⁶¹. Deze opleiding werd gecreëerd om te kunnen inspelen op de veranderende positie en organisatie van het artsenberoep, de dreigende tekorten aan medisch specialisten en de veranderende samenstelling en wensen van de beroepsgroep, met name meer vrouwen in het beroep en een toenemende behoefte aan emancipatie tot uiting komend in veranderende opvattingen over werk en carrière. Een ziekenhuisarts wordt opgeleid om, zonder erkend specialist te zijn, werkzaam te zijn in een bepaald omschreven domein van patiëntenzorg, dat specialismen overstijgend is. Het is een breed inzetbare arts die primair zelfstandig binnen het domein kan werken. Ziekenhuisartsen zorgen voor hulp op maat. De ziekenhuisarts is niet te beschouwen als een nieuw specialisme, maar als een nieuwe functie.

De functie van ziekenhuisarts is zowel van voordeel voor het ziekenhuis, aangezien soepel kan worden ingespeeld op de arbeidsmarktsituatie, als voor de medisch specialisten en voor de ziekenhuisartsen zelf. De medisch specialisten komen door inzet van ziekenhuisartsen meer aan hun eigenlijke specialistenwerk toe. Voor de ziekenhuisartsen betekent de functie een nieuw loopbaanperspectief en de mogelijkheid om makkelijk in deeltijd te werken. Momenteel onderscheidt het AZG drie profielen voor de functie van ziekenhuisarts: interdisciplinaire patiëntenzorg voor specifieke patiëntengroepen; sociale (verzekerings)geneeskunde; emergency medicine.

Bleker en Blijham⁶² introduceren voor medisch specialistische zorg het onderscheid in een 'grote en kleine menukaart'. Zij zijn van oordeel dat de klinische gezondheidszorg in de nabije toekomst vrijwel uitsluitend beoefend zal worden door grote

maatschappen van medisch specialisten en wel in drie soorten ziekenhuizen: academische ziekenhuizen, niet-academische ziekenhuizen met opleidingsfaciliteiten en overige ziekenhuizen.

In deze visie zullen de grote maatschappen overdag, zonodig in samenwerking met andere ziekenhuizen, een zogenoemde 'grote menukaart' serveren: een behoorlijk breed gedeelte van het specialisme in voldoende kwaliteit. De maten gaan daarbij over tot subspecialistische taakverdeling. Buiten de kantooruren wordt een zogenoemde 'kleine menukaart' geserveerd: alleen acute problematiek.

Dit onderscheid tussen een grote en kleine menukaart biedt volgens Bleker en Blijham de mogelijkheid om de eindtermen voor de specialistische opleidingen drastisch te herzien. Zij denken aan een standaard- of rompopleiding tot medisch specialist met slechts de kleine kaart als eindtermen. Daarmee zou de nieuwe specialist een soort generalist zijn van het specialisme. Hij/zij kan de normale problematiek van het specialisme, inclusief de acute zaken, i.c. de eerder genoemde kleine kaart, zelfstandig behandelen. Later kunnen deze standaardspecialisten zich een subspecialisatie eigen maken. De auteurs menen dat het in deze nieuwe opzet mogelijk is internisten, chirurgen en gynaecologen in vier jaar op te leiden. De nieuwe opleiding tot 'standaardspecialist' moet onder toezicht blijven van de Specialisten Registratie Commissie.

De voorgestelde differentiatie per specialisme biedt naar het oordeel van Bleker en Blijham tevens mogelijkheden meer adequaat op de actuele arbeidsmarktsituatie in te spelen. Het tijdstip waarop specialisten hun subspecialisatie verwerven kan in die zin afhankelijk worden gemaakt van de marktsituatie. Bij een tekort aan specialisten zullen de nieuwe standaardspecialisten direct doorstromen naar de maatschappen en zich pas later verder specialiseren. Bij een overschotsituatie hebben de nieuwe specialisten sneller de gelegenheid zich verder te specialiseren.

Naast bedoelde bekorting van de specialistische opleiding stellen Bleker en Blijham voor ook de opleiding tot basisarts te herzien en zo mogelijk te bekorten. Er vanuit gaande dat na de opleiding tot basisarts altijd een vervolgopleiding gevolgd zal worden, moeten doublures zoveel mogelijk worden

vermeden. De initiële opleiding moet worden vormgegeven in samenhang met de te volgen vervolgstudie.

Ook voor de huisartsopleiding en de sociaal-geneeskundige specialisaties bestaan ideeën voor herziening⁶³. Bij alle opties voor wijziging van de duur en structuur van medische opleidingen moet aandacht zijn voor het ontwikkelen van een opleidingscontinuüm. Dit houdt in dat basisopleiding en vervolgoopleidingen één geheel vormen, waarbij eindtermen zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd en doublures worden vermeden.

Uit de gepresenteerde opties blijkt dat er vele modaliteiten zijn. Een aantal vragen doet zich daarbij voor, zoals, moet in de basisopleiding sprake zijn van een differentiatie naar vervolgrichting, en zo ja, op welk tijdstip moet deze differentiatie plaatsvinden. Verder is het de vraag of het huidige rijk geschakeerde palet aan vervolgoopleidingen niet geclusterd zou kunnen worden in een beperkt aantal 'hoofdstromen', al dan niet gecombineerd met een verdere opsplitsing van de specialisatie naar niveau: 'basisspecialist' en 'superspecialist'.

Bij deze voorstellen moet bedacht worden dat het aanbrengen van veranderingen in de opleidingsduur van basisartsen en medisch specialisten gebonden is aan de mogelijkheden en beperkingen die het gevolg zijn van relevante Europese richtlijnen. Voor de opleiding tot basisarts bepaalt de van 16 juni 1975 daterende richtlijn EEG 75/362 een minimumopleidingsduur van 6 jaar. Zonder aanpassing van deze richtlijn is het feitelijk niet mogelijk een kortere duur van de basisartsopleiding vast te stellen.

Iets dergelijks geldt ook voor de opleiding tot medisch specialist. De van 5 april 1993 daterende richtlijn EEG 93/16 schrijft voor de meeste in Nederland bekende specialismen een minimum opleidingsduur voor, die in de meeste gevallen geringer is dan de in Nederland geldende termijn. Deze opleidingstermijnen worden per medisch specialisme vastgesteld door het Centraal College Medisch Specialismen voor de erkenning en registratie van medisch specialisten.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de huidige opleidingsduur van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen en de minimale opleidingsduur volgens de relevante Europese richtlijnen. Uit de tabel blijkt dat voor 16

specialismen binnen de Europese richtlijnen een beperking van de opleidingsduur met maximaal 1 jaar mogelijk zou zijn. Voor 8 specialismen, waaronder anesthesiologie, cardiologie, gastro-enterologie en keel-, neus-, oorheelkunde zou de opleidingsduur met 2 jaar beperkt kunnen worden. De opleiding voor het specialisme psychiatrie zou met een half jaar bekort kunnen worden.

Slechts voor 2 specialismen, namelijk klinische chemie en nucleaire geneeskunde, zou op grond van de Europese richtlijnen geen aanpassing van de opleidingsduur mogelijk zijn. Voor deze specialismen is de huidige opleidingsduur echter al beperkt van omvang, namelijk 4 jaar. De Europese richtlijnen doen geen uitspraak over het specialisme klinische genetica.

De eerder genoemde voorstellen van Bleker en Blijham riepen verder de reactie op dat verkorting van de opleidingsduur van medisch specialisten ten koste zou kunnen gaan van de kwaliteit van de beroepsuitoefening door de afgestudeerde specialisten⁶⁴. Met name binnen de snijdende specialismen wordt vier jaar een te korte periode geacht om tot 'generalist' van het specialisme te worden opgeleid. Als voorstel om toch de opleidingsduur beperkt te houden, beveelt Tonino aan voor medisch specialistische opleidingen een leeftijdsgrens bij aanvang te stellen. Gedacht wordt aan een leeftijd van maximaal 26 jaar. Daardoor zou voorkomen worden dat specialisten pas op latere leeftijd aan de slag kunnen gaan en dan nog maar beperkte tijd in het vak werkzaam zullen zijn.

Tabel 7.1 Huidige opleidingsduur medisch-specialismen versus de minimaal voorgeschreven opleidingsduur ex richtlijn 93/16 EEG

Omschrijving	Huidige opleidingsduur	Minimale opleidingsduur ex richtlijn 93/16 EEG, art. 26 en 27
Allergologie*	6 jaar	3 jaar
Anesthesiologie	5 jaar	3 jaar
Cardiologie	6 jaar	4 jaar
Cardiopulmonale chirurgie	6 jaar	5 jaar
Dermatologie en venerologie	5 jaar	4 jaar

Gastro-enterologie	6 jaar	4 jaar
Heelkunde	6 jaar	5 jaar
Inwendige geneeskunde	6 jaar	5 jaar
Keel-, neus-, oorheelkunde	5 jaar	3 jaar
Kindergeneeskunde	5 jaar	4 jaar
Klinische chemie	4 jaar	4 jaar
Klinische genetica	4 jaar	---
Klinische geriatrie	5 jaar	4 jaar
Longziekte en tuberculose	6 jaar	4 jaar
Medische microbiologie	5 jaar	4 jaar
Neurochirurgie	6 jaar	5 jaar
Neurologie	6 jaar	4 jaar
Nucleaire geneeskunde	4 jaar	4 jaar
Oogheelkunde	4 jaar	3 jaar
Orthopedie	6 jaar	5 jaar
Pathologie	5 jaar	4 jaar
Plastische chirurgie	6 jaar	5 jaar
Psychiatrie	4,5 jaar	4 jaar
Radiologie	5 jaar	4 jaar
Radiotherapie	5 jaar	4 jaar
Reumatologie	6 jaar	4 jaar
Revalidatiegeneeskunde	4 jaar	3 jaar
Urologie	6 jaar	5 jaar
Verloskunde en gynaecologie	6 jaar	4 jaar

* het specialisme allergologie is per besluit CC no. 4 – 1995 als zelfstandig specialisme opgeheven en ondergebracht bij het specialisme inwendige geneeskunde.

In het begin van deze paragraaf werd aangegeven dat de professionaliteit van de medische beroepsgroep onder meer tot uiting komt in een zeer groot aantal van elkaar te onderscheiden specialisaties. Sommige van de officiële specialismen hebben op hun beurt weer één of meer subspecialisaties. De vraag zou kunnen zijn of het ruime veld

van specialisaties in haar huidige vorm in de toekomst gehandhaafd zou moeten blijven.

De lijn van Bleker en Blijham verder voerend zou het denkbaar zijn dat een beperkt aantal officiële basisspecialismen zou ontstaan die elk op zich een aantal al dan niet officiële subspecialisaties zouden kennen. Hiermee zou enerzijds in de sfeer van de specialistische vervolgopleidingen een stroomlijning gestalte kunnen krijgen, waarbij daarvoor in aanmerking komende onderdelen kunnen worden samengevoegd. Anderzijds zou, door een beperkter aantal basisspecialismen de uitwisseling tussen specialisaties minder problemen geven dan thans het geval is. Momenteel is een specialisatie op te vatten als een eindstadium van het beroep. Het is in beginsel niet mogelijk om op eenvoudige wijze naar een ander specialisme over te stappen.

Invloed van gender op de beroepsuitoefening

Een aspect dat bij de verdere professionalisering van de medische beroepen expliciet vermelding behoeft, is de invloed van gender op de beroepsuitoefening en op de opleidingen. De gestage toename van het aantal vrouwen in opleidingen voor medische beroepen en in de beroepsuitoefening zelf, heeft tot gevolg dat op beide fronten meer rekening moet worden gehouden met parttime beschikbaarheid en met de combinatie werken – zorg. Binnen de initiële opleiding geneeskunde is het aandeel vrouwelijke studenten de laatste jaren ongeveer 55%, in 1960 bedroeg dit nog ongeveer 20%⁶⁵. Ook in de medische vervolgopleidingen is het aandeel vrouwen in het algemeen toegenomen. Voor alle specialismen tezamen is het aandeel vrouwelijke arts-assistenten in opleiding gegroeid van 28% in 1988 tot 41% in 1996.

Deze relatieve toename van vrouwelijke studenten en artsen leidt niet alleen tot meer aandacht voor de mogelijkheden van deeltijdoopleidingen en werktijdreductie c.q. deeltijdwerk, maar ook voor andere carrièrevormen en veranderingen in de beroepsuitoefening. Tijdelijke onderbreking van de beroepsuitoefening in verband met gezinsvorming, is een voorbeeld van een veranderend carrièreperspectief. Dit houdt onder meer in dat voorzien moet zijn in adequate mogelijkheden voor herintrede en bij- en nascholing.

Een verdergaande verschuiving binnen de man - vrouw verhouding voor vele medische beroepen zal wellicht aanleiding kunnen geven tot veranderingen in de

beroepsuitoefening. Minder accent op een vanzelfsprekende continue beschikbaarheid van beroepsbeoefenaren voor hun patiënten kan hiervan een gevolg zijn. Verder zullen traditionele ‘mannenberoepen’ als orthopedie, urologie, chirurgie en cardiologie te maken krijgen met een toenemend aandeel vrouwelijke beroepsbeoefenaren. Deze trend is nu al aanwezig⁶⁶.

Een recent advies van de Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid⁶⁷ geeft aan dat sprake is van een aanzienlijke ondervertegenwoordiging van vrouwen in hogere universitaire en para-universitaire functies. Zo bedraagt het aantal vrouwelijke hoogleraren in Nederland ultimo 1998 slechts 5.4%, het aandeel vrouwelijke universitair hoofddocenten is dan 7.8%. Voor de ‘gezondheidsrichtingen’ gelden respectievelijk percentages van 4.8 en 8.3⁶⁸. In internationaal perspectief behoort Nederland tot de landen met relatief weinig vrouwen in universitaire en para-universitaire functies.

Het advies noemt drie mogelijke verklaringen voor de relatieve ondervertegenwoordiging in Nederland van vrouwen in genoemde functies. In de eerste plaats speelt de factor tijd een rol: vrouwen zijn pas relatief laat in grotere aantallen gaan studeren. Er is daardoor pas recent sprake van een grotere stroom van vrouwelijke afgestudeerden.

Een tweede verklaring kan zijn dat vrouwen minder vaak onvoorwaardelijk kiezen voor een wetenschappelijke carrière. Beide genoemde verklaringen worden door de AWT gerelativeerd. Een derde - en meest waarschijnlijke - verklaring ziet de AWT in belemmeringen, gerelateerd aan het wetenschapssysteem zelf. Het gaat dan vooral om meer of minder subtiele ‘uitsluitingspraktijken’, bijvoorbeeld uitsluiting van informele netwerken.

Conclusies

Concluderend kan gesteld worden dat professionalisering voor de beroepsgroep artsen een belangrijk aspect is dat ook in de toekomst nog veel aandacht zal krijgen. Vooral de differentiatie in verschillende specialismen en de aansluiting tussen basisopleiding en vervolgopleiding zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Op dit moment is nog onduidelijk welke richting de verdergaande professionalisering zal volgen. Onduidelijk is ook welke invloed gender uiteindelijk zal hebben op de professionalisering van artsen.

8 Verpleegkundigen

8.1 Inleiding

Verpleegkundigen worden meer en meer beschouwd als professionals met een cruciale rol binnen de gezondheidszorg. Ze worden tot de kerndisciplines gerekend. Dit blijkt onder meer uit het feit dat het verpleegkundig werk wel de tweede kernactiviteit in het medisch specialistisch bedrijf wordt genoemd. De ontwikkeling van de verpleegkundige beroepsgroep is echter heel anders gelopen dan die van de artsen. De vraagstukken die samenhangen met professionele autonomie en professionalisering hebben binnen de verpleegkundige beroepsgroep dan ook een andere betekenis en inhoud.

8.2 Professionele autonomie

Hoewel het begrip professe al in 1882 werd geassocieerd met verpleging (Ellis⁶⁹) wordt professionele autonomie van verpleegkundigen in vooral internationale publicaties benaderd vanuit de vraag of verpleegkundigen wel alle kenmerken van een professe, inclusief de daarbij behorende professionele autonomie, hebben. De meningen daarover lopen uiteen.

Keogh⁷⁰ komt op grond van onderzoek naar professionalisering van verpleegkundigen in verschillende landen tot de conclusie dat dit proces nog lang niet voltooid is. In de Verenigde Staten en in Zuid-Afrika bijvoorbeeld is veel bereikt, maar in veel landen heeft men nog een lange weg te gaan. Wat betreft de terreinen waarop de verpleegkundige professionele autonomie zou moeten verwerven, worden in het artikel een aantal direct patiëntgebonden gebieden van zorg genoemd. Onder autonomie wordt in het artikel verstaan: "the freedom to make prudent and binding decisions consistent with the scope of practise and freedom to implement these decisions".

Uitgaande van de definitie van professionele autonomie voor dit advies is, waar het gaat om een mandaat van de samenleving, de Wet BIG voor verpleegkundigen van grote betekenis. De erkenning door de samenleving van de eigen

deskundigheid en beroepsverantwoordelijkheid van verpleegkundigen komt hierin tot uitdrukking. Verpleegkundigen zijn, evenals artsen en fysiotherapeuten, individueel tuchtrechtelijk aansprakelijk voor de kwaliteit van de verleende (verpleegkundige) zorg.

Daarmee wordt tegelijkertijd de professionele autonomie zowel van de beroepsgroep als van individuele verpleegkundigen, binnen grenzen, erkend. De grens van de vrijheid en onafhankelijkheid van het beroepsmatig handelen van de individuele verpleegkundige wordt mede bepaald door het in de wet omschreven deskundigheidsgebied.

Hoewel op basis van de Wet BIG professionele autonomie van verpleegkundigen aangenomen mag worden, komt dit in de praktijk nog niet altijd tot uitdrukking. De vrijheid en onafhankelijkheid in het beroepsmatig handelen is in de dagelijkse praktijk van de beroepsuitoefening sterk ingekaderd. De inhoud en het tempo van het werk worden in hoge mate bepaald door derden, vooral medisch specialisten (Rapport Commissie Positiebepaling Verpleegkundige en Verzorgende, 1991). Naast artsen beperken managers de professionele autonomie van verpleegkundigen (Pool c.s., s.n.). Doorgaans accepteren verpleegkundigen echter dat zij niet (alleen) beslissen over keuzes over de besteding van middelen en prioriteitstelling in de zorg.

Verpleegkundigen hebben echter wel bezwaren tegen een zodanige beperking van hun handelingsvrijheid dat ze niet meer zelf kunnen beslissen welke verpleegkundige zorg geïndiceerd is. Een duidelijk voorbeeld is de wijze waarop in de thuiszorg de scheiding van intake en uitvoering in de wijkverpleging heeft plaats gevonden. De indicatiestelling beschouwen verpleegkundigen als onderdeel van hun eigen gebied van deskundigheid. Indicatie stellen is volgens hen dus geen economisch besluit, maar een besluit op basis van klinische overwegingen en deskundigheid.

In de praktijk van de Regionale Indicatie Organen is het (lang) niet altijd een verpleegkundige die indiceert voor verpleegkundige zorg. Zo wordt in een publicatie over indicatiestelling op maat door het hoofd van een indicatiebureau gesteld: "Zo is het voor niet-verpleegkundigen toch even wennen om verpleegkundige zorg te moeten indiceren". Het indiceren van verpleegkundige zorg door niet-

verpleegkundigen ontkent in feite de deskundigheid die daarvoor nodig is.

Ook voor verpleegkundigen geldt dat de individuele vrijheid gebonden is aan regels van de beroepsgroep. Die regels van de beroepsgroep zouden hun neerslag moeten vinden in protocollen en standaarden. Er zijn weliswaar veel standaarden en protocollen, maar ze zijn nog niet een product van de gezamenlijke beroepsgroep. Het LCVV en de AVVV hebben daartoe wel het initiatief genomen. Een vertragende factor is echter het tijdsbeslag op leden van de beroepsgroep en de financiële middelen die ermee gemoeid zijn. Het is duidelijk dat ook de implementatie, gezien de grootte van de beroepsgroep, nog het nodige zal vergen, zowel in financiële zin als in strategie.

Gebrek aan empirisch bewijs was in het verleden de oorzaak van onduidelijkheid over de waarde van verplegen. Verplegingswetenschap is in Nederland nog een betrekkelijk jonge discipline. Vergeleken met de VS heeft Nederland dan ook nog een grote achterstand. Dat betreft zowel het aantal opgeleide verplegingswetenschappers als het aantal gepromoveerde verpleegkundigen. Sinds de start van de universitaire opleiding verplegingswetenschappen in 1980 in Maastricht zijn inmiddels 1600 verpleegkundigen afgestudeerd in verplegingswetenschappen.

De resultaten van (internationaal) wetenschappelijk onderzoek tonen aan dat verpleegkundige zorg er toe doet. De uitkomsten van onderzoek worden echter ook in Nederland in toenemende mate van belang geacht voor kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg. “Zo kan de verplegingswetenschap bijdragen aan zorgvernieuwing middels stimulering van de vakinhoud en middels het initiëren en uitvoeren van innovaties die tot doel hebben het zorgproces en de organisatie van de zorg te verbeteren”.⁷¹

8.3 Professionalisering

Zoals hiervoor beschreven, staat het streven van verpleegkundigen naar professionalisering lange tijd in het teken van het streven van de beroepsgroep naar erkenning als professie. De laatste tijd zijn echter andere geluiden te horen. Niet het streven naar professionele autonomie in de klassieke betekenis zou centraal moeten staan, maar het streven gericht

op het versterken van kennis en van waardering voor die kennis als bijdrage aan de gezondheidszorg.

De International Council of Nurses zegt daarover: “Terwijl ze een nieuwe eeuw binnenstappen, oefenen verpleegkundigen hun beroep uit in een wereld, die met een snelheid die haar weerga niet kent, wordt veranderd door een combinatie van technologische krachten, financiële beperkingen en mondiale competitie. De gezondheidszorg is, als een van de grootste bedrijfstakken in de wereld, niet vrijgesteld van deze wereldwijde krachten. Het gelijktijdig toenemen van de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen en van de druk om kosten te besparen, zorgt ervoor dat de verpleegkundige beroepsgroep in toenemende mate moet aantonen dat zij bestaansrecht heeft. Veranderingen in leiderschap, vervanging, flexibiliteit, aansprakelijkheid en taken bieden nieuwe uitdagingen.

Professioneel werk is niet meer wat het inhield. Het is tevens niet voldoende de juiste persoon te zijn. Van het grootste belang is om het juiste te *doen*: het waarborgen van een gepast evenwicht tussen kwaliteit van zorg en rentabiliteit, ofwel het aantonen van de waarde van verplegen⁷². Om die waarde te kunnen aantonen is een krachtige en samenhangende inspanning noodzakelijk tussen onderzoek en management.

Leefde vroeger de vraag of de verplegingswetenschap een bijdrage zou kunnen leveren, nu gaat het meer om de vraag hoe de verdere ontwikkeling vormgegeven kan worden. In dat verband is niet alleen de vraag actueel onder welke voorwaarden de wetenschappelijke kennis in de patiëntenzorg beter geïntegreerd kan worden.

Integratie van wetenschappelijke kennis in de patiëntenzorg vergt bereidheid van de verschillende bij de zorg betrokken disciplines en het management om veranderingen door te voeren. Veranderingen die veelal ook de organisatie van de zorg zullen raken. Lang niet in alle instellingen en organisaties staat verplegingswetenschappelijk onderzoek hoog op de agenda.

Zo is het opvallend dat in vergelijking met verpleeg- en verzorgingshuizen in algemene ziekenhuizen in Nederland relatief weinig verplegingswetenschappelijk onderzoek wordt uitgevoerd: 23,4% van het onderzoek vindt plaats in verpleeg- en verzorgingshuizen tegenover 7,8% in algemene

ziekenhuizen. Integratie van kennis uit verschillende disciplines ten behoeve van patiëntenzorg is nog een stap verder. Idealiter komt dit tot zijn recht in het op elkaar afstemmen van verschillende protocollen en richtlijnen en in disease management.

De eerste aanzetten daartoe zijn er. Veelbelovend in dat verband is een initiatief van het NHG en de STOOM om te komen tot gezamenlijke samenwerkingsrichtlijnen van huisartsen en wijkverpleegkundigen voor dementie en decubitus⁷³. Maar er is nog een lange weg te gaan.

Verpleegkundige Adviesraden zouden een belangrijke functie kunnen vervullen bij het integreren van wetenschappelijke kennis in de patiëntenzorg. Hoewel het aantal adviesraden toeneemt, blijven enkele sectoren ver achter. Onderstaand overzicht laat het aantal adviesraden per type instelling zien.

Instelling	Aantal in Nederland	Adviesraad geïnstalleerd	Adviesraad in oprichting
Academische ziekenhuizen	8	4 (50,0%)	0
Algemene ziekenhuizen	102	28 (27,5%)	21 (20,6%)
Psychiatrische ziekenhuizen	77	19 (24,7%)	4 (5,2%)
Categorale ziekenhuizen	11	1 (9,1%)	0
Revalidatiecentra	17	3 (17,6%)	1 (5,9%)
Inst. Voor mensen verst. Handicap	149	5 (3,4%)	7 (4,7%)
Verpleeghuizen/verzorgingshuizen	1902	12 (0,6%)	15 (0,8%)
Thuiszorginstelling en GGD'en	103	4 (3,9%)	9 (8,7%)
	53	0	0

Bron: Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraden in Nederland, LC VAR, Utrecht, juni 1999.

Verpleegkundigen moeten, willen ze wetenschappelijke kennis kunnen integreren in de praktijk van alle dag, tenminste kennis kunnen nemen van de uitkomsten van onderzoek. (zie in dit verband ook paragraaf 5 in bijlage 5 over evidence-based verpleegkunde) Dat vereist bovendien dat ze vertrouwd zijn met methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek. De opleiding is in dat opzicht de eerste belangrijke plaats

waarmee studenten in aanraking komen met het integreren van resultaten van onderzoek in de beroepspraktijk.

Geconstateerd moet worden dat de opleidingseisen voor verpleegkundigen in dat opzicht een belangrijke lacune vertonen. Waar in opleidingen van alle paramedische beroepsgroepen methoden en technieken van wetenschappelijk onderzoek een verplicht onderdeel vormen (Staatsblad 1997, no. 523), ontbreekt deze eis in de opleidingseisen voor verpleegkundigen (Staatsblad 1995, no. 339).

De vraag is ook hoe verpleegkundigen zodanig toegerust kunnen worden dat ze in staat zijn veranderingen en nieuwe ontwikkelingen in de beroepsuitoefening open tegemoet te treden. Ook die vraag is relevant voor de verdere professionalisering van de verpleging. Nieuwe ontwikkelingen gaan immers steevast gepaard met discussie over het beroepsdomein van verpleegkundigen.

Dat geldt voor ontwikkelingen als de opkomst van de praktijkverpleegkundige in de huisartsenpraktijk, de nurse practitioner in de ziekenhuizen, de verpleegkundig specialist die in een aantal werksettingen wordt aangesteld, de verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen en verpleegkundig spreekuren in de polikliniek van het ziekenhuis of in de huisartsenpraktijk.

Nieuw zijn dergelijke ontwikkelingen niet. Afhankelijk van de heersende opvatting in een bepaalde tijdsperiode worden nieuwe taken en functies aan het verpleegkundig beroep toegeschreven, of er juist aan onttrokken. Een voorbeeld van dit laatste is de opkomst van de operatieassistent. Vroeger werd dit werk gezien als onderdeel van het verpleegkundig beroep. In de ons omringende landen is dat nog steeds het geval. Daar zijn het verpleegkundigen die de artsen assisteren tijdens operaties.

De vele veranderingen in de (organisatie van de) zorg vragen ook een verandering van taakopvatting en taakin-vulling van verpleegkundigen. Verpleegkundigen zijn immers werkzaam in uiteenlopende sectoren van de gezondheidszorg. Bovendien kan de inhoud van het werk sterk variëren. "Afgestudeerde verpleegkundigen die vanuit een toekomst gericht perspectief zijn opgeleid zullen er rekening mee moeten houden dat zij in de praktijk een grote diversiteit zullen aantreffen. Een

uiteenlopend scala aan organisaties, waarvan sommige voorop lopen in de ontwikkeling en anderen worden gekenmerkt door het vasthouden aan tradities en gewoontes. (..) Consequentie is dat verpleegkundigen opgeleid moeten worden met een flexibel beroepsbeeld.”⁷⁴

De herstructurering van het verpleegkundig en verzorgend onderwijs had mede daarom tot doel studenten ‘breed’ te kwalificeren. “Dat wil zeggen, dat zij beschikken over duurzame en wendbare kennis en vaardigheden waarmee zij in alle zorgsituaties (dus in alle settings) als beginnend beroepsbeoefenaar aan de slag kunnen”.⁷⁵

9 Fysiotherapeuten

9.1 Inleiding

Het beroep fysiotherapie heeft een eigen plaats in onze samenleving. Het is duidelijk herkenbaar als één van de belangrijke beroepsgroepen op het terrein van de gezondheidszorg. De beoefenaren van dit beroep worden algemeen als professionals beschouwd.

De fysiotherapie is een verhoudingsgewijs jong beroep. Dit houdt onder meer in dat niet kan worden teruggevallen op een langjarige of zelfs eeuwenoude traditie en dat het beroep nog voor een deel in ontwikkeling is. De wetenschappelijke onderbouwing moet nog voor een belangrijk deel gestalte krijgen en over de grondslagen van het beroep is discussie.

9.2 Fysiotherapeuten en professionele autonomie

De in hoofdstuk 3 gegeven omschrijving volgend, kan gesteld worden dat de beroepsgroep fysiotherapeuten en haar individuele leden op dit moment beschikken over professionele autonomie. Deze autonomie, in de zin van een door de samenleving gegeven mandaat, krijgt voor de beroepsgroep onder meer gestalte in een welomschreven deskundigheidsgebied, een door de beroepsgroep geaccepteerd beroepsprofiel en in het beschikken over extern tuchtrecht.

Voor de praktijkvoering door de individuele fysiotherapeut komt de autonomie onder meer tot uiting in een zelfstandige beroepsuitoefening, waarbij de therapeut zich baseert op een gedegen kennis van het beroepsdomein en op beheersing van de noodzakelijke vaardigheden.

Het beroep van fysiotherapeut is in Nederland geregeld onder artikel 3 van de Wet BIG. De regeling houdt onder meer in dat de beroepstitel 'fysiotherapeut' beschermd is. Verder zijn de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied uitgewerkt in een algemene maatregel van bestuur. Deze regeling geeft in feite de basis voor de professionele autonomie van beroepsgroep en individuele beroepsbeoefenaar.

De fysiotherapeut in de individuele gezondheidszorg werkt uitsluitend op verwijzing door een arts. In veruit de meeste gevallen is dit de huisarts, verder de medisch specialist, vooral de orthopeed en de neuroloog. De verwijzing houdt in ieder geval in dat de arts de medische diagnose aan de therapeut doorgeeft. Deze diagnose is gebaseerd op een indruk van de onderliggende pathologie bij de gepresenteerde klachten van de patiënt. Vervolgens doet de fysiotherapeut een eigen onderzoek naar de klachten.

Daarbij let de therapeut specifiek op de functionele gevolgen van de pathologie en minder op de pathologie zelf. De fysiotherapeut komt vervolgens in overleg met de patiënt tot het opstellen van een behandelplan. Dit kan en mag afwijken van het eventueel door de arts aangegeven behandelvoorschrift.

In dit laatste ligt een belangrijk aspect van de professionele zelfstandigheid van de fysiotherapeut. Het vormt daarmee een essentiële bouwsteen voor de professionele autonomie van de individuele fysiotherapeut. De fysiotherapeut kan verder in de beroepspraktijk in contact komen met een aantal andere disciplines, bijvoorbeeld de ergotherapie en logopedie. Met deze beroepen kunnen op ad hoc basis samenwerkingsrelaties worden aangegaan.

Het vraagstuk van de professionele autonomie speelt in de praktijk van alle dag voor de individuele fysiotherapeut geen belangrijke rol. De relatie met de verwijzende arts is in beginsel helder en verder zijn er doorgaans goede werkrelaties met eventuele andere disciplines, waarbij de grenzen van ieders beroepsdomein duidelijk zijn. De fysiotherapeut practicus ervaart met andere woorden doorgaans geen beperking van de professionele autonomie in de beroepsuitoefening.

Anders ligt dit voor de beroepsgroep fysiotherapie in haar geheel. Hier is sprake van een aantal situaties waarin de professionele autonomie van de beroepsgroep een belangrijke rol speelt. Met name gaat dit om de afbakening van het beroepsdomein ten opzichte van aanpalende beroepen als de oefentherapieën Mensendieck en Cesar en in mindere mate de logopedie en ergotherapie.

Waar de individuele fysiotherapeut in de dagelijkse praktijk geen problemen ervaart, wordt de beroepsgroep wel

geconfronteerd met de vraag naar de grenzen van het beroepsgedomein. De beroepsgroep moet het 'eigene' van de fysiotherapie voldoende duidelijk kunnen aangeven.

Verder zijn overheid en verzekeraars partijen waarmee de fysiotherapie tot een vergelijk moet komen over voorwaarden waaronder beroepsuitoefening mogelijk is.

Een voorbeeld is de in 1996 door de overheid ingestelde beperkende maatregel voor de fysiotherapie en de oefentherapieën. Hierbij werd voor een groot deel van de relevante aandoeningen het aantal door het ziekenfonds te vergoeden applicaties per indicatie beperkt. Deze beperkende maatregel werd door de beroepsgroep opgevat als een inbreuk op hun professionele autonomie. De beperkende maatregel geldt overigens niet alleen voor de fysiotherapie, maar ook voor de oefentherapieën Mensendieck en Cesar.

9.3 Fysiotherapie en professionalisering

De huidige ontwikkeling die in het beroep fysiotherapie gaande is, staat in het teken van een verdere professionalisering. Hieraan zitten tenminste twee aspecten, namelijk uitbouw en verwetenschappelijking van het kennisdomein en verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening.

Wat het eerste aspect betreft, geldt dat de 'body of knowledge' voor de fysiotherapie in Nederland en daarbuiten nog volop in ontwikkeling is. In Nederland betekende de instelling van een universitaire leerstoel fysiotherapie in 1992 een krachtige stimulans in dit verband. De beroepsgroep, of in ieder geval een deel daarvan, ijvert voor een verdere academisering van de fysiotherapie, in de vorm van het creëren van een universitaire opleiding fysiotherapie.

De huidige opleiding tot fysiotherapeut bevindt zich op hbo-niveau, evenals de opleidingen voor de overige paramedische beroepen. Wel bestaat voor fysiotherapeuten de mogelijkheid een universitaire kopstudie te doen. Verwacht wordt dat, met de realisering van een geheel universitaire opleiding fysiotherapie, al dan niet met handhaving van een opleidingsmogelijkheid op hbo-niveau, niet alleen de wetenschappelijke onderbouwing van het beroep en de

uitbouw van de body of knowledge kunnen worden bevorderd maar tevens de communicatie van de fysiotherapie met de medische disciplines verder kan worden gefaciliteerd.

Een vraagpunt bij de wens tot academisering van de fysiotherapie is in hoeverre het terrein hierbij beperkt moet worden tot de fysiotherapie. Denkbaar is dat een verbreding van het kennisdomein wordt nagestreefd met bijvoorbeeld de oefentherapieën Mensendieck en Cesar en/of met de ergotherapie. Hiermee zou de verscheidenheid in het beroepenveld kunnen worden teruggebracht ten gunste van onder meer een grotere duidelijkheid voor patiënten en verwijzers en een betere communicatie met de medische disciplines. Denkbaar is verder dat een verbreding van het kennisdomein de professionalisering bevordert. De discussie hierover is echter nog lang niet gesloten.

Het tweede genoemde aspect van de professionalisering van de beroepsgroep fysiotherapie, namelijk verbetering van de kwaliteit, krijgt gestalte in het kwaliteitsbeleid dat de beroepsgroep in het verband van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) met veel verve uitvoert. De zogenoemde 'Leidschendamconferenties' van eind tachtiger en begin negentiger jaren waren hiervoor een belangrijke aanleiding. Het kwaliteitsbeleid voor de fysiotherapie omvat de volgende onderdelen:

- ontwikkeling van een kwaliteitsregister voor fysiotherapeuten, in eerste instantie naast het huidige BIG-register;
- ontwikkeling van een kwaliteitskeurmerk voor fysiotherapiepraktijken en afdelingen fysiotherapie in ziekenhuizen en instellingen;
- verplichte bij- en nascholing, als onderdeel van de eisen voor het kwaliteitsregister;
- richtlijnontwikkeling, zoveel mogelijk op basis van evidence;
- ontwikkeling van het Intercollegiaal Overleg Fysiotherapie (IOF); deelname aan een IOF is verplicht voor inschrijving van fysiotherapeuten in het kwaliteitsregister;
- ontwikkeling van kwaliteitsdeelsystemen: intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekbesprekingen; deelname aan een kwaliteitsdeelsysteem is eveneens verplicht.

In de praktijk ervaren de individuele fysiotherapeuten problemen ten gevolge van het overheidsbeleid en deels als

gevolg van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep zelf. De eerder genoemde beperkende maatregel heeft geleid tot een toename van de bureaucratie voor de individuele fysiotherapeuten, waarvoor geen compensatie in tijd of geld wordt verleend.

Hetzelfde geldt voor de consequenties van het overigens door de beroepsbeoefenaren loyaal omarmde kwaliteitsbeleid van het KNGF. Ook uit dit kwaliteitsbeleid vloeit een toename voort van de niet-patiëntgebonden werkzaamheden, waarvoor evenmin een adequate compensatie beschikbaar is.

Referenties

- 1 Peters, F. *et al.* Begrippen over beroep en opleiding. Utrecht: NIZW, 1999.
- 2 Mintzberg, H. Organisational Structures. Prentice Hall: Academic Service, 1996.
- 3 Weggeman, M.C.D.P. Leidinggeven aan professionals. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D., Tjeenk Willink, 1997.
- 4 Oorschot, J.A. van, *et al.* Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen: van Gorkum, 1995.
- 5 Freidson, E. De medische professe: een studie van de sociologie van de toegepaste kennis. Lochem: Poperinge, 1981.
- 6 Philipsen, H. Rationaliteit en ons oordeel over de verdwijnende patiënt. *Gezondheid & Samenleving*. 1985, no. 3, p. 142-51.
- 7 Abbott, A. The system of professions: an essay on the division of expert labor. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.
- 8 Hutschemaekers, G. en L. Neijmeijer. Beroepen in Beweging, professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.
- 9 Hilhorst, M.T. en E.M. Wisse. Een dokter heeft ruimte nodig: een ethisch onderzoek naar professionele autonomie, gezien vanuit het perspectief van de individuele arts. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.
- 10 Professioneel beheerst: professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Ede: prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, rapport no. 12, 1995.
- 11 Reijssen, P.P.M. van. Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999 (*Gezondheidsrecht*; 10).
- 12 Keizer, M. De dokter spreekt: professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen. Delft: uitgeverij Eburon, 1997.
- 13 Hartogh, G. den. Autonomie is het woord niet: professionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. *Medisch Contact*, 1997, no. 44, p. 1386-9.

-
- ¹⁴ Schepers, R. en N. Klazinga. Professionele autonomie in een veranderende gezondheidszorg. *Gezondheid*. 1993, no. 1, p. 282-95.
- ¹⁵ Legemaate, J. De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- ¹⁶ Professioneel Statuut van de Bedrijfsarts. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 1997, no. 3, p. 121-3.
Professioneel Statuut Verzekeringsartsen. *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, 1999, no. 8, p. 267-70.
- ¹⁷ Mirvis, D.M. Physicians' autonomy – the relation between public and professional expectations. *The New England Journal of Medicine*, 1993, no. 18, p. 1346-9.
- ¹⁸ Pool, A. Autonomie, afhankelijkheid en langdurige zorgverlening. Utrecht: Lemma, 1995.
- ¹⁹ Lieshout, P.A.H. van. De economische realiteit voorbij. *ZorgVisie*, 1998, no. 1, p. 21.
- ²⁰ Comité Permanent des Médecins Européens, Autonomie professionnelle et responsabilité. CP 1999/020 Rev 2 FR.
- ²¹ Geciteerd in: Reijnsen, P.P.M. van. op.cit.
- ²² Legemaate, J. (red). De WGBO: van tekst naar toepassing. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 1995.
- ²³ Haes, J.C.J.M. de *et al.* De uitvoering van de WGBO valt tegen: een onderzoek naar informed consent in Nederlandse ziekenhuizen. *Medisch Contact*, 1999, no.16, p. 578-81.
- ²⁴ Zie ook: Van Wijmen, F. Richtlijn, plichtlijn? *Huisarts en wetenschap*, 1998, p. 607-609.
Tweede Kamer, 1998-1999, 26630, no. 1.
- ²⁶ Sluyters en Biesart, De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO. Zwolle: s.n. 1995.
- ²⁷ Sindram, M. BIG, de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg inzichtelijk, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden onder de wet *BIG*. *Nieuwe Unie '91*, 1997.
Sindram, M. BIG, de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in zicht. *Nieuwe Unie '91*, 1993.
Legemaate, J. Nieuwe beroepenwetgeving: de Wet BIG van start. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1998, no. 7, p. 407-18.

-
- 28 Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23633, no. 3
(MvT).
- 29 Werf, W. van der. Kwaliteitswet zorginstellingen:
waarom weer een nieuwe wet? Medisch Contact, 1996,
no. 5, p. 167-9.
- 30 Leenen, H.J.J. Handboek gezondheidsrecht, deel II:
gezondheidszorg en recht. Houten: Bohn Stafleu Van
Loghum, 1996.
- 31 Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, no. 23633,
no. 3.
- 32 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, no. 25258,
no. 9.
- 33 Eerste Kamer, vergaderjaar 1998-1999, no. 25258,
no. 61.
- 34 Hulst, E.H. en Tiems, I. Geïntegreerde zorg en
professionele autonomie: zorgen om de professionele
autonomie van de arts. Medisch Contact, 1997, no. 40,
p. 1251-4.
- 35 Reijssen, P.P.M. van. op.cit.
- 36 De verschillende termen worden niet altijd goed
onderscheiden. De term richtlijn wordt bijvoorbeeld
vaak gebruikt als verzamelterm voor alle protocollen,
richtlijnen en standaarden gezamenlijk.
- 37 Definitie CBO, verslag multidisciplinaire protocollen.
38 Everdingen, J.J.E. van. Consensusontwikkeling in de
geneeskunde. Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en
Holkema, 1988.
- 39 Discussienota algemeen begrippenkader
kwaliteitsbevordering, Zoetermeer: NRV, publicatie
13/90, 1990.
- 40 Van Reijssen en Hubben, Jurisprudentieonderzoek
protocollen in de gezondheidszorg, Nijmegen, 1997.
- 41 Inhoud organisatorische voorschriften: verslaglegging,
verantwoordelijkheidstoedeling/verhouding
beroepsbeoefenaren, medische informatie.
- 42 1986-1990: 15 verwijzingen naar organisatorische
voorschriften en 10 naar medisch-technische
voorschriften;
1991-1995: 10 verwijzingen naar organisatorische
voorschriften en 9 naar medisch-technische
voorschriften.
- 43 Transmurale zorg: redesign van het zorgproces
(achtergrondstudie), Zoetermeer: RVZ, 1998.
- 44 Managed care en disease management in Nederland.
Zoetermeer: STG, 1997.

-
- 45 Zorgverzekeraars en disease management. Zeist:
Zorgverzekeraars Nederland, 1998.
- 46 Bruijn, E.M. de. De verleidingen van 'managed care' en
'disease management': ook een zaak van de dokter.
Medisch Contact, 1996, no. 27/28, p. 934-6.
- 47 Zie ook: Farmaceutische zorg door arts en apotheker.
Zoetermeer: RVZ, publ. no. 97/14, 1998.
- 48 Haaijer-Ruskamp, F.M. van geneesmiddelmanagement
tot disease management: medicatie geïntegreerd in
behandelingsplan. Medisch Contact, 1996, no. 23,
p. 775-6.
- 49 Kleintjens, H.TH. en R.P.F. Quik. Disease
management: nadruk op kwaliteit. Kwaliteit en Zorg,
1998,
no. 1, p. 20-6.
- 50 Managed care: KNMG beleidss- en toetsingskader.
Utrecht: KNMG, 1998.
- 51 Heyden, J.T.M. Van der, W.T.P.F. van der Werf en
J.C.L. van der Hoeve. Managed care: steen der wijzen
of paard van Troje?. Medisch Contact, 1998, no. 33/34,
p. 1049-50.
- 52 Michels, R. Medical Education and Managed Care. The
New England Journal of Medicine, 1999, no. 12,
p. 959-61.
- 53 Galewitz, Ph. HMO relents on managed care principle.
<http://www.austin360.com/news/1metro/1999/11/09/hmo.html>.
- 54 Tiems, I. 'Inhoudelijke regie blijft bij de arts'.
Zorgverzekeraars magazine, 1997, november, p. 13-5.
- 55 Plochg, Th., N.S. Klazinga, en A.F. Casparie. Het
medisch-specialistisch mozaïk: een 'dubbele' integratie
tussen de medische beroepsgroep en de
ziekenhuisorganisatie. Rotterdam: Erasmus
Universiteit, 1998.
- 56 Politiek Manifest: de gezondheidszorg in de
kabinetsperiode 1998-2000. Utrecht: KNMG, LAD,
LHV, LVSG, Orde van medisch specialisten, 1998.
- 57 Het onder de KNMG ressorterende Centraal College
Medisch Specialisten is belast met de aanwijzing en
erkenning van medische specialismen en de regeling
van opleiding en registratie van medisch specialisten.
Naast het Centraal College fungeert een Medisch
Specialisten Registratie Commissie die onder meer
toeziet op het instellen van registers van specialisten,
de registratie van specialisten en het erkennen van

-
- opleiders en opleidingsinstellingen. Voor de opleiding tot huisarts of verpleeghuisarts en voor de sociaal-geneeskundige specialisaties bestaan analoge organen, i.c. het College voor Huisartsgeneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde en de Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, respectievelijk het College voor Sociale Geneeskunde en de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie.
- ⁵⁸ Zie de tabel aan het eind van deze paragraaf.
- ⁵⁹ Zie onder meer:
Crommentuyn, R. en Wildevuur, S.E. Zitwerk of loopbaan. Medisch Contact, 1998, no. 45, p. 1434-6.
Otten, R. en Wildevuur, S.E. Eerder kiezen, korter studeren? Medisch Contact, 1998, no. 46, p. 1479.
Lange, J.J. de. Leidt de medische opleiding nog artsen op? Nederlands Tijdschrift v. Geneeskunde, 2000, no. 5, p. 232-6.
- ⁶⁰ Molenaar, J.C. Geneeskundige opleiding moet op de helling. Medisch Contact, 1998, no. 49, p. 1569-71.
- ⁶¹ Jaspers, Fr.C.A. *et al.* Een nieuwe opleiding voor een nieuwe functie; Groningen leidt eerste ziekenhuisartsen op. Medisch Contact, 1999, no. 3, p. 164-7.
- ⁶² Bleker, O.P. en Blijham, G.H. Zorgen voor morgen; een perspectief op de opleiding van medisch specialisten. Medisch Contact, 1999, no. 11, p. 384-5.
Bleker, O.P. en Blijham, G.H. Te oud, te knap en te duur; opleiding tot medisch specialist kan veel korter. Medisch Contact, 1999, no. 36, p. 1202-3.
- ⁶³ Zie onder meer: Lange, J.J. de. Op cit.
- ⁶⁴ Tonino, A. Snijden in kwaliteit; kan verkorte opleiding specialisten kwaliteit waarborgen? Medisch Contact, 1999, no. 22, p. 806-7.
- ⁶⁵ Velden, L.F.J. van der, L. Hingstman en P.P. Groenewegen. Verkenning van vraag- en aanbodontwikkelingen binnen de medische en paramedische zorg: knelpunten en oplossingen. Achtergrondstudie bij het advies Zorgarbeid in de toekomst, RVZ/RMO, 1999.
- ⁶⁶ Zie onder meer: Keizer, M. De dokter spreekt; Professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen. Dissertatie. Amsterdam, 1997.
- ⁶⁷ Halfslachtige wetenschap; onderbenutting van vrouwelijk potentieel als existentieel probleem voor academia. Den Haag: Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid, 2000.

-
- 68 Bosch, M., I. Hoving en G. Wekker. In het hart van de wetenschap; Naar Total E-quality en diversiteit in de universiteit. Den Haag: Sdu, 1999.
- 69 Ellis, J.R. en C.L. Harthley. Nursing in today's world: challenges, issues and trends, 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott company, 1992
- 70 Keogh, J. Professionalisation of nursing: development, difficulties and solutions. Journal of Advanced Nursing, 1997, no. 23, p. 302-8.
- 71 Universitair Medisch Centrum Utrecht. Strategisch beleidsplan divisie verplegingswetenschap. Utrecht, UMC, 1999.
- 72 International Council of Nurses. De waarde van verplegen in een veranderende wereld. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.
- 73 Tent, M. Huisarts en wijkverpleging delen kostbaar bezit. Tijdschrift v. Huisartsgeneeskunde, 1999, no. 2, p. 64-5.
- 74 Pool, A. *et al.* Met het oog op de toekomst: rollen, taken en competenties van de HBO-verpleegkundigen. Rotterdam: s.n., 1999.
- 75 Gekwalificeerd voor de toekomst: eindrapport van de Commissie Kwalificatiestructuur. Zoetermeer/Rijswijk: Ministeries OC&W en VWS, 1996.

Bijlage 10

Literatuur

Abbott, A. The system of professions; an essay on the division of expert labor. Chicago Press, 1988.

Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid. Halfslachtige wetenschap. Onderbenutting van vrouwelijk potentieel als existentieel probleem voor academia. Den Haag: Adviesraad voor het Wetenschaps- en Technologiebeleid, januari 2000.

Als je negen vergoed krijgt, geef je die negen behandelingen ook: Fysionieuws. Fysiopraxis, 1995, 4, nr. 16, p. 6-7.

Ankoné, A. De klinische imperatief van Henrik R. Wulff: over de vier plichten van de dokters. Medisch Contact, 1995, 50, nr. 51/52, p. 1641-1643.

Attekum, A.M.N.G. van. Bedrijfsgezondheidszorg, aspecten van kwaliteit. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 1994, 2, nr. 1, p. 23-27.

Bauw, E. en F. van Dijk. Naar een claimcultuur in Nederland? ESB, 22 oktober 1999, p. 768-772.

Beelen, van A. Herbezinning van psychiatrisch verpleegkundigen op hun beroepsrol: Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen. VPN Magazine voor de verpleging, 1997, 12, nr. 1, p. 32-33.

Boeije, H.R. Een verzorgde toekomst: toekomstscenario's voor verpleging en verzorging. S.l.: De tijdstroom, 1999.

Bogert, van den E.J. Starten met Nursing Development Units: Reactie vereniging docenten verpleegkunde op Den Treek discussienota. TVZ: tijdschrift voor verpleegkundigen, 1997, 107, nr. 13, p. 372-373.

Bolweg, J.F. Naar meer laaggeschoold werk?: Functiedifferentiatie oplossing voor werkloosheid? In: ZM Magazine, 1998, 14, nr. 1, p. 6-8.

Coburn, D. Freidson then and now; an internalist critique of Freidson's past and present views of the medical professions, in *International Journal of Health Services*, Vol. 22, number 3, p. 497-512.

Cusveller, B.S. Medische technologie en verpleegkundige zorg: de betekenis van professionaliteit. *Pro vita humana*, 1997, 4, nr. 2, p. 33-36.

Cremers, A. MBO- en HBO-afgestudeerde verpleegkundigen in de praktijk. In: *Verpleging nu!*, 1999, 6, nr. 7, p. 8-9.

Dartel, J.N. van. Employability en Empowerment. De betekenis van moderne managementstrategieën voor personeelsproblemen in de zorg. Utrecht: College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) van de NZf, oktober 1999.

Davies, C. *Gender and the professional predicament in nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.

Douma, S. We moeten vaker rode en gele kaarten uitdelen: CBF-directeur Kroes werkt samen met verenigingen aan keurmerk voor fysiotherapie. *Fysiopraxis*, 1995, 4, nr. 17, p. 4-5.

Elles, J.R. en C.L. Harthley. *Nursing in today's world: challenges, issues, and trends*. 4th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1992.

Friele, R.D., *et al.* *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999.

Geel, J. Ik ben niet geliefd in de regio. Den Haag: VWS Bulletin, 3 september 1999.

Gekwalificeerd voor de toekomst. Eindrapport Commissie kwalificatiestructuur. Ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juni 1996.

Grotendorst, A., L. Dercksen en J. van der Kolk. Competentiegericht en breed opleiden: de kwalificatiestructuur. In: *Onderwijs en gezondheidszorg*, 1998, 22, nr. 10, p. 196-199.

HBO-raad. De toekomst van het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs. Eindrapport van de verkenningcommissie hoger gezondheidszorg onderwijs, Den Haag: HBO-raad, februari 2000.

Hadiamont, P.P.G., M.W. Berting en W.J.M. van Hezewijk. Cultuurverschillen binnen een integrerende GGZ-instelling. Tijdschrift voor psychiatrie, 1998, 40, nr. 4, p. 231-237.

Hartogh den, G. Autonomie is het woord niet: professionele verantwoordelijkheid in het tijdperk van de WGBO. Medisch Contact, 1997, no. 44, p. 1386-89.

Hoogland, J., *et al.* Professioneel beheerst: Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg. Ede: Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, 1995, p. 267.

Hoogland, J., H. Jochemsen en S. Strijbos. Ethische voorwaarden voor beheersmaatregelen in de gezondheidszorg: 1: een normatieve analyse van de medische praktijk. Medisch contact, 1996, 51, nr. 48, p. 1553-1556.

Heyden, J.T.M. van der en J.C.L. van de Hoeve. Professionele verantwoordelijkheid en professionele autonomie: een onafscheidelijk duo. Medisch Contact, 1998, 53, nr. 16, p. 540-542.

Hilhorst M.T. en E.M. Wisse. Een dokter heeft ruimte nodig: een ethisch onderzoek naar professionele autonomie, gezien vanuit het perspectief van de individuele arts. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997.

Hull, H.R. en M.C.H. Donker. Hoe denken maatschappelijk werkers over hun professie? Maatschappelijk werk magazine, 1998, 5, nr. 1, p. 2-7.

Hutschemaekers, G. en L. Neijmeijer. Beroepen in beweging: professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire ggz. Utrecht: Trimbos-instituut, 1998.

International Council of Nurses. De waarde van verplegen in een veranderende wereld. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 1998.
Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
september 1999.

Jaspers, Fr.C.A., J.J. Klinkert, H.H. van der Kloot Meijburg, *et al.* Moral management: professionele verantwoordelijkheid als uitgangspunt. ZM Magazine, 1995, 11, nr. 2, p. 4-8, 10-19, 22-27.

Keizer, M. De dokter spreekt: professionaliteit, gender en uitsluiting in medische specialismen. Delft: uitgeverij Eburon, 1997.

Keizer, M. De patiënt, daar ben je voor: beroepscultuur obstakel voor vrouwelijke artsen. *Vrouw & gezondheidszorg*, 1998, 7, nr. 4, p. 8-11.

Keogh, J. Professionalization of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of advanced nursing*, 1997, 25, nr. 2, p. 302-308.

Keogh, J., RN RMN (UKCC). Professionalisation of nursing: development, difficulties and solutions. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, no. 23, 302 – 308.

Klazinga, N. KNMG-congres 1996: Het keurslijf van de professionaliteit. *Medisch contact*, 1996, 51, nr. 40, p. 1292.

Klazinga, N. Kwaliteit van zorg: medisch beroepsuitoefening in Europees perspectief. In: *Gezondheidsbeleid in Europa*, 1995.

Klazinga, N. Richtlijnen, standaarden en 'evidence-based medicine': KNMG-congres 1997: 'Professionele verantwoordelijkheid'. *Medisch contact*, 1997, 52, nr. 40, p. 1241.

KNMG Politiek Manifest: De gezondheidszorg in de kabinetsperiode 1998-2002. Utrecht: KNMG, LAD, LHV, LVSG en Orde van Medisch Specialisten, 1998.

KNMG-commentaar naar aanleiding van het rapport Biesheuvel en het kabinetsstandpunt. *Medisch Contact*, 1994, no. 11, p. 369-75.

Knapen, M. Patiënten gaan zelf zorginformatie verzamelen: Angst voor verlies professionele autonomie werkt averechts. *Het Ziekenhuis*, 1995, 25, nr. 10, p. 10-11.

Koekkoek, B. Verwondering als professionele standaard: door een andere houding wint het contact tussen patiënt en verpleegkundige aan diepgang en kwaliteit. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1998, nr. 1, p. 19-23.

Kruk, T. van der. Richt je met evidence based verpleegkunde niet op de doorsnee-verpleegkundige: de kloof tussen vakidioten en werkvolk is diep. *Tijdschrift voor Verpleegkundigen*, 1998, 108, nr. 21, p. 642-643.

Kunneman, H. Van theemutscultuur naar walkman-ego: contouren van postmoderne individualiteit. Amsterdam: Boom, 1999, p. 347.

Kunneman, H. Normatieve professionaliteit. Meppel: Boom, 1996, p. 60.

LC VAR. Verpleegkundige en Verzorgende Adviesraden in Nederland. Utrecht: LC VAR, juni 1999.

Leenen, H.J.J.; met medew. van: A.C. Zonneveld. Handboek gezondheidsrecht: dl. II: gezondheidszorg en recht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996, p. 288, 3^e dr.

Legemaate, J., R.J.M. Dillmann. KNMG-congres 1997: Professionele verantwoordelijkheid: de kern van de zaak! *Medisch Contact* 1997, 52, nr. 36, p. 1113-1114.

Legemaate, J. De WGBO: van tekst naar toepassing, Bohn Stafleu VanLoghum, Houten/Diegem, 1995.

Lens, P. Regulier en alternatief, een LAT-relatie: KNMG-congres 1997 'Professionele verantwoordelijkheid'. *Medisch Contact*, 1997, 52, nr. 39, p. 1221.

Lieshout, P. van. De economische realiteit voorbij. *Zorgvisie* 1, 23 januari 1998.

Londen, J. van. Snijdende vlakken: staat de professionele autonomie op de tocht? *Medisch Contact*, 1996, nr. 51, p. 1530-1532.

Looijenga-van den Poll, G., J. Moen. Medische specialisten en toekomstige bedrijfsvoering: een verkennend onderzoek. Medisch Contact, 1993, 48, nr. 10, p. 303-305.

Lucieer, J. De Wet BOPZ: klachtrecht, klachtenregeling en klachtenbehandeling. Medisch Contact, 49, 1994, nr. 50, p. 1600-1602.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (commissie Kwalificatiestructuur). Gekwalificeerd voor de toekomst: kwalificatiestructuur en eindtermen voor Verpleging en Verzorging. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, 1996.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de vereniging van Nederlandse Gemeenten. Zorg zonder zorgen: Indicatiestelling op maat. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1999.

Mintzberg, H. Organisatiestructuren. Prentice Hall: Academic Service, 1996.

Mirvis, D.M. Physicians autonomy: the relation between public and professional expectations. The New England Journal of Medicine, May 6, 1993, 328, nr. 18, p. 1346-1349.

Morrall, P.A. Professionalism and community psychiatric nursing: a case study of four mental health teams. Journal of advanced nursing, 1997, 25, nr. 6, p. 1133-1137.

Nederlandse staatscourant. Onafhankelijkheid bedrijfsartsen met meer waarborgen omgeven, 1996, nr. 90.

Niessen, T. Effectiviteit aanbevelingen commissie-Werner onderzocht: werkdruk hoog; managementparticipatie laag. Verpleging Nu!, 1998, 6, nr. 7, p. 18-19.

Nijdam, P. Verpleging en zelfregulering: beroepsgroep oriënteert zich op nieuwe taken. TVZ: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1997, 107, nr. 4, p. 106-107.

NIVEL, NZi, OSA. Rapportage Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 1999; Hoofdrapport, Den Haag: OSA-publicatie ZW2, 1999.

Nijmegs Instituut voor Kennisoverdracht in de Gezondheidszorg. Naar Multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg. Een onderzoek naar de haalbaarheid. Nijmegen: Klinisch Trainingscentrum, juli 1998.

Noordanus, W.B. Indicatiestelling en professionele verantwoordelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1997, 52, nr. 46, p. 1456-1458.

Oorschot, J.A. van, F.C.A. Jaspers, J.H. Schaaf, *et al.* Professionele autonomie van de medisch specialist. Assen: Van Gorcum, 1995, IX, p. 76.

Otten, R. KNMG-congres 1997: professionele verantwoordelijkheid. *Medisch Contact*, 1997, 52, nr. 45, p. 1407-1410.

Patel, C. Verdienen aan zorg is net zo normaal als verdienen aan brood. Den Haag: VWS Bulletin, 17 dec. 1999.

Peters, F., *et al.* Begrippen over beroep en opleiding. Utrecht: Nederlands Instituut voor zorg en Welzijn, 1999.

Pieterman, J.J. Decentralisatie dwingt stafafdelingen tot (her)positionering en professionalisering. In: *Maandblad voor gezondheidszorg & management*, 1997, nr. 5, p. 10-12.

Plochg, Th., N.S. Klazinga en A.F. Casparie. Het medisch-specialistisch mozaïk: een 'dubbele' integratie tussen de medische beroepsgroep en de ziekenhuisorganisatie. Rotterdam: Erasmus Universiteit, december 1998.

Polder, J.J., H. Jochemsen en J. Hoogland. Ethische voorwaarden voor beheersmaatregelen in de gezondheidszorg: 2: de arts in het gezondheidszorgstelsel. *Medisch Contact*, 1996, 51, nr. 48, p. 1557-1559.

Pool, A. en G. Raas. Nieuwe relaties tussen artsen en verpleegkundigen. s.l.: s.n. Thema Geneeskundig door de mangel.

Pool, A., *et al.* Met het oog op de toekomst: rollen, taken en competenties van de HBO-Verpleegkundigen. Rotterdam, 1999.

Post, D. KNMG-congres 1997 'Professionele verantwoordelijkheid': ontspoort de medische aansprakelijkheid? Medisch contact, 1997, 52, nr. 37, p. 1162.
PriceWaterhouseCoopers. HealthCast 2010 : Smaller World, Bigger Expectations. S.l.: PriceWaterhouseCoopers, november 1999.

Reijssen, P.P.M. van. Medisch-professionele autonomie en gezondheidsrecht. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1999 (Reeks Gezondheidsrecht 10).

Roscam Abbing, H.D.C. Medisch-professionele verantwoordelijkheid en de relatie tussen artsen en patiënten. Medisch Contact, 1998, no. 18, p. 614-16.

Roscam Abbing, H.D.C. Richtlijnen voor medisch handelen in gezondheidsrechtelijk perspectief. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 1998, 142, nr. 45, p. 2480-2484.

Schepers, R. en N. Klazinga. Professionele autonomie in een veranderende gezondheidszorg. Gezondheid, 1, 1993, no. 3, p. 282-295.

Schneider, H.J., N.A.C. Nova. en J.P.M. Hogenbirk-Feller. VWS over het eigen gezicht van verpleegkundigen en verzorgenden. In: Tijdschrift voor Verpleegkundigen, 1998, 108, nr. 22, p. 672.

Schunck, L. Wetgeving, arbeidsovereenkomst en professioneel statuut: professionele verantwoordelijkheid van werknemers in de fysiotherapiepraktijk. Fysiopraxis, 1993, 2, nr. 15, p. 26-27.

Spreeuwenberg, C., Professionele autonomie. Medisch Contact, 1991, 46, nr. 43, p. 1267.

Tanke, G.M.H., Professioneel tweerichtingsverkeer. Medisch Contact, 1997, nr. 52, p. 648.

Tiems, I. Inhoudelijke regie blijft bij arts: congres over professionele verantwoordelijkheid van de arts. Zorgverzekeraars Magazine, 1997, nr. 11, p. 13-15.

Tongeren, P. van en M. Pijnenburg. Zorg om maat: kritische kanttekeningen bij zorg op maat. S.l: Damon, 1998.
Universitair Medisch Centrum. Strategisch beleidsplan divisie verplegingswetenschap. Utrecht: UMC, 1999.

Van vandaag naar morgen: een oriëntatie op de toekomst van het register van beroepsbeoefenaren in de individuele gezondheidszorg. Maarssen: KPMG management consulting, 1998.

Vreese, J. de. Zorgvuldig zoeken naar een evenwicht: het spanningsveld tussen de bescherming van de rechten van de patiënt en van de professionele autonomie van de arts. Nederlands militair geneeskunde tijdschrift, 1998, 51, nr. 6.

Wagner, C., *et al.* Kwaliteitsbewakende en –bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De tijdstroom, 1997.

Weggeman, M.C.D.P. Leidinggeven aan professionals. Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink, 1997.

Windt, W. van der, H. Calsbeek. en L. Hingstman. Verpleging en verzorging in kaart gebracht 1999. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, 1999.

Windt, W. van der, Calsbeek, H. en Hingstman, L. Feiten over verpleging en verzorging in Nederland 1999. Thema 1999: aansluiting onderwijs op arbeidsmarkt. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom/LCVV, 1999.

Wiersma, A. en T. van Oosterom. De AAG een Panacee. Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, 1995, 3, nr. 5, p. 171-176.

Wildevuur, S.E. KNMG-congres 'Professionele verantwoordelijkheid': waar staat de arts? Medisch contact, 1997, 52, nr. 36, p. 1087-1088.

Wijmen, F.C.B. van en A.L.M. Lagro-janssen. Richtlijn, plichtlijn?: professionele autonomie volgens de WGBO. Huisarts en wetenschap, 1998, 41, nr. 13, p. 607-609, 616.

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 160170400 t.n.v. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, o.v.v het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement (kalenderjaar jan-dec) op de publicaties kost f 325,-.

Adviezen en achtergrondstudies		
99/18	Over e-health en cybermedicene (achtergrondstudie bij Patiënt en Internet)	35,00
99/17	Patiënt en Internet	20,00
99/16	Gender en professionals in de gezondheidszorg: resultaten van een expertmeeting	20,00
99/15	Professionals in de gezondheidszorg	40,00
99/14	De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/13	Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa: een economische verkenning (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/12	The role of the European Union in Healthcare (achtergrondstudie bij Europa en de gezondheidszorg)	25,00
99/11	Een nieuw drugsbeleid? Voor- en nadelen van de legalisering van drugs	30,00
99/10	Europa en de gezondheidszorg	25,00
99/09	Ethiek met beleid	25,00
99/06	Technologische, juridische en ethische aspecten van biotechnologie (achtergrondnota bij Octrooiering biotechnologie)	25,00
99/05	Octrooiering biotechnologie	30,00
99/04	Koppelings- en sturingsmechanisme: vergelijkende sectorstudie (achtergrondstudie bij Verslavingszorg herijkt)	25,00
99/03	Dossier verslaving en verslavingszorg	25,00
99/02	Verslavingszorg herijkt	25,00

98/10	Lokale zorgnetwerken in de openbare gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Samenwerken aan openbare gezondheidszorg)	25,00
98/09	Samenwerken aan openbare gezondheidszorg	25,00
98/08	Zelftests	25,00
98/07	Maatschappelijk ondernemen in de zorg (achtergrondnota bij Tussen markt en overheid)	25,00
98/06	Tussen markt en overheid	20,00
98/05	Transmurale zorg: redesign van het zorgproces (achtergrondstudie bij Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief)	20,00
98/04	Redesign van de eerste lijn in transmuraal perspectief	25,00
98/01	Naar een meer vraaggerichte zorg	30,00
97/20	Besturen in overleg	30,00
97/19	Verzekeraars op de zorgmarkt	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrondnota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/16	De ggz als vuilharmonisch orkest (essay)	10,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelenvoorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/13	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw (achtergrondstudies)	40,00
97/12	Met zorg wonen, deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/07	Beter (z)onder dwang (achtergrondstudie)	20,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00
97/05	Met zorg wonen, deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
96/13	Thuis in de ggz (achtergrondstudie)	25,00

96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/08	Stand van zaken: preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00

Bijzondere publicaties

99/08	Trendanalyse	gratis
99M/01	Van Biotech Bay en Biotech Beach tot Genetown	30,00
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00
--	Volksgezondheid met beleid	gratis

Advies Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1535-0) 39,50

Achtergrondstudie Zorgarbeid in de toekomst (ISBN 90-399-1536-9) 39,50

De publicaties Zorgarbeid in de toekomst zijn te bestellen bij SDU-uitgevers, Servicecentrum/Verkoop postbus 200014, 2500 EA Den Haag, telefoonnummer 070 378 98 80, fax 070 378 97 83

Werkprogramma's

99/07	Werkprogramma RVZ 2000	gratis
98/03	Werkprogramma RVZ 1999	gratis
97/08	Adviesprogramma RVZ 1998	gratis
97/01	Adviesprogramma RVZ 1997	gratis

Jaarverslagen

99/01	Jaarverslag 1998	gratis
98/02	Jaarverslag 1997	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis

Magazines

98M/01	Magazine bij het advies Met Zorg wonen, deel 2	3,50
98M/02	Magazine bij het advies Geestelijke Gezondheidszorg	3,50