Professies en de toekomst

In opdracht van: Vereniging VVAA, Utrecht

Realisatie door

Springer Uitgeverij

Springer Uitgeverij BV

Art Direction: Axioma Communicatie BV
Vormgeving: V3-services

ISBN 978-90-78792-01-7

©2007, Vereniging VVAA
1e editie januari 2007

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, geluidsband, elektronisch of op welke andere wijze dan ook en evenmin in een retrieval system worden opgeslagen zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Hoewel dit boek met veel zorg is samengesteld, aanvaarden auteur(s) noch uitgever enige aansprakelijkheid voor eventuele fouten en/of onvolkomenheden in dit boek.

Professies en de toekomst

veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg

Peter P. Groenewegen
Johan Hansen
m.m.v. Susan ter Bekke

Inhoud

Voorwoord van de voorzitter van de VVAA 7

1. Inleiding 9
   1.1 Inleiding 10
   1.2 Professies en beroepen 11
   1.3 Maatschappelijke trends 12
   1.4 Een keten van vertrouwen 14
   1.5 Aanpak 16

2. Ontwikkelingen op het gebied van de professies 19
   2.1 Inleiding 20
   2.2 Benaderingen van het verschijnsel professie 20
   2.3 Vertrouwen in drievoud 24
   2.4 Professionals en hun patiënten/cliënten 25
   2.5 De onderlinge relaties tussen professionals 33
   2.6 Professionals en derde partijen 40
   2.7 Conclusies 46

3. Maatschappelijke trends 49
   3.1 Inleiding 50
   3.2 Sociaal-culturele trends 51
   3.3 Veranderingen in arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en schaalgrootte van de arbeid 53
   3.4 Veranderende arbeidsverdeling en arbeidsspecialisatie 58
   3.5 Marktwerking, (de)regulering en commercialisering 61
   3.6 Standaardisering, toezicht en technologische veranderingen 64
   3.7 Conclusies 68

4. Professionals en hun cliënten 69
   4.1 Inleiding 70
   4.2 Maatschappelijk aanzien van professionele beroepen 71
   4.3 Geïnformeerdheid en mondigheid van zorggebruikers 74
   4.4 Opvattingen over professionaliteit 80
   4.5 Vertrouwen 83
   4.6 Conclusies 88

5. De organisatie van professionele praktijken 91
   5.1 Inleiding 92
   5.2 Arbeidsstatus en organisatie 93
   5.3 Gepercipieerde gevolgen voor autonomie en kwaliteit 102
   5.4 Onderling vertrouwen en vertrouwen in management 109
   5.5 Conclusie 116

6. Beroepsorganisaties als bron voor beroepsnormen 119
6.1 Inleiding 120
6.2 Beroepsorganisaties als morele gemeenschap 120
6.3 Oriëntatie op de beroepsgroep of op de organisatie 128
6.4 Percepties van gemeenschappelijkheid 131
6.5 Conclusie 134

7. Professionals en derde partijen 135
7.1 Inleiding 136
7.2 De overheid 136
7.3 Toezichthouders 139
7.4 Zorgverzekeraars 143
7.5 Patiënten- en consumentenorganisaties 148
7.6 Conclusie 151

8. De toekomst 153
8.1 Inleiding 154
8.2 Algemene maatschappelijke ontwikkelingen en hun invloed op de positie van professionals 154
8.3 De veranderende situatie van professionals en hun vertrouwensrelaties 116
met patiënten, elkaar en derde partijen 161
8.4 Verschillen tussen beroepen 162
8.5 Slot 167

Literatuur 171

Dankwoord 179

Bijlage 1 Lijst van gesprekspartners interviews 181
Bijlage 2 Onderzoeksverantwoording: steekproeftrekking, respons en weging 182
Bijlage 3 Tabellen met verklarende analyses hoofdstuk 4 tot en met 7 187

Voorwoord

De Vereniging VVAA behartigt de belangen van haar leden, die afkomstig zijn uit vrijwel alle beroepsgroepen in de gezondheidszorg. Daarbij staat voorop ondersteuning bij het optimaal functioneren in de beroepsuitoefening, met speciaal oog voor de praktische, organisatorische en zakelijke kant van de praktijkvoering.

De beroepsuitoefening wordt sterk bepaald door de omgeving waarin men werkzaam is. In de gezondheidszorg doen zich dynamische veranderingen voor. Denk daarbij maar eens aan de feminisering van de beroepsgroep, de invoering van het nieuwe stelsel in de zorg en de introductie van marktwerking. De gezondheidszorg is op zijn beurt niet los te zien van de maatschappelijke context die in toenemende acceleratie lijkt te zijn. Voorbeelden daarvan zijn de individualisering, de onstuitbare nieuwe technologie, de demografische veranderingen, de globalisering en de snelle introductie van nieuwe toepassingen op het gebied van ICT.

VVAA rekent het tot haar taak oog te houden op dergelijke ontwikkelingen. Immers deze raken direct aan de omstandigheden waarin wij onze taken en verantwoordelijkheden uitoefenen, zowel nu als in de toekomst. Het gaat dus om 'de toekomst van de witte jas'.
Hoewel iedere uitspraak over wat ons te wachten staat gerelativeerd kan worden door ontwikkelingen die men niet kan voorzien, heeft VVAA het zinvol geacht onderzoek te laten verrichten dat bij benadering een beeld kan verschaffen van de positie van de medische en paramedische zorgprofessionals in de nabije toekomst.

Het NIVEL bleek bereid en enthousiast dit onderzoek te verrichten. Op basis van literatuuronderzoek, enquêtes onder beroepsbeoefenaren en zorggebruikers en de opvattingen van sleutelfiguren is gerapporteerd en dat heeft geresulteerd in het boek dat thans voor u ligt. Hierin wordt een analyse gegeven van de huidige situatie en aan de hand van geconstateerde trends worden denkbare ontwikkelingen in de toekomst geschetst.

De auteurs zijn wij zeer erkentelijk voor de inhoud van het boek, dat duidelijk laat zien waarmee beleidsmakers en beroepsbeoefenaren rekening moeten houden wanneer men zich oriënteert op de toekomst.

Om die reden zijn wij verheugd u dit boek over de toekomstige positie van de medische en paramedische professie te mogen aanbieden en wij wensen u daarbij veel inzicht en leesplezier.

J.H.A.M. van den Bergh,
voorzitter VVAA

1. Inleiding

Samenvatting

Dit boek gaat over professies in de gezondheidszorg en over de veranderingen in hun positie. Professies zijn, kort gezegd, beroepen die een lange opleiding vergen en waarvan de beoefenaren een grote vrijheid hebben in het uitoefenen van hun werkzaamheden. Die vrijheid hebben ze omdat de kwaliteit van hun werk door buitenstaanders moeilijk is te beoordelen. Maatschappelijke trends als schaalvergroting, standaardisering en commercialisering maar ook ontwikkelingen die specifiek zijn voor de gezondheidszorg maken, dat de positie van professies en hun beoefenaren verandert.

Wat deze veranderingen in het recente verleden hebben opgeleverd en wat we mogen verwachten voor de nabije toekomst, zijn de vragen die we in dit boek zullen beantwoorden.
In deze inleiding leggen we uit hoe we tegen professies aankijken en welke maatschappelijke trends hun positie beïnvloeden. Tot slot laten we zien hoe we het onderzoek waarop dit boek is gebaseerd, hebben aangepakt.

Kenmerkend voor (gezondheidszorg)professies is dat ze diensten leveren die de afnemers niet goed kunnen beoordelen. Patiënten worden weliswaar mondiger, maar ze kunnen over het algemeen niet weten welke behandeling bij hun klachten past en of die behandeling volgens de regels der kunst is uitgevoerd. Daarom is vertrouwen tussen patiënt en behandelaar zo belangrijk.

Om de vertrouwensrelatie te beschermen, zijn garanties in het leven geroepen als opleidingseisen, toezicht en richtlijnen waaraan behandelaars zich dienen te houden. Professies kennen een hoge mate van zelfregulering. Zo stellen beroepsverenigingen hun eigen richtlijnen op. Daar tegenover staat dat derde partijen, zoals overheid, zorgverzekeraars en inspectie, hoge eisen stellen aan de uitoefening van de professie.

De relaties tussen professionals en patiënten, tussen professionals onderling en tussen professionals en derden (toezicht, zorgverzekeraars) staan onder invloed van maatschappelijke tendensen. Zo veranderen de vraag naar diensten van professionals en de manier waarop behandelaars en hun patiënten tegen elkaar aankijken door sociaal-culturele en demografische ontwikkelingen. Doordat professies zich steeds verder specialiseren en organisaties groter worden, veranderen de werkverhoudingen en wijzigt ook de relatie tussen professionals onderling. Ten slotte speelt in de relatie van professionals met derde partijen een rol dat processen worden gestandaardiseerd en marktwerking wordt ingevoerd.

Dit boek is gebaseerd op vijf bronnen. In de eerste plaats hebben wij (internationale) literatuur over professies geraadpleegd. Bovendien hebben wij informatie gehaald uit rapporten en beleidsnota's op het gebied van gezondheidszorg. Ten derde hebben wij interviews met een aantal sleutelpersonen gehouden. De laatste twee bronnen zijn een enquête onder een doorsnede van de Nederlandse bevolking en een enquête onder zes beroepsgroepen, namelijk medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers, fysiotherapeuten en dierenartsen.

1.1 Inleiding

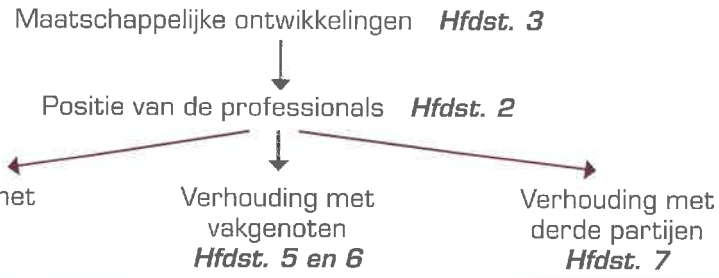
Arts is het schoolvoorbeeld van iemand die een professie uitoefent. Vroeger – en soms nu nog wel – oefende een arts zijn beroep uit in een eigen praktijk, als solist. Zeven keer 24 uur per week beschikbaar, want arts was niet zomaar een beroep, maar een roeping. Zolang er voldoende verdiensten waren, had hij alleen te maken met zijn patiënten. De beslissingen die hij nam waren *zijn* beslissingen; daar had verder niemand invloed op.
Als we een beeld schetsen van de arts van de toekomst – en een beetje al van nu –, dan ziet het er heel anders uit. De arts werkt in een team van artsen en andere beroepsbeoefenaren. Hij, maar vooral steeds vaker zij, werkt in een groot ziekenhuis dat geleid wordt als een onderneming. De arts is niet meer een vrije beroepsbeoefenaar, maar is in dienst van het ziekenhuis in een deeltijdbaan. Beslissingen over de behandeling van een patiënt zijn teambeslissingen die tot stand komen binnen de kaders van het ziekenhuis en multidisciplinaire richtlijnen.
Beide beelden zijn een vereenvoudiging van de werkelijkheid en de positie van professionals van de toekomst zal ongetwijfeld gevarieerder zijn dan die van het verleden. De overgang van het ene naar het andere beeld geeft wel de grote veranderingen weer in de positie van professies in de gezondheidszorg.

Professies zijn, kort gezegd, een aantal beroepen die een lange opleiding vergen en waarvan de beoefenaren een grote vrijheid van invulling van hun werkzaamheden hebben. Die vrijheid hebben ze omdat de kwaliteit van hun werk veelal moeilijk te beoordelen is door buitenstaanders. Bij professies in de gezondheidszorg zal iedereen als eerste denken aan artsen. Zij hebben een grote autonomie op het gebied van hun medisch handelen, maar vaak ook op het gebied van de organisatie van hun werkzaamheden, vooral als ze als vrije beroepsbeoefenaar werken. Voorbeelden van professies buiten de gezondheidszorg zijn advocaten, accountants en notarissen.
De positie van professies en de beoefenaren ervan verandert, de laatste decennia misschien wel sneller dan ooit. Dat gebeurt onder invloed van bredere maatschappelijke trends, zoals schaalvergroting, standaardisering en commercialisering, en ook van ontwikkelingen die specifiek voor het domein van de gezondheidszorg zijn. In de gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld via veranderingen in het verzekeringsstelsel marktwerking ingevoerd. Eigendoms- en gezagsverhoudingen veranderen doordat bedrijven de praktijken van professionele beroepsbeoefenaren commercieel gaan uitbaten.
Wat zijn de gevolgen van deze veranderingen geweest in het recente verleden en wat kunnen we voor de nabije toekomst verwachten? Dat is de vraag die we in dit boek zullen beantwoorden. De gevolgen waar we naar kijken hebben te maken met de verhouding tussen beoefenaren van de professies en hun patiënten en cliënten. Dat is in de gezondheidszorg het centrale punt. Daarnaast wordt, bijvoorbeeld door schaalvergroting, ook de verhouding tussen beroepsbeoefenaren onderling beïnvloed. Er is een ontwikkeling in professionele praktijken van de kleinschalige praktijk aan huis naar grote organisaties waar honderden beroepsbeoefenaren werken. En beide vormen komen zelfs binnen hetzelfde beroep nog naast elkaar voor.
Maatschappelijke trends en veranderingen hebben ten slotte ook gevolgen voor de verhouding tussen professies en derde partijen. Daarbij kan men denken aan de overheid die door wet- en regelgeving de speelruimte van professies bepaalt, en aan toezichthouders, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg.
Zie pagina 11 boven voor een eenvoudig schema van deze ontwikkelingen.

Het doel van dit boek is om de achtergronden van deze ontwikkelingen te schetsen en de gevolgen voor de (toekomstige) positie van beoefenaren van professies in de gezondheidszorg te analyseren. Daarbij richten we ons op de positie van professionele beroepsbeoefenaren in gezondheidszorg en maatschappij en wordt speciale aandacht gegeven aan de verhouding tussen beroepsbeoefenaren en hun beroepsorganisaties.

De hoofdvraagstelling die we in dit boek willen beantwoorden, luidt:
Op welke wijze leiden belangrijke maatschappelijke veranderingen tot veranderingen in de positie van (vrije) beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, wat zijn de gevolgen van deze veranderingen in positie en in hoeverre gaat het hier om algemene veranderingen en in hoeverre om veranderingen met specifieke uitwerkingen op bepaalde beroepen?

Schematische weergave van de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de verhouding van professionals met patiënten/cliënten, onderling en met derde partijen



In dit inleidende hoofdstuk wordt de thematiek die we aan de orde stellen geïntroduceerd en geven we een achtergrond bij de vraagstelling. Verder lichten we de inhoud van het boek toe. We doen dat in drie paragrafen waarin we de belangrijkste punten aan de orde stellen die in de afzonderlijke hoofdstukken uitgewerkt worden. Dit inleidende hoofdstuk sluiten we af met een toelichting op de opzet van het onderzoek waarop de empirische gegevens die we gebruiken, gebaseerd zijn.

1.2 Professies en beroepen

We richten ons op de veranderende positie van beoefenaren van professionele beroepen op het terrein van de gezondheidszorg. Wat bedoelen we met professies en hoe onderscheiden die zich van andere beroepen? Sociologen hebben zich al lang bezig gehouden met deze vraag en in de loop van de tijd is een aantal benaderingen uitgekristalliseerd, waarop we in hoofdstuk 2 uitgebreid zullen ingaan. Eén van die benaderingen richt zich vooral op de kenmerken van beroepen die algemeen worden gezien als professies, zoals de grote zeggenschap over inhoud en organisatie van het werk. Ook is er veel onderzoek gedaan naar de fasen die beroepen historisch gezien doorlopen om een positie als erkende professie te verwerven. Daarbij komen dan zaken aan de orde als de oprichting van een eigen beroepsvereniging met interne regels, een eigen (universitaire) opleiding enzovoorts. Door hun positie hebben professies en hun beroepsbeoefenaren een relatief goede beloning en relatief veel macht. Daarop wordt in andere benaderingen de nadruk gelegd. Het streven van beroepen naar een erkende positie als professie wordt dan gezien als een collectief proces van positieverbetering.

Beroepen en professies

We geven hier kort enkele definities.
Een *beroep* kan gezien worden als een samenhangend geheel van arbeidstaken die in zekere mate gestandaardiseerd en daardoor tussen verschillende arbeidscontexten vergelijkbaar zijn.
Een *professie* is een speciaal soort beroep, namelijk een beroep dat is gebaseerd op de toepassing van gespecialiseerde, theoretische kennis op individuele gevallen.
Professionalisering is het proces waarbij een beroep de kenmerken van een professie verwerft.
Beroepen moeten onderscheiden worden van functies; een *functie* is een combinatie van taakonderdelen die binnen een organisatie uitgekristalliseerd zijn. Nieuwe beroepen in de gezondheidszorg, zoals ziekenhuisarts of Physician Assistant, hebben vaak aanvankelijk meer het karakter van een functie dan van een beroep.
Professies worden vaak uitgeoefend als *vrije beroepsbeoefenaar*. Een vrije beroepsbeoefenaar is een beoefenaar van een professioneel beroep die dat beroep voor eigen rekening en risico uitoefent. Vrije beroepsbeoefenaren werken vaak samen in een *maatschap*. Dat is een samenwerking van twee of meer personen die met hetgeen zij inbrengen (hun arbeid bijvoorbeeld) een bepaald doel nastreven en de opbrengst verdelen.

Wij gaan in dit boek uit van een benadering die zich richt op de manier waarop de dienstverlening door professionals geordend is: als een gemeenschap van gelijken waarin de professionals bepalen wat er gebeurt, als een hiërarchische organisatie waarin management een centrale positie heeft, of als een markt waarin klanten de dienst uitmaken. Bij de ordening van de dienstverlening door professionals zijn drie soorten relaties van belang en in elk van deze relaties speelt vertrouwen een belangrijke rol:

- Professionals en hun cliënten/patiënten, met als belangrijkste thema de informatiekloof tussen professionals en gebruikers van hun diensten
- De relaties tussen professionals onderling, met als centraal thema de beroepsgroep als morele gemeenschap die normen ontwikkelt en handhaaft voor het beroepsmatig handelen
- De relaties met derde partijen waarin de dienstverlening door professionals wordt vormgegeven en waarbij de overheid een belangrijke partij is.

Kenmerkend voor professionele diensten is dat er een spanning bestaat tussen de kwaliteit van dienstverlening en de onzekerheid van patiënten/cliënten over hoe de kwaliteit te bepalen. De informatiekloof tussen professionals en hun cliënten bestaat en zal altijd blijven bestaan. Hij neemt misschien af; daar dragen ontwikkelingen rond informatievoorziening, bijvoorbeeld via internet, aan bij. Ook is de informatiekloof kleiner bij hoger opgeleiden en bij cliënten die veel van de diensten van professionals gebruikmaken, zoals in de gezondheidszorg chronisch zieken. Sommige professies hebben bedrijven als cliënten. Daarbij is de informatiekloof vaak kleiner dan bij individuele cliënten.
De informatiekloof tussen professionals en cliënten herbergt het gevaar dat professionals niet (of niet alleen) doen wat in het belang is van de cliënten. We willen dat professionals datgene doen voor hun cliënten wat ze zelf zouden doen als ze evenveel kennis hadden als de professional. Maar omdat professionals ook hun eigen belangen hebben, bestaat het gevaar dat ze meer of juist minder doen dan goed is voor de cliënt. Daarom moeten de prikkels voor de professionals zo zijn dat ze doen wat goed is voor de cliënten.
Het gaat daarbij niet alleen om financiële prikkels; daarmee is het probleem van de informatiekloof niet op te lossen. De normen van de beroepsgemeenschap en de professionele ethiek zorgen er ook voor dat professionals doen wat in het belang van hun cliënten is. Maar hoe sterk is die beroepsgemeenschap nog? Professionals werken steeds minder in een kleine groep van gelijken en vaker in grotere organisaties (die hun eigen doelstellingen hebben) en onder aansturing van managers. In de gezondheidszorg is de schaalgrootte nog betrekkelijk klein, maar daarbuiten bestaan organisaties van professionals met honderden tot zelfs duizenden medewerkers, bijvoorbeeld internationale advocatenkantoren. Die werken daarnaast vaak in interdisciplinair verband met accountants of notarissen.
Door een aantal factoren neemt de beroepsgemeenschap in kracht af:

- Toenemende aantallen beroepsbeoefenaren en meer heterogene beroepsgroepen
- Verschuiving van het vrije beroep naar loondienst in grotere organisaties
- Invloed van buitenaf op de toepassing of de inhoud van standaarden
- Minder actieve leden.

Bij de uitoefening van de professies was tot voor kort onderlinge concurrentie veelal ingeperkt door een verbod op (bepaalde vormen van) adverteren, het hanteren van uniforme tarieven en een vorm van vestigingsbeleid. Professies hebben in de loop van de tijd dan ook een bepaalde ordening van de productie en levering van hun diensten tot stand gebracht. Daarin zijn zij veelal gesteund door de overheid die een zekere mate van zelfregulering toestond en toestaat. Deze zelfregulering vindt plaats via de beroepsverenigingen, maar daarnaast zijn derde partijen, zoals inspecties en zorgverzekeraars, betrokken bij de vormgeving van professionele dienstverlening.
De afgelopen jaren is de rol van de overheid veranderd. De overheid trekt zich terug en laat meer over aan de 'marktpartijen'. Daardoor verandert de markt voor professionele diensten.
Toezichthouders – de marktmeesters in het moderne jargon – hebben meer invloed gekregen. In de gezondheidszorg zijn ook zorgverzekeraars belangrijker geworden.

1.3 Maatschappelijke trends

De positie van professionals en de relaties die ze hebben, zowel onderling als met patiënten of met

derde partijen, worden mede beïnvloed door bredere ontwikkelingen in de maatschappij en gezondheidszorg. We bespreken deze ontwikkelingen uitgebreider in hoofdstuk 3. De belangrijkste ontwikkelingen zijn in zes overkoepelende thema's bijeengebracht.

Sociaal-culturele trends omvatten veranderingen als de toenemende individualisering en daarmee samenhangend groei in mondigheid en het toenemende opleidingsniveau van burgers. Dit heeft vooral gevolgen voor de relatie tussen professionals en hun cliënten. Het leidt in een aantal gevallen tot gelijkwaardiger contact, vaker gebruik van klachtenprocedures, etc. Tegelijkertijd blijven cliënten/patiënten vaak in een afhankelijke situatie. Zolang mensen gezond zijn kunnen zij informatie verzamelen, afwegingen maken enzovoorts; zij kunnen een beredeneerd vertrouwen opbouwen. Op het moment dat hun bestaan wordt bedreigd, spelen onzekerheid en emotie een veel belangrijkere rol; ondanks hun toegenomen mondigheid vallen zij dan vaak terug op blind vertrouwen.

Veranderingen in arbeidsmarkt en arbeidsverhoudingen en schaalvergroting leiden tot een andere samenstelling van de beroepsbevolking, vooral door een stijging van het aandeel vrouwen, het aandeel deeltijdwerkers en in de wat verdere toekomst ook het aandeel niet-westerse professionals. Ook is er flexibilisering van de arbeidsmarkt, o.a. in de vorm van tijdelijke contracten. Verder worden de professies steeds vaker in dienstverband in plaats van als vrij beroep uitgeoefend en dan ook steeds vaker in grotere organisatieverbanden (schaalvergroting).

Verschuivende arbeidsverdeling en arbeidsspecialisatie uiten zich binnen gezondheidszorgprofessies in taakspecialisatie, waarbij men zich steeds meer op een specifiek deelgebied richt. Tegelijkertijd is er sprake van taakverbreding waarbij men steeds meer managementtaken vervult. Ook leidt taaksubstitutie ertoe, dat specialistische of juist relatief simpele taken aan derden worden overgedragen. Zo ontstaan zowel superspecialisten als meer generalistische functies, zoals de ziekenhuisarts. Voor professionals onderling is het hierdoor lastiger te bepalen wat de precieze achtergrond en het kennisniveau is van collega's (die ze ook steeds minder persoonlijk kennen). Voor een deel leidt dit mogelijk tot een verschuiving in oriëntatie: van de eigen professie naar de organisatie waarin men werkt of het subspecialisme waarin men zich ontwikkeld heeft.

Marktwerking, (de)regulering en commercialisering bieden meer ruimte voor nieuwe vormen van bedrijfsvoering. Marktwerking kan plaatsvinden binnen een gereguleerd kader. De concurrentie tussen professionals wordt vergroot, waardoor ook hun onderlinge relatie verandert. In het geval van commercialisering wordt de zorg een verhandelbaar product en gaan andere partijen, zoals verzekeraars of farmaceutische bedrijven, zelf zorg aanbieden (mededinging). Professionals worden hierdoor afhankelijker van derde partijen, waardoor het vertrouwen in deze partijen wordt ondermijnd. Ook heeft het gevolgen voor de relatie tot patiënten die zich meer zullen opstellen als afnemers van commerciële producten met de bijbehorende instelling, dat wie betaalt ook bepaalt. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de vertrouwensrelatie van professionals met patiënten, maar het kan ook het onderlinge vertrouwen van professionals aantasten. Als alles een markt wordt, worden ook de motieven van andere beroepsbeoefenaren minder transparant.

Standaardisering en technologische veranderingen zijn alom een drijvende kracht achter organisatieverandering. In de gezondheidszorg verwijst standaardisering vooral naar de introductie van kwaliteitssystemen en naar de formulering van richtlijnen en protocollen. Technologische ontwikkelingen vergemakkelijken het werk, maar stellen ook hogere eisen aan de kwalificatieniveaus van professionals. Hierdoor kunnen professionals ook in grotere en locatie-overstijgende verbanden samenwerken. Maar ook derden kunnen hierdoor eenvoudiger het gedrag van professionals monitoren. De informatiekloof tussen professional en bijvoorbeeld verzekeraars, toezichthouders en patiënten neemt daardoor af.

Deze veranderingen werken door in de gezondheidszorg en leiden daar tot veranderingen in de positie van beoefenaren van professionele beroepen. We vinden ze in meer of mindere mate in alle westerse samenlevingen. De

invloed van Europa op professies is een speciale, omdat regelgeving op het niveau van de Europese Unie gevolgen heeft voor nationale wetgeving. Het mededingingsbeleid is daar een goed voorbeeld van. Dat is een centraal onderdeel van het beleid van de EU en het heeft zijn weerslag gevonden in de mededingingswetten van de lidstaten. De mededingingswet is op zijn beurt van invloed op de ruimte die beroepsorganisaties hebben om hun dienstverlening te reguleren door bijvoorbeeld vestigingsbeleid.
In het gezondheidszorgbeleid verschuift het accent van aanbodsturing naar vraagsturing, verliest zelfsturing door beroepsbeoefenaren aan belang en verandert de rol van de overheid en andere derde partijen. Beoefenaren van professies werkten vroeger vooral in het vrije beroep maar gaan nu vaker in loondienst van grotere organisaties werken, worden gemanaged en gaan zelf managen. Deze ontwikkelingen zijn dus van invloed op de verhoudingen tussen professionals en hun cliënten/patiënten, op hun onderlinge verhoudingen en op de verhouding tot derde partijen.

1.4 Een keten van vertrouwen

We hebben de positie van beroepsbeoefenaren beschreven in termen van drie soorten relaties: naast de centrale relatie tussen beroepsbeoefenaren en hun cliënten/patiënten, zijn de relaties tussen beroepsbeoefenaren onderling en hun collectief (de beroepsorganisaties) en de relaties met derde partijen van belang. We zien de professies en hun beoefenaren dus als beroepen en beroepsbeoefenaren die ingekaderd zijn in een systeem van relaties waarmee ze gezamenlijk een bepaalde marktorde vormen.
Door het verschil in kennis en informatie tussen de beroepsbeoefenaren enerzijds en patiënten en cliënten en derde partijen anderzijds, speelt vertrouwen een belangrijke rol. De manier waarop de relaties zijn georganiseerd en gereguleerd, kunnen we opvatten als oplossingen voor vertrouwensproblemen. Vertrouwensproblemen bestaan als we niet zeker zijn of niet goed kunnen beoordelen of een relatiepartner, in dit geval een beroepsbeoefenaar, competent is, goede bedoelingen heeft en bereid is eventuele problemen op te (laten) lossen.
De relaties bestaan op het niveau van concrete personen, de arts die met een patiënt praat in de spreekkamer, maar ook op collectief niveau. Artsenorganisaties overleggen met patiëntenorganisaties en burgers hebben een bepaald beeld van artsen als collectief. Daarmee heeft de positie van professies en hun beoefenaren ook een maatschappelijke component.

Het vertrouwen tussen patiënten/cliënten en professionals is van een andere orde dan het vertrouwen tussen professionals onderling of het vertrouwen tussen professionals en derde partijen. De informatiekloof is in de relatie met patiënten/cliënten meestal groter en patiënten/cliënten bevinden zich vaak in een afhankelijke en kwetsbare situatie op het moment dat zij de hulp van professionals inroepen. Tegelijkertijd zijn er overeenkomsten en die zijn vooral gelegen in de mechanismen die ervoor zorgen dat vertrouwen tot stand kan komen. Deze mechanismen zijn van drieërlei aard: instituties (wetten, regels en gewoonten) geven garanties tegen misbruik en incompetentie; het feit dat de relaties vaak duurzaam zijn, zorgt ervoor dat mensen beter weten wat ze aan elkaar hebben, en ten slotte zorgen sociale netwerken ervoor dat mensen informatie hebben over en controle kunnen uitoefenen op anderen met wie zij niet in direct contact staan.

Voor professionals hoort de *relatie met hun cliënten / patiënten* centraal te staan. Cliënten moeten voldoende vertrouwen kunnen hebben in professionals en omgekeerd moeten professionals kunnen vertrouwen op hun patiënten; bijvoorbeeld dat ze zich houden aan de voorgestelde behandeling en dat ze niet bij het minste of geringste weglopen. Door verschillende ontwikkelingen, waaronder de voortschrijdende marktwerking en schaalvergroting staat deze relatie onder druk. Het aanzien van professionals is nog steeds hoog, ook vergeleken met het begin van de jaren tachtig, zo zal in hoofdstuk 4 blijken. Wel is er meer verdeeldheid onder de bevolking: sommige mensen kijken nog steeds tegen professionals op, anderen treden hen meer als gelijkwaardige zorgpartner tegemoet.
We verwachten op basis van algemene maatschappelijke ontwikkelingen dat de informatiekloof tussen cliënten en professionals minder groot is geworden in de afgelopen tijd. Hoewel veel consumenten zichzelf als mondig beschouwen, is dat vanuit het perspectief van professionals een stuk minder het geval. Gezondheids-

zorgprofessionals ontmoeten mensen immers op hun kwetsbaarst, bijvoorbeeld wanneer ze lijden aan een (ernstige) aandoening. Mensen verschillen in de mate waarin ze zelf informatie vergaren over hun gezondheidstoestand en de mate waarin ze bereid zijn om de lange-termijnrelatie met de arts te verbreken, bijvoorbeeld door een klacht in te dienen of een second opinion aan te vragen. Over het algemeen lijkt men terughoudend om de relatie met de arts te verbreken.
Het vertrouwen dat men heeft in gezondheidszorgprofessionals is over het algemeen hoog en stabiel. Wel is het belangrijk dat aan een aantal garanties voor vertrouwen wordt voldaan. Naast institutionele garanties zoals de opleidingskwalificaties van professionals, hechten mensen eraan dat het functioneren van professionals met behulp van richtlijnen wordt bewaakt. Toezicht en gebruik van richtlijnen kunnen dus een middel zijn om ook in veranderende omstandigheden vertrouwen te genereren. De waarde van informatie die men zelf heeft verzameld of via bekenden verkrijgt, dienen we niet te onderschatten. De vraag is of algemene internetsites met informatie over wachttijden en behandelprogramma's daar tegenop kunnen. Ook is het vertrouwen in professionals in zekere mate fragiel. Mensen zijn nog steeds bang dat arts en ziekenhuis elkaar, in het geval van een klacht, de hand boven het hoofd houden.

De schaal van de gezondheidszorg is toegenomen en teamwerk is steeds normaler geworden. In toenemende mate zijn er ketens van professionals over de grenzen van praktijken en organisaties heen. Dat maakt de *relaties tussen professionals onderling* zo belangrijk. Professionals werken meer in dienstverband en in deeltijd, in steeds grotere organisaties. Door deze en andere veranderingen in de werkomgeving van professionals verandert hun positie. De extramurale beroepen zitten middenin een transformatieproces van huisnijverheid – kleinschalig, praktijk aan huis, weinig technologie – naar georganiseerde voorzieningen.
Ziekenhuizen zijn sterk gegroeid en ze veranderen in rap tempo van klassieke duale organisaties naar geïntegreerde proces- en patiëntgerichte organisaties. Management speelt een steeds belangrijker rol in ziekenhuizen. In hoofdstuk 5 laten we zien dat het vertrouwen van medisch specialisten in de ziekenhuisdirecties echter zeer laag is en het afgelopen decennium nog daalde. Ook ervaren medisch specialisten weinig autonomie in de organisatie van het werk. Gelukkig zijn ze wel sterk betrokken bij hun werk en de organisatie waarin ze werken.
De verhouding tussen beroepsgenoten in de gezondheidszorg verschuift van collegiale samenwerking naar concurrentie. Het onderlinge vertrouwen lijkt kleiner te zijn in beroepen die al in een meer concurrerende omgeving werken. Individuele beroepsbeoefenaren die hun eigen beroepsuitoefening meer beïnvloed zien worden door marktwerking en concurrentie, hebben minder vertrouwen in de goede bedoelingen van hun collega's buiten de eigen praktijk.
Veranderingen in organisatie en omgeving werken niet alleen door in de onderlinge verhoudingen maar kunnen ook de relatie met patiënten beïnvloeden. Grootschaligheid leidt ertoe dat de kans om de 'eigen' arts te treffen kleiner wordt.

Men zou denken dat de algemene maatschappelijke trend naar individualisering heeft geleid tot minder deelname in beroepsorganisaties. Dat is maar gedeeltelijk waar; mensen zijn nog steeds lid van vrijwillige organisaties, maar zijn minder actief. Dit lijkt ook het geval te zijn bij de professies, waar van oudsher de beroepsorganisaties zo'n belangrijke rol spelen. Beroepsorganisaties hebben nog steeds een hoge dekking. Het grootste deel van de beroepsbeoefenaren, zo zullen we in hoofdstuk 6 laten zien, is echter niet actief in een beroepsvereniging. Het actief lidmaatschap is lager onder jongere beroepsbeoefenaren en vrouwen. Dat kan een voorbode zijn van een geringere participatie in de beroepsorganisaties in de toekomst. De redenen om lid te zijn van een beroepsorganisatie zijn een mix van belangenbehartiging en inhoudelijke overwegingen. De belangenbehartiging moet steeds meer van algemene aard zijn, omdat belangenbehartiging die marktwerking inperkt, niet langer is toegestaan. In de ogen van professionals vervullen de beroepsorganisaties duidelijk een rol als morele gemeenschap: bewaken van het opleidingsniveau en het opzetten en uitvoeren van kwaliteitsbeleid.

Professionals richten zich behalve op hun beroepsvereniging ook op de organisatie waarin zij werken. Bij de extramuraal werkzame professionals zijn dat (nog steeds) kleinschalige organisaties van vakgenoten. Het is dus niet zo vreemd dat men sterk betrokken is bij de eigen praktijk. Voor medisch specialisten, die in grote organisaties werken, is de betrokkenheid bij de organisatie lager, maar toch nog steeds hoog. Vergelijking met eerder onderzoek wijst wel in de richting van daling van betrokkenheid van medisch specialisten bij de organisatie.

Professionals worden in hun werkuitoefening beïnvloed door *derde partijen*. De overheid stelt regels waaraan professionals zich dienen te houden, toezichthouders zien toe op de naleving hiervan en zorgverzekeraars maken afspraken met professionals over de kwaliteit en vergoeding van behandelingen voor hun cliënten. Een afwijkend soort derde partij betreft de patiënten- / consumentenorganisaties. Zij hebben geen directe verbintenis met zorgprofessionals, maar kunnen wel als belangenbehartiger van patiënten de gezondheidszorg en het gedrag van professionals daarbinnen beïnvloeden.
Mede door de wijzigingen in het zorgstelsel, zoals de nieuwe zorgverzekeringswet en de toenemende nadruk op vraaggestuurde in plaats van aanbodgestuurde zorg, verandert de rol en positie van derde partijen. Op alle terreinen lijkt hun invloed verder toe te nemen. De overheid stuurt vooral op hoofdlijnen en zorgt dat er vooral toezicht is op die terreinen waar de markt een rol vervult. Dit toezicht vindt deels van bovenaf plaats door formeel aangestelde toezichthouders, maar ook horizontaal door belanghebbenden, waaronder de patiënten- en consumentenorganisaties. Deze laatste werken ook samen met zorgverzekeraars om zo veranderingen in de zorg tot stand te brengen. De verschuiving in de relatie tussen professionals en zorgverzekeraars is misschien wel het meest in het oog springend. Mede door de gecreëerde ruimte in het nieuwe zorgstelsel worden door zorgverzekeraars steeds meer initiatieven ontplooid om de zorg meer kosteneffectief te maken en daarbij de invloed op professionals te vergroten. Daarbij valt bijvoorbeeld te denken aan verticale integratie, maar ook aan andere vormen zoals het creëren van preferente zorgcontracten, waardoor zorgprofessionals en consumenten aangespoord worden met zorgverzekeraars samen te werken. De tijd dat men volledig zonder beïnvloeding van derde partijen het werk kan uitvoeren lijkt grotendeels voorbij.

Het vertrouwen dat professionals hebben in derde partijen vormt een belangrijke basis voor hun onderlinge relaties. Daarbij gaat het zowel om het vertrouwen dat men heeft in de deskundigheid van derde partijen als om het vertrouwen in hun goede bedoelingen. In de praktijk zullen beide aspecten van vertrouwen sterk met elkaar overeenkomen. Vooral in de overheid en zorgverzekeraars is het vertrouwen van professionals laag, zo laten we in hoofdstuk 7 zien. Deze mening wordt breed gedeeld over de verschillende professies heen. Hoe dit vertrouwen hersteld kan worden, is de vraag. Het vertrouwen in toezichthouders en met name patiënten- en consumentenorganisaties is hoger. Ook dit geeft aan dat met name voor deze partij een bruggenbouwende functie is weggelegd.

Uit dit overzicht zal duidelijk zijn geworden dat de indeling van soorten relaties terugkomt in de hoofdstukindeling, waarbij hoofdstuk 4 de relaties tussen beroepsbeoefenaren en hun patiënten of cliënten centraal stelt. In hoofdstuk 5 en 6 komen de relaties tussen beroepsbeoefenaren onderling aan de orde. Deze relaties vinden hun weerslag in de organisatie van praktijken (hoofdstuk 5). In hoofdstuk 6 gaat het om collectieve aspecten van de onderlinge relaties, namelijk de beroepsorganisaties en de verhouding tussen beroepsorganisaties en hun leden. De indeling van de verschillende soorten relaties volgend is hoofdstuk 7 aan de relaties met derde partijen gewijd. Hoofdstuk 8, het slothoofdstuk, brengt de lijnen weer bij elkaar. Daarin kijken we naar de gevolgen van de veranderingen voor de toekomst.

1.5 Aanpak

Om de vragen te beantwoorden gebruiken we de volgende methoden:

- *Literatuuronderzoek.* Hierbij gaat het vooral om de (internationale) sociologische literatuur over de professies in het algemeen en over de grote maatschappelijke trends die van invloed zijn op de positie van professies en hun beoefenaren.

- *Analyse van documenten.* Hieruit halen we informatie over het beleid op het gebied van de gezondheidszorg, op het gebied van specifieke beroepen en visies met betrekking tot de verhouding tussen professies en derde partijen.
- *Gesprekken met sleutelpersonen.* Deze gesprekken, gehouden in de periode mei – juni 2006, vormen de aanvulling op de analyse van documenten. Ze stelden ons ook in de gelegenheid om met de gesprekspartners van gedachten te wisselen over hun toekomstverwachtingen. De lijst met geïnterviewde personen is in bijlage 1 te vinden. Van elk gesprek is een verslag op hoofdlijnen gemaakt, dat is geautoriseerd door de geïnterviewden. In de tekst citeren we uit de geautoriseerde gespreksverslagen. We geven dus niet per gesprekspartner een samenvattend overzicht van zijn of haar opvattingen.
- *Enquête onder de Nederlandse bevolking.* Hierin hebben we vragen gesteld over de veranderende relatie tussen patiënten of cliënten en beroepsbeoefenaren. Daarnaast is gevraagd naar het maatschappelijk aanzien dat beroepsbeoefenaren van gezondheidszorgprofessies, ook in vergelijking tot beoefenaren van andere beroepen, genieten. Deze enquête is in het voorjaar van 2006 uitgevoerd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Voor nadere informatie hierover verwijzen we naar de website www.nivel.nl/consumentenpanel.
- *Enquête onder beroepsbeoefenaren.* Daarin zijn vragen gesteld over de autonomie (en de bedreigingen daarvan) die professionals in de gezondheidszorg ervaren, hun relaties met patiënten, met andere beroepsbeoefenaren en hun beroepsorganisaties en met derde partijen. De verantwoording van de uitvoering van deze enquête, gehouden in juni 2006, staat in bijlage 2.

Omdat we dit boek voor een breed publiek leesbaar willen houden, geven we de verantwoording van onze methoden en technieken deels in de bijlagen en deels in afzonderlijke wetenschappelijke publicaties weer.

We hebben tot nu toe nog niet gezegd over welke beroepen we het zullen hebben, behalve dan dat het om professionele beroepen gaat in de gezondheidszorg. We hebben het begrip professie alleen in algemene bewoordingen gebruikt. We blijven hier ook een pragmatische aanpak hanteren. Er zijn immers geen eenduidige scheidslijnen. Het is meer een kwestie van mate van dan van absolute scheidslijnen.
Als we kijken naar autonomie in beroepsmatig handelen en organisatie van het werk, dan vallen de verzorgende beroepen in de gezondheidszorg in ieder geval niet onder de professionele beroepen, en artsen en aanverwante beroepen wel. Voor verpleegkundigen geldt dat het een zeer grote en zeer diverse groep is met wisselende opleidingsniveaus (middelbaar beroepsonderwijs, hoger beroepsonderwijs en tegenwoordig ook verpleegkundige mastersopleidingen). De meeste verpleegkundigen zijn in loondienst. Er zijn in het verleden wel pogingen gedaan om verpleegkundige maatschappen op te richten, waarin verpleegkundigen als zelfstandige beroepsbeoefenaren zouden werken. Dat is echter niet van de grond gekomen.
Daarom hebben we de verpleegkundige beroepen buiten beschouwing gelaten. Enerzijds is dat jammer, omdat juist daar ook interessante ontwikkelingen plaatsvinden op het grensgebied van verpleegkundige en medische beroepen. Er zijn nieuwe beroepen in opkomst, zoals praktijkverpleegkundige, Nurse Practitioner en Physician Assistant. Anderzijds is het ook nodig om ons onderwerp af te bakenen en te beperken.
We hebben gegevens verzameld bij medisch specialisten, huisartsen, tandartsen, apothekers en fysiotherapeuten. Daarnaast nemen we een beroep mee dat in de gezondheidszorg weinig wordt bestudeerd, namelijk het beroep van dierenarts; het gaat over gezondheid maar niet van mensen (althans, over dat laatste alleen indirect, denk aan de ontstaanswijze van nieuwe griepstammen). We vinden het beroep van dierenarts interessant, omdat de patiënt niet dezelfde is als degene die de hulp van een dierenarts inroept. De laatste is in het geval van de landbouwhuisdieren een ondernemer en dat brengt wellicht andere verhoudingen met zich mee die hun weerspiegeling nog niet hebben in de humane gezondheidszorg.

Opzet en uitvoering van de enquête onder beroepsbeoefenaren

Steekproeftrekking. We hebben de enquête verstuurd naar een steekproef van 200 personen per beroepsgroep. Voor de medisch specialisten is een steekproef van 400 genomen om ervoor te zorgen dat er voldoende spreiding is over de belangrijkste specialismen.
Non-respons. Over het geheel genomen zijn er 1360 vragenlijsten verstuurd en zijn er na één herinnering 545 geretourneerd. Dat is een respons van 40%. De hoogste respons kwam van fysiotherapeuten (57%) en de laagste van tandartsen (28%)
Weging. De steekproef was willekeurig, maar binnen vooropgezette kaders. Zo wilden we bijvoorbeeld voldoende huisartsen in gezondheidscentra en huisartsen die in dienst van een andere huisarts werken, in onze steekproef hebben. Daarom is er bij de gegevens in de hoofdstukken 4 t/m 7 een weging toegepast om zoveel mogelijk een afspiegeling van het totaal te krijgen.
Aantallen per beroepsgroep. Het totale aantal professionals in het onderzoek is groot, maar per beroepsgroep relatief gering. Dat betekent dat een bepaald gegeven voor een specifieke beroepsgroep kan afwijken van de waarde in de totale populatie van die beroepsgroep door steekproeffluctuaties. Minstens zo belangrijk is dat non-respons altijd een zekere mate van selectiviteit met zich meebrengt. De enquête is misschien vooral ingevuld door beroepsbeoefenaren die in het onderwerp geïnteresseerd zijn. Dat kan een vertekening geven.

2 Ontwikkelingen op het gebied van de professies

Samenvatting

Dit hoofdstuk behandelt professies op basis van de internationale literatuur over dit onderwerp. Niet alleen de professies in de gezondheidszorg komen daarbij aan de orde, maar ook andere, zoals die van advocaat.

In dit hoofdstuk staan drie soorten relaties van professionals centraal. In elk van deze relaties speelt vertrouwen een belangrijke rol. In de eerste plaats is er de betrekking tussen professionals en hun cliënten/patiënten. Het belangrijkste thema dat hier aan de orde komt, is de informatiekloof tussen de professionals en de gebruikers van hun diensten. In de tweede plaats gaat dit hoofdstuk over de relaties tussen professionals onderling, met als centraal thema de beroepsgroep als morele gemeenschap, die voor het beroepsmatig handelen normen ontwikkelt en handhaaft. Ten slotte onderhouden professionals betrekkingen met derde partijen, waarvan de overheid de belangrijkste is. Tezamen geven deze partijen de markt voor professionele diensten vorm.

De informatiekloof tussen professionals en hun cliënten zal naar verwachting altijd blijven bestaan. Hij wordt misschien wel kleiner; de informatievoorziening groeit immers, mede door internet. De informatiekloof is kleiner bij hoger opgeleiden en bij cliënten die veel van de diensten van professionals gebruikmaken. In de gezondheidszorg valt daarbij te denken aan chronisch zieken. De cliënt kan ook een bedrijf zijn, daar is de informatiekloof over het algemeen kleiner dan bij individuele cliënten.

Het gevaar van de informatiekloof is dat professionals niet (alleen) doen wat in het belang van de cliënt is. In de ideale situatie doet de professional voor de cliënt wat deze zelf zou hebben gedaan als hij over dezelfde kennis had beschikt als de professional. Omdat de professional ook eigen belangen heeft, bestaat de mogelijkheid dat hij meer of juist minder doet dan goed is voor zijn client. De opgave voor een goed incentive-systeem is om het voor professionals aantrekkelijk te maken datgene te doen wat goed is voor hun cliënten.

Behalve dergelijke externe prikkels, maken de normen van de beroepsgemeenschap en professionele ethiek ook dat de professional handelt in het belang van de cliënt. De vraag is hoe sterk de beroepsgemeenschap nog is. Professionals werken steeds minder vaak in een kleine groep van gelijken en vaker in grote organisaties met eigen belangen, en onder aansturing van managers. In de gezondheidszorg valt de schaalgrootte nog wel mee, maar daarbuiten bestaan organisaties van honderden tot wel duizenden professionals, bijvoorbeeld internationale advocatenkantoren. Die werken bovendien vaak in interdisciplinair verband met accountants of notarissen.

Het belang van de beroepsgemeenschap neemt dus af door de verschuiving van het vrije beroep naar loondienst in grotere organisaties. Ook het stijgende aantal beroepsbeoefenaren en het ontstaan van heterogene beroepsgroepen spelen daarbij een rol. Bovendien krijgt de buitenwereld steeds meer invloed op de opstelling en naleving van standaarden. Ten slotte brokkelt de kracht van de beroepsgemeenschap af door de afname van het aantal actieve leden.

Professies hebben altijd veel vrijheid gekregen om hun beroep zelf te reguleren. De overheid beschermde tot op zekere hoogte het domein van professies. In die situatie is de afgelopen jaren verandering gekomen. De overheid trekt zich terug en laat meer over aan de 'marktpartijen'. Daardoor verandert de markt voor professionele diensten. Toezichthouders – marktmeesters in het moderne jargon – hebben meer invloed gekregen. In de gezondheidszorg is bovendien een belangrijke rol weggelegd voor de zorgverzekeraars.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk bespreken we de literatuur over de professies. Er zijn hierin uiteenlopende benaderingen, die verschillen in de invalshoek en de vragen die ze willen beantwoorden (Flap, 2001). In de ene benadering zijn professies beroepen met een belangrijke functie voor de samenleving, die daaraan een geprivilegieerde positie te danken hebben. In een andere benadering weten professies hun macht te gebruiken om de toegang tot het beroep voor buitenstaanders te beperken. In weer een andere benadering proberen professies hun domein te verdedigen tegen beroepen die er ook aanspraak op maken.
Van oudsher worden de meeste professies uitgeoefend als vrij beroep. De beoefenaren zijn niet in dienst van een organisatie, maar werken voor eigen rekening en risico. Als reden voor die vorm van beroepsuitoefening wordt wel gesteld dat professionals in zo'n organisatievorm zich alleen iets gelegen hoeven laten liggen aan de belangen van hun cliënten. En die van zichzelf, natuurlijk. Zoals George Bernard Shaw al zei: "Een arme dokter is een slechte dokter."
Als collectief zijn professies georganiseerd in beroepsorganisaties die normen stellen voor de uitoefening van het beroep. Tot de professies worden beroepen gerekend die diensten leveren die gebaseerd zijn op een combinatie van gespecialiseerde theoretische kennis die wordt toegepast in variabele individuele omstandigheden (Flap, 2001). Voorbeelden van professionele beroepen zijn accountant, notaris, advocaat, apotheker, arts, tandarts en raadgevend adviseur. We gaan in op de Nederlandse en de internationale literatuur en zullen daarbij breder uitwaaieren dan alleen de gezondheidszorg. De ontwikkelingen in andere professies, zoals het notariaat, de advocatuur en de accountancy, zijn relevant, omdat sommige ontwikkelingen in andere professies al veel verder doorgezet zijn dan in de gezondheidszorgprofessies. Denk hierbij aan schaalvergroting of commercialisering. Deze ontwikkelingen bieden daardoor een venster op een mogelijke toekomst. We gaan hier maar beperkt in op de oorzaken van ontwikkelingen, omdat die in het volgende hoofdstuk centraal staan.

Zoals gezegd, zijn er in de sociologische literatuur verschillende benaderingen van de professies. Die hebben elk hun eigen zwakke en sterke punten. Onze eigen benadering richt de aandacht op relaties: tussen professionals en hun patiënten/cliënten, tussen professionals onderling in hun beroepspraktijk en hun beroepsorganisaties en op de relaties tussen professionals en derde partijen, zoals de overheid. In elk van deze relaties speelt vertrouwen een belangrijke rol. We bespreken in dit hoofdstuk elk van deze drie relaties en bij elke relatie stellen we een centrale vraag (zie tekstkader):

- Bij de relaties tussen patiënten/cliënten en professionals is de centrale vraag: hoe kunnen patiënten/cliënten erop vertrouwen dat ze de diensten krijgen die ze nodig hebben?
- Bij de relaties tussen professionals onderling is de centrale vraag: vormen professionals nog steeds een gemeenschap van gelijken?
- Bij de relaties tussen professionals en derde partijen is de vraag: wie stuurt het systeem van professionele diensten?

2.2 Benaderingen van het verschijnsel professie

Professies en hun beoefenaren hebben zich een vrijheid verworven die andere beroepen niet of veel minder hebben. Professies stellen dat alleen hun leden zelf kunnen oordelen over de noodzaak en kwaliteit van hun werk. Ze zijn autonoom in de inhoud van hun werk; in de medische beroepen is dat de klinische autonomie. Maar daar houdt het niet mee op. Professies hebben in meer of mindere mate ook autonomie over de economische en organisatorische aspecten van het werk.

Opbouw van het hoofdstuk

Benaderingen van professies: paragraaf 2.2
- Functie van professionals in de samenleving
- Macht en dominantie van professionals
- Systeem van professionele beroepen

Eigen benadering: paragraaf 2.3
Drie typen relaties en de rol van vertrouwen
Relatie 1: patiënten/cliënten en professionals
Hoe kunnen patiënten/cliënten erop vertrouwen dat ze de diensten krijgen die ze nodig hebben? paragraaf 2.4
Relatie 2: professionals onderling
Vormen professionals nog steeds een gemeenschap van gelijken paragraaf 2.5
Relatie 3: professionals en derde partijen
Wie stuurt het systeem van professionele diensten? paragraaf 2.6

Kenmerken van professies

In een klassieke benadering van de professies wordt gekeken welke kenmerken beroepen hebben die een vergaande autonomie hebben veroverd (zie tekstkader). Daaraan gekoppeld wordt dan de vraag gesteld hoe het komt dat sommige beroepen wel en andere niet de status van professies hebben bereikt en via welke stappen dat is gelopen. Het algemene antwoord van een klassieke benadering in de sociologie, het structureel

Kenmerken van professies en fasen in de ontwikkeling van professies

Verschillende auteurs hebben geprobeerd de belangrijkste kenmerken van professies te identificeren en er zijn dan ook veel verschillende versies in omloop. Goode, bijvoorbeeld, onderscheidt kernkenmerken en afgeleide kenmerken. Volgens hem is de kern van de professies dat zij een 'body of abstract knowledge', een geheel van abstracte kennis hebben die op individuele gevallen wordt toegepast, en dat zij het ideaal van dienstbaarheid onderschrijven. Andere kenmerken, zoals autonomie, zijn volgens hem daarvan afgeleid.
Een andere opsomming van kenmerken is van de hand van Greenwood:
- er is een basis van systematische theorie;
- de autoriteit van professionals wordt erkend door cliënten en de professionals bepalen de behoefte van cliënten;
- de samenleving keurt deze autoriteit goed en sanctioneert hem;
- er is een ethische code ter voorkoming van misbruik van de autoriteitspositie;
- er is een professionele cultuur die wordt ondersteund door professionele verenigingen.

De ontwikkelingspendant van de kenmerkenbenadering beschrijft stappen in het proces van professionalisering. Ook daar zijn weer vele varianten op. Een voorbeeld is de indeling van de beroepensocioloog Caplow. Volgens hem volgt de typische ontwikkeling van een beroep tot een professie de volgende stappen:
1. oprichting van een professionele vereniging
2. de keuze voor een onderscheidende naam voor het beroep
3. de ontwikkeling van een ethische code
4. druk op de politiek om bescherming voor het beroep te verkrijgen
5. ontwikkeling van een specifieke opleiding

Bron: Van der Krogt, 1981

functionalisme, is dat de positie van professionele beroepen een gevolg is van hun hoog gespecialiseerde kennis, die een schaars goed is, en van het belang van het soort diensten dat de beroepsbeoefenaren leveren voor het voortbestaan en evenwichtig functioneren van de samenleving. Het structureel functionalisme gaat er kort gezegd vanuit dat de positie wordt bepaald door de maatschappelijke functie die wordt vervuld (Parsons, 1951).

Systeem van professies

De Amerikaanse socioloog Abbott (1988) heeft de onderlinge verhoudingen tussen professionele beroepen centraal gesteld, door hem aangeduid als een systeem van professies. Daarmee wilde hij aangeven dat professionele beroepen onderling samenhangen en dat het wegvallen of verzwakken van een onderdeel van het systeem tot verschuivingen leidt. Verschuivingen in de taken en het domein van beroepen treden voortdurend op, meestal als het onbedoelde gevolg van externe ontwikkelingen (bijvoorbeeld van technologische aard) en soms als gevolg van doelgericht ingrijpen.
De oogzorg is een mooi voorbeeld van een systeem van professies, die onderling samenwerken en concurreren en waarvan de onderlinge verhoudingen voortdurend veranderen (Stevens e.a., 2002). Oogzorg mist een duidelijke poortwachter en daardoor is de hiërarchie van de diensten onduidelijk. In de oogzorg kun je naar een opticien gaan, naar een optometrist, orthoptist, oogarts, huisarts, oogkliniek en allemaal voor hetzelfde probleem met het zien.
Huisartsen zijn de poortwachter in de gezondheidszorg in het algemeen, maar hebben zich terugtrokken uit de oogzorg. In de praktijk is de oogarts een rechtstreeks toegankelijk specialisme geworden, met mede daardoor (naast het geringe aantal beroepsbeoefenaren) lange wachtlijsten. Door de opkomst van contactlenzen hebben optometristen een belangrijke plek gekregen in de rechtstreeks toegankelijke oogzorg. Daarnaast werken zij in dienst van oogartsenpraktijken. Consensus over wie de poortwachter of coördinator van de zorg zou moeten zijn is er niet. Zonder sturing van buitenaf zal er ook geen duidelijke structuur ontstaan.

Volgens Abbott hebben de werkterreinen van professies een harde kern en minder centrale gebieden. De harde kern willen professionals en hun organisaties beschermen tegen 'indringers'. Op de minder centrale gebieden staan ze verschuiving van taken toe of stimuleren ze dat soms actief.
In zijn theorie wordt de kern gevormd door de toepassing van abstracte principes in individuele gevallen. Hij noemt dat *inference*, voor de gezondheidszorg het best te vertalen als diagnostiek. Hij onderscheidt drie stappen in het werk van professionals:

- De eerste is de intake. Daarin wordt vastgesteld of een cliënt een probleem heeft dat bij een bepaalde professional thuishoort en wordt de vertaling gemaakt van het probleem van een cliënt naar de categorieën waarin professionals hun werk indelen. Taakdelegatie is in de stap van intake voor professies een acceptabele rationalisering van het werk.
- De volgende stap is diagnostiek, in de theorie van Abbott het kerndomein van professies. In deze stap wordt de abstracte, theoretische kennis toegepast op individuele cliënten.
- De derde stap is de therapie. Daarin wordt uitvoering gegeven aan de oplossingsrichting die volgt uit de diagnostiekstap. Deze stap wordt weer gezien als minder centraal en leent zich zonder sterke bedreiging van het domein van professies voor delegatie of verschuiving van taken.

Een beroep dat bepaalde taken in bijvoorbeeld de therapiestap van een ander beroep overneemt, streeft er volgens Abbott naar om de bijbehorende stappen van intake en diagnostiek ook binnen zijn legitieme werkterrein te krijgen. Zo ontstaat dynamiek in het systeem van de professies.
Op het moment dat een beroep onder druk staat door interne problemen, spanning tussen vraag en aanbod of technologische veranderingen kunnen andere beroepen gemakkelijker delen van het werkterrein overnemen. Het beroep van mondhygiënist kwam op als oplossing voor het tandartsentekort in de jaren zeventig van de vorige eeuw. Een doorbraak kwam er niet omdat het tandartsentekort in de jaren tachtig en negentig snel verdween. Maar nu er opnieuw een (relatief) tekort aan tandartsen is, zit het beroep weer in de lift en ontstaan ook zelfstandige praktijken van mondhygiënisten.

Fysiotherapeuten: van hulppersoneel naar zelfstandig beroep

De geschiedenis van de fysiotherapie in Nederland illustreert veel van de ontwikkelingen die binnen en tussen professies plaatsvinden. In het bestek van ruim een eeuw tijd is een beroepsvereniging tot stand gekomen, een afbakening ten opzichte van de geneeskunde, een wettelijke regeling, eerst van het eigen beroep, toen van alle paramedische beroepen, later geïntegreerd in de Wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg).
Bij de afbakening ten opzichte van de geneeskunde was de onbevoegde uitoefening een centraal thema. Zelfstandige beoefening van de heilgymnastiek (zoals het vak oorspronkelijk heette) was in strijd met de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst. De eerste halve eeuw van het bestaan van het Genootschap ter beoefening van de Heilgymnastiek (opgericht in 1889) stond in het licht van deze afbakening. Medici wensten geen zelfstandige krachten naast zich, maar hulpkrachten die werken onder hun leiding en controle, aldus Kortenhoeven in haar geschiedenis van de fysiotherapie. Het verzet van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst tegen een meer zelfstandige positie van de heilgymnastiek is opgegeven, omdat daardoor tijdrovende en financieel onaantrekkelijke behandelingen op het gebied van de 'physische' geneeskunde konden worden afgestoten.
De naoorlogse geschiedenis stond in eerste instantie in het licht van het verkrijgen van financiële erkenning in de vorm van landelijke tarieven en opneming in het verstrekkingenpakket. Daarbij waren de fysiotherapeuten als beroepsgroep bereid om genoegen te nemen met relatief lage tarieven om daarmee deze vorm van landelijke erkenning te verkrijgen.
De meest recente ontwikkelingen worden niet behandeld in het boek van Kortenhoeven; het verscheen bij het honderdjarig bestaan van de beroepsvereniging die vanaf toen het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie ging heten. Op dat moment was het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) net uit. Daarin werd voorgesteld dat de extramurale fysiotherapie buiten het basispakket van de verzekering zou vallen. Volgens Kortenhoeven zou de klok daarmee worden teruggezet naar de periode vóór 1946.
Ondertussen is de extramurale fysiotherapie voor een groot deel naar de aanvullende verzekering verschoven. Het lijkt erop alsof de geschiedenis, althans voor de fysiotherapie, in de 21ste eeuw in een stroomversnelling is terechtgekomen. De tarieven zijn op experimentele basis vrijgegeven en fysiotherapeuten zijn rechtstreeks toegankelijk geworden. Daarmee is de autonomie van het beroep sterk toegenomen, maar niet de bescherming door de overheid die in de geschiedenis van de professies vaak was gekoppeld aan autonomie.

Bron: Kortenhoeven, 1989

Binnen multidisciplinaire samenwerking bewaken professies de kern van hun domein. Nieuwe beroepen worden getolereerd, voor zover zij buiten de kern van het domein blijven, maar de nieuwe beroepen rammelen aan de poort. De taakverdeling krijgt telkens weer vorm in de dagelijkse praktijk van de beroepsuitoefening van samenwerkende en concurrerende beroepsbeoefenaren en in de acties op het niveau van de beroepsgroepen.

Macht van professies

De klassieke professies hebben tot nu toe een machtige positie door hun interne organisatie, door bescherming van hun domein door de overheid en door steun van hun cliëntèle. In de gezondheidszorg zijn artsen de dominante partij (Freidson, 1970). Zij hebben die positie verkregen in een tijd dat zij zich nog nauwelijks konden beroepen op wat later de centrale elementen van de definitie van professies werd. Het is in deze benadering niet zozeer het belang van professionals voor de samenleving geweest of hun beschikking over theoretische kennis dat hun positie heeft bepaald, als wel een succesvolle collectieve positieverbetering (Larson, 1977). In het proces van professionalisering wordt wel een collectieve en een individuele component onderscheiden. De collectieve component slaat op het proces waardoor een

beroepsgroep als geheel erin slaagt een positie van controle over inhoud en organisatie van het werk te verkrijgen. Individuele professionalisering verwijst naar continue ontwikkeling van kennis en vaardigheden en streven naar kwaliteitsverbetering door individuele beroepsbeoefenaren (Boon, 2005). In dit hoofdstuk ligt de nadruk op het collectieve niveau.
De professies hebben en hadden kenmerken van gilden. In de vergelijking met de gilden komt de afsluiting van de markt voor nieuwe toetreders naar voren. Nieuwe toetreders worden maar in beperkte mate toegelaten en moeten een lange leerperiode doormaken als gezel van een gildenmeester. Gilden beheersten de organisatie van hun leden. Zij bepaalden hoe het werk werd uitgevoerd; in termen van moderne professies gaat het dan om de organisatie van de beroepspraktijk. Verder beheersten zij de markt voor hun producten en hun relatie tot de staat. Afsluitingsstrategieën vertalen zich in betere beloning (Weeden, 2002).
In zijn boek *Death of the Guilds* betoogt Krause dat de professies, de moderne gilden, aan macht inboeten (Krause, 1996). De mate waarin dat gebeurt varieert tussen professies en ook tussen landen. Jammer genoeg maakt Nederland geen onderdeel uit van zijn studie, maar op sommige punten lijkt de ontwikkeling in ons land wel op die in Duitsland dat wel door Krause is beschreven. In de gezondheidszorg leidde de combinatie van een sociaal verzekeringsstelsel en een corporatistisch model voor de organisatie van maatschappelijke activiteiten tot relatief machtige professies. Wat betreft de organisatie van het werk heeft Nederland met Duitsland gemeen dat de aansturing van het werk door beroepsgenoten (het Rijnlands model) gebruikelijker was dan het Angelsaksische model waarin managers een prominente rol speelden en spelen (Van den Brink e.a., 2005). Desalniettemin neemt de gildenmacht van de professies ook in Nederland en Duitsland af.
Professies zijn steeds minder in staat om, zoals ooit de gilden, de aanwas van beroepsbeoefenaren te beïnvloeden. De toegang tot het hoger onderwijs is sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw veel groter geworden. Dat heeft geleid tot sterke aanwas in verschillende professies vanaf de jaren tachtig. De numerus fixus voor de geneeskundestudie heeft in Nederland het aantal artsen kunstmatig laaggehouden, terwijl de professie ook de capaciteit van de vervolgopleidingen kon beheersen. De macht over de werkplaats is verminderd door ontwikkelingen als schaalvergroting, bureaucratisering, meer professionele arbeid in dienstverband et cetera. Door deze ontwikkelingen zou een proces van deprofessionalisering op gang gekomen zijn waarbij professies steeds meer 'gewone' beroepen zijn geworden (Haug, 1988).

Elk van de benaderingen die we hier kort besproken hebben, heeft zijn eigen specifieke invalshoek en biedt aanknopingspunten voor onze eigen benadering. Onze invalshoek zijn de eerder genoemde drie typen relaties en de rol die vertrouwen speelt in de professional-cliëntrelatie, in de gemeenschap van beroepsgenoten en de sturing van professionele dienstverlening door derden.

2.3 Vertrouwen in drievoud

We kunnen op verschillende manieren tegen professies aankijken; afhankelijk van specifieke vraagstellingen zijn andere aspecten relevant. In dit hoofdstuk bespreken we de literatuur aan de hand van drie typen relaties:

- De relaties tussen professionals en hun cliënten of patiënten. Hier is het centrale punt de veranderende informatiekloof tussen professionals en de gebruikers van hun diensten.
- De relaties tussen professionals onderling. In dit onderdeel gaan we in op de praktijkorganisaties van professionals en op professie als morele gemeenschap, dat wil zeggen de bron van beroepsnormen en waarden.
- De relaties tussen professionals en derde partijen. Belangrijk zijn hier de rol van de overheid in verschillende uitingsvormen (wetgeving, regeling van opleidingen, toezicht) en de ordening van de markt voor professionele diensten.

De diensten die door professies worden geleverd, hebben een speciaal karakter. Het zijn vertrouwensgoederen, dat wil zeggen: de afnemers van de diensten ontbreekt het aan informatie om zelf te beoordelen welke diensten precies nodig zijn en wat de kwaliteit ervan is (Arts e.a., 2001). De beroepsuitoefening wordt gekenmerkt door een groot verschil in informatie tussen beroepsbeoefenaar en cliënt. Er is, met andere woorden, sprake van een informatiekloof. De aard, omvang en kwaliteit van de diensten die

beroepsbeoefenaren leveren is tot op grote hoogte niet te beoordelen door cliënten. Het gebruik van professionele diensten is daarmee een kwestie van vertrouwen. Het gaat om vertrouwen in:
- competenties,
- goede bedoelingen
- en conflictoplossend vermogen.

Cliënten moeten erop vertrouwen dat beroepsbeoefenaren de competenties hebben die nodig zijn om hen adequaat te bedienen en dat beroepsbeoefenaren ook die diensten leveren die de cliënten nodig hebben en niet meer of minder omdat zij daar zelf bijvoorbeeld financieel beter van worden. Naast vertrouwen in de competentie, is dus ook vertrouwen in de goede bedoelingen belangrijk. En als er om wat voor reden ook conflicten ontstaan, moeten cliënten er op kunnen vertrouwen dat hun klachten adequaat worden afgehandeld en dat beroepsbeoefenaren elkaar niet onderling de hand boven het hoofd houden.

Het vertrouwen van cliënten in beoefenaren van de professies komt niet uit de lucht vallen. Het is gebaseerd op drie soorten omstandigheden. De relaties tussen beroepsbeoefenaren en cliënten zijn namelijk ingebed in:
- instituties,
- langdurige relaties
- en in sociale netwerken (Raub, 1997).

Instituties zijn de geschreven en ongeschreven regels van het maatschappelijk verkeer en de uitvoeringsorganen van deze regels. Rond de meeste professies bestaan wettelijke regels voor de vereiste opleiding. De beroepsorganisaties hebben gedragsregels ontwikkeld voor hun leden. Ook zijn er regels voor de beloning die erop zijn gericht de belangen van cliënten en publieke belangen te waarborgen. Al deze regels dragen bij aan het vertrouwen dat leden van de samenleving in professionals hebben.
De relaties tussen beroepsbeoefenaren en cliënten zijn in veel gevallen langdurige relaties. Dierenartsen komen vaak jarenlang bij dezelfde bedrijven in de stal en artsen hebben vaak een langdurige relatie met hun patiënten. Doordat relaties langdurig in stand blijven, krijgen cliënten informatie over het handelen van beroepsbeoefenaren en worden wederzijdse verwachtingen opgebouwd over de toekomst. Een langdurige één-op-één relatie tussen cliënt/patiënt en professionals draagt bij aan vertrouwen.

Ten slotte zijn de relaties tussen beroepsbeoefenaren en cliënten ingebed in sociale netwerken. Cliënten die elkaar kennen, wisselen informatie uit over hun ervaringen met beroepsbeoefenaren en kunnen daardoor invloed uitoefenen op de reputatie van beroepsbeoefenaren. Inbedding in sociale netwerken zorgt voor een zekere mate van wederzijdse controle die mensen van schending van vertrouwen weerhoudt.

Vertrouwen is niet iets dat alleen een rol speelt in de relatie tussen beroepsbeoefenaren en hun cliënten/patiënten. Het speelt evengoed in de beide andere relaties een rol. De relaties tussen professionals onderling is ook een kwestie van vertrouwen. Dat komt deels door de combinatie van onderlinge afhankelijkheid en de typische organisatievorm van veel professies, namelijk in maatschappen van gelijken. Dit laatste betekent dat er een weinig hiërarchische verhouding is tussen de leden van een professie, terwijl het afbreukrisico als gevolg van ongewenst functioneren van een van de maatschapsleden groot is. Onoorbaar gedrag van een accountant brengt de reputatie van grote accountantsfirma's in gevaar en de schadeclaims die het met zich meebrengt ook het voortbestaan van de organisatie. Het vertrouwensprobleem uit zich bijvoorbeeld bij de keuze van een nieuwe maat door de zittende maatschapsleden, waarbij het verkennen van de vertrouwensbasis een belangrijke rol speelt.
Ook in de verhouding met derde partijen speelt vertrouwen een rol. Een verzekeraar, bijvoorbeeld, heeft minder informatie over de noodzaak van medische verrichtingen dan de beroepsbeoefenaren zelf. Verzekeraars proberen de risico's te beheersen door contracten te sluiten met zorgaanbieders. Hoe ingewikkeld en uitgebreid die contracten zijn, is een weerspiegeling van het onderling vertrouwen. Bij een groot onderling vertrouwen hoeft er immers minder in detail te worden vastgelegd.

2.4 Professionals en hun patiënten/cliënten

Het vertrouwen tussen patiënten/cliënten en professionals is van een andere orde dan het vertrouwen tussen professionals onderling of het vertrouwen tussen professionals en derde partijen. De informatiekloof is in de relatie met patiënten/cliënten meestal groter en patiënten/cliënten bevinden zich vaak in een afhankelijke

en kwetsbare situatie op het moment dat zij de hulp van professionals inroepen. Tegelijkertijd zijn er overeenkomsten. Die zijn vooral gelegen in de mechanismen die ervoor zorgen dat vertrouwen tot stand kan komen. Gebruikers van professionele diensten weten vaak niet welke diensten ze nodig hebben en wat de kwaliteit van de dienstverlening is. Ze moeten er dus vanuit kunnen gaan dat ze de diensten krijgen die ze nodig hebben, niet meer en niet minder.

De arts-patiënt relatie

De socioloog Parsons (1951) beschreef in de jaren vijftig de rol van artsen en patiënten. De beroepsrol van artsen (en andere professionals) kenmerkt zich volgens hem door de universele elementen van wetenschappelijke kennis en technische competentie, door de beroepsmatige toepassing daarvan in specifieke situaties, door een zekere mate van distantie ten opzichte van patiënten (affectieve neutraliteit noemt hij dat) en door oriëntatie op collectieve belangen in plaats van op eigenbelang. Tegenover de arts met deze insteek zitten patiënten van wie verwacht wordt dat zij de rol van zieke aannemen. De rol van zieke heeft in Parsons' analyse ook vier aspecten:

- zieken worden vrijgesteld van hun normale sociale verantwoordelijkheden, zoals werk;
- er wordt niet van zieken verwacht dat zij hun problemen zelf kunnen oplossen;
- ziek zijn is onwenselijk en van zieken wordt verwacht dat zij zich inzetten om beter te worden;
- van zieken wordt verwacht dat zij competente hulp zoeken en dat zij zich onderwerpen aan het regiem van de hulpverleners.

Deze beschrijving van de rol van artsen en patiënten maakt (nu) een moralistische indruk. Voor een deel komt dat door de aard van de analyse. Die gaat namelijk uit van de verwachtingen die de omgeving heeft van het gedrag van artsen en patiënten. Die verwachtingen zijn natuurlijk niet alleen gebaseerd op feiten, maar ook op waarderingen. Het mag dan misschien zo zijn dat patiënten niet altijd meewerken om hun genezing te bevorderen, de verwachting en norm van leden van de samenleving was (en is misschien nog wel) dat patiënten zich wel zo gedragen.

Van sommige aspecten van deze benadering kunnen we zeggen: zo werkt het in de praktijk niet. Beroepsbeoefenaren hebben ook hun eigen belangen en zij zijn niet alleen de hoeder van het collectieve goed. Affectieve neutraliteit is goed; artsen die zich te zeer vereenzelvigen met hun patiënten lopen immers het risico opgebrand te raken, maar patiënten vragen ook om emotionele steun. De verhouding tussen betrokkenheid en distantie is een wankel evenwicht. Ook patiënten zijn niet alleen maar de modelpatiënten die de ziekenrol aannemen en alles doen om bij te dragen aan hun genezing. In sommige omstandigheden hebben ze psychologisch of sociaal belang bij ziek zijn en blijven.

De benadering van Parsons ging voor een deel op doordat hij werd ontwikkeld in een specifiek tijdsgewricht in een specifiek gezondheidszorgsysteem: de Verenigde Staten in de jaren vijftig van de vorige eeuw. Als we kijken naar de belangen en verwachtingen van artsen en patiënten, kunnen we zeggen dat die in die situatie voor een heel eind parallel liepen. Artsen werden per verrichting betaald. In een systeem van betaling per verrichting hebben artsen er economisch belang bij om behandelingsstrategieën te kiezen waarin een erkende verrichting met bijbehorende vergoeding past.
Dit economisch belang vindt zijn parallel in de verwachting waarmee veel patiënten een beroep doen op een hulpverlener, namelijk de verwachting dat er iets gedaan zal worden ter verbetering van hun gezondheidstoestand. Mensen roepen immers meestal pas de hulp van een professional in als ze zelf niet meer in staat zijn hun gezondheid te herstellen. Zij verwachten dus dat die hulpverlener iets gaat doen. Als die hulpverlener dan ook een stimulans heeft om iets te doen, bestaat er een gelijkgerichtheid van belangen en verwachtingen.
Dezelfde Amerikaanse situatie waarin deze gelijkgerichtheid bestond, is ondertussen sterk veranderd. 'Managed care' heeft zijn intrede gedaan en de invloed van verzekeraars op de klinische autonomie van artsen is veel sterker dan voorheen. Door de manier waarop een aantal verzekeraars artsen aan zich bindt en van prikkels voorziet, is de gelijkgerichtheid van het betalingssysteem en de verwachtingen van patiënten verdwenen. Artsen in bepaalde managed care arrangementen hebben direct

financieel belang juist bij sterk terughoudend behandelingsbeleid: weinig voorschrijven en weinig ziekenhuisopnames. Patiënten komen echter nog steeds bij een hulpverlener, omdat ze tot de conclusie zijn gekomen dat er iets aan hun gezondheid gedaan moet worden. Patiënten vragen zich in zo'n situatie af of hun hulpverlener nu een afwachtend beleid kiest omdat dat voor hen als patiënt de beste oplossing is of dat het voortkomt uit eigenbelang van de hulpverlener (Kao e.a., 1998). Met andere woorden: de manier waarop de gezondheidszorg georganiseerd is, kan het vertrouwen van patiënten in hun arts beïnvloeden.

Eigenbelang en het belang van cliënten

Professionals laten zich in hun handelen niet alleen leiden door eigenbelang. Professionals hebben ethische beroepsnormen die zij in de loop van hun (lange) opleiding ontwikkelen en die worden versterkt door de beroepsgemeenschap. Professionals hebben geleerd om het belang van hun cliënten voorop te stellen en zij worden daarin gesteund door hun beroepsgenoten. Maar situaties verschillen in hoe dwingend dat is. Als een patiënt onduidelijke klachten presenteert waarvoor een breder scala aan behandelingsstrategieën bestaat en onduidelijk is welke strategie superieur is, krijgen overwegingen van eigenbelang de kans om de doorslag te geven (Evans, 1984; Flierman, 1991).

De verhouding tussen professionals en hun cliënten/patiënten wordt gedomineerd door verschil in kennis en informatie. Een groot verschil in kennis en informatie bestaat ook op andere terreinen. Meestal weet de koper van een tweedehands auto ook minder dan de verkoper. En wie naar de automarkt gaat, weet dat de verkoper er alle belang bij heeft om voor zo veel mogelijk geld een kneus te verkopen. Mensen die de kwaliteit van een tweedehands auto niet zelf kunnen beoordelen, gaan daarom naar een garage met een goede reputatie en met een erkend systeem van garanties, of ze gaan af op beoordelingen door kennissen of door consumentenorganisaties. Belangrijk verschil met professionele diensten is dat de kwaliteit in ieder geval achteraf goed te beoordelen is.

Professionals en cliënten hebben ieder hun eigen belangen. Als er een informatiekloof is, dan bestaat het gevaar van opportunistisch gedrag door de professionals. De professional is een 'agent' voor zijn cliënt die we de opdrachtgever kunnen noemen. In het ideale geval biedt hij de cliënt datgene wat deze zelf zou hebben gekozen als hij over dezelfde informatie zou beschikken als de professional (Pratt en Zeckhauser, 1985; Vermaas, 2006).
Prikkels, zoals we die hierboven hebben beschreven, moeten ervoor zorgen dat de agent gestimuleerd wordt om datgene te doen wat in het belang van de opdrachtgever is. Die prikkels zijn dus niet alleen van financiële aard, het betalingssysteem, maar ook van morele aard, de aangeleerde en door de beroepsgemeenschap versterkte ethische normen.

De agentschaprelatie is nooit perfect. Hoewel moeilijk aan te tonen, leiden prikkels tot meer verrichtingen soms tot onnodige verrichtingen en prikkels tot terughoudendheid soms tot onderbehandeling. Een Zwitsers onderzoek gaf jaren geleden al een mooie illustratie van de imperfectie van de agentschaprelatie tussen artsen en hun patiënten (Domenighetti e.a., 1993). De onderzoekers bekeken de frequentie van een aantal operaties onder de gewone bevolking, onder artsen (of hun partner), onder hoogopgeleiden en daarnaast nog apart onder patiënten met een juridische opleiding. Ze keken naar operaties waar de beslissingsvrijheid gering was (blindedarmoperaties) en operaties waarover meer onduidelijkheid was (verwijdering van de baarmoeder). Bij de eerste soort operaties werden nauwelijks verschillen gevonden tussen de groepen patiënten, maar bij de baarmoederoperaties wel. Daar was de frequentie onder vrouwelijke artsen of de vrouwelijke partners van mannelijke artsen veel lager dan in de algemene bevolking. Opvallend was ook dat de frequentie onder patiënten met een juridische opleiding lager lag dan onder alle hoogopgeleiden en onder de gehele bevolking. De verklaring voor de positie van patiënten met een juridische opleiding zou volgens de onderzoekers liggen in de dreiging van klachten of rechtszaken.

Er zijn regelmatig discussies over de betalingssystemen voor de diensten van professionals. Een voorbeeld is de discussie over opheffing van het verbod op resultaatafhankelijke beloning van advocaten. Dit speelt vooral rond letselschade-

advocaten voor wie in de Verenigde Staten een 'no cure no pay' systeem bestaat.
Resultaatafhankelijke beloning kan tot ander gedrag van professionals en cliënten leiden en daardoor tot een lagere drempel om een advocaat in te schakelen (maar dat zou gevolgen kunnen hebben voor de bereidheid van de overheid om gefinancierde rechtshulp in stand te houden en voor de bereidheid van advocaten om kleine zaken aan te nemen). Het aantal rechtszaken zou beïnvloed kunnen worden (groei bij lagere drempel, maar als het recht daardoor preventiever gaat werken, wordt dat weer opgeheven). De behartiging van de belangen van de cliënt door advocaten zou kunnen veranderen (urenafhankelijke beloning prikkelt tot meer uren dan eigenlijk nodig is; resultaatafhankelijke beloning prikkelt tot schikkingen, omdat de advocaat dan snel zijn deel van de opbrengst krijgt en de proceskosten worden vermeden).
Amerikaans onderzoek heeft laten zien dat daar resultaatafhankelijke beloning heeft geleid tot minder uren inzet door de advocaat bij zaken van gering belang; bij zaken van groot belang was er geen verschil in ingezette uren. Bij resultaatafhankelijke beloning kwamen vaker schikkingen tot stand (Van Wijck, 1999). Een beperkte mate van resultaatafhankelijke beloning is voor Nederlandse advocaten toegestaan: ze mogen een lager tarief afspreken voor het geval de doelstelling niet wordt bereikt en een hoger tarief voor als die wel wordt bereikt. Een echt 'no cure no pay' systeem is echter niet toegestaan.

De opgave voor de ontwerpers van betalingssystemen is ervoor te zorgen dat ze prikkels geven aan de agenten (de professionals dus) om datgene te doen wat in het belang van de opdrachtgevers is (de cliënten). In een simpele situatie waarin er maar één opdrachtgever is, de patiënt/cliënt, is dat nog wel te doen. Echter, op veel terreinen is de situatie niet zo eenvoudig meer. Kijken we naar de medische professie, dan zijn er ook andere opdrachtgevers: de overheid die er belang bij heeft dat de kosten van de gezondheidszorg beheersbaar blijven en verzekeraars die er belang bij hebben dat er niet meer 'schade' wordt gedeclareerd dan strikt noodzakelijk.
De discussie over de spanning tussen deze verschillende belangen wordt vooral gevoerd in de gezondheidszorg, maar is ook relevant in andere professies. Allemaal hebben ze een verschillende mix van eigenbelang, belang van de cliënt en collectieve verantwoordelijkheid. Een advocaat die een individuele persoon bijstaat in een gerechtelijke procedure wordt hoofdzakelijk gestuurd door het belang van deze individuele cliënt. Maar een goede advocaat zal proberen de cliënt ervan te overtuigen welke stappen in diens belang zijn, ook al druisen die ogenschijnlijk in tegen de gedachten die de cliënt daarvan heeft. Op de achtergrond staat wellicht ook het collectieve belang van een goede rechtsgang. Een notaris die voor een cliënt een testament opstelt, heeft daarbij de belangen van de cliënt voor ogen, maar zal volgens de beroepsethiek er ook voor moeten waken dat een zwakke partij bij het testament niet in het gedrang komt. En de notaris zal ook het collectieve belang van vastlegging en naspeurbaarheid van eigendomsrechten meewegen.

Verkleining van de informatiekloof

Binnen cliëntengroepen verschilt de informatiekloof als gevolg van verschillen in kennis. Dat kan algemene kennis zijn die het gevolg is van opleiding en specifieke kennis die het gevolg is van ervaring en gerichte kennisverzameling. Chronisch zieken worden vaak deskundigen op het gebied van hun ziekte. De omvang van de informatiekloof is geen vaststaand gegeven. We zullen op twee variaties ingaan: ten eerste veranderingen in de loop van de tijd en ten tweede het verschil tussen individuele cliënten en organisaties als cliënt.
In de loop van de tijd is de informatiekloof tussen professionals en cliënten verminderd. Daaraan liggen drie ontwikkelingen ten grondslag. De eerste is de algemene toename van het opleidingsniveau van de bevolking, vooral in de loop van de vorige eeuw. Daardoor weten mensen meer van de basale principes van hygiëne en ziekte. Ten tweede hebben beroepsgroepen ook bewust gestreefd naar verhoging van het kennisniveau van de bevolking op specifieke terreinen om daarmee de vraag naar hun diensten te verhogen of te kanaliseren. Vooral voor nieuwe of relatief onbekende beroepen is het belangrijk duidelijk te maken met welk soort problemen het publiek bij hen terecht kan. Door de socioloog De Swaan is het proces waarbij een breder publiek leert om problemen te definiëren in de categorieën die aansluiten bij het werkterrein van een bepaalde professie, protoprofessionalisering genoemd (Heilbron en De Vries, 1999).

Ten slotte zijn er min of meer onbedoelde gevolgen van andere ontwikkelingen in de kennismaatschappij. De toegang tot kennis, die voorheen was voorbehouden aan professionals, is vele malen groter geworden door het internet. Er is gedetailleerde kennis te vinden op het gebied van gezondheid en ziekte, geneesmiddelen en behandelingen en er zijn websites die toegang tot second opinions geven. Standaardformulieren die nodig zijn bij de overdracht van onroerend goed zijn op internet te vinden. Een nieuw probleem is wel de betrouwbaarheid van informatie op het internet. Op de algemene maatschappelijke ontwikkeling rond de toegang tot kennis via het internet komen we in het volgende hoofdstuk nog terug.
Over het algemeen genomen lijkt het er op dat de informatiekloof tussen professionals en hun patiënten/cliënten kleiner is geworden. Daar moet wel een kanttekening bij worden gemaakt. De mondigheid en capaciteit om afwegingen te maken en zelf beslissingen te nemen is situatiegebonden. Wanneer mensen door ziekte in een afhankelijke, onzekere en met emotiegeladen situatie komen, zijn zij vaak veel minder in staat om het heft in eigen hand te houden. Dat geldt zelfs (of ook) voor artsen die bijvoorbeeld een levensbedreigende ziekte krijgen (Van Bemmel, 1998).

Verschillende professies hebben niet alleen individuele personen als cliënt maar ook organisaties. Advocaten en notarissen hebben bijvoorbeeld in sommige gevallen een individuele persoon als cliënt en in andere gevallen een bedrijf of organisatie. Accountants hebben voornamelijk bedrijven als cliënt. Belastingadviseurs (en accountants die zich op dat terrein hebben gespecialiseerd) weer beide. Binnen beroepsgroepen kan ook differentiatie optreden tussen beroepsbeoefenaren die zich op één type cliënt richten. Dierenartsen die zich met landbouwhuisdieren bezighouden, hebben met andere opdrachtgevers te maken dan dierenartsen met een gezelschapsdierenpraktijk.
Het verschil is dat organisaties veelal over meer kennis en ervaring beschikken dan individuen en dat hun keuzesituatie verschilt. De grotere hoeveelheid kennis komt voort uit het feit dat organisaties een interne arbeidsverdeling hebben waardoor ze deskundigen kunnen inzetten op de terreinen waarop ze contact hebben met professionals. Veel organisaties hebben juridische deskundigheid in huis en kunnen daardoor beter beoordelen wat bijvoorbeeld een externe advocaat voor hen moet doen. Daarnaast gaat het bij organisaties vaak om regelmatig terugkerende situaties. Denk aan de contacten die handelaren in onroerend goed met notarissen hebben. Ten slotte is er ook een verschil in rationaliteit van de beslissingen van organisaties en individuen. Waar individuen in hun relatie met professionals vaak te maken hebben met existentiële vraagstukken van gezondheid, leven en dood, hebben organisaties veeleer problemen die duidelijker in één of enkele dimensies zijn te structureren. De informatiekloof tussen professionals en organisaties is daardoor in het algemeen kleiner dan die tussen professionals en individuele cliënten.

Aanbodsturing en vraagsturing

De verkleining van de informatiekloof heeft in het beleid de ontwikkeling naar vraagsturing mogelijk gemaakt. In de gezondheidszorg is dat beleid de laatste jaren richtinggevend. De stelselwijziging van de zorgverzekering die op 1 januari 2006 is ingevoerd, is daarin heel belangrijk. Wat moeten we in verband met de professies eigenlijk onder vraagsturing verstaan?
Op de markt voor consumentengoederen lijkt dat wel duidelijk. Consumenten schaffen bepaalde goederen aan en andere niet. Naar de goederen die massaal aangeschaft worden, bestaat klaarblijkelijk vraag en de producenten doen er verstandig aan goederen te produceren waar vraag naar is. In de praktijk ligt het iets ingewikkelder. Producenten ontwikkelen ook nieuwe goederen en 'zetten die op de markt' door reclamecampagnes. Ze maken consumenten bewust van het bestaan van goederen waarvan de consumenten zelf nog niet wisten dat ze er behoefte aan hadden. Ook hier dus een behoorlijke hoeveelheid 'aanbodsturing'. Maar hoe consumenten ook worden beïnvloed en verleid, uiteindelijk beslissen ze zelf om een product aan te schaffen of niet.
Op de markt voor professionele diensten ligt dat anders. Gebruikers weten niet of ze bepaalde diensten nodig hebben, hoeveel ze ervan nodig hebben en kunnen de kwaliteit niet goed beoordelen. In zo'n situatie ontstaat een markt die sterk door de aanbieders van diensten wordt bepaald. Het aanbod bepaalt de vraag; in de economie bekend als de Wet van Say.

Aanbodgeïnduceerde vraag

Economen hebben zich lange tijd gebogen over de kwestie hoe je kunt vaststellen of professionals meer doen dan nodig is. Als er prikkels tot meer productie zijn en als er geen tegenwicht is in de vorm van normen (bijvoorbeeld richtlijnen die door beroepsgenoten en professionele verenigingen worden ondersteund) of regulering (bijvoorbeeld in de vorm van machtigingen door verzekeraars), dan treedt aanbodgeïnduceerde vraag op. Maar hoe stel je het vast? Vaak is er geen positief bewijs van overproductie maar afwezigheid van bewijs voor de stelling dat er geen overproductie is. Als het aanbod aan ziekenhuisbedden in een regio uitgebreid wordt, worden die bedden ook gebruikt. *A bed built is a bed filled*, vatte Milton Roemer dat verschijnsel kernachtig samen. Als het aantal chirurgen in een gebied toeneemt, wordt er ook meer geopereerd. Maar komt dat niet omdat er latente vraag was waaraan in de oorspronkelijke situatie niet kon worden voldaan? Of is het terecht dat het indicatiegebied voor bepaalde ingrepen verbreed wordt, gezien nieuwere inzichten in de kosteneffectiviteit?
Er zijn tal van studies dat dit soort alternatieve verklaringen voor het bestaan van aanbodgeïnduceerde vraag probeert uit te sluiten. Voor zover dat niet lukt, blijft aanbodgeïnduceerde vraag over, maar toch ... zeker weten doe je het nooit.
Door de gezondheidseconoom Victor Fuchs (Fuchs, 1986) is dat eens in een kernachtige vergelijking samengevat toen hem gevraagd werd op het zoveelste artikel over aanbodgeïnduceerde vraag te reageren. Hij schreef: je moet het zo zien. Er was eens een man die zijn vrouw verdacht van overspel. Hij schakelde een privé detective in om uit te zoeken of dat echt zo was. En de privé detective rapporteerde: ik zag een auto voor je huis stoppen en er stapte een man uit die door je vrouw werd binnengelaten. Dat zegt nog niets, zei de echtgenoot, dat kan een leverancier of een onderhoudsmonteur van de verwarming geweest zijn. Toen, zei de detective, ging het licht in de kamer uit en in de slaapkamer aan. En toen? En toen?, zei de echtgenoot, pleegden ze overspel? Ik zag dat uw vrouw en de man zich begonnen uit te kleden, maar toen deden ze het gordijn dicht, aldus de detective. Ach vreselijk, die eeuwig knagende onzekerheid, zei de echtgenoot.

De vraag waarmee een patiënt of cliënt bij een professional komt, is meestal niet te vergelijken met de vraag die consumenten hebben als zij een nieuwe wasmachine willen hebben. De vragen waarmee patiënten of cliënten komen, worden tijdens de intake en in het diagnostische proces door professionals omgezet in een door hen gedefinieerde behoefte. Daarbij moeten professionals scherp de oorspronkelijke vragen van patiënten of cliënten voor ogen houden en die vragen ook verder exploreren. Dat is een onderdeel van hun vakmanschap. In de loop van de tijd is de aandacht daarvoor in de opleiding van artsen toegenomen. Daarnaast is een nieuwe ontwikkeling in de gezondheidszorg dat patiënten meer worden betrokken bij de keuzes in de behandeling. Dat staat bekend onder de Engelse term *shared decision-making*.

In de afgelopen tien jaar heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg in een serie adviezen bijgedragen aan de discussie en gedachtevorming over de sturing van de gezondheidszorg. De RVZ heeft een onderscheid gemaakt tussen:
- sturing van de vraag: de beïnvloeding van de zorg door maatregelen aan de kant van de vragers van zorg (zoals eigen bijdragen) binnen een systeem van aanbodsturing;
- sturing door de vraag: zaakwaarnemers voor patiënten en consumenten zorgen ervoor dat zorgaanbieders meer reageren op de vraag. De zaakwaarnemers zijn in het Nederlandse stelsel de zorgverzekeraars;
- en sturing op de vraag: hierin sturen patiënten rechtstreeks door bijvoorbeeld een persoonsgebonden budget (RVZ, 2000).

In beleidsnota's en in de discussies tussen beleid en professionals lopen verschillende interpretaties van het begrip vraagsturing door elkaar. De een gebruikt 'vraag' in de betekenis van de wensen van patiënten en de ander in de betekenis van door een professional gedefinieerde behoefte aan zorg. Soms slaat 'vraag' vooral op serviceniveau en luxe van de voorzieningen voor verblijf,

dan weer slaat het op de wens om goed geïnformeerd te worden door professionals.
Ook als er geen vraaggestuurde zorg is, kan er wel vraaggerichte zorg zijn. De RVZ heeft vraaggerichte zorg als volgt gedefinieerd:
"Vraaggerichte zorg is een gezamenlijke inspanning van patiënt en hulpverlener die erin resulteert dat de patiënt de hulp ontvangt die tegemoet komt aan zijn wensen en verwachtingen en die tevens voldoet aan professionele standaarden." (RVZ, 1998)
In de definitie van vraaggerichte zorg is opgesloten dat er spanningen kunnen zijn tussen de wensen en verwachtingen van patiënten en de oordelen van professionals. In de bevolking lijkt meer steun te zijn voor consumentensoevereiniteit, terwijl artsen meer zien in vraaggerichte zorg en goed hulpverlenerschap (Delnoij e.a., 2003).

Kiezende patiënten/cliënten

In de discussies in de aanloop van het nieuwe verzekeringsstelsel in de gezondheidszorg is de vraag vaak gesteld of patiënten en cliënten eigenlijk wel willen kiezen en zo ja, wat ze dan willen kiezen. Keuzes werden vroeger meer traditioneel bepaald, door ouders of andere met autoriteit beklede personen, door religie of bezit. In de loop van de tijd is in westerse, marktgerichte samenlevingen steeds meer vrijheid van keuze ontstaan op allerlei levensgebieden; ook al is dat dan vaak de vrijheid om allemaal hetzelfde te kiezen.

De Amerikaanse psycholoog Barry Schwartz heeft betoogd (en met onderzoeksgegevens onderbouwd) dat mensen weliswaar willen kiezen, maar dat ze van al te veel keuzemogelijkheden niet gelukkig worden. Een overdaad aan keuzes brengt stress met zich mee (Schwartz, 2004). Ook als mensen keuzemogelijkheden hebben en objectief gezien misschien beter af zouden zijn met een andere keuze, blijven ze bij dezelfde zorgverlener, notaris of accountant. Net als bij veel andere keuzes spelen ingesleten gewoonten daarbij een rol. Daarnaast vereist kiezen het verzamelen en verwerken van informatie en dat kost tijd en energie. Het uitvoeren van een andere keuze, daadwerkelijk overstappen naar een andere dienstverlener, brengt daarnaast soms administratieve kosten en rompslomp met

Responsiviteit van gezondheidszorgsystemen

De Wereld Gezondheidsorganisatie heeft in 2000 een vergelijking van de gezondheidszorgsystemen van de lidstaten gepubliceerd (WHO, 2000). Eén van de punten waarop gezondheidszorgsystemen werden vergeleken was de 'responsiveness', een term die we hier met een neologisme vertalen als responsiviteit ofwel ontvankelijkheid van het systeem voor de wensen van patiënten. Dimensies van responsiviteit zijn:
- respect voor de waardigheid van patiënten (bijvoorbeeld met respect behandeld worden)
- autonomie (bijvoorbeeld informatie krijgen)
- vertrouwelijkheid (bijvoorbeeld van medische informatie)
- snelle hulp (bijvoorbeeld korte wachttijden)
- sociale ondersteuning (bijvoorbeeld mogelijkheden van bezoek bij opname)
- comfort (bijvoorbeeld onderhoud van de voorzieningen)
- keuze van zorgverleners (bijvoorbeeld keuze van zorgverleners binnen een instelling).

Voor de vergelijking in 2000 werden deze dimensies overigens niet gemeten bij patiënten of burgers, maar door deskundigen te ondervragen. Over paternalisme gesproken....
Dit soort dimensies komt ook terug in andere metingen van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief. Gezondheidszorgsystemen verschillen in hoe ze op deze dimensies scoren. Men mag verwachten dat keuzevrijheid en autonomie in traditionele samenlevingen minder belangrijk worden gevonden dan in westerse samenlevingen. Het is goed voorstelbaar dat er niet alleen verschillen zijn tussen landen, maar ook tussen bevolkingsgroepen in hoe belangrijk men de verschillende dimensies vindt. Uit onderzoek in Nederland is ook gebleken dat lichamelijk gehandicapten vergeleken met andere categorieën in de samenleving zaken als autonomie en keuzevrijheid erg belangrijk vinden (Sixma e.a., 1998).

zich mee. Het is over het algemeen gemakkelijker om een bankrekening te openen dan om hem weer op te heffen. Er zijn dus wat economen noemen transactiekosten (Velthuis, 2005).

Keuzes van mensen geven informatie over hun voorkeuren. Aanbieders van goederen en diensten kunnen die informatie gebruiken om een aanbod te doen dat beter op de voorkeuren van gebruikers is afgestemd. Maar wat voor soort informatie geeft de keuze voor een zorgverzekeraar eigenlijk? Het zijn vooral jongere, hoger opgeleide en relatief gezonde mensen die van zorgverzekeraar veranderen. Zij nemen de moeite en hebben de competenties om zorgverzekeraars te vergelijken en doen dat vooral op basis van de premie. De signalen die verandering van zorgverzekering doorgeeft aan de verzekeraar gaan dus vooral over de premie en niet over kwaliteit. Ouderen en mensen met een slechte gezondheid veranderen minder van zorgverzekeraar uit angst dat hun keuze verkeerd zal uitpakken; je weet wat je hebt en niet wat je krijgt. Kiezen voor gezondheidszorg is ingewikkelder dan kiezen voor een zorgverzekeraar. De RVZ onderscheidt een aantal deelmarkten die verschillen in de mate waarin ze zich lenen voor keuzes door patiënten en door sturing door de vraag. De zorg in acute of levensbedreigende situaties is er een die zich niet leent voor keuzes, terwijl de zorg voor chronisch zieken zich daar in een aantal gevallen wel voor leent. Een aantal chronisch zieken (maar zeker niet allemaal) ontwikkelt zich tot deskundige op het terrein van hun ziekte en kan bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget eigen keuzes maken (RVZ, 2000).

Uit onderzoek waarin patiënten aan het woord kwamen over keuzes in de behandeling in het ziekenhuis, kwam naar voren dat mensen niet willen kunnen kiezen tussen een goede en een slechte chirurg. Je moet er op kunnen vertrouwen dat de technische competentie (die je als patiënt uiteindelijk toch niet kan beoordelen) goed is; daar moeten de overheid en de beroepsorganisaties borg voor staan. Mensen willen kunnen kiezen op terreinen die ze zelf kunnen beoordelen (Lips e.a., 2002). Dat zijn de terreinen die genoemd zijn in het tekstkader over responsiviteit. Daarbij blijken mensen aspecten zoals bejegening (serieus genomen worden) en informatieverschaffing erg belangrijk en service aspecten (prettige wachtkamer en schone toiletten) minder belangrijk te vinden (Janse e.a., 2002).

Om kiezen tot een zinvolle bezigheid te maken moeten er relevante verschillen zijn tussen de keuzeobjecten. Alle ziekenfondsen moeten niet als 'een pot nat' worden gezien, zoals naar voren kwam uit onderzoek onder verzekerden vóór de stelselwijziging. Datzelfde geldt voor zorgaanbieders en instellingen. Als er relevante verschillen zijn moet daar toegankelijke en begrijpelijke informatie over zijn.
Vergelijken en kiezen vergt behalve belangstelling en de wil om te kiezen competenties van burgers. En wanneer het gaat over keuzes binnen de behandeling ook om competenties van professionals om patiënten daarbij te ondersteunen. In het eerder aangehaalde onderzoek waarin stellingen werden voorgelegd aan de bevolking en aan artsen kwam naar voren dat gebrek aan mondigheid door 60% van de bevolking als een belangrijke belemmering voor goede zorg werd gezien. In datzelfde onderzoek bleek er meer steun van artsen dan van de steekproef uit de bevolking voor de stelling dat 'als het advies van de arts niet bevalt, de patiënt het naast zich neer mag leggen' (Delnoij e.a., 2003).

Of de mondigheid van Nederlanders is toegenomen in de loop van de tijd weten we niet, maar het lijkt er wel op. Voor zover mondigheid samenhangt met kennis en vermogen om jezelf verbaal uit te drukken is het gestegen onderwijsniveau ook een aanwijzing voor meer mondigheid. Maar het aantal Nederlanders dat functioneel analfabeet is, is nog steeds groot; het wordt wel geschat op 1,3 miljoen.[1] Het aantal Nederlanders dat liever niet wil kiezen kennen we niet. Moeten we dan ingewikkelde regelingen maken om degenen die niet tot wel overwogen beslissingen in staat zijn te beschermen door aanvullende regels? Of moeten we de vrijheid van degenen die wel in staat zijn te kiezen soms toch inperken door meer aan de professionals over te laten? Ook keuzevrijheid vraagt een grote hoeveelheid regels, afspraken en toezicht; een infrastructuur van instituties (Engelen, 2005).

1 Zie http://diversiteitplein.kennisnet.nl/beleidsthemas/sociaaleconomisch (bezocht in september 2006).

2.5 De onderlinge relaties tussen professionals

Beoefenaren van de professies hebben vanouds een bijzondere vorm van beroepsuitoefening: het vrije beroep. Het vrije beroep, het woord zegt het al, geeft vrijheid, maar vrijheid van of tot wat? Het vrije beroep zou vrijheid geven van inmenging van bovenaf die in een hiërarchische organisatie bestaat. Het vrije beroep zou ook vrijheid geven tot een beroepsuitoefening die de belangen of het welzijn van cliënten voorop stelt.
In deze paragraaf gaan we als eerste in op de organisatie van de beroepsbeoefening van professionals en een aantal veranderingen dat zich daarin de afgelopen jaren heeft voorgedaan. We gaan daarna in op multidisciplinaire samenwerking en de verhouding tussen beroepen. Ten slotte bespreken we de rol van beroepsorganisaties. De achterliggende vraag is of professionals nog steeds een gemeenschap van gelijken vormen waarin de belangen van cliënten/patiënten voorop staan en waarin de beroepsorganisaties nog steeds een morele gemeenschap zijn.

Organisatie van de beroepsuitoefening

De klassieke professies, notarissen, advocaten, artsen, werken nog steeds vaak als vrije beroepsbeoefenaar. Toch is de situatie van nu onvergelijkbaar met die van een halve eeuw geleden. Steeds meer professionals werken in dienstverband en als ze vrijgevestigd werken, is dat vaak in grotere verbanden.
Vrije beroepsbeoefenaren werkten aanvankelijk vooral als solist of eenpitter in hun eigen praktijk. Zij werkten voor eigen rekening en risico en hadden ook de mogelijkheid om hun honorarium te laten afhangen van de draagkracht van de cliënten. Maatschappen of associaties van vrije beroepsbeoefenaren zijn in de gezondheidszorg in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw opgekomen. 'Een maatschap is een samenwerkingsvorm tussen twee of meer personen, die met behulp van hetgeen zij inbrengen een bepaald doel nastreven' (Praktijkzakboek Recht). Binnen de medische wereld is de maatschap nog niet zo lang de dominante organisatievorm van artsen. Nog in de jaren vijftig en zestig van de vorige eeuw werd in KNMG-verband gediscussieerd over de toelaatbaarheid van medische maatschappen (KNMG, 1958; 1978). Voor het aangaan van een maatschap was toestemming nodig. Maatschappen zijn voortgekomen uit de noodzaak of wens om samenwerking een meer formele basis te geven en coördinatie te vergemakkelijken. Bij medisch specialisten speelt een rol dat zij door het gebruik van gedeelde faciliteiten in het ziekenhuis meer afhankelijk van elkaar zijn geworden. Bij andere beroepen is de wens om diensten en beschikbaarheid adequaat te regelen misschien belangrijker geweest.
Onder huisartsen hadden maatschappen aanvankelijk de functie van proefperiode voor de overdracht van de (solo)praktijk van een oudere huisarts aan een jonge huisarts. Ten slotte kan ook beperking van onderlinge concurrentie een overweging zijn geweest (Groenewegen en Hofland, 2003).

Maatschappen regelen hun onderlinge relaties in een maatschapscontract (of contract tussen besloten vennootschappen). Het maatschapscontract regelt de verhouding tussen gelijken. Er komt nieuwe wetgeving waardoor de maatschap als figuur en term verdwijnt en wordt vervangen door vennootschap. Volgens Ordenieuws (2006), het orgaan van de Orde van Medisch Specialisten, verandert er waarschijnlijk niet zoveel. Er komen drie vormen: stille vennootschap (het best vergelijkbaar met huidige maatschap) en openbare vennootschap met en zonder rechtspersoonlijkheid. De variant met rechtspersoonlijkheid is nieuw.
Er bestaan standaard maatschapscontracten waarin over het algemeen de volgende zaken zijn geregeld:

- De toetreding tot de maatschap met een kennismakingsperiode ('eerst samenwonen, dan trouwen') en een niet-opzegbare periode van een aantal jaren.
- De verantwoordelijkheden van de leden en hun handelingsbevoegdheid; leden van een maatschap blijven individueel verantwoordelijk voor hun handelen. Zogenoemde daden van beheer (het innen van vergoedingen en uitgaven doen) doet ieder voor zich, maar het maatschapscontract kan grenzen stellen aan bijvoorbeeld de hoogte van uitgaven die zonder toestemming van de overige leden kunnen worden gedaan. Zogeheten beschikkingsdaden (het aangaan van verbintenissen en dergelijke) moeten in gezamenlijkheid worden gedaan.
- De verdeling van de opbrengsten; maten brengen hun arbeidskracht in en de opbrengst

Het verschijnsel collegialiteit

De Franse socioloog Lazega (2002) heeft onderzoek gedaan in grote advocatenkantoren in de Verenigde Staten. Hij stelde de vraag hoe dergelijke organisaties zonder veel formele hiërarchie toch kunnen functioneren. Hij benadrukt drie elementen. Alle drie leggen een verbinding tussen informele manieren van coördinatie of sturing en structurele aspecten:

- In grote advocatenkantoren wordt veel gewerkt met tijdelijke teams die een bepaalde klus onder handen hebben. Die teams hebben een collectief belang bij de reputatie en het voortbestaan van het kantoor en ze maken gebruik van gedeelde hulpbronnen. Na afloop van de klus worden weer nieuwe teams geformeerd waardoor kliekvorming wordt voorkomen. Kliekvorming leidt tot desintegratie en mogelijk tot afsplitsingen.
- Afwijkend gedrag van individuele advocaten wordt niet in een hiërarchische lijn aangepakt. Teamleiders of de kantoorleiding proberen problemen op te lossen via het sociale netwerk binnen het kantoor. Daarbij wordt bewust gebruik gemaakt van dwarsverbanden.
- Grote kantoren moeten cliënten binnenhalen en vasthouden, omzet maken via declareerbare uren en tal van afwegingen tussen kwaliteit en efficiëntie maken. De meningsverschillen en disputen over praktische keuzen die daaruit ontstaan, zijn een bedreiging voor de samenhang van de organisatie. Algemene normen van kwaliteit en professionaliteit kunnen dergelijke meningsverschillen en disputen sturen, niet omdat ze zulke concrete oplossingen suggereren, maar omdat ze basaal wel worden gedeeld door iedereen. Ze zijn gedeeld, maar men beseft ook dat het bedreigde normen zijn die van belang zijn voor de identiteit als professional. Hieraan ontlenen ze het vermogen mensen op één lijn te houden of te krijgen.

Deze benadering voor de verklaring van het functioneren van grote gemeenschappen van gelijken duidt Lazega aan als 'het verschijnsel collegialiteit' (naar de titel van zijn boek: *The collegial phenomenon*). Het eerste element, de wisselende teams, vinden we in maatschappen in de gezondheidszorg minder terug; die zijn daarvoor misschien te klein. De afhankelijkheid van gedeelde hulpbronnen en de beide andere elementen zijn in de gezondheidszorgprofessies wel te zien.

daarvan wordt gelijkelijk verdeeld. Bij parttime arbeidsinbreng wordt ook de verdeling van de opbrengsten naar rato aangepast. Welke opbrengsten binnen de gezamenlijke praktijkvoering vallen, kan apart worden geregeld.

- De beëindiging van de maatschap.

Zolang de omvang beperkt is, kunnen naast het formele maatschapscontract, dat dan betrekkelijk simpel zal zijn, de meeste zaken informeel worden geregeld. Naarmate de omvang van de groep groter wordt, wordt ook de noodzaak van meer hiërarchische en formele regelingen groter. Bij grotere omvang van de groep wordt het gedrag (en dus de inzet) van individuele leden moeilijker vast te stellen. Processen van besluitvorming worden lastiger en het management van de groep ingewikkelder. De rol van voorzitter van de maatschap wordt complexer en gaat meer tijd kosten.

De omvang wordt niet alleen bepaald door het aantal maten of partners maar ook door de hoeveelheid uitvoerend en ondersteunend personeel die per maat nodig is om het werk goed te kunnen doen. In grote maatschappen van accountants en organisatieadviseurs is er een omvangrijke bureauorganisatie en zijn er per maat meer mensen werkzaam om het werk te ondersteunen. Deels zijn dat dan professionals die nog in een traject tot volledig maatschapslid zitten. Zij kunnen in dienst zijn van de maatschap of van de besloten vennootschappen van de partners die de maatschap vormen. Hoe het ook zij, met het groeien van de maatschap neemt de hoeveelheid personeel meer dan evenredig toe door de toegenomen noodzaak van coördinatie.

In de gezondheidszorg is er een grens aan de omvang van maatschappen. Maatschappen van huisartsen en fysiotherapeuten zijn door het

kleinschalige karakter van hun dienstverlening plaatsgebonden. Maatschappen van specialisten zijn meestal ziekenhuisgebonden, maar door de veelvuldige fusies van ziekenhuizen zijn ze soms ook op verschillende locaties werkzaam. Maatschappen van verloskundigen en van dierenartsen hebben een regionaal karakter. Zij beslaan een groot gebied en hebben daarin vaak een monopoliepositie.
Bij professies buiten de gezondheidszorg, bijvoorbeeld advocaten of accountants, is de plaatsgebondenheid veel minder sterk. Op het moment dat de cliëntèle minder uit natuurlijke personen bestaat en meer uit bedrijven (of andere organisaties), is de plaatsgebondenheid ook minder. Daar komen dan ook meer zeer grote maatschappen voor, met honderden partners in verschillende landen. Het is bijzonder dat dergelijke grote maatschappen nog steeds volgens het model van een gemeenschap van gelijken kunnen functioneren. Op basis van theorieën over de organisatiekosten in dergelijke maatschappen (kosten van coördinatie en van allerlei transacties) zou je verwachten dat ze al veel eerder zouden overgaan naar een hiërarchisch model met een duidelijke directiestructuur en alle professionals in dienstverband.

Trends in organisatie

In hoofdstuk 3 gaan we uitgebreider in op een aantal brede maatschappelijke trends en hun doorwerking op professies in de gezondheidszorg. Daarop vooruitlopend gaan we hier kort in op trends in de organisatievormen waarin professionals hun beroep uitoefenen.

Een eerste belangrijke ontwikkeling is dat het aantal beoefenaren van het vrije beroep afneemt ten gunste van het aantal professionals dat in dienstverband werkt. Ook al proberen beroepsbeoefenaren in dienstverband hun inhoudelijke autonomie te behouden, toch verandert er iets in de onderlinge verhoudingen. Dienstverband gaat samen met meer hiërarchie en minder economische autonomie en autonomie op het gebied van de inrichting van het werk. Een professioneel statuut kan tegenwicht bieden aan sturing door management, maar de machts- en gezagsverhoudingen veranderen door de overgang naar dienstverband. Daar staan in de ogen van zowel professionals als managers ook voordelen tegenover, bijvoorbeeld minder coördinatieproblemen.
Een tweede belangrijke ontwikkeling is marktdifferentiatie. Toenemende specialisatie en differentiatie van cliëntengroepen bieden mogelijkheden voor daarop toegesneden organisaties. Naast generalisten ontstaan hooggespecialiseerde 'nicheorganisaties' en grote multidisciplinaire groepen.
Verschuivingen in organisatievormen zijn te illustreren aan de hand van het volgende schema (Brock e.a., 1999; Arts e.a., 2001). Het schema bestaat uit de matrix die wordt gevormd door de strategische keuze om generalistisch, specialistisch of multidisciplinair te werken en de schaal waarop dat plaatsvindt, variërend van de kleinschalige solopraktijk, lokale of regionale netwerken tot bovennationale verbanden van praktijken. Binnen elk van de cellen van de matrix hebben we een voorbeeld gegeven.

Figuur 2.1: Organisatievormen van professionals

	Generalistisch	*Specialistisch*	*Multidisciplinair*
Mondiaal netwerk, licentieverband van bedrijven	Internationale apotheekketens	Gespecialiseerde internationale advocatenkantoren	'Big five' kantoren van accountants en andere dienstverleners
Lokaal/regionaal netwerk	Ketens van notariskantoren	Internistenmaatschap in meerlocatie ziekenhuis	Middelgrote kantoren met accountants, organisatieadviseurs en juristen
Maatschap, solopraktijk	Huisartspraktijk	Vrijgevestigde psychiater	Gezondheidscentra

Binnen de generalistische professionele praktijken komen de kleine maatschappen en solopraktijken nog steeds veel voor, maar er is een tendens naar lokale en regionale netwerken. Binnen de specialistische praktijken komen de kleine maatschappen en solopraktijken al veel minder voor. Door de schaalvergroting en fusies van ziekenhuizen en de vorming van ziekenhuisbrede stafmaatschappen zijn specialistische praktijken in de gezondheidszorg naar het midden van de matrix opgeschoven. Wel is er ruimte gekomen voor kleinschalige 'nicheorganisaties', waartoe in de gezondheidszorg Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) en privé-klinieken kunnen worden gerekend. De laatste zouden zich ook kunnen ontwikkelen tot internationale specialistische organisaties.
Voor de multidisciplinaire, multinationale maatschappen zien we in de gezondheidszorg voorlopig nog weinig ruimte. De eerder genoemde plaatsgebondenheid van gezondheidszorgactiviteiten is daar de grote beperking. Als het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met betrekking tot de eerste lijn uitgevoerd wordt, zullen gezondheidscentra grootschaliger worden en naar boven verschuiven in de matrix. Ook nieuwe ontwikkelingen als transmurale diabetesgroepen passen op het kruispunt van multidisciplinaire organisatie en regionale schaal.

In de advocatuur worden de verschuivingen van linksonder naar rechtsboven in de matrix duidelijk geïllustreerd door ontwikkelingen die zich de afgelopen dertig jaar hebben voorgedaan:
- Kleine, generalistische kantoren maken plaats voor ketens van kantoren.
- Middelgrote provinciekantoren schuiven naar rechts in de matrix door allianties met accountantskantoren aan te gaan.
- Grote kantoren worden opgenomen in internationale netwerken (Gunst, 2001).

Maat gezocht

Van de verschuivende organisatievormen keren we weer terug naar de beroepsbeoefenaren en hun onderlinge relaties. Een maatschap van gelijken is een kwetsbare organisatie. Over belangrijke beslissingen moeten maten het eens kunnen worden en de handelingen van de een stralen af op de ander. Toetreding van een nieuw lid tot de maatschap is een punt waarop die kwetsbaarheid zichtbaar wordt. De zittende maten moeten achterhalen of een kandidaat betrouwbaar is en past in de groep. Dat kan via een formeel of informeel systeem van rekrutering en via een proefperiode.

Accountantskantoren en advocatenkantoren hanteren vaak een 'up-or-out' systeem voor de promotie van medewerkers tot volwaardig partner. Een geformaliseerd up-or-out systeem kan zowel in het belang van de medewerker als van het kantoor zijn. Voor de medewerkers is er duidelijkheid over de termijn waarin zij zich moeten bewijzen en waarop het kantoor in ieder geval een beslissing moet nemen. Voor het kantoor is er een periode waarin medewerkers gevolgd en beoordeeld kunnen worden. Daardoor neemt het risico van het binnenhalen van een niet goed functionerende partner af (Meuwissen en Bröcheler, 2001).
Een geformaliseerd up-or-out systeem is beter uitvoerbaar in grotere kantoren dan in kleinere. De pool van nog niet tot partner gepromoveerde medewerkers is groter en er zijn meer partnerposities te vergeven in grotere kantoren. De lange periode die advocaten en accountants vaak doorbrengen op een kantoor voor zij partner worden, heeft als gevolg dat de zittende partners en de nieuwe maat goed weten wat ze aan elkaar hebben. Als het tijdstip waarop een beslissing moet worden genomen of de kandidaat ook feitelijk partner kan worden, vastligt, beschermt dat de nieuwkomers; zij kunnen niet eeuwig aan het lijntje worden gehouden.

Informatie over betrouwbaarheid wordt ook verkregen door een informeel systeem van netwerkcontacten. Het summum van de één-op-één relaties vind je in de agrarische maatschappen die meestal uit vader en zoon of twee broers bestaan (en zelfs dan is er geen garantie dat het goed gaat). In het informele systeem van netwerkcontacten in de professies staat de opleider centraal. Huisartsen en medisch specialisten hebben tijdens hun opleiding lange tijd in een meester-gezel relatie gewerkt met hun opleider. Die is in staat betrouwbare informatie over zijn leerlingen door te geven aan collega's die een nieuwe maat zoeken. Veel huisartsen en dierenartsen doen na hun opleidingen nog een periode waarnemingen in andere praktijken. Ook dat is een bron van informatie voor zittende beroepsbeoefenaren die een nieuwe maat zoeken.

De derde manier om informatie te krijgen is via een proefperiode. Maatschapscontracten kennen over het algemeen een proefperiode. In standaardcontracten wordt uitgegaan van een periode van zes maanden. We weten niet hoe vaak daarvan wordt afgeweken. Bij dierenartsen is de proefperiode vaak langer. Je zou kunnen veronderstellen dat de duur van de proefperiode die wordt afgesproken, een indicatie geeft van het wederzijdse vertrouwen dat partners op voorhand in elkaar hebben.

De informatie die men zoekt om te anticiperen op mogelijke problemen, gaat overigens verder dan informatie over vakbekwaamheid. De nieuwe maat moet passen in de maatschap. Regelmatig horen we nog van jonge specialisten dat ergens in de sollicitatieprocedure ook het etentje met de partners een plaats had.
Men kan zich afvragen of in de moderne, open samenleving die sterk is gebaseerd op verdienste en minder op traditie, de sociale herkomst van een nieuwe maat nog steeds een belangrijke rol speelt. Heeft de zoon van een collega een grotere kans om snel opgenomen te worden in een medische maatschap of wordt hij sneller volwaardig partner in een advocatenkantoor? Voor Nederland kennen we daar geen gegevens over. In de advocatuur laat recent onderzoek in de VS zien dat advocaten die afkomstig zijn uit hogere milieus nog steeds sneller de stap naar partner maken en een hoger inkomen verwerven. In de beginperiode dat vrouwen toetraden tot de advocatuur hadden zij een grotere kans om snel partner te worden; met het stijgen van hun aantal is dat omgekeerd (Heinz e.a., 2005).

Een maat vinden is één ding; hoe kom je er weer vanaf? Dat is een andere vraag. Maatschapscontracten bevatten afspraken over uittreding en ontbinding. De standaardcontracten zijn daarin heel algemeen. We hebben geen informatie over wat er aan specifieke afspraken is vastgelegd in echte contracten. Ook is er geen systematische informatie over hoe vaak maatschappen uiteenvallen. Wisselen van maatschap lijkt maar mondjesmaat voor te komen. Beroepsgenoten redeneren wellicht: iemand die uit een maatschap stapt en over wil stappen naar een andere, daar moet wel iets mee mis zijn. In de accountancy stappen mensen nog wel eens uit de maatschap als ze naar hun idee te lang aan het lijntje worden gehouden om partner te worden. Ze zullen dan niet zo gauw naar een ander kantoor overstappen maar eerder zelf een nieuw kantoor vestigen.

Bij toenemende omvang van maatschappen treden ook afsplitsingen op. In de gezondheidszorg is dat (nog) een weinig voorkomend fenomeen, maar in de advocatuur, de accountancy en het organisatie-advies komt het vaker voor. Daar hebben partners vaak hun eigen portefeuille van grote bedrijven die zij van (juridisch) advies voorzien of waarvoor zij de controles uitvoeren. Door specialisatie binnen grote kantoren ontstaat specifieke expertise bij kleinere groepen professionals die ook een niche kunnen vinden buiten het kantoor. In de gezondheidszorg laten Arbo-diensten regelmatig afsplitsingen zien. Afsplitsing wordt deels bepaald door 'push-factoren' aan de kant van de maatschap of het kantoor en deels door 'pull-factoren' vanuit de buitenwereld. Voorbeelden van push-factoren zijn de omvang van het kantoor die overhead en regulering met zich meebrengt en de carrièremogelijkheden binnen het kantoor. Voorbeelden van pull-factoren zijn de kansen die de markt biedt (Meuwissen en Bröcheler, 2001).

Multidisciplinaire organisatie en de verhouding tussen beroepen

Professionals werken steeds meer samen. Op het niveau van individuele professionals vormen zich aldus samenwerkingsverbanden. Op het collectieve niveau van beroepen kunnen we spreken van een beroepenstructuur die wordt beïnvloed door veranderingen van de onderlinge verhoudingen tussen beroepen en de opkomst van nieuwe beroepen (het systeem van professies van Abbott, zie paragraaf 2.2).

Individuele professionals werken samen, niet alleen binnen het eigen beroep in maatschappen van vakgenoten, maar ook met professionals uit andere disciplines. Dat kunnen disciplines met een zelfde of verschillende professionele status zijn. Samenwerking op gelijk niveau van zelfstandigheid noemen we horizontale samenwerking. Accountants, belastingadviseurs en advocaten vormen bijvoorbeeld gezamenlijke kantoren om beter op de vragen van hun cliënten in te spelen. Dergelijke samenwerkingsverbanden roepen vragen op over de onafhankelijkheid

van de adviezen van professionals. Immers, onderlinge doorverwijzing kan (ook) in het belang van het samenwerkingsverband zijn en niet (alleen) in het belang van de cliënt.
Informatie die aan het licht is gekomen in de relatie tussen een cliënt en de ene soort professional, zou gebruikt kunnen worden in de relatie tussen dezelfde cliënt en een andere professional. Dergelijke multidisciplinaire samenwerkingsverbanden roepen vertrouwensproblemen op tussen beroepsbeoefenaren – ze komen immers uit een andere beroepscultuur en spreken een andere taal. Multidisciplinaire samenwerkingsverbanden vragen dan ook meer coördinatie dan monodisciplinaire verbanden. Ze geven echter niet alleen aanleiding tot meer vertrouwensproblemen onderling, maar ook met cliënten, zoals de hierboven gegeven voorbeelden laten zien.
Op het moment dat het werk van professionals meer afhankelijk wordt van wat anderen doen, ontstaan ketens van samenwerkende professionals. Oplossing van vertrouwensproblemen in ketens wordt dan de nieuwe opgave. Een cliënt kan vertrouwen hebben in de competentie van een professional, maar moet dat in een keten van beroepsbeoefenaren tegelijk hebben in anderen waarbij niet noodzakelijk dezelfde vertrouwensbasis beschikbaar is.

In de gezondheidszorg zijn maatschappen tussen specialisten met verschillende specialismen gebruikelijker geworden sinds de totstandkoming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Daarmee wordt een verdergaande organisatorische integratie van medisch specialisten en ziekenhuizen aangeduid. Buiten het ziekenhuis zijn gezondheidscentra een goed voorbeeld van horizontale samenwerkingsverbanden. Daarin werken huisartsen samen met bijvoorbeeld apothekers en fysiotherapeuten die ieder hun eigen verantwoordelijkheid voor hun patiënten houden.
Naast horizontale samenwerking is er ook verticale samenwerking. In dit geval zijn bepaalde taken en werkzaamheden van professionals gedelegeerd aan andere beroepsbeoefenaren. De laatsten doen hun werk onder verantwoordelijkheid en op aanwijzing van anderen. Huisartsen hebben de afgelopen decennia veel taken gedelegeerd aan hun praktijkassistentes en hebben daardoor een deel van het stijgend beroep op huisartsenzorg op kunnen vangen (Van den Berg e.a., 2004). Ook verschuiven taken van hoger opgeleide professionals naar minder hoog opgeleide professionals.

De beroepsvereniging: morele gemeenschap en brancheorganisatie

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk hebben we laten zien dat de oprichting van een beroepsvereniging een van de stappen is in de ontwikkeling van een professie als collectief. Beroepsverenigingen van professionals vervullen verschillende functies. Een grove opdeling is die tussen morele gemeenschap enerzijds en brancheorganisatie anderzijds.
Een professie als morele gemeenschap ontwikkelt de ethische regels van het beroep, gedragsregels van de leden en standaarden voor het beroepsmatig handelen. De beroepsorganisaties zelf leggen de nadruk op dit aspect van hun activiteiten.
Tegelijkertijd zijn (of beter gezegd: waren) beroepsorganisaties door hun gedragsregels ook in staat om de toegang tot het beroep en de onderlinge economische verhoudingen tussen beroepsbeoefenaren te reguleren. Dat is de functie van belangenbehartiging die meer bij een brancheorganisatie past. Van oudsher hadden beroepsorganisaties invloed op de tarieven die de beoefenaren konden vragen voor hun diensten, op de vrijheid van vestiging en op het aanprijzen van de diensten door individuele beroepsbeoefenaren. Ook al werd deze economische invloed beargumenteerd op grond van kwaliteitsoverwegingen, het effect ervan was een beperking van de toegang tot de beroepsuitoefening en van onderlinge concurrentie.
Met de komst van de mededingingswet is hieraan snel een einde gekomen. Beroepsorganisaties werden door de wetgever gezien als brancheorganisaties en het is brancheorganisaties niet toegestaan tarieven te stellen, vestigingsbeleid te voeren en adverteren te verbieden of te beperken.

Vormen professies een eenheid? In de loop van de tijd hebben specialisatie en arbeidsverdeling geleid tot afname van de homogeniteit van professies. Binnen de geneeskunde zijn in de afgelopen eeuw tal van specialismen ontstaan. Die zijn gereguleerd door officiële erkenningen en hebben eigen wetenschappelijke verenigingen.
Vergelijkbare processen zijn ook te zien in andere professies, maar toch minder sterk.

Ook binnen het recht, om een ander voorbeeld te noemen, heeft specialisatie plaatsgevonden. Een belangrijk verschil is dat de specialisatie in andere professies minder gereguleerd is. In de geneeskunde bestaan, net als bijvoorbeeld in het recht, de algemene praktijk (de huisartspraktijk) en gespecialiseerde praktijken. Door tal van regels en afspraken is het niet meer mogelijk om de geneeskunde te beoefenen zonder vervolgopleiding en een arts die als huisarts werkt kan niet tegelijkertijd ook als uroloog werken, zelfs al zou zij of hij de betreffende specialistische vervolgopleiding hebben gedaan. Zo sterk als de specialisatie in de geneeskunde is, is zij op andere terreinen niet.
De oorzaken van specialisatie binnen een professie zijn de ontwikkeling van kennis en technologie enerzijds (de aanbodkant) en specialisatie op cliënten aan de andere kant (de vraagkant). De specialisatie binnen de geneeskunde is in hoofdzaak gestuurd door ontwikkelingen in kennis en technologie, maar vindt zijn basis al in de arbeidsverdeling van vóór de eenheid van de medische stand toen chirurgijns het snijdend handwerk deden, de *medicinae doctores* de beschouwende vakken – de interne geneeskunde – en de verloskunde het werkterrein van vroedvrouwen en vroedmeesters was.
Binnen andere professies is de aard van de cliëntèle sterk van invloed op de lijnen van specialisatie (Heinz e.a., 2005). Het draait daarbij om het al eerder genoemde onderscheid tussen natuurlijke personen en organisaties. Binnen de diergeneeskundige praktijk is er een differentiatie tussen praktijken met het accent op kleine huisdieren en praktijken voor landbouwhuisdieren. In het eerste geval zijn individuele honden- en kattenbezitters de cliënten en in het tweede geval agrarische bedrijven. Op het platteland is er nog overlap tussen beide praktijken, maar die lijkt te zijn teruggelopen. Ook binnen de diergeneeskundige opleiding is in de jaren negentig van de vorige eeuw deze differentiatie doorgevoerd. Ook binnen de juridische praktijk, de belastingpraktijk en de accountancy is het onderscheid tussen bedrijven en individuele cliënten belangrijk.

Wat houdt professies bij elkaar? De klassieke professies hebben meestal een gemeenschappelijke opleiding. Alle juristen, hoe zij zich ook specialiseren, hebben eerst rechten gestudeerd en daarin een curriculum doorlopen dat ondanks alle verschillen tussen universiteiten veel overeenkomst vertoont. Die overeenkomst wordt gestuurd door de betrokkenheid die vanouds bij de professie en haar leden bestaat bij de opleiding, maar ook door formele regels, zoals gedeelde eindtermen van opleidingen. Een gemeenschappelijke opleiding zorgt er ook voor dat studenten gedeelde opvattingen meekrijgen en sociale relaties met toekomstige beroepsgenoten ontwikkelen die later in andere specialismen terechtkomen.
De formele regeling van de erkenning van beroepen en bescherming van bepaalde titels zorgt ook voor eenheid van een professie. Ten slotte zijn ook verwijsrelaties binnen een gedifferentieerd beroep een integrerend element. Verwijsrelaties vereisen onderling vertrouwen – in sommige professies vanwege wederkerigheid (als ik complexe gevallen naar jou stuur, stuur jij dan eenvoudige gevallen naar mij?) en in andere vanwege de langdurige relatie met cliënten. Huisartsen die een langdurige relatie met hun patiënten hebben, zullen zorgvuldiger zijn in de keuze van een specialist naar wie zij verwijzen dan advocaten die een eenmalige episode met een cliënt doormaken. De relaties tussen professional en cliënt zouden dus kunnen doorwerken in de (verwijs)relaties tussen vakgenoten in verschillende specialismen en daarmee op de samenhang van professies (Heinz e.a., 2005).

Aan het begin van deze subparagraaf hebben we al aangegeven dat de beroepsorganisaties van professionals in hun rol als behoeder van de toegang tot het beroep en beperking van de onderlinge concurrentie sterk hebben ingeboet. Maar hoe staat het met hun rol als hoeder van de morele gemeenschap? Er zijn enkele redenen waarom de rol als morele gemeenschap ook zwakker geworden zou kunnen zijn.

- Toename van de aantallen beroepsbeoefenaren en heterogeniteit (ook sociaal). Door de revolutie van de toegang tot het hoger onderwijs vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn de aantallen opgeleiden en beroepsbeoefenaren in de professies geweldig toegenomen. Tegelijkertijd zijn zij wat betreft hun sociale herkomst veel heterogener. In het algemeen geldt: hoe groter en heterogener een sociale groep is, des te minder gedeelde normen en waarden zal die groep hebben.

- Verschuiving in de beroepspraktijk van zelfstandige beroepsuitoefening in kleine verbanden naar loondienst in grote organisaties. Deze ontwikkeling heeft geleid tot wat men zou kunnen noemen concurrentie tussen morele gemeenschappen. Immers, ook de arbeidsorganisatie is een morele gemeenschap en als zodanig wedijvert die om de inzet van de leden met de traditionele beroepsorganisaties.
- Standaarden worden in toenemende mate beïnvloed door ontwikkelingen buiten de beroepsgemeenschap. Ze worden meer en meer gebaseerd op evidentie die vaak door anderen wordt verzameld dan beroepsgenoten. Waar richtlijnen en standaarden voor het beroepsinhoudelijk handelen aanvankelijk vooral gebaseerd werden op klinische ervaring en consensus onder beroepsgenoten, zijn ze nu zo veel mogelijk 'evidence based'. Die evidence wordt niet (alleen) door beroepsgenoten geproduceerd, maar door gespecialiseerde onderzoekers vaak van buiten de professie. Ook leggen derde partijen standaarden van buitenaf op (Timmermans en Berg, 2003).
- Het wegvallen van de economische functie – toegangs- en concurrentiebeperking – zal invloed hebben op de aantrekkelijkheid van het lidmaatschap van beroepsverenigingen en daarmee ook op de levensvatbaarheid van een morele gemeenschap.

In de volgende hoofdstukken zullen we gegevens presenteren die laten zien of deze verwachting van een erosie van de morele gemeenschap van professies ook inderdaad optreedt. Vooral rond de tweede reden zullen we proberen om onze verwachtingen te toetsen aan wat er feitelijk is gebeurd. De verschuiving van werk van professionals naar grotere arbeidsorganisaties leidt, zo is onze redenering, tot verschuiving van loyaliteiten. Dat zal des te sterker zijn, naarmate een beroep minder is geprofessionaliseerd. We verwachten dat in de loop van de tijd de loyaliteit aan de professie is afgenomen, dat dit sterker is onder professionals die in grotere organisaties werken en onder minder geprofessionaliseerde beroepen.

2.6 Professionals en derde partijen

Lange tijd hebben professionals in een beschermde situatie kunnen functioneren. De overheid legitimeerde een beperkte toegang tot de markt voor professionele diensten door titel en/of beroep te beschermen. Het was niet zo dat professies niet met derde partijen te maken hadden. Het was eerder een situatie waarin die partijen vooral een beschermend cordon rond de beroepsuitoefening aanlegden. Instanties die voor de beroepsuitoefening onmisbaar waren, zoals ziekenhuizen voor medisch specialisten en de balie voor advocaten, speelden een vanzelfsprekende faciliterende rol. Professionele dienstverlening werd vooral gestuurd door professionals en hun beroepsverenigingen zelf. In deze paragraaf bespreken we de relaties met derde partijen. In de eerste plaats bespreken we de rol van de overheid die institutionele garanties geeft voor het vertrouwen dat burgers en bedrijven kunnen hebben in professionals. Vervolgens gaan we in op de manier waarop professionele dienstverlening wordt gestuurd: door professionals en hun organisaties zelf, door de markt of door hiërarchische organisaties waarin professionals werken, door Mintzberg (1994) omschreven als de professionele bureaucratie.

Institutionele garanties voor vertrouwen – de rol van overheid en toezicht

Waarom vertrouwen we een dokter of advocaat wel en een handelaar in tweedehands auto's op de automarkt niet? Een deel van het antwoord is dat er garanties zijn dat professionals geen misbruik maken van ons vertrouwen. We kunnen erop vertrouwen dat professionals de competentie hebben om de problemen op te lossen waarmee we ze raadplegen. Dat vertrouwen wordt deels gegarandeerd door de interne eisen die beroepsorganisaties aan hun leden stellen en deels (en daar gaat het hier om) door de eisen die de overheid stelt aan de opleiding en beroepsuitoefening. Daarnaast bestaat er wettelijk tuchtrecht (naast beroepsinterne tuchtregelingen die meer zijn gericht op onderlinge conflicten tussen beroepsbeoefenaren) en toezicht op de beroepsuitoefening.

Op het gebied van de gezondheidszorg werd in het verleden het *beroep* beschermd en later alleen de *titel* en een beperkt aantal voorbehouden handelingen (Kortenhoeven, 1989).

Beroepsbescherming houdt in dat de uitoefening van de geneeskunde als beroep en bedrijf alleen mocht gebeuren door degenen die de opleiding tot arts hadden gevolgd. Ieder ander die iets deed wat kon worden aangemerkt als uitoefening van de geneeskunde als beroep of bedrijf, was in overtreding. Achtergrond van de beroepsbescherming was de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde in de vorm van kwakzalverij tegen te gaan.
De strijd tegen de onbevoegde uitoefening van de geneeskunde was een tamelijk hopeloze. Dat komt door een combinatie van drie omstandigheden:

- beperkte inzet voor opsporing en handhaving,
- moeilijke bewijsvoering (wanneer is het uitoefening als beroep en bedrijf?)
- en de voortdurende neiging van mensen om zich te laten verleiden door de beloftes van snelle en spectaculaire genezing.

Dat is een van de redenen dat na een lange periode van discussie en ettelijke staatscommissies verder het systeem van beroepsbescherming in ons land is vervangen door een systeem van titelbescherming.
Dat is gebeurd in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Daarin is van een aantal beroepen in de gezondheidszorg de titel vastgelegd en wie niet voldoet aan de wettelijke vereisten van die titel mag hem niet gebruiken. Het staat anderen, die niet gerechtigd zijn om bijvoorbeeld de titel van arts te voeren, vrij om geneeskunde uit te oefenen, zolang ze maar geen voorbehouden handelingen verrichten. Burgers hebben de vrijheid dergelijke beoefenaren te raadplegen. De wetgever gaat ervan uit dat burgers voldoende onderscheidend vermogen hebben om te weten dat er geen garanties in termen van opleiding en dergelijke zijn als deze beoefenaren zich geen arts mogen noemen.

Ook het tuchtrecht is een manier waarop institutionele garanties voor vertrouwen worden gegeven. Het tuchtrecht bedoelt bij te dragen aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van burgers. Het lijkt erop dat burgers zich weinig bewust zijn van de mogelijkheden die het tuchtrecht biedt. Dat wil echter niet zeggen dat het zijn effect niet heeft. Immers, van het tuchtrecht gaat ook een waarschuwend effect uit naar beroepsbeoefenaren en het bevestigt normen voor de beroepsuitoefening (Hout, 2006).
Tuchtrecht bestaat voor een groot aantal vrije beroepen. Het tuchtrecht in de gezondheidszorg is sinds 1928 wettelijk geregeld. Met de invoering van de Wet BIG is het uitgebreid van de geneeskundige beroepen (artsen, tandartsen en verloskundigen) naar een bredere groep beroepen waaronder ook verpleegkundigen en fysiotherapeuten.
In zijn manier van werken sluit het tuchtrecht aan bij de beroepsgroep als bron van gemeen-

Kantoorgrootte en tuchtrecht

Advocaten in kleinere kantoren worden vaker tuchtrechtelijk bestraft. Hoe komt dat? Een mogelijke verklaring is dat de grote, als onderneming opgezette kantoren ('the firm') minder klachtgevoelig zijn omdat:

- de medewerkers meer toegang hebben tot adviezen van collega's,
- de economische positie van de advocaten beter is (een arme advocaat is een slechte advocaat),
- het belang van reputatie groter is,
- de zichtbaarheid van het handelen van advocaten groter is,
- de aard van de cliënt-advocaat relatie anders is (bedrijven als cliënt, meer herhaalde dienstverlening, minder persoonlijk belang bij de cliënt),
- en er meer sociale controle is tussen advocaten.

Er zijn ook redenen aan te geven waarom kleine praktijken meer klachtgevoelig zijn: cliënten zijn particulieren die vaak een grief hebben en per se willen winnen, emotioneel reageren op het resultaat; daarbij heeft proceswerk (meer bij de kleine kantoren) een duidelijke uitkomst en advieswerk (meer bij de grote kantoren) veel minder; het laatste zit ook niet in de sfeer van conflict (Van Oostrum, 2002).

schappelijke normen. In het tuchtrechtproces worden beroepsbeoefenaren als mede-beoordelaar ingeschakeld. Door Kleiboer en Huls, die een vergelijkende studie van het tuchtrecht in verschillende beroepen hebben gemaakt, is er daarom op gewezen dat veranderingen in de organisatie van de professies gevolgen hebben voor het tuchtrecht (Kleiboer en Huls, 2001). Een voorbeeld is schaalvergroting en specialisatie in de advocatuur. Deze beide ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat grote verschillen ontstaan in de organisatie en de aard van het werk van advocatenkantoren. Kleiboer en Huls stellen daarom de vraag of hetzelfde tuchtrecht nog wel van toepassing kan zijn op een advocaat met een algemene eenmanspraktijk en een gespecialiseerde partner in een internationaal kantoor. In grotere organisatieverbanden zouden interne kwaliteitssystemen deels de rol van tuchtrecht kunnen overnemen. Ook toenemende samenwerking en vooral multidisciplinaire samenwerking kunnen het tuchtrecht voor problemen plaatsen.

Toezicht op de beroepsuitoefening door professionals is een andere vorm waarin institutionele garanties voor vertrouwen zijn georganiseerd. Het toezicht kan worden uitgeoefend door een (semi-)onafhankelijke toezichthouder, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), of door een beroepsorganisatie die tevens een publieke taak van toezicht heeft, zoals de Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie.
Het toezicht op de beroepsuitoefening in de gezondheidszorg gebeurt door de IGZ. De IGZ is formeel een onderdeel van het Ministerie van VWS, maar wordt verondersteld een onafhankelijk oordeel te geven over de kwaliteit van de beroepsbeoefening. Binnen het notariaat heeft de beroepsorganisatie niet alleen een rol voor de beroepsgemeenschap, waaronder belangenbehartiging, maar ook een officiële publieke taak. Ook deze constructie leidt veelvuldig tot discussie. Het is immers niet altijd inzichtelijk waar de behartiging van beroepsbelangen ophoudt en de publieke taak begint. In beide varianten spelen beroepsbeoefenaren een belangrijke rol. Waar de beroepsorganisatie ook een officiële toezichthoudende taak heeft is dat evident. Ook bij de IGZ spelen beroepsbeoefenaren vanouds een rol. Inspecteurs worden gerekruteerd uit de kringen van beroepsbeoefenaren en kennen het vak dus van binnenuit. Overigens speelt ook bij de (re)organisatie van het toezicht de discussie over de rol van beroepsbeoefenaren en de rol van procesmanagers.

Sturing door professionals: de klassieke organisatie van professionele dienstverlening

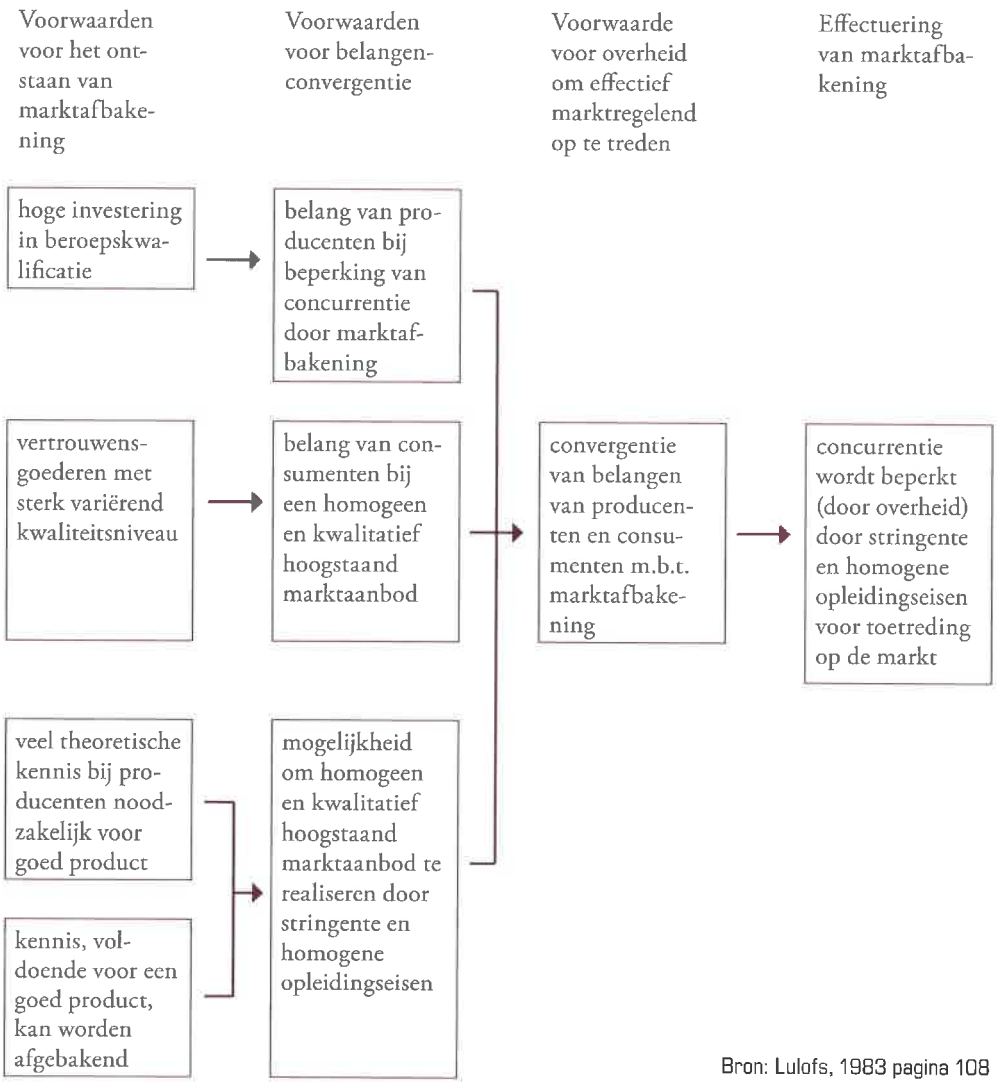
De Nederlandse socioloog Lulofs (1983) vergeleek de professies met kartelachtige regelingen. Zijn stelling was dat de professies niet zozeer monopolisten waren – er zijn immers veel afzonderlijke aanbieders – als wel kartels vormen van verbazingwekkende omvang en duurzaamheid. Het verbazingwekkende zit hem in de vergelijking met andere sectoren waar kartels over het algemeen klein zijn en niet erg lang bestaan. Kartels kunnen alleen bestaan zolang het gedrag van de afzonderlijke leden gecoördineerd wordt en voorkomen wordt dat afzonderlijke leden zich aan de afspraken onttrekken. Volgens hem hebben de professies een bijzondere ordening van hun dienstverlening tot stand gebracht die hij professionele marktordening noemt.

Aan de basis van de professionele marktordening ligt het feit dat de diensten die professionals leveren vertrouwensgoederen zijn. Omdat de afnemers niet goed kunnen beoordelen wanneer zij welke diensten nodig hebben en wat de kwaliteit ervan is, kan een stabiele marktordening alleen ontstaan als de afnemers de aanbieders kunnen vertrouwen.
Het ontstaan en voortbestaan van een professionele marktordening kent twee belangrijke elementen. Het eerste is de afbakening van de markt voor professionele diensten. Het tweede element is de beheersing van het marktgedrag van de aanbieders.
Afbakening van de markt bestaat eruit dat de concurrentie tussen aanbieders van professionele diensten wordt beperkt (met steun van de overheid) door stringente en homogene opleidingseisen te stellen aan nieuwe aanbieders. Een voorwaarde om dat geregeld te krijgen is dat de belangen die afnemers en aanbieders hebben bij marktafbakening samenvallen. De aanbieders hebben belang bij marktafbakening om hun investeringen in hun beroepskwalificatie terug te kunnen verdienen. De investering die een gespecialiseerde professional in de geneeskunde of advocatuur moet doen, beloopt al gauw tien jaar.

De afnemers van de diensten hebben belang bij marktafbakening omdat dit een homogeen en kwalitatief goed aanbod van diensten kan garanderen. Dat is op zijn beurt belangrijk vanwege het vertrouwenskarakter van de diensten.
Het is niet voldoende dat aanbieders en afnemers belang hebben bij marktafbakening; de aard van de diensten die in het geding zijn, moet het ook toelaten. Hier is de kennis die door professionals wordt gebruikt van belang: theoretische kennis is nodig bij de productie van de diensten en die kennis kan worden afgebakend. In een schema heeft Lulofs dit zo weergegeven.

Het tweede element van een professionele marktordening is beheersing van het marktgedrag van de aanbieders van diensten. In een professionele marktorde vermijden aanbieders van diensten concurrentie.
In de analyse van Lulofs hebben aanbieders om twee redenen geen belang bij concurrentie. Ten eerste door factoren aan de kant van de aanbieders zelf van diensten. De kosten van het aanbieden van additionele diensten zijn gelijk aan voorafgaande diensten tot ze het punt bereikt hebben dat de praktijk vol is. Schaaleffecten zijn beperkt, de hoeveelheid tijd die een professioneel

Figuur 2.2: Marktafbakening in een professionele marktordening



Bron: Lulofs, 1983 pagina 108

heeft, ligt min of meer vast en tijd is een belangrijke productiefactor bij professionele diensten. In zo'n situatie zouden aanbieders van professionele diensten volgens een simpele economische redenering de neiging hebben om hun diensten goedkoper aan te bieden als ze minder cliënten hebben dan ze aan kunnen. Volgens Lulofs gebeurt dat echter niet omdat de vraag naar veel professionele diensten weinig gevoelig is voor de prijs.
De tweede reden dat de aanbieders van professionele diensten concurrentie vermijden, is dat de vragers van diensten in een professionele marktorde meer diensten zullen gebruiken. Een homogeen en kwalitatief hoogstaand aanbod van diensten met een vertrouwenskarakter bevordert namelijk transparantie van de markt. Dat verlaagt de kosten van het zoeken van een betrouwbare aanbieder. Daardoor wordt de markt voor professionele diensten ruimer.

Hiermee heeft Lulofs dus twee processen geschetst die tezamen verklaren hoe een professionele marktordening tot stand komt en stabiel is. De nadruk ligt op beschrijving en verklaring van het proces. De laatste tijd wordt steeds meer de beleidsvraag gesteld of een professionele marktordening een gewenste situatie is. Waarschijnlijk zijn bepaalde voorwaarden uit Lulof's verklaring voor sommige professies inmiddels zodanig veranderd – bijvoorbeeld door standaardisering van werkprocessen – dat niet meer aan die voorwaarden is voldaan. Dit laatste is een empirische vraag.

Sturing door de markt: onderlinge concurrentie tussen professionals

Inmiddels zijn zowel de beleidsvraag als de empirische vraag duidelijk ter discussie gesteld. Bij veranderende omstandigheden kan de professionele marktordening er ook voor zorgen dat de prijzen van diensten onnodig hoog blijven door beperking van nieuwe toetreders op de markt en de beperking van concurrentie. De belangenconvergentie uit het bovenstaande schema verandert als bijvoorbeeld door technologische ontwikkelingen het vertrouwenskarakter van diensten afneemt en afnemers belang krijgen bij een vrije markt van diensten. Zo verschuiven geneesmiddelen in de loop van de tijd van uitsluitend op recept van een arts verkrijgbaar naar uitsluitend bij een apotheek verkrijgbaar maar niet noodzakelijk op recept, naar ook bij een drogist verkrijgbaar en wellicht in de nabije toekomst naar in de supermarkt verkrijgbaar (M'charek en Willems, 2005). Voor veel contracten die in het verleden door een notaris werden opgesteld, zijn nu modellen te vinden op het internet. De afgebakende theoretische kennis die nodig is voor complexe situaties, is in veel gevallen niet meer nodig.

De Europese eenwording heeft sterke invloed gehad op de positie van de professies. Het kartelachtige karakter van de marktordening van professionele diensten, zoals beschreven door Lulofs, is niet langer vanzelfsprekend acceptabel. De mededingingswetgeving beschouwt praktijken van vrije beroepsbeoefenaren als ondernemingen en hun beroepsorganisaties als brancheorganisaties van bedrijven. De mededingingswetgeving van Nederland en andere EU-landen is gebaseerd op Europese regelgeving. In verschillende Europese landen, waaronder Nederland, zijn zaken aanhangig gemaakt die concurrentiebeperkende regels van professies ter discussie stelden. Uiteindelijk zijn dergelijke regels onwettig verklaard en verboden.

De regels die door de nationale mededingingsautoriteiten in Europese landen onder de loep werden genomen hadden vooral betrekking op regels van beroepsorganisaties die op beheersing van het marktgedrag zijn gericht. Voorbeelden daarvan zijn regels rond tarieven, publiciteit en adverteren, en vestiging en overname van cliënten (Batenburg en Groenewegen, 2001). Regels rond opleiding en nascholing hebben minder aandacht van mededingingsautoriteiten gehad. Mogelijk komt dat dit doordat dat soort regels vaak in specifieke wetgeving zijn verankerd die voorrang heeft boven de mededingingswetgeving.
Uit eerder onderzoek waarin een aantal casussen is bestudeerd, komt een typerend verloop naar voren. De betreffende beroepsvereniging meldt zijn beroepsinterne regels aan bij de mededingingsautoriteit of de laatste onderneemt actie op basis van externe signalen of klachten. De beroepsvereniging overlegt de relevante documenten en beargumenteert zijn positie. De mededingingsautoriteit komt tot een voorlopige conclusie over de strijdigheid van de betreffende regelingen met de mededingingswet en over de vraag of er gronden voor ontheffing zijn.
Gegeven het feit dat er meestal wel sprake is van

een aantal regelingen die strijdig zijn en waarvoor ontheffing niet in de rede ligt, gaan de beroepsorganisaties over tot aanpassen van hun beroepsinterne regelingen om te zorgen dat ze niet langer strijdig zijn met de mededingingswet. Veel anders zit er voor de organisaties van vrije beroepsbeoefenaren niet op. Gegeven het feit dat er geen algemene uitzonderingspositie voor de professionele beroepen bestaat en dat de beoefenaren onder de definitie van een onderneming vallen, is de mededingingswet van toepassing en vervolgens is de speelruimte binnen de wet niet bijzonder groot.
Deze casussen speelden zich af aan het eind van de jaren negentig. Inmiddels is deze fase achter de rug en zijn de interne regelingen van beroepsorganisaties van professies in overeenstemming met de mededingingswet. De ontwikkeling sinds die tijd is tweeledig. In de eerste plaats is de nadruk verschoven naar de beoordeling van voorgenomen fusies door de Nederlandse Mededingingsautoriteit. Dat betreft meestal fusies tussen grote instellingen voor gezondheidszorg. Het beleid wordt uiteengezet in visiedocumenten die ter commentaar worden voorgelegd aan de sector en andere belanghebbenden. Op basis daarvan wordt het verdere beleid vormgegeven. In de tweede plaats is er voor de gezondheidszorg een afzonderlijke 'marktmeester' opgericht, de Nederlandse Zorgautoriteit. Deze zal de goede werking van de markt en de uitvoering van de wetgeving op dat gebied bewaken.

Met deze ontwikkelingen vindt een verschuiving plaats van sturing door professionals en hun beroepsverenigingen naar sturing door de markt. Daardoor zijn toezichthouders een duidelijke partij geworden waarmee professies en hun organisaties te maken hebben. Hun rol verschilt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in aanpak en cultuur. De ontwikkeling past bij de veranderende rol van de overheid. Internationalisering heeft de rol van de overheid en zijn mogelijkheden tot bescherming van de professies aangetast. In hoeverre de verschuiving naar de markt van invloed is op het vertrouwen dat cliënten en patiënten hebben in het handelen van professionals en op het onderling vertrouwen tussen professionals is de vraag. Of het markttoezicht zich zal ontwikkelen tot een institutionele vertrouwensgarantie is een volgende vraag.

Sturing door hiërarchie: professionals in bureaucratische organisaties

Eerder hebben we beschreven dat beoefenaren van de professionele beroepen in toenemende mate in grotere organisaties werken en vaker in dienstverband zijn. Een belangrijke derde partij is daarmee de professionele bureaucratie, zoals Mintzberg (1994) de organisaties noemt waarin professionals werken.

Professionals kunnen op verschillende manieren in grotere organisaties zijn opgenomen. Ten eerste kunnen zij op een stafafdeling werken binnen een organisatie die niet als hoofddoel het verlenen van professionele diensten heeft. Dat is bijvoorbeeld het geval bij bedrijfsjuristen. Stafafdelingen zijn vaak klein en bieden relatief veel ruimte voor autonomie van professionals (Heinz e.a., 2005). Ten tweede kunnen professionals werken in grotere organisaties waarvan sommige onderdelen professionele diensten aanbieden. Dat is bijvoorbeeld het geval bij maatschappelijk werkenden die binnen de sociale dienst van grote gemeenten werken. Ten slotte werken professionals in organisaties die als hoofddoel hebben om professionele diensten te verlenen, zoals ziekenhuizen. Ziekenhuizen hebben een ontwikkeling doorgemaakt van een facilitaire organisatie ten dienste van de professionals, in casu de medisch specialisten, naar een meer geïntegreerde organisatie.
In al deze situaties hebben professionals te maken met managers. De aard van het management waarmee professionals te maken hebben, is veranderd. Management heeft zich ontwikkeld tot een full-time baan en een beroep op zichzelf. De aansturing van professionals is in toenemende mate gebaseerd op standaardisatie en verantwoording ('accounting logic'). Dit maakt management op afstand, losgekoppeld van de inhoud, mogelijk. Dat kan botsen met de waarden en claims van professies (Broadbent en Laughlin, 2002). Managers worden minder gerekruteerd uit de professionele beroepsgroep zelf of verliezen snel de binding met hun oorspronkelijke professie.
De interne organisatie van professionele organisaties verandert door toenemende specialisatie die noodzaakt tot standaardisatie van processen waarbij meerdere typen specialisten betrokken zijn (Stevens, 1987). In onderzoek rond de advocatuur is geconstateerd dat professionele activi-

teiten zich kunnen organiseren rond bepaalde typen cliënten (bijvoorbeeld individuen of bedrijven), rond inhoudelijke specialismen of rond een invloedrijke senior partner. In de gezondheidszorg zien we een verschuiving van organisatie rond inhoudelijke specialismen naar organisatie rond patiënten met een bepaald type aandoening. Dat heeft wat men noemt een kanteling van de organisatie tot gevolg. Deze ontwikkeling wordt gestuurd en versneld door veranderingsprojecten, zoals doorbraakprojecten en Sneller Beter. Een van de gevolgen van dergelijke projecten kan een verschuiving zijn van macht van professionals naar managers.

De relatie tussen management en professionals binnen organisaties is, ondanks het toenemend belang, relatief weinig bestudeerd door onderzoekers van de professies. In een Amerikaans onderzoek van zo'n vijftien jaar geleden is op basis van een aantal case studies gezocht naar effectieve relaties tussen ziekenhuisorganisatie en medisch specialisten. Kenmerkend voor effectieve relaties zijn:

- ziekenhuizen weten de juiste specialisten aan te trekken en vast te houden;
- plannen kunnen voortvarend worden uitgevoerd;
- besluiten kunnen tijdig worden genomen;
- er zijn geen grote splijtzwammen in de organisatie;
- problemen worden snel opgelost;
- er is een gedeelde doelstelling;
- economisch gaat het goed.

Dat is een heterogene opsomming; belangrijker is hoe een effectieve relatie tot stand gebracht kan worden. Op de achtergrond spelen de geschiedenis en cultuur van een ziekenhuis een rol, maar dat is eerder een gegeven dan dat er op korte termijn veel aan kan veranderen. Meer direct op het management betrokken lijken de volgende punten belangrijk te zijn: stabiliteit in het ziekenhuismanagement, respect van management voor artsen, open en frequente onderlinge communicatie, de wil om beslissingen gezamenlijk te nemen en de artsen er snel bij te betrekken, sterk leiderschap onder de artsen en stimulering van leiderschap bij jonge artsen, vaardigheden om zakelijk met elkaar om te gaan en vaardigheid van het management om het tempo van veranderingen aan te passen (Shortell, 1991).

2.7. Conclusies

De sociologische literatuur over de professies is zeer omvangrijk. We hebben in dit hoofdstuk een deel van die literatuur in kort bestek besproken. We hebben daarbij onze eigen invalshoek gekozen die ook richtinggevend is geweest voor het empirische onderzoek dat verderop in dit boek wordt beschreven. Die invalshoek is vertrouwen. Vertrouwen is centraal in de relaties tussen mensen in het algemeen en een voorwaarde voor het functioneren van allerlei maatschappelijke processen. In de professies en in de gezondheidszorg in het bijzonder is vertrouwen nog belangrijker. In de relatie tussen professionals en cliënten zit immers een grote informatiekloof.

In de loop van de tijd lijkt de informatiekloof kleiner te worden. Het beleid op het gebied van de gezondheidszorg probeert daar actief aan bij te dragen door het beleid meer te centreren rond patiënten en minder rond het zorgaanbod. Ook worden tal van maatregelen genomen om mensen meer informatie op grond waarvan zij zelf keuzes kunnen maken. Tegelijkertijd worden er vraagtekens gesteld bij de vermogens en de wensen van mensen om zelf keuzes te maken, zeker in specifieke situaties die emotioneel geladen en bedreigend zijn.

Deze ontwikkelingen leiden hoe dan ook tot verschuivingen in de relatie tussen professionals en hun cliënten. Gezondheidszorgprofessionals evolueren van onbetwiste autoriteit naar partner in het zorgproces. Af is die ontwikkeling zeker niet, zo dat al zou kunnen.

Vertrouwen speelt ook een rol in de onderlinge relaties tussen professionals. Met toenemende specialisatie treedt weliswaar ook meer standaardisering op en het werken volgens richtlijnen en protocollen is meer ingeburgerd dan vroeger, maar juist ook door het complexer worden van zorgprocessen en zorgketens moeten professionals onderling uit kunnen gaan van een basaal vertrouwen in elkaar.

De organisaties waarin professionals hun werk doen worden steeds groter. Dat is een algemene tendens en daarnaast ontstaan er ook in niches van de markt kleinere, vaak hooggespecialiseerde of specifieke cliëntengroepen gerichte organisaties. Schaalvergroting heeft ook invloed op de onderlinge relaties tussen professionals. Er is een verschuiving van de klassieke organisatie in maatschappen van gelijken naar meer hiërarchi-

sche organisaties. Daarmee gelijk opgaand is er een verschuiving van zelfregulering naar management door anderen.
De belangrijkste derde partij waarmee professionals te maken hebben is de overheid. In wat men zou kunnen noemen een stilzwijgend contract heeft de overheid bepaalde taken en verantwoordelijkheden overgelaten aan het zelfregulerend vermogen van professionals en hun beroepsorganisaties. Ook op dit terrein hebben zich de afgelopen decennia belangrijke veranderingen voorgedaan. De overheid heeft de neiging om zich terug te trekken en meer over te laten aan partijen in de gezondheidszorg. De professionele marktordening wordt geleidelijk aan vervangen door andere sturingsmechanismen. Sturing op prestaties komt meer en meer op door het gebruik van prestatie-indicatoren en benchmarking. Concurrentie en marktwerking nemen toe. Daarbij komen ook andere derde partijen in beeld, waaraan in de internationale literatuur over de professies veel minder aandacht is besteed: de marktmeesters en de financiers.
Op al deze ontwikkelingen gaan we verderop in dit boek in. In het volgende hoofdstuk bespreken we eerst een aantal achtergronden van trends die we al dit in dit hoofdstuk hebben aangeduid.

3 Maatschappelijke trends

Samenvatting

In dit hoofdstuk laten we zien hoe brede ontwikkelingen in de maatschappij en de gezondheidszorg de positie van professionals veranderen. Met hun positie veranderen ook de relaties die professionals onderhouden, zowel onderling als met patiënten en derde partijen. De maatschappelijke ontwikkelingen bespreken we aan de hand van vijf overkoepelende thema's.

Ten eerste zijn *sociaal-culturele trends* van invloed op de positie van artsen en andere beoefenaren van professies. Hieronder valt vooral de toenemende individualisering, en daarmee samenhangend de groei van de mondigheid en de stijging van het opleidingsniveau van burgers. Deze veranderingen hebben met name gevolgen voor de betrekkingen tussen professionals en hun cliënten. Het contact tussen beroepsbeoefenaar en cliënt wordt zakelijker en korter. Daardoor wordt het moeilijker om wederzijds vertrouwen op te bouwen.

Een tweede belangrijke ontwikkeling is de *verandering in arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en schaalgrootte*. De samenstelling van de beroepsbevolking verandert, voornamelijk doordat het aandeel vrouwen, deeltijders en niet-westerse professionals toeneemt. De arbeidsmarkt wordt flexibeler, bijvoorbeeld doordat vaker gebruik wordt gemaakt van tijdelijke contracten. Professies worden bovendien steeds vaker in dienstverband in plaats van als vrij beroep uitgeoefend en in steeds grotere organisaties (schaalvergroting). Deze ontwikkelingen hebben vooral gevolgen voor de relaties tussen professionals onderling. Het contact wordt anoniemer en waar professionals in dienstverband en in grotere organisaties werken, neemt de gerichtheid op de eigen beroepsgroep af.

Een derde maatschappelijk proces is dat van *arbeidsverdeling en arbeidsspecialisatie*. Zo is er sprake van taakverbreding, waarbij professionals meer managementtaken op zich nemen. Anderzijds vindt taakspecialisatie plaats, waarbij zij zich juist op specifieke deelmarkten richten. Tot slot leidt taaksubstitutie ertoe dat specialistische of juist relatief simpele taken aan derden worden overgedragen. Voor professionals maken deze ontwikkelingen het lastiger de achtergrond en het kennisniveau van collega's te beoordelen. Ze kennen deze collega's immers niet of nauwelijks meer persoonlijk. Mogelijk leidt deze ontwikkeling tot een verschuiving in oriëntatie: van de eigen professie naar de organisatie waar de beroepsbeoefenaar werkt of naar het subspecialisme waarin hij zich heeft ontwikkeld.

Een vierde ontwikkeling is samen te vatten als *marktwerking, (de)regulering en commercialisering*. In de praktijk betekent dit dat afwijkende vormen van bedrijfsvoering hun intrede doen. In het geval van marktwerking moet men onderling gaan concurreren, als gevolg van commercialisering gebeurt dat op basis van winstoogmerk. Verzekeraars of farmaceutische bedrijven begeven zich als aanbieder van zorg op de markt. Professionals worden hierdoor afhankelijker van zowel cliënten als derde partijen. Men kan zich afvragen welke gevolgen deze ontwikkeling heeft voor het vertrouwen van professionals in deze partijen en in hun collega's. Als de gezondheidszorg één grote markt wordt, worden de motieven van andere beroepsbeoefenaren minder transparant.

Tot slot is sprake van *standaardisering en technologische veranderingen*. In de gezondheidszorg verwijst standaardisering vooral naar de introductie van kwaliteitssystemen en naar de formulering van richtlijnen en protocollen. Technologische ontwikkelingen vergemakkelijken het werk, maar maken ook dat aan de kwalificatieniveaus van professionals hogere eisen worden gesteld. Technologie maakt het voor professionals ook mogelijk in grotere en locatie-overstijgende verbanden samen te werken. Bovendien kunnen derden met technologische hulpmiddelen eenvoudiger het handelen van professionals monitoren. Zo maken ICT-toepassingen als internet het mogelijk de informatiekloof tussen professionals en bijvoorbeeld verzekeraars, toezichthouders en patiënten te verkleinen.

Alle bovenstaande trends leiden direct en indirect tot verandering van de positie van professies in de gezondheidszorg en, breder, in de maatschappij.

3.1 Inleiding

De positie van professionals in de gezondheidszorg wordt beïnvloed door verschillende maatschappelijke ontwikkelingen. Deels zijn deze sociaal-cultureel van aard, deels verwijzen ze naar meer economische en organisatorische veranderingen. Per ontwikkeling bespreken we hoe deze binnen de samenleving als geheel doorwerkt, binnen professies in het algemeen en binnen professies in de gezondheidszorg. Ook laten we zien of er sprake is van differentiële doorwerking voor specifieke groepen binnen de gezondheidszorg. Voorbeelden uit verschillende sectoren laten zien hoe de gesignaleerde ontwikkelingen uitwerken in de praktijk.
Voor veel ontwikkelingen geldt dat ze elkaar overlappen en wederzijds beïnvloeden. Toch bespreken we ze zoveel mogelijk op zichzelf staand. Aan het slot van elke paragraaf werken we in een kort overzicht uit hoe een ontwikkeling van invloed is op elk van de drie relaties die centraal staan in dit boek: de relaties tussen professionals en cliënten, tussen professionals onderling, en met derde partijen. De nadruk ligt dan ook vooral op maatschappelijke trends die het meest met deze aspecten van de positie van zorgprofessionals samenhangen. Door de keuze voor deze trends zijn er uiteraard ontwikkelingen die buiten beschouwing vallen. Zo is er in dit hoofdstuk bijvoorbeeld geen directe aandacht voor demografische veranderingen van de bevolking, waaronder het stijgende aandeel ouderen en de gemiddelde leeftijd van deze ouderen. Deze vergrijzing leidt wel tot meer druk op de gezondheidszorg – kan alle benodigde zorg wel verleend worden? – maar werkt vooral door in andere ontwikkelingen waarmee zorgprofessionals geconfronteerd worden, zoals organisatorische veranderingen.

Opbouw van het hoofdstuk

Sociaal-culturele trends	paragraaf 3.2
Veranderingen in arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en schaalgrootte van de arbeid	paragraaf 3.3
Veranderende arbeidsverdeling en specialisatie	paragraaf 3.4
Marktwerking, (de)regulering en commercialisering	paragraaf 3.5
Standaardisering, toezicht en technologische veranderingen	paragraaf 3.6

3.2 Sociaal-culturele trends

In de Nederlandse samenleving is een aantal lange-termijn sociaal-culturele processen waar te nemen. Deze werken mede door op de positie van professionals binnen en buiten de gezondheidszorg. Centraal staat het overkoepelende proces van individualisering. Het verwijst naar een lange ontwikkeling in westerse samenlevingen, waarbij de afhankelijkheid van het individu van zijn sociale omgeving afneemt en de individuele keuzevrijheid toeneemt. Maatschappelijke verbanden worden steeds informeler en het gezag van autoriteiten neemt af. Ook is sprake van een grotere behoefte aan variatie en meer nadruk op het eigen gevoel en individuele ontplooiing (SCP, 1999). Individualisering uit zich op allerlei terreinen, zoals vrijetijdsbesteding of familierelaties. Als het gaat om de afname van diensten, dan is een belangrijk aspect de toenemende mondigheid van burgers. Het klassieke voorbeeld is de consument in de winkel, die mondig en assertief is als een product niet goed is. Tegelijkertijd moet worden opgemerkt dat dezelfde consument zich in andere situaties misschien wel volledig laat overdonderen, bijvoorbeeld veroorzaakt door kennisachterstand ten opzichte van de aanbieder. Hoeveel mensen weten bijvoorbeeld wat hun rechten zijn als een product kapot gaat na de garantietermijn (Consumentenbond, 2006)?

Individualisering werkt door in de professionele dienstverlening, onder andere doordat het dienstenpakket van professionals verandert. Bijvoorbeeld, doordat het belang van het huwelijk als samenlevingsvorm afneemt, krijgen notarissen en advocaten vaker te maken met bemiddeling op het gebied van echtscheidingen. De toegenomen mondigheid van burgers leidt er verder toe dat het aantal klachtenprocedures en rechtszaken in het privaatrecht toenemen. Tussen 1995 en 2003 steeg het aantal huishoudens met tenminste één rechtsprobleem met 30%. Hierbij ging het vooral om geschillen over arbeid of uitkering (Van der Torre, 2005). Deze stijging kan gezien worden als uiting van een toenemende juridisering van de samenleving. De term juridisering verwijst naar een toenemende en meer complexe regelgeving op allerlei terreinen (bijvoorbeeld verkeer of milieu), maar ook naar het steeds sneller inzetten van juridische middelen om geschillen op te lossen (Storme, 2002). Er is, kortom, sprake van een steeds grotere claimcultuur. Deze levert enerzijds meer werk op voor professionele dienstverleners, maar zorgt er anderzijds voor dat hun eigen diensten kritischer door cliënten worden beoordeeld.

Ook binnen de gezondheidszorg verandert door sociaal-culturele ontwikkelingen de relatie tussen professionals en cliënten. Burgers nemen steeds meer kennis van gezondheidszorg, plus ontwikkelen hierover meer wensen. Dit is niet iets van de laatste jaren. Zo voorspelde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid al in 1977 dat de toekomstige zorggebruiker 'minder gemakkelijk berust bij ziekte of gebrek, hogere eisen stelt aan de gezondheid en groter aanspraak doet gelden op volwaardig individueel functioneren' (WRR, 1977). Toegankelijkheid van informatie speelt daarbij een grote rol. Door internet, maar ook andere vormen van media, zien patiënten dat steeds meer mogelijk is met medische technologie. Dit versterkt de toenemende nadruk op 'het vermaakbare lichaam', waarbij lichamelijke gebreken hersteld moeten worden (SCP, 2004). In de uiting van hun wensen zijn mensen ook steeds mondiger geworden. Zorgvragers zien de zorg als een product waarvoor ze betaald hebben en waaraan ze dus kwaliteits- en leveringseisen kunnen stellen. In hun contact met professionals gedragen ze zich ook in overeenstemming daarmee (Van der Jagt, 2003). Mede door toegenomen mondigheid en kennis stellen patiënten zich steeds assertiever op. Zo is het initiatief om vanuit de huisartspraktijk naar de specialist door te verwijzen meer en meer verschoven van de arts naar de patiënt en naar een gezamenlijke beslissing van arts en patiënt, het zogenaamde *'shared decision making'* (Groenewegen en Delnoij, 1997). Deze toename in mondigheid wordt ondersteund in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) waarin sinds 1995 de rechten van patiënten en de plichten van de hulpverleners wettelijk zijn vastgelegd. Centraal hierbij staat het principe van *'informed consent'*, oftewel de patiënt mag pas worden behandeld als is verteld wat gaat gebeuren en deze hiermee instemt. Dit vereist een cultuuromslag bij zowel professionals als patiënten. In de praktijk blijkt namelijk dat het informeren van patiënten maar in beperkte mate gebeurt. Artsen informeren hun patiënten veelal wel over de behandeling, maar niet over risico's en alternatieve mogelijk-

heden. Omgekeerd weten patiënten ook vaak niet dat de arts hen hierover behoort te informeren. Wat men precies van elkaar mag verwachten is voor beide partijen dus niet altijd duidelijk (Van Lindert e.a., 2000). Ook wordt ondanks de toegenomen mondigheid van burgers relatief weinig gebruikgemaakt van het tuchtrecht. Over langere termijn bekeken is er wel een stijging van het aantal klachten in het medisch tuchtrecht geweest: in de periode 1983-1992 zijn in totaal 5.333 klachten ingediend bij de tuchtrechter; in de periode 1993-2002 is dit gestegen tot 7.895 (Hout, 2006). Wel constateert het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg dat het tuchtrecht relatief weinig wordt gebruikt. Per jaar worden ongeveer 1.000 klachten ingediend, waarvan ongeveer 300 in hoger beroep worden behandeld. Tegelijkertijd vinden er jaarlijks naar schatting tientallen miljoenen contacten plaats tussen patiënten en de ongeveer 360.000 BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren (waaronder artsen, tandartsen, apothekers, fysiotherapeuten, maar ook verpleegkundigen en psychologen). In dat licht bezien is het aantal klachten erg bescheiden (CTG, 2006).
De vraag is of de cultuuromslag in benadering tussen professionals en patiënten wel zo snel verloopt. Een aspect van individualisering is bijvoorbeeld het toenemend belang van keuzevrijheid. Maar dit hoeft volgens Trappenburg (2005) niet te betekenen dat burgers ook daadwerkelijk sterk uiteenlopende zorgbehoeften en zorgvoorkeuren hebben die niet meer passen in collectieve standaardmaatregelen. Mogelijk valt deze pluriformiteit in wensen wel mee: "We willen effectieve medische zorg, zo min mogelijk nare bijwerkingen, goede informatie en vriendelijke hulpverleners. Het is niet heel veel ingewikkelder dan dat" (Trappenburg, 2005: 15). Wel kan het nog steeds zijn dat patiënten steeds beter in staat zijn die – sterk overeenkomstige – wensen te verwoorden en te realiseren. Door toegenomen kennis en mondigheid van patiënten is immers te verwachten dat de informatiekloof met professionals afneemt. In de praktijk staat dit proces nog aan het begin, want als mensen echt ziek zijn, stellen zij zich nog vaak erg afhankelijk op. Dit blijkt ook uit observatieonderzoek naar wat in de spreekkamer gebeurt. Zowel in 1986 als 2002 zijn consulten van huisartsen op video opgenomen en geanalyseerd. In tegenstelling tot wat men zou verwachten zijn de geobserveerde patiënten in 2002 minder mondig dan in 1986: ze stellen minder medische vragen, geven minder blijk van hun zorgen en vragen minder vaak om verduidelijking. Omgekeerd geven artsen in 2002 wel meer medische informatie ten opzichte van 1986, maar stellen ze zich ook zakelijker op (Bensing e.a., 2006). Over het algemeen is het nog steeds de

Conclusie: sociaal-culturele trends en hun invloed op de relaties van professionals

De veranderende houding van de bevolking heeft gevolgen voor de positie en beroepsuitoefening van professionals. Deze gevolgen zijn het duidelijkst zichtbaar bij de relatie van professionals met hun cliënten. Doordat patiënten mondiger worden, zullen ze eventuele klachten sneller aankaarten, maar is het ook mogelijk dat ze gemakkelijker van zorgaanbieder wisselen of elders second opinions aanvragen. Hierdoor worden de relaties tussen professionals en cliënten mogelijk zakelijker en van kortere duur. Dit beperkt de mogelijkheid om vertrouwen op te bouwen. Dit geldt voor het vertrouwen van patiënten in professionals, maar ook andersom. Professionals kunnen er minder op vertrouwen dat patiënten zich aan hen overleveren en open kaart spelen, bijvoorbeeld over het 'rondshoppen' bij collega's. Tegelijkertijd zorgt deze ontwikkeling er mogelijk voor dat professionals zich klantgerichter opstellen en meer aandacht besteden aan de communicatie met cliënten. Ook heeft dit mogelijk gevolgen voor de onderlinge relaties tussen professionals. Als patiënten meer 'rondshoppen', dan kan dit ertoe leiden dat andere beroepsbeoefenaren vaker cliënten wegkapen of juist de moeilijke gevallen doorsturen. Tot slot kan deze ontwikkeling de relatie tot derde partijen veranderen. Dit geldt bijvoorbeeld voor toezichthouders (die vaker door cliënten worden ingeschakeld), maar ook voor de eigen organisatie waar men werkt. Als de relatie tussen professional en cliënt minder exclusief wordt, worden professionals meer inwisselbaar. Dit zal de lange-termijn relatie met patiënten nog verder onder druk zetten.

arts die het verloop van het consult bepaalt en is de gemiddelde patiënt nog steeds afwachtend en volgend (Van Dulmen en Bensing, 2002). Er vindt dan ook een verschuiving plaats zodra men patiënt wordt en zich in een afhankelijke situatie bevindt. Zolang mensen gezond zijn kunnen zij informatie verzamelen, afwegingen maken enzovoorts; zij kunnen een beredeneerd vertrouwen opbouwen. Op het moment dat hun bestaan wordt bedreigd, gaan onzekerheid en emotie een belangrijke rol spelen. Ondanks hun toegenomen mondigheid vallen zij dan vaker terug op blind vertrouwen.

3.3 Veranderingen in arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en schaalgrootte van de arbeid

Op de arbeidsmarkt van professionele dienstverlening vindt een aantal ontwikkelingen plaats. Deels hebben deze betrekking op de omvang en samenstelling van de beroepsbevolking en deels verwijzen ze naar ontwikkelingen in de werkverdeling binnen diezelfde beroepsbevolking. In alle gevallen gaat het om de vraag op welke manier het arbeidsaanbod is vormgegeven.

Veranderende samenstelling van de beroepsbevolking

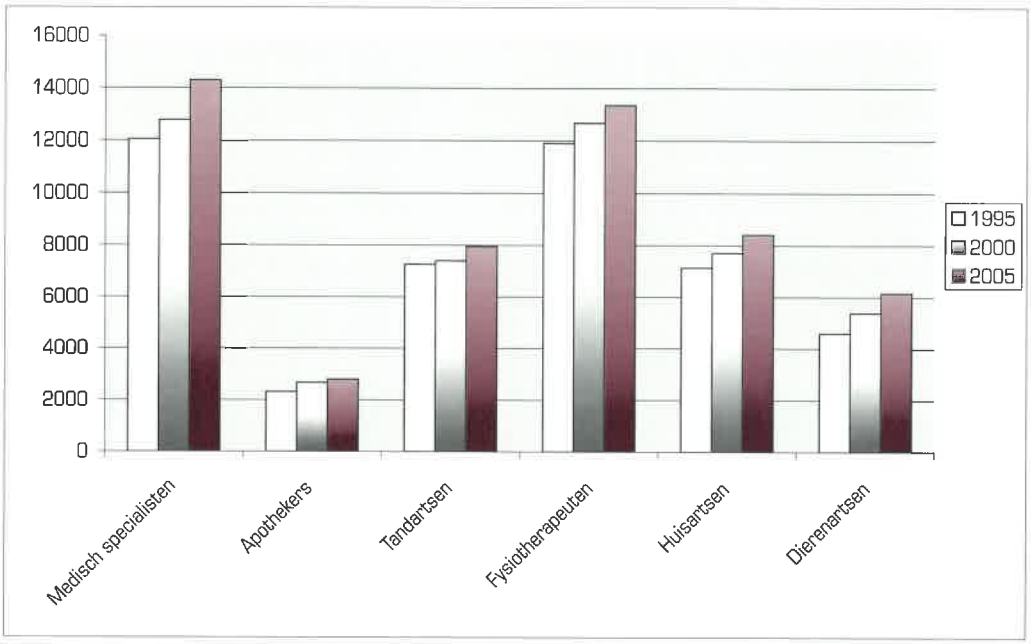
Over langere tijd heeft een verschuiving plaatsgevonden in de Nederlandse arbeidsmarkt en beroepenstructuur. Op basis van wetenschappelijke en technologische inzichten zijn de afgelopen eeuw steeds meer sectoren gemechaniseerd. Dit leidde tot een gigantische productiviteitsstijging, die op haar beurt de ontwikkeling van de verzorgingsstaat mogelijk heeft gemaakt (Ultee e.a., 1996). Het aandeel werkenden in de dienstensector is sterk toegenomen ten opzichte van de landbouw en nijverheid, mede versterkt door verdergaande automatisering. Ook steeg het opleidingsniveau van Nederlanders, waardoor het aantal kennisbanen kon groeien.
Een andere opvallende verandering is de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen, deels veroorzaakt door hun stijgende opleidingsniveau. Zo groeide het aandeel vrouwen in de totale beroepsbevolking tussen 1974 en 2004 van 27% naar 42% (CBS, 2006). Wel wordt in Nederland relatief veel in deeltijd gewerkt, mede als gevolg van gunstige arbeidstijdenwetgeving (Visser e.a., 2004). Ter illustratie, 74% van alle werkende vrouwen in Nederland heeft een deeltijdbaan, vergeleken met 34% in de Europese Unie (Eurostat, 2004). Ondanks de stijgende arbeidsdeelname van vrouwen blijft het aandeel vrouwen in wetenschappelijke beroepen ietwat achter ten opzichte van de totale bevolking.
Een laatste demografische verandering op de arbeidsmarkt heeft betrekking op de etnische samenstelling van de beroepsbevolking. Als gevolg van arbeidsmigratie uit niet-westerse landen is deze samenstelling sterk veranderd. Vooralsnog nemen personen van allochtone herkomst een minder gunstige positie in op de arbeidsmarkt en ook in het onderwijs is er nog sprake van een achterstand. Wel is te zien dat als allochtone scholieren eenmaal de stap zetten naar havo of vwo, ze juist relatief vaker doorstromen naar het hoger en wetenschappelijk onderwijs. Daarbinnen kiezen ze ook vaker voor opleidingsrichtingen met een goed perspectief op de arbeidsmarkt, zoals economie of rechten (Gijsberts en Hartgers, 2005). Hoewel langzamer dan veelal gedacht, zal daarmee de positie van allochtonen op de arbeidsmarkt verbeteren.

In de verschillende professies is ook te zien dat hun samenstelling verandert. Allereerst is de omvang van veel professies gestaag gestegen in de afgelopen decennia. Zo is tussen 1990 en 2005 het aantal advocaten dat ingeschreven is bij de Nederlandse balie meer dan verdubbeld: van 6.381 naar 13.765 advocaten (Nederlandse Orde van Advocaten, 2006a). Daarnaast verandert de demografische samenstelling van de professies. Het aandeel vrouwen neemt in de verschillende professies toe. Wel blijft deze ontwikkeling vooralsnog achter bij de hele beroepsbevolking én verschillen de professies onderling sterk. In de advocatuur nam het aandeel vrouwen tussen 1996 en 2004 toe van 31% naar 38%. Bij het notariaat is inmiddels 58% van de kandidaat-notarissen vrouw (KSU, 2005). Tevens verandert de etnische samenstelling van professies in het algemeen. Het aandeel professionals van verschillende etnische herkomst neemt verder toe. Gevolg hiervan is, onder andere, dat meer maatwerk kan ontstaan in dienstverlening voor etnische groeperingen. Te verwachten is dat met een stijgend opleidingsniveau en een stijgende arbeidsmarktpositie van etnische groeperingen ook institutionele professionele dienstverleners een deel van hun werkzaamheden en productontwikkeling op hen zullen richten.

Veranderingen in de professies worden gedeeltelijk versterkt door hun huidige samenstelling. Door de uitstroom van de babyboomgeneratie worden de professionele beroepen geconfronteerd met een toenemende vervangingsvraag als gevolg van pensionering. Bij de invulling van deze vervangingsvraag zijn bijvoorbeeld in de accountancy en advocatuur grote knelpunten te verwachten (Raad voor Werk en Inkomen, 2004). Om dit tegen te gaan worden initiatieven ontplooid, bijvoorbeeld in de vorm van stimuleringsmaatregelen om jongeren voor een professie te interesseren, vergroting van de mogelijkheden om buitenlandse professionals aan te trekken of taakdelegatie naar andere beroepen. De demografische samenstelling van een professie kan daarmee een bedoelde of onbedoelde motor zijn voor allerlei andere veranderingen.

Ook binnen de gezondheidszorg verandert de samenstelling van de professies. Zo is het aantal beroepsbeoefenaren in de verschillende zorgprofessies de laatste jaren toegenomen, en deze ontwikkeling zal op basis van opleidingsaantallen nog enige jaren doorzetten (Van der Velden e.a., 2006). Cijfers over de groei van de zes onderzochte beroepsgroepen in deze studie staan in figuur 3.1.
Ook het aandeel vrouwen in gezondheidszorgprofessies neemt gestaag toe (figuur 3.2). Dit zal in de toekomst nog verder doorzetten, doordat vooral mannen stoppen met werken als gevolg van pensionering en vrouwen steeds vaker hun posities overnemen. Waar vrouwen bijvoorbeeld in de studies tandheelkunde en geneeskunde traditioneel in de minderheid waren, zijn zij inmiddels in de meerderheid. Met vertraging werkt dat door in de vervolgopleidingen en de beroepsdeelname. Zo is het aandeel vrouwen in de huisartsenopleiding in 2005 gestegen tot 66%, in het totaal aan opleidingen tot medisch specialist is dit 49% (Van der Velden e.a., 2006). Deze toename in het aandeel vrouwen heeft een aantal gevolgen. Ten eerste kan dit leiden tot een verschuiving in het beschikbare aanbod aan profes-

Figuur 3.1: Aantal beroepsbeoefenaren in zes zorgprofessies, periode 1995-2005



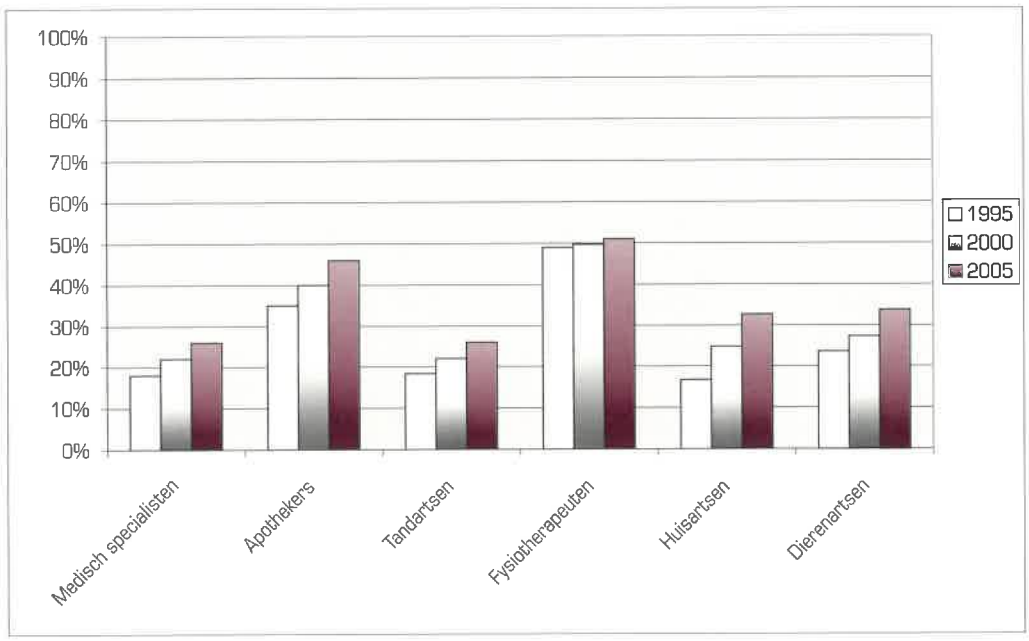
Bron: huisartsen en fysiotherapeuten (extramuraal): NIVEL (2006a, 2006b); medisch specialisten: Capaciteitsorgaan (2005) N.B. 1995 schatting o.b.v. www.azwinfo.nl; tandartsen en apothekers: www.azwinfo.nl (2006); dierenartsen KNMvD (2006).

sionals. Immers, mannelijke en vrouwelijke studenten hebben niet exact dezelfde studievoorkeur. Bijvoorbeeld in de diergeneeskunde kiezen vrouwen relatief vaak voor het werken met paarden of gezelschapsdieren. Ook binnen de medisch specialistische vervolgopleidingen zijn duidelijke verschillen te zien in het aandeel vrouwen. Zo is het aandeel vrouwen binnen de opleiding klinische genetica 81%, inwendige geneeskunde 58% en orthopaedie en neurochirurgie respectievelijk 18% en 16% (Van der Velden e.a., 2006).
Doordat de participatie van vrouwen in de gezondheidszorg verder toeneemt, zal ook het werken in deeltijd binnen de gezondheidszorg verder toenemen (McMurray e.a., 2005; De Jong e.a., 2005). Dit geeft een extra impuls om de organisatie van de zorg anders in te richten. Daarbij valt onder andere te denken aan duobanen of de opkomst van 'moedercontracten' waarbij bijvoorbeeld operatieverpleegkundigen alleen tijdens schooltijd werken. Tegelijkertijd is het de vraag wat dit voor gevolgen heeft voor het aanzien van de gezondheidszorgprofessies. Over het algemeen blijkt namelijk dat de status van een beroep daalt naarmate het aantal vrouwelijke beoefenaars ervan stijgt. Omgekeerd, als een beroep in status daalt, verdwijnen de mannen. Deze vicieuze cirkel wordt wel de 'wet van Sullerot' genoemd, naar de Franse sociologe Evelyne Sullerot.

Veranderingen in arbeidsverhoudingen

De wijze waarop verschillende beroepsgroepen hun beroep uitoefenen is aan verandering onderhevig. Het gaat hierbij om processen van flexibilisering en veranderingen in het werken in loondienst. In de beroepsbevolking als geheel zijn deze veranderingen beperkt. Zo heeft in zowel 1994 als 2004 nog steeds een grote meerderheid van werknemers in Nederland (rond de 87%) een vast contract. Ook het gebruik van een flexibele arbeidsvorm als onregelmatige werktijden is door de tijd heen nauwelijks veranderd: van 26% in 1994 naar 23% in 2004 (Fouarge e.a., 2006). Er is, kortom, geen sprake geweest van een grote afname van stabiele loopbanen op basis van vaste contracten en vaste werktijden.

Figuur 3.2: Aandeel vrouwen van de werkzame zorgprofessionals, periode 1995-2005



Bron: huisartsen en fysiotherapeuten (extramuraal): NIVEL (2006a, 2006b); medisch specialisten: Van der Velden e.a. (2003, 2006); tandartsen: www.azwinfo.nl (2006); apothekers: SFK (2006); dierenartsen: KNMvD (2006).

Bovenstaande vormen van flexibiliteit worden vaak samengevat als vormen van numerieke flexibiliteit. Het gaat hierbij om de mogelijkheid om de personeelsomvang aan te passen, bijvoorbeeld door uitzendarbeid, tijdelijke contracten of overwerk. Een andere vorm van flexibiliteit is functionele flexibiliteit: de mogelijkheid om arbeid van verschillende soorten of op verschillende plaatsen in te kunnen zetten. In 1994 was 61% van de werknemers wel eens ingezet voor werkzaamheden die eigenlijk tot een andere functie of afdeling behoorden, in 2004 was dit nagenoeg gelijk (59%). Een andere ontwikkeling in dit verband is de vraag of er een verschuiving plaatsvindt in de beroepsbevolking in het aandeel kleine zelfstandigen. Dit is in de beroepsbevolking als geheel niet het geval: tussen 1996 en 2004 is het aandeel zelfstandigen eveneens gelijk gebleven (circa 12% van de beroepsbevolking, CBS, 2006).

Vervolgens is het de vraag of er grote verschuivingen hebben plaatsgevonden binnen de professies. De voornaamste ontwikkeling is de verschuiving van werken in vrije vestiging naar werken in dienstverband, die binnen veel professies plaatsvindt. In zowel de advocatuur als het notariaat gaat dit gepaard met het wegnemen van restricties voor professionals in loondienst om hun beroep op dezelfde manier te kunnen uitoefenen als vrijgevestigde professionals. Zo stelt het bestuur van de Nederlandse Orde van Advocaten (2006b) voor om toetredingsmogelijkheden van advocaten in dienstbetrekking te verruimen, dit als alternatief voor voorstellen om het domeinmonopolie voor niet-advocaten open te stellen. Voor het notariaat is in 2006 door de Tweede Kamer een wetsvoorstel goedgekeurd waarin het verschil tussen vrijgevestigde en in loondienst werkende notarissen komt te vervallen. In dat geval kunnen ook notarissen in loondienst een akte zelfstandig afhandelen. Het idee van de maatregel is dat de huidige kandidaat-notarissen die niet vrijgevestigd willen werken, meer toekomstperspectief krijgen. Hierdoor kunnen ze langer in het notariaat blijven werken en dit mogelijk ook gemakkelijker combineren met een deeltijdaanstelling (Ministerie van Justitie, 2005).

Ook binnen de gezondheidszorgprofessies vindt een lange-termijnverschuiving plaats in de wijze van vestiging. Een belangrijk aspect bij de verschuiving van vrijgevestigde naar in loondienst werkende professionals, is het feit dat dit deels samenhangt met het geslacht van professionals. Bijvoorbeeld, van de zelfstandig gevestigde huisartsen is 27% vrouw, van de huisartsen in dienst van een andere huisarts (HIDHA's) is 83% vrouw (NIVEL, 2006b). Ook bij apothekers gaat de afname van het aantal apothekers dat eigenaar is van de apotheek waarin ze werken, gepaard met een toename van het aantal vrouwen (SFK, 2006). Binnen medisch specialismen is een zelfde ontwikkeling te zien. Zo willen meer vrouwelijke dan mannelijke AIOS (artsen in opleiding tot medisch specialist) later in loondienst gaan werken (47% versus 29%). De belangrijkste reden om in loondienst te willen werken is dat men verwacht minder tijd kwijt te zijn aan administratieve en financiële rompslomp (Heiligers e.a., 2002).

De verschuiving van vrijgevestigde naar in loondienst werkende professionals leidt tot een andere belangenbehartiging door de beroepsorganisaties. Dit verschil in belangen wordt geïllustreerd door de indeling van de Orde van Medisch Specialisten in drie afzonderlijke Kamers: een Kamer Vrij Beroep, een Kamer Academische Specialisten en een Kamer Dienstverband. Elk van deze Kamers houdt zich bezig met de beleidsontwikkeling en (collectieve en individuele) belangenbehartiging voor medisch specialisten binnen hun terrein. Zo is de Kamer Vrij Beroep vooral betrokken bij discussies omtrent de invoering van de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) en uurtarieven, terwijl de Kamer Dienstverband zich sterk heeft ingespannen bij de totstandkoming van een Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in dienstverband (AMS) in 2001. Expliciet streven hierbij was om te komen tot een vorm waarbij dienstverband als volwaardig alternatief voor vrije vestiging kan worden gezien (Orde van Medisch Specialisten, 2006).

De beweging tussen vrijgevestigd en in loondienst gaat historisch gezien niet per definitie één kant op. Illustratief hierbij is de reeks pogingen die eind jaren negentig van de vorige eeuw zijn gedaan om vrijgevestigde verpleegkundige maatschappen op te richten. Deze vorm van professionele organisatie kwam niet van de grond, maar als alternatief voor het in loondienst werken koos

een aantal verpleegkundigen ervoor om freelance te werken, al dan niet via een specialistisch verpleegkundig uitzendbureau, inpasbaar binnen de eigen tijdsplanning. Een zelfde verschuiving is te zien bij huisartsen. Voorheen was de keuze voor waarnemerschap beperkt tot huisartsen die nog geen praktijk konden vinden (naast bijna gepensioneerde huisartsen). Inmiddels lijken steeds meer huisartsen bewust te kiezen voor het waarnemen van andermans werk en diensten. Dit biedt immers veel vrijheid en flexibiliteit, zonder de administratieve belasting van een eigen huisartspraktijk (Lugtenberg e.a., 2006).

Schaalvergroting

In verschillende sectoren heeft de afgelopen decennia een aanzienlijke schaalvergroting plaatsgevonden. Het gaat hierbij om fusies, personeelsuitbreiding of ketenvorming (bijvoorbeeld bij supermarkten). Illustratief is de ontwikkeling in een ander semi-publiek domein, het onderwijs. Tussen 1950 en 1990 nam het aantal middelbare scholen met 15% af, terwijl het aantal leerlingen steeg met 350% (De Blok, 2005). De gemiddelde school is dus vier keer zo groot geworden. Ook zijn bijvoorbeeld honderden scholen voor beroepsonderwijs en instellingen voor volwasseneneducatie opgegaan in een vijftigtal Regionale Opleidingscentra (ROC's). De argumenten voor dergelijke schaalvergroting worden ook gebruikt voor de zorgsector. Om de grote instroom in het onderwijs aan te kunnen, werd ingezet op efficiëntieverhoging door middel van schaalvergroting. Een ander argument was dat een goede doorstroming van leerlingen vraagt om brede scholengemeenschappen. Ook is gewezen op de mogelijke nadelen van schaalvergroting, zoals een toename van anonimiteit

Schaalvergroting op grote schaal: de Mayo Clinic

Bij schaalvergroting wordt al snel gedacht aan het ontstaan van zeer grote organisaties. Met name in het buitenland zijn hiervan binnen de gezondheidszorg sprekende voorbeelden te zien, zoals de Mayo Clinic in de Verenigde Staten. Naar eigen zeggen is deze kliniek

> 'the first and largest integrated group practice in the world. Doctors from every medical specialty work together to care for patients, joined by common systems and a philosophy of "the needs of the patient come first." More than 2,500 physicians and scientists and 42,000 allied health staff work at [three different Mayo Clinics]. Collectively, [they] treat more than half a million people each year'.
>
> (bron: www.mayoclinic.org)

Ook in andere delen van de wereld, met name in Zuid-Oost Azië ontstaan dergelijke initiatieven, en er wordt soms ook gesproken van een *brain drain* van Europese landen naar deze topklinische instituten. In aantallen personen lijkt dit echter mee te vallen. Daarnaast wordt over het algemeen de kans klein geacht dat in Nederland één centraal topklinisch instituut ontstaat.

Schaalvergroting op kleine schaal: de groei van verloskundige praktijken

Naast schaalvergroting waarbij organisaties met vele honderden of duizenden medewerkers ontstaan, vindt ook een verschuiving plaats in schaalgrootte in kleine organisaties, met name in de eerstelijns gezondheidszorg. Een illustratief voorbeeld is de groei van verloskundige praktijken in de afgelopen jaren. In 1980 werkte maar 9% van de verloskundigen in een praktijk van drie of meer personen; 25 jaar later, in 2005, is dit gestegen naar 83%. Deze ontwikkeling is vooral ten koste gegaan van solopraktijken: het aandeel solisten nam af van 68% tot 4%. Toch zijn de groepspraktijken van verloskundigen niet extreem in omvang gestegen: van de personen in een groepspraktijk werkt ruim de helft in 2005 in een praktijk van drie of vier verloskundigen. Blijkbaar is dit aantal voldoende om het werk goed te kunnen verdelen en zich tegelijkertijd relatief dichtbij de zorggebruikers te kunnen vestigen (Kenens en Hingstman, 2005).

en extra kosten van overhead (RMO, 2000). Het belangrijkste bezwaar – dat door schaalvergroting de kwaliteit van het onderwijs verslechtert – heeft de Onderwijsinspectie niet kunnen vaststellen. Weliswaar presteren kleine scholen iets beter op didactisch gebied, in leerlingbegeleiding en kwaliteitszorg hebben grotere scholen juist een voordeel (De Blok, 2005). De grote scholen die zich kleinschalig organiseren in bijvoorbeeld juniorcolleges, onder- en bovenbouw of andere units, combineren de voordelen van beide. Er lijkt daarbij een trend te zijn dat grotere onderwijsinstanties zich intern steeds vaker kleinschalig organiseren. Dit ondervangt mogelijk ook een ander bezwaar tegen schaalvergroting: de individuele docenten voelen zich een nummer en trekken zich terug in het koninkrijk van hun eigen klaslokaal óf vertrekken juist uit het onderwijs. Het is de vraag of hetzelfde plaatsvindt in de gezondheidszorg.

Binnen veel vormen van professionele dienstverlening heeft de afgelopen tien jaar een schaalvergroting plaatsgevonden (Arts e.a., 2001). Binnen de advocatuur zijn er bijvoorbeeld nog wel veel kleine advocatenkantoren, maar groeit het aandeel advocaten in grote kantoren gestaag. Zo bestaat maar 0,6% van alle advocatenkantoren uit meer dan 60 advocaten. Tegelijkertijd werkt inmiddels 19% van alle advocaten in deze grote kantoren. In 1996 was dit nog 13% (Nederlandse Orde van Advocaten, 1997; 2006a). Hetzelfde geldt voor accountantskantoren, waarvan de schaalvergroting rond 2001 relatief stabiliseerde. In dat jaar werkten 54% van alle bij het NIVRA bekende leden in één van de vijf grootste accountantskantoren, te weten kantoren met meer dan 100 registeraccountants (NIVRA, 2001, 2005). Schaalvergroting in het notariaat is relatief beperkt vergeleken met de overige professies. Van de 1.420 notarissen in Nederland in 2005 werken slechts 84 personen (6%) in een kantoor met 10 of meer notarissen. Wel werkt circa 40% van de 1.800 kandidaat-notarissen in deze (in totaal 7) kantoren. Naar analogie met ziekenhuizen hebben grote notariskantoren dan ook een sterke opleidingsfunctie (KSU, 2005).

In de gezondheidszorg zijn processen van schaalvergroting mede ingegeven doordat met het complexer worden van de zorg een concentratie van deskundigheid en apparatuur noodzakelijk is. Van oudsher verschillen de gezondheidszorgprofessies in de mate waarin ze afhankelijk zijn van faciliterende organisaties om hun beroep te kunnen uitoefenen. Zo werken tandartsen en huisartsen relatief vaak in zelfstandige praktijken, hetzij solo, hetzij in een groepspraktijk. Medisch specialisten zijn relatief vaak werkzaam in loondienst van een grotere organisatie. Zij zijn sterk afhankelijk van een ziekenhuis om hun beroep uit te oefenen, dit vanwege onderlinge samenwerking, het gebruik van ruimte en specialistische apparatuur. De laatste decennia is vooral de omvang van ziekenhuizen sterk toegenomen. In samenhang hiermee zijn ook maatschappen van specialisten groter geworden; soms zijn ze samengevoegd tot ziekenhuisbrede stafmaatschappen (Meloen e.a., 2000; Groenewegen en Van Lindert, 2001). Ook bij dierenartsen smelten kleine praktijken steeds meer samen tot groepspraktijken, van soms tien of meer dierenartsen.

Een belangrijke vorm van schaalvergroting is het fuseren van kleinere organisaties. Dit kan (althans, zo hopen de initiatiefnemers) in relatief korte tijd tot een verbetering leiden van de concurrentiepositie en levensvatbaarheid. Ruwweg twee manieren van fuseren zijn a) binnen de eigen beroeps- en bedrijfssector en b) tussen sectoren. In het eerste geval kan men in capaciteit groeien en in het tweede geval kan men het scala aan zorgaanbod vergroten (CBS, 2005). Van beide ontwikkelingen lijkt duidelijk sprake te zijn. Binnen de eerstelijns zorg valt te denken aan de opkomst van multidisciplinaire gezondheidscentra. Daarnaast zijn sectoroverstijgende samenwerkingsverbanden ontstaan. Voorbeelden zijn het vestigen van huisartsenposten in ziekenhuizen of verdergaande samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorginstellingen, bijvoorbeeld door het inrichten van een zorghotel bij het ziekenhuis.

3.4 Veranderende arbeidsverdeling en arbeidsspecialisatie

Verschuivingen in werkzaamheden van beroepen kunnen plaatsvinden over langere tijd en vinden hun weerslag in de beroepenstructuur. De mechanisering en ontwikkeling van de (post-) industriële samenleving uitte zich onder andere in het hanteren van technocratische principes,

Conclusie: veranderingen in arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen en schaalgrootte en hun invloed op professies

Veranderingen op de arbeidsmarkt zijn mede van invloed op de positie die professionals innemen ten aanzien van cliënten, collega's en derde partijen. Van oudsher was de gezondheidszorgprofessional een heer van stand. Door de veranderende samenstelling van de professies zullen de omgangsvormen mogelijk veranderen (van 'amice collega' naar 'geachte heer, mevrouw'). Belangrijker is dat hiermee ook de organisatie van het werk verschuift. Door de toename van het werken in deeltijd en in loondienst binnen grotere organisaties, wordt de relatie tussen professionals onderling anoniemer. Men kent elkaar minder persoonlijk en is meer afhankelijk van andere bronnen voor vertrouwen, bijvoorbeeld geïnstitutionaliseerde regels over taakoverdracht. Ook verandert door deze ontwikkelingen de relatie tussen professionals en de organisaties waarbinnen ze werken. Mede door het werken in deeltijd en in loondienst wordt een professie steeds meer een gewone baan, waarbij men in een werknemers-werkgeversrelatie komt tot de organisatie waar men werkt. Leidt dit ertoe dat de binding met de organisatie toeneemt en de binding met de beroepsgroep als geheel afneemt? Ook is het de vraag wat hierdoor gebeurt met de loyaliteit en het verantwoordelijkheidsgevoel ten aanzien van het werk. Daarnaast is er een anonimisering van de relatie tussen arts en patiënt, versterkt door schaalvergroting en de andere organisatie van werk (bijvoorbeeld de huisartsenposten in plaats van de eigen huisarts die aan huis komt).

waarbij binnen productieorganisaties taken steeds verder opgedeeld werden in verschillende onderdelen. Hierbij ging elke werknemer zich op een bepaald onderdeel toeleggen (de bijbehorende term 'Fordism' verwijst naar de hierbij gehanteerde specialisatieprincipes in de automobielindustrie). De trend naar verdere specialisering wordt geïllustreerd door de veelheid van opleidingsrichtingen. Tegelijkertijd is er behoefte aan generieke competenties, mede door het multidisciplinaire karakter van veel samenwerkingsverbanden. Volgens de Duitse socioloog Beck (1992) zal de arbeidsmarkt van de toekomst een steeds gedifferentieerder en minder standaard beeld laten zien (SCP, 2004). Niet alleen arbeidsrelaties en loopbaanpatronen zullen een grotere variatie te zien geven, maar hetzelfde geldt voor de beroepsuitoefening zelf. Het gaat daarbij om ontwikkelingen als taakverrijking en functieverbreding, maar tegelijkertijd ook om specialisatie en functiedifferentiatie.
Binnen professies zijn deels dezelfde processen gaande. Bij de bespreking hiervan staan drie veranderingen in arbeidsverdeling centraal. Als eerste neemt in veel professionele beroepen de mate van *taakverdieping / taakspecialisatie* toe. Dit lijkt in sterkere mate te gelden voor accountancy en advocatuur dan voor notarissen. Binnen de advocatuur wordt dit geïllustreerd door de specialisaties bij de universitaire (master)opleiding rechten. Ook in advocatenkantoren ontstaan verdere deelspecialisaties en nichemarkten. Steeds meer advocaten en (kleinere) kantoren leggen zich bijvoorbeeld toe op een bepaald juridisch terrein, zoals arbeidsrecht, letselschaderecht of echtscheidingszaken. Een tweede vorm van veranderende arbeidsverdeling ligt in de invulling van management- en bestuurstaken (*taakverbreding*). Hoewel precieze cijfers ontbreken wordt er naar verwachting gemiddeld per persoon meer tijd besteed aan bestuur en management, juist door de stijgende complexiteit van bedrijfsvoering, toegenomen regelgeving en het ontstaan van (praktijk- en organisatieoverstijgende) overlegorganen, zoals toetsings- en kwaliteitscommissies. Ten derde kan er een verschuiving plaatsvinden in de inhoud van de professie (*taakverandering / taaksubstitutie*). Bijvoorbeeld door afstoting van taken naar andere beroepen of marktpenetratie door andere beroepen, vinden verschuivingen plaats. Ook vraagontwikkelingen of veranderende wet- en regelgeving spelen een rol. Hierbij ontstaan nieuwe vormen van samenwerking tussen beroepen. Een voorbeeld van sectoroverstijgende samenwerking is zichtbaar in de advocatuur en het notariaat, waar met name advocatenkantoren op het gebied van ondernemingsrecht worden uitgebreid met notariële diensten. Al deze processen hangen sterk samen met het eerder

genoemde proces van schaalvergroting. Bijvoorbeeld in het notariaat is te zien dat de meeste grote kantoren zich de afgelopen jaren meer en meer zijn gaan richten 'op de ondernemingsrechtpraktijk en de onroerend goed praktijk. Dit betekent dat notarissen die bijvoorbeeld een personen- en familierechtpraktijk voerden in veel gevallen hun werk elders, op een kleiner kantoor, hebben voortgezet. Daarmee zien we niet alleen een splitsing naar het type werk per kantoor, maar ook de ontwikkeling naar een meer gespecialiseerde notaris' (KSU, 2005).

In nagenoeg alle gezondheidszorgprofessies vindt *taakspecialisatie* plaats, hoewel de formele mogelijkheden hiertoe tussen professies verschillen. Medisch specialisten richten zich steeds meer op één aandachtsgebied, mede als gevolg van technologische ontwikkelingen, kennistoename en strengere eisen van de wetenschappelijke verenigingen (Lugtenberg e.a., 2005). Ook in personeelsadvertenties wordt vaker gevraagd naar specialisten die zich hebben bekwaamd in een aspect van de beroepsuitoefening (Groenewegen en Marangos, 2004). Bij huisartsen zijn er formeel geen mogelijkheden voor subspecialisatie, maar de nascholingskeuzes van artsen wijzen erop dat sommigen zich bijvoorbeeld toeleggen op psychische en sociale problematiek. Taakspecialisatie is ook te zien bij dierenartsen, zowel in de dierenarts(vervolg)opleiding als in praktijken. Dierenartsen gericht op landbouwhuisdieren leggen zich steeds meer toe op één of enkele diersoorten, zoals pluimvee. Deze ontwikkeling hangt mede samen met de toegenomen schaalvergroting en specialisatie bij veehouders / cliënten. Hierdoor is het voor dierenartsen efficiënter om zich op een dergelijke deelmarkt te richten, en zich qua vakkennis op dat terrein te verdiepen. Ook processen van *taakverbreding* zijn duidelijk zichtbaar, waarbij steeds meer belang wordt gehecht aan managementparticipatie. In advertenties voor medisch specialisten wordt in 2002 in ruim 60% van de advertenties de bereidheid gevraagd om managementtaken in het ziekenhuis op zich te nemen. In de jaren 1992 en eerder was dit verwaarloosbaar (Groenewegen en Marangos, 2004). Het laatste aspect van de veranderende arbeidsverdeling is de toegenomen *taakverandering en taaksubstitutie*. Hierbij valt te denken aan de opkomst van nieuwe beroepen die taken van zorgprofessionals over kunnen nemen. Binnen de huisartsenzorg geldt dit bijvoorbeeld voor praktijkondersteuners (Van den Berg en De Bakker, 2003; Lamkaddem e.a., 2004). In ziekenhuizen ontstaan posities, zoals Nurse Practitioners, of Ventilation Practitioners (IC-verpleegkundigen gespecialiseerd in beademing). Voor verpleegkundigen betekenen dergelijke functies een extra uitbreiding van hun doorgroei- en specialisatiemogelijkheden. Daarnaast gaat het hierbij deels om een verschuiving of afstoting van taken naar andere plekken dan de eigen behandellocatie. Daar waar duidelijk sprake is van ketenzorg, worden taken veelal op een bepaald moment overgedragen naar anderen. Deze overdracht kan enerzijds plaatsvinden,

Conclusies: veranderende arbeidsverdeling en arbeidsspecialisatie en hun invloed op de relaties van professionals

Bewegingen in de verdeling en specialisatie van arbeid gaan door de tijd heen niet altijd dezelfde kant op. In die zin is er sprake van een zekere harmonicabeweging, waarbij de nadruk soms ligt op meer specialistische, maar soms juist op meer generalistische kennis. Als men zich steeds meer specialiseert en/of taken aan anderen overdraagt, heeft dit met name gevolgen voor de onderlinge relaties tussen professionals. Schaalvergroting werkt dit verder in de hand. Voor professionals onderling is het lastiger te bepalen wat de precieze achtergrond en het kennisniveau is van collega's (die ze ook steeds minder persoonlijk kennen). Voor een deel leidt dit mogelijk tot een verschuiving in oriëntatie: van de eigen professie naar de organisatie waar men werkt of het subspecialisme waarin men zich ontwikkeld heeft. Ook voor de relatie met cliënten heeft dit gevolgen. Bijvoorbeeld, het feit dat men door ondersteunend personeel behandeld wordt, leidt er mogelijk toe dat het basisvertrouwen afneemt. Het is immers moeilijk te bepalen welke behandelaar over welke kwalificaties beschikt.

doordat er sprake is van zeer gespecialiseerde kennis (bv. gespecialiseerde chemici in ziekenhuizen), anderzijds omdat kennis juist sterk vereenvoudigd is (zoals het aanmeten van een bril of gehoorapparaat bij een opticien of audioloog). Tot slot valt te denken aan nieuwe samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld multidisciplinaire behandelteams. Het gevolg hiervan is dat de gezondheidszorgprofessie meer en meer een kwestie is van teamwerk. Dit zorgt ook weer voor nieuwe eisen aan de opleiding van professionals.

3.5 Marktwerking, (de)regulering en commercialisering

In deze paragraaf bespreken we naast processen van (de)regulering ook de thema's marktwerking en commercialisering. Deze laatste twee liggen in elkaars verlengde, maar worden hier apart besproken. In zijn algemeenheid kan marktwerking immers ook plaatsvinden in niet-commerciele omgevingen. Het unieke karakter van de gezondheidszorg en de professies daarbinnen is dat het zich deels beweegt op het publieke, en deels op het private domein. Zowel marktwerking als commercialisering zijn daarbij waar te nemen.

Marktwerking en (de)regulering

Vanuit de landelijke overheid is sinds de jaren negentig regelgeving aangepast, om zo meer marktprikkels in te bouwen in niet- of hooguit semi-private sectoren. Hoewel dit in sectoren als de energievoorziening en telefonie op termijn wel leidde tot liberalisering, beginnen deze processen veelal met het eerst inbouwen van marktprikkels zonder dat de markt wordt vrijgegeven. In onze bespreking van marktwerking staat hierbij centraal dat het presteren van organisaties of instellingen door onderlinge concurrentie of andere vormen van marktprikkels wordt beïnvloed. Dit kan plaatsvinden binnen gereguleerde, niet-private sectoren. Het gaat dan bijvoorbeeld om prestatiecontracten bij de politie of in het onderwijs. In deze laatste sector vindt al over een langere periode een verschuiving plaats naar meer marktconform opereren (Onderwijsraad, 2001; 2004). Dit is het meest zichtbaar in het hoger onderwijs. Bijvoorbeeld, HBO-instellingen concurreren van oudsher met elkaar om de gunst van de student, maar ook ontstaat marktdynamiek ten opzichte van universiteiten. Met de invoering van het bachelor-master onderwijs is het streven om de opleidingen van beide op elkaar te laten aansluiten. Deels neemt de concurrentie toe, maar om die concurrentieslag aan te kunnen, ontstaan ook plannen om te fuseren tussen universiteit en HBO-instelling, in ieder geval op bestuurlijk niveau. Vanuit het streven om steeds meer studenten te kunnen bereiken, vindt daarmee een duidelijke schaalvergroting plaats.

In de professionele dienstverlening zijn verschillende middelen beschikbaar om marktwerking te stimuleren. Eén daarvan is het mogelijk maken van prijsdifferentiatie en vrije tarieven. Zo zijn bijvoorbeeld voor de advocatuur en het notariaat vrije tarieven ingevoerd, terwijl ze voorheen door collectieve vaste prijzen bescherming genoten. Hoewel de toegang tot rechtshulp voor burger en bedrijfsleven goedkoper kan worden, is nog niet zeker of dit daadwerkelijk is gebeurd. Om hierop toe te zien wordt bij verdergaande marktwerking extra marktcontrole ingesteld, door de oprichting of taakuitbreiding van controlerende instanties. Voorbeelden zijn de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) of de Autoriteit Financiële Markten (AFM).
De overheid kan gereguleerde marktwerking binnen professies ook stimuleren door ruimer af te bakenen wie toegang heeft tot de beroepsuitoefening. Zo is als gevolg van regelgeving de concurrentie in de advocatuur vergroot, aangezien niet alleen vrijgevestigde advocaten maar ook juristen in dienst van ondernemingen, vakbonden, bureaus voor rechtshulp e.d. als advocaat kunnen worden ingeschreven.
Desalniettemin is de marktwerking binnen veel professies vergeleken met 'gewone diensten' nog relatief beperkt. De NMa (2006a) vat voor de advocatuur een aantal van deze beperkingen samen. Zo kunnen advocaten niet op basis van 'no cure, no pay' werken, mogen ze in hun publiciteit de eigen diensten en tarieven niet vergelijken met die van anderen en staat het advocaten niet vrij om succespercentages openbaar te maken. Verder is het niet toegestaan om provisies te geven of te ontvangen voor het aanbrengen van opdrachten. Veel van deze maatregelen zijn erop gericht de kwetsbare cliënt, die een informatie-achterstand heeft, te beschermen. Dit wordt geïllustreerd door het verbod voor advocaten om hun diensten actief telefonisch of in per-

soon aan potentiële klanten aan te bieden. Benadering per post is wel toegestaan, omdat potentiële klanten dan beter in staat worden geacht een weloverwogen beslissing te nemen. In haar consultatiedocument stelt de NMa (2006a) de vraag of deze vormen van concurrentiebeperking in hun huidige vorm nog wel noodzakelijk en proportioneel zijn om de belangen van de advocatuur én haar cliënten te beschermen.

In de gezondheidszorg vormen marktwerking en deregulering een niet te missen thema, aangezien nagenoeg alle ontwikkelingen in de gezondheidszorg in dit kader lijken te worden besproken. Patiënten veranderen in klanten van professionals en zorgverzekeraars zijn hun nieuwe 'agents'. Deze onderlinge relaties verwijzen naar drie deelaspecten van de zorgmarkt, namelijk de zorgverleningsmarkt (primair tussen professional en patiënt), de zorginkoopmarkt (tussen professional en verzekeraar) en de zorgverzekeringenmarkt (tussen verzekeraar en cliënt). Veranderingen op de ene deelmarkt (zoals de introductie van de nieuwe zorgverzekering) hebben in potentie grote gevolgen voor de overige twee deelmarkten. Een belangrijk doel van de nieuwe zorgverzekering is immers dat de gezondheidszorg gedwongen wordt meer marktconform te werken. In deze studie staat de zorgverleningsmarkt centraal.
Marktwerking in de gezondheidszorg kan op verschillende manieren worden ingevuld. Hierbij hoeft het niet te gaan om privatisering; het is ook mogelijk om binnen bestaande publieke kaders marktprikkels in te voeren (quasi-marktwerking). In dat geval wordt veelal gesproken over maatstafconcurrentie. Deze vorm van regulering is gebaseerd op het onderling vergelijken van prestaties van organisaties. Maatstafconcurrentie is daarmee een manier om binnen de gezondheidszorg de werking van concurrerende markten na te bootsen (NMa, 2002).
Een belangrijk aspect van de toepassing van marktwerkingsprincipes op de gezondheidszorg is het feit dat gangbare vormen van overleg of samenwerking volgens nieuwe criteria van mededinging en vrije concurrentie worden beoordeeld. Koepelorganisaties mogen geen tariefadviezen meer geven en ziekenhuizen worden door de NMa gezien als ondernemingen die beoordeeld worden volgens de Mededingingswet. Het bieden van verpleegkundige hulp of medisch-specialistische zorg tegen een financiële vergoeding is immers een economische activiteit. Het gevolg daarvan is dat ontstane geformaliseerde samenwerkingsverbanden deels in hun bewegingsmogelijkheden beïnvloed worden.
Ook levert marktwerking twee tegengestelde ontwikkelingen op: enerzijds zullen veel marktaanbieders proberen niet te veel van de concurrentie af te wijken. De tendens naar schaalvergroting is daar een voorbeeld van. Tegelijkertijd is er – zoals in elke markt – sprake van nichevorming. Zo zijn er inmiddels apothekers die zich louter richten op internet- of weekenddienstverlening, terwijl andere apotheken zich proberen te onderscheiden door middel van ruimere openingstijden, persoonlijke consulten en een meer adviserende rol. Beide ontwikkelingen zijn een exponent van de toenemende marktwerking: terwijl sommige consumenten behoefte hebben aan snelle, geanonimiseerde zorg – zeker bij standaardproducten – zijn er ook consumenten die juist kiezen voor maatwerk.

Commercialisering

Op tal van gebieden die in het verleden tot de collectieve voorzieningen werden gerekend, vindt commercialisering en privatisering plaats (Polder e.a., 1996). Hierbij valt te denken aan de telefonie- en energiesectoren. Met name sinds de jaren negentig is een proces van liberalisering van markten ontstaan binnen de Europese Unie, met als doel innovatie te bevorderen en te zorgen voor kwaliteit en betaalbaarheid door toegenomen concurrentie. We spreken hierbij over commercialisering bovenop marktwerking. In het geval van commercialisering worden eveneens marktprikkels toegevoegd, maar vindt er een verschuiving plaats naar het private domein en worden producten (steeds meer) als verhandelbare goederen beschouwd. Voorbeelden zijn de verruiming van winkeltijden en het liberaliseren van de taximarkt. Ook hierbij speelt deregulering vanuit de overheid een belangrijke rol. Belangrijkste punten van dit overheidsbeleid zijn minder regels, een open markt met meer ondernemersvrijheid en meer prijs- en kwaliteitsconcurrentie.

Processen van commercialisering vinden ook plaats in professionele beroepen. Vanouds hebben professionele beroepen die als vrij beroep worden uitgeoefend een dubbele doelstelling;

beroepsbeoefenaren willen hun professionele doelen bereiken en tegelijkertijd met hun beroepsmatige activiteiten een doelinkomen bereiken. Het is dus altijd laveren tussen hulpverlening en koopmanschap (Crancrinus-Matthijsse, 1995). De laatste jaren krijgen commerciële belangen een sterkere lading. Praktijken van vrije beroepsbeoefenaren worden in de Mededingingswet als bedrijven aangemerkt en hun beroepsorganisaties als bedrijfsorganisaties (Batenburg en Groenewegen, 2001). Er vinden verschuivingen plaats in de macht van de overheid, de markt en professies. Zo is bij het notariaat in Nederland in 1999 liberalisering doorgevoerd. Inderdaad blijkt de concurrentie vervolgens tussen 1999 en 2003 te zijn toegenomen, maar is de kwaliteit van notarissen wel onder druk komen te staan. Ook lijkt het er op dat particuliere klanten minder hebben geprofiteerd van de liberalisering dan bedrijfsmatige klanten (Nahuis en Noailly, 2005). Deze laatsten beschikken immers over meer informatie en onderhandelmogelijkheden in hun relatie tot professionals.

In de gezondheidszorg treden andere partijen tot de zorgmarkt toe, waardoor de traditionele verhoudingen tussen zorgprofessionals en derde partijen en cliënten veranderen. Zo komt de poortwachtersfunctie van de huisarts onder druk te staan. Patiënten die snel medische zorg willen (en daarvoor willen betalen) kunnen bij een aantal medisch specialisten een diagnose laten stellen zonder dat deze een verwijsbrief van de huisarts nodig heeft. Bemiddeling tussen patiënt en specialist vindt plaats via een commerciële tussenpersoon. Ook zijn verschillende initiatieven gestart waarbij zorgverzekeraars of andere partijen zorgcentra openen. Hierbinnen gaan huisartsen werken, veelal samen met andere eerstelijnszorgverleners, zoals fysiotherapeuten. Aangezien de bedrijfsvoering in handen is van de verzekeraar zelf, is het doel van deze werkwijze onder andere dat huisartsen verlost worden van veel niet-patiëntgebonden activiteiten, waardoor ze meer patiënten kunnen behandelen.
Vooral door de loskoppeling tussen eigendom en beroepsbeoefening is het in een aantal sectoren ook voor niet-professionals eenvoudiger geworden om een professionele organisatie te bezitten. Dit geldt met name voor de apothekers- en tandartsmarkt. Zo ontstaan inmiddels de eerste grote commerciële tandartspraktijken. Een ander voorbeeld is de geneesmiddelensector. Sinds 1999 is het voor niet-apothekers eenvoudiger geworden om een apotheek te bezitten (SFK, 2006). Farmaceutische groothandels hebben hun marktpositie versterkt door de apothekersmarkt te betreden. Naar schatting is inmiddels ongeveer een kwart van alle apotheken in handen van een commerciële farmaceutische marktpartij. Ook vindt ketenvorming plaats door het ontstaan van franchiseformules onder de vlag van deze grote externe marktpartijen.

Het vergroten van de (prijs)concurrentie wordt vooralsnog niet op de gehele gezondheidszorg toegepast. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de splitsing van de tarievenstructuur op basis van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in een A- en B-segment. Het eerste segment verwijst naar ongeveer 90% van de behandelingen waarvoor landelijke tarieven zijn voorgeschreven en waarvoor tariefconcurrentie in principe niet mogelijk is. De resterende 10% in het B-segment betreft een aantal niet-spoedeisende behandelingen, waarvan de prijzen door onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars totstandkomen. Deze prijzen kunnen dus per ziekenhuis verschillen. Dit onderscheid tussen niet- en wel-concurreerbare zorg wordt gedeeld door vertegenwoordigers van zowel ziekenhuizen als verzekeraars. De meerderheid van zowel verzekeraars als ziekenhuisorganisaties (vertegenwoordigd door hun leden van de Raden van Bestuur) acht marktwerking alleen mogelijk bij eenvoudige (ziekenhuis)zorg, met grote aantallen patiënten en lage financiële risico's. Bij complexe, risicovolle en kostbare zorg vindt de meerderheid dat marktwerking niet mogelijk is (Medisch Contact, 2004). Wel geldt bij de gezondheidszorgprofessies – evenals bijvoorbeeld bij de advocatuur – dat dergelijke concurrentiebeperkingen steeds ter discussie staan. Zo is het streven om stapsgewijs in de ziekenhuiszorg het B-segment met vrij onderhandelbare tarieven te verruimen van 10% naar 65%, mits aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan. Naast een stabiel DBC-systeem gaat het bijvoorbeeld om evenwicht in het krachtenveld tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars (ZN, 2006).

Als er sprake is van een gezond functionerende markt, dan wordt het ook mogelijk om commercialisering verder door te zetten. Onder andere in de ziekenhuissector speelt hierbij een rol of en zo ja, per wanneer overheidsregelgeving over privatisering verandert. Er zijn plannen (waarover nog geen kabinetsbesluit is genomen) om alle ziekenhuizen ultimo 2012 winst te kunnen laten maken die ze mogen uitkeren aan aandeelhouders. Daarmee zal ook het aspect van internationalisering in de gezondheidszorg in belang toenemen. Er is meer en meer een mondiale economie ontstaan. Na accountantsfirma's en juridische dienstverleners is de verwachting dat ook in de gezondheidszorg internationale marktpartijen opkomen. Nederland kan interessant worden voor internationale, commerciële ziekenhuisketens. Bestaande buitenlandse ketens kunnen ook een belang verwerven in extramurale Nederlandse praktijken, bijvoorbeeld apotheken.

Een andere ontwikkeling die mede door commercialisering kan doorzetten, is de vergroting van het belang van institutionele in plaats van individuele klanten. Vanaf halverwege de jaren negentig is geëxperimenteerd met bedrijvenpoli's, waarbij zieke werknemers op verwijzing van hun huis- of bedrijfsarts direct terechtkunnen in een medisch centrum voor diagnose en behandeling. De opkomst van dergelijke constructies hing sterk samen met de privatisering van de Ziektewet in 1996. Aangezien werkgevers financieel verantwoordelijk werden gesteld voor het ziekteverzuim van hun personeel, gingen ze extra initiatieven ontplooien om ziek personeel zo snel mogelijk weer aan het werk te krijgen. In de huidige marktverhoudingen is het mogelijk dat dergelijke pogingen opnieuw ondernomen worden. Zo werd bij de introductie van de nieuwe zorgverzekering in 2006 zichtbaar dat arbeids- of belangenorganisaties (door middel van collectieve contracten) een grotere vertegenwoordigingsrol opnemen voor hun eigen achterban (De Jong e.a., 2006a). Dezelfde ontwikkelingen zijn ook denkbaar in de relatie met zorgaanbieders.

3.6 Standaardisering, toezicht en technologische veranderingen

In de vorige paragrafen zijn ontwikkelingen besproken waarin het gaat om de manier waarop personen zelf hun werk uitvoeren of tegenover anderen (klanten of collega's/concurrenten) staan. In deze paragraaf gaat het meer om factoren die daar vervolgens meer omheen gelegen zijn: de standaarden en het toezicht die op hoger niveau worden ingesteld of afgesproken en de technologische veranderingen waardoor de eigen beroepsuitoefening verandert.

Standaardisering en toezicht

Eerder in dit hoofdstuk bespraken we de trend van schaalvergroting. Deze gaat hand in hand met standaardisering. Naarmate organisaties en instellingen groter worden, neemt de noodzaak toe om met regels en procedures grip te houden op de kwaliteit van hun productie. Dit geldt

Conclusies: marktwerking, (de)regulering en commercialisering en hun invloed op de relaties van professionals

In de gezondheidszorg is een duidelijke trend ingezet van verdergaande marktwerking, deregulering en commercialisering. Hierdoor ontstaat meer ruimte voor afwijkende vormen van bedrijfsvoering. Marktwerking kan plaatsvinden binnen een gereguleerd kader. De concurrentie tussen professionals wordt vergroot, waardoor ook hun onderlinge relatie verandert. In het geval van commercialisering wordt de zorg een verhandelbaar product en gaan andere partijen, zoals verzekeraars of farmaceutische bedrijven, zelf zorg aanbieden (mededinging). Professionals worden hierdoor afhankelijker van derde partijen, waardoor het vertrouwen in deze partijen wordt ondermijnd. Ook zijn er gevolgen voor de relatie tot patiënten die zich meer zullen opstellen als afnemers van commerciële producten met de bijbehorende instelling dat wie betaalt ook bepaalt. Dit heeft niet alleen gevolgen voor de vertrouwensrelatie van professionals met patiënten, maar het kan ook onderling vertrouwen tussen professionals aantasten. Als alles een markt wordt, worden ook de motieven van andere beroepsbeoefenaren minder transparant.

voor de productie van goederen, maar ook voor het leveren van diensten. Om op deze procedures toe te zien wordt toezicht ingesteld, door een organisatie zelf, door een overkoepelende brancheorganisatie of door een externe toezichthouder. In al deze gevallen speelt wet- en regelgeving een belangrijke rol. Het biedt immers de kaders waarbinnen kwaliteitsnormen moeten vallen (denk bijvoorbeeld aan hygiëneeisen of milieuwetgeving). Een bijzondere plek wordt ingenomen door certificeringsstandaarden op basis van algemene, sectoroverstijgende kwaliteitseisen, zoals de internationale ISO-certificering. Deze vorm van certificering is bedoeld om bedrijfsmatige processen in kaart te brengen en te toetsen aan vooraf opgestelde kwaliteitsnormen, hetgeen vervolgens als indicator dient voor betere producten of diensten. Dezelfde ISO-certificering brengt ons tot een inherent risico van kwaliteitsstandaarden, namelijk dat ze fungeren als 'window dressing' of dat ze verkeerd worden geïnterpreteerd. Bijvoorbeeld, het feit dat enkele Nederlandse musea inmiddels ISO-gecertificeerd zijn vanwege hun bedrijfsvoering, biedt maar een beperkte indicatie voor de kwaliteit van de kunstwerken die tentoon worden gesteld.
De veranderende rol van toezichthouders, toebedeeld door de overheid, is te zien in het lager en middelbaar onderwijs. Het voornemen is dat scholen vanaf 2010 zelf verantwoordelijk zijn voor het organiseren van een goede 'zorgstructuur'. In de praktijk houdt dit in dat regelgeving wordt vereenvoudigd zodat scholen zelf meer ruimte krijgen om onderwijs in te richten en hiervoor een goede bekostiging krijgen. Daarnaast wordt de positie van ouders versterkt, zodat ze een grotere stem hebben in het onderwijsaanbod. Dit kan bijvoorbeeld door een betere klachten- en geschillenregeling in te voeren. De Onderwijsinspectie moet toezien op naleving van de zorgplicht. Goed functionerende scholen worden op afstand gemonitord, zodat meer tijd vrijkomt voor een zorgvuldiger toezicht op scholen die risico's lopen (Miedema, 2005).

Standaardisering heeft in de professionele dienstverlening twee uitingsvormen: de introductie van kwaliteitssystemen (Casparie e.a., 1997) en de formulering van standaarden en protocollen (Geijer e.a., 1999). Beide hebben niet alleen een interne functie als sturing en coördinatie van beroepsmatig handelen, maar ook een (vaak onbedoelde) externe functie in toezicht, financiering en informatievoorziening aan cliënten (Timmermans en Berg, 2003). Met name voor aspecten van (professionele) dienstverlening bestaat het risico dat standaardisatie en schaalvergroting maar in beperkte mate tot schaalvoordelen leiden of zelfs kwaliteitsverlies tot gevolg hebben. Dit is mede gelegen in het feit dat deze diensten relatief arbeidsintensief zijn. Dat dergelijke standaardiseringsmaatregelen grote gevolgen kunnen hebben voor de organisatie van professionele dienstverleners, wordt geïllustreerd door discussies rondom de voorgenomen invoering van de Wet toezicht accountantsorganisaties (WTA). In reactie op de grote boekhoudschandalen bij beursgenoteerde ondernemingen zorgt deze wet voor een strenger toezicht op de accountants die voor grote ondernemingen werken en waardoor het vertrouwen in de financiële markten zou moeten worden hersteld. Eén van de verwachte gevolgen van deze nieuwe wetgeving is dat dit zal leiden tot een fusiegolf onder accountantskantoren.

In gezondheidszorgprofessies heeft standaardisering eveneens een grote vlucht genomen, mede door de veranderende rol van toezichthouders. Wanneer we kijken naar de werkwijze van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), dan is het niet zozeer dat zij de normen en richtlijnen bepaalt, maar dat ze deze door de beroepsgroepen zelf laat bepalen. Wel houdt de IGZ toezicht op de naleving ervan onder het adagium 'voer uit of leg uit'. Hiervoor wordt gewerkt met een risicomodel, waarbij het toezicht verscherpt wordt als er geen goede kwaliteitsborging is (Baan e.a., 2001).
Het gebruik van richtlijnen is in de afgelopen decennia sterk toegenomen. Zo publiceerde het Nederlands Huisartsen Genootschap haar eerste NHG-Standaard in 1988; in 2006 is het aantal NHG-Standaarden circa 100. Ook verandert de vormgeving van richtlijnen. Waar ze voorheen monodisciplinair werden opgezet door een enkele beroepsorganisatie, zijn ze steeds vaker multidisciplinair van insteek. Het gaat dan om richtlijnen die worden afgesproken tussen verschillende beroepsorganisaties, maar ook met andere partijen zoals verpleegkundigen- of patiëntenorganisaties.

Hoewel het gebruik van richtlijnen niet meer is weg te denken, zijn er ook bezwaren. Zo blijkt uit een inventarisatie onder 23 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialismen, dat het enige tijd duurt voordat een richtlijn ingevoerd kan worden. Hierdoor kan de actualiteit van een richtlijn in het gedrang komen (Hukkelhoven e.a., 2006). Daarnaast sluiten landelijke richtlijnen in de beleving van professionals niet altijd goed aan op de dagelijkse praktijk, terwijl professionals richtlijnen ook als bemoeienis kunnen ervaren (Van Everdingen, 2003). Deze bemoeienis is naar verwachting vooral groter als het gaat om richtlijnen die van buiten de eigen beroepsgemeenschap worden opgelegd. Hierin zit over het algemeen een verschil tussen professionals en hun ondersteunende collega's. Zo zijn artsen gewend om actief met standaarden om te gaan en de standaarden uit hun eigen beroepsgroep zijn veel gemakkelijker uit te leggen. In het geval van verpleegkundigen worden standaarden veeleer van bovenaf opgelegd. Dit levert soms spanningen op met patiënten die om behandelingen of informatie vragen die men niet mag geven. Mede door deze externe druk is het moeilijker zich te houden aan richtlijnen of standaarden die van bovenaf zijn opgelegd (De Veer e.a., 2004a).
Een knelpunt bij het gebruik van richtlijnen is het feit dat verschillende partijen in de gezondheidszorg anders aankijken tegen het naleven – en dus ook afwijken – van landelijke richtlijnen. Door professionals worden cijfers over het aandeel artsen dat een bepaalde richtlijn niet altijd volgt veelal uitgelegd als een teken dat de individuele beslissing om – beargumenteerd – van een richtlijn af te wijken mogelijk moet blijven, dit onder het motto dat gezondheidszorg immers geen 'kookboekgeneeskunde' is. Vanuit de overheid wordt dit afwijken van richtlijnen juist uitgelegd als teken dat strengere controle en naleving van richtlijnen blijkbaar nodig is (Holland, 2005; Hoogervorst, 2005).

Technologische veranderingen

De ontwikkeling van technologie heeft een enorme invloed op het werk en de productiviteit. Vooral op het gebied van de informatie- en communicatietechnologie heeft in de afgelopen decennia een grote revolutie plaatsgevonden. Inmiddels zijn internet en computers niet meer uit onze samenleving weg te denken. Het Sociaal en Cultureel Planbureau spreekt in dat kader dan ook over een 'verzonken technologie', omdat het gebruik van ICT volledig geïntegreerd is geraakt in het dagelijks werk en in de privé-sfeer (Van Damme e.a., 2005). In 2004 heeft zo'n 73% van alle inwoners in Nederland vanaf 12 jaar thuis toegang tot het internet. Door consumenten wordt internet meestal als informatiebron gebruikt, maar ook heeft 37% van de bevolking ooit via het internet goederen of diensten gekocht of besteld (CBS, 2006).

In de professionele dienstverlening, en in het verlengde daarvan de gezondheidszorg, heeft het internet de positie van de consument versterkt. Internet biedt immers de mogelijkheid tot productvergelijking, waardoor cliënten zelf informatie kunnen verzamelen en een oordeel vormen. Hierbij worden ze steeds meer geassisteerd door informatiebronnen als www.kiesbeter.nl waarop prestatie-indicatoren worden bijgehouden. Ook zijn er talloze online informatiebronnen over aandoeningen en vormen van behandeling. Technologische veranderingen hebben daarnaast ook de werkuitoefening van professionals zelf beïnvloed. Dit betreft meer algemene veranderingen, bijvoorbeeld op het gebied van informatietechnologie, maar ook veranderingen die specifiek bepaalde professies betreffen. Zo hebben veranderingen in de geneesmiddelenbereiding en -distributie voor apothekers grote gevolgen gehad. Voorbeelden van technologische ontwikkelingen die de zorg vergemakkelijken en versnellen zijn legio. Bijvoorbeeld, het toenemend gebruik van digitale archivering en (draadloos) internet zorgt ervoor dat artsen medische dossiers of röntgenfoto's op elk gewenst moment kunnen raadplegen. Ook worden producten ontwikkeld, zoals mobiele telefoons die een ECG kunnen maken van een persoon en deze naar het ziekenhuis versturen waar een cardioloog deze metingen kan controleren. Het lijkt hierdoor alsof er welhaast onbegrensde mogelijkheden worden geboden. Over het algemeen duurt het echter enige jaren voordat innovaties op brede schaal worden toegepast. Zo is in de Verenigde Staten een wetenschappelijk gepubliceerde en bewezen zorginnovatie gemiddeld na 17 jaar door het hele land verspreid (Balas en Boren, 2000; in: Schrijvers, 2005). Blank en Van Hulst (2005) laten zien dat in Nederlandse ziekenhuizen de

snelheid van innovaties sterk kan verschillen. Sommige innovaties worden relatief snel ingevoerd (zoals de inrichting van hartfalen-poli's of stroke units), terwijl andere innovaties juist veel trager verlopen (zoals de inrichting van mammapoli's of de invoering van nachtthuisdialyse). Vooral wanneer ziekenhuizen groter zijn en in een omgeving zitten met meer concurrentie worden innovaties snel doorgevoerd. De implicatie hiervan lijkt dat als toenemende concurrentie vooral het gevolg is van het toetreden van kleine zorgaanbieders, de meerwaarde van marktwerking mogelijk beperkt is. Ook binnen de kleinschalig opererende professies is eenzelfde soort traagheid te zien voordat technologische innovaties worden doorgevoerd. Er zijn altijd voortrekkers, maar vaak is er een terughoudendheid om nieuwe toepassingen in te voeren. Zo zullen oudere professionals minder geneigd zijn om in nieuwe systemen te investeren. Al met al zijn voor veel gezondheidszorgprofessies in de laatste tien tot vijftien jaren meer technologische mogelijkheden ontstaan, bijvoorbeeld op het gebied van nieuwe diagnose- en behandeltechnieken. Zo maakte de introductie van de CT-scanner het voor medisch specialisten mogelijk om diagnoses sneller én beter te stellen. Dit heeft onder andere bijgedragen aan een verkorting van de opnameduur. Tegelijkertijd wordt de ontwikkeling van de medische technologie als een van de belangrijkste factoren gezien die bijdragen aan de groei van de gezondheidszorguitgaven (Bos e.a., 2004).

Technologische ontwikkelingen hebben gevolgen voor de beroepsuitoefening van professionals. Zo ontstaat er meer transparantie, vooral wanneer technologische ontwikkelingen worden doorgevoerd in samenhang met standaardisatie. Het landelijk Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) is hiervan een voorbeeld. Het idee ervan is dat gegevens uit verschillende zorginformatiesystemen gekoppeld worden. Zo kunnen bevoegde professionals – maar op termijn ook patiënten zelf – informatie inzien over het medische verleden en medicijngebruik van patiënten (Ministerie van VWS, 2006). Dit maakt het vervolgens mogelijk om in grotere en locatieoverstijgende verbanden samen te werken. Daarnaast kunnen technologische ontwikkelingen de verschuiving van taken vanuit de professional naar anderen vereenvoudigen. Enerzijds wordt hoogwaardige medische technologie ontwikkeld, waarvoor de hulp en expertise van medische technici moet worden ingeroepen; anderzijds wordt steeds kleinere en eenvoudiger toepasbare technologie ontwikkeld, zodat andere zorgaanbieders (bijvoorbeeld opticiens of audiologen) of consumenten / patiënten zelf hun eigen gezondheidstoestand kunnen controleren en hun medicijnen kunnen toedienen (Baarda en Smets, 2004). Naast gemaksvoordelen voor de patiënt zorgt dit ook voor efficiëntie bij zorgverleners. Wel moeten patiënten vaak vooraf getraind worden voordat ze bepaalde hulpmiddelen kunnen gebruiken, tenzij een applicatie heel eenvoudig en storingsvrij gemaakt kan worden (zogenaamde 'black box'-technieken). Daarnaast kan de vereenvoudiging van medische apparatuur leiden tot een drempelverlaging voor potentiële patiënten voor wie zorg niet (strikt) noodzakelijk is en waardoor het zorggebruik juist kan toenemen.

Conclusies: standaardisering en technologische veranderingen en hun invloed op de relaties van professionals

In de gezondheidszorg verwijst standaardisering vooral naar de introductie van kwaliteitssystemen en naar de formulering van richtlijnen en protocollen. Daarnaast vinden technologische ontwikkelingen plaats. Deze vergemakkelijken het werk, maar stellen ook hogere eisen aan de kwalificatieniveaus van professionals. Door zowel standaardisering als technologische ontwikkelingen kunnen professionals ook in grotere en locatie-overstijgende verbanden samenwerken. Dit werkt anoniemere contacten tussen professionals in de hand. Een bijkomend effect is dat anderen het gedrag van professionals eenvoudiger kunnen monitoren. De informatiekloof tussen professionals en patiënten, maar ook verzekeraars en toezichthouders neemt daardoor af.

3.7 Conclusies

De geschetste maatschappelijke veranderingen hebben direct en indirect geleid tot verandering van de positie van professies in de gezondheidszorg. Ook in de toekomst zullen deze trends doorwerken in de positie van professies. Het algemene patroon is dat veel ontwikkelingen hun oorsprong vinden in de samenleving en op de arbeidsmarkt als geheel. Zo vinden in allerlei sectoren processen van schaalvergroting, deregulering en commercialisering plaats. Deze algemene ontwikkelingen zetten vervolgens ook door binnen professies. Zo worden in de advocatuur, het notariaat en de gezondheidszorgprofessies organisatieverbanden steeds groter en gaan professionals steeds vaker in dienstverband werken. Dit gaat veelal gepaard met een normalisering van arbeidstijden en een toename van deeltijdarbeid. Hierdoor worden professies in steeds grotere mate vergelijkbaar met andere beroepen. Tegelijkertijd gelden er voor professies veelal nog wel vormen van specifieke regulering en afscherming van de markt. Volledige commercialisering van professies lijkt niet plaats te vinden. De dienstverlening binnen de gezondheidszorg laat zich eerder kenmerken door een vervlechting van het publieke, private en professionele domein (Putters e.a., 2006). Ook al zijn veel deelsectoren binnen de gezondheidszorg in hoge mate privaat georganiseerd, er is eveneens sprake van een publieke doelstelling en de financiering ervan vindt voor een groot deel uit publieke en collectieve middelen plaats. Hoe deze verhouding verschuift en wat de gevolgen zijn voor professies is moeilijk te zeggen. In dat kader schetst het Centraal Planbureau verschillende toekomstscenario's voor overheid en zorg, gebaseerd op twee grote sleutelonzekerheden. 'De eerste betreft de mate waarin landen bereid en in staat zullen zijn om Europees en mondiaal samen te werken. De tweede betreft de taakverdeling tussen de collectieve sector en de markt of het particulier initiatief' (Bos e.a., 2004: 9). Welke trend precies zal doorzetten is onbekend. Wel is duidelijk dat er nog steeds een grote diversiteit is tussen professies, ook binnen de gezondheidszorg. Een volledige convergentie ligt niet voor de hand. Door hun specifieke eigenschappen zullen de genoemde algemene trends juist voor een deel beroepsgroepspecifiek doorwerken.

In de volgende hoofdstukken wordt onderzocht in hoeverre de geschetste ontwikkelingen de positie en vertrouwensrelaties van professies kunnen beïnvloeden. Zo komt in hoofdstuk 4 aan de orde of de schaalvergroting van professionele organisaties leidt tot anoniemere arts-patiënt relaties en tot een daling in vertrouwen. In hoofdstuk 5 en 6 komen deels dezelfde ontwikkelingen terug, maar dan bekeken vanuit hun gevolgen voor de relaties tussen professionals onderling en de beroepsnormen waarop ze zich richten. Is het bijvoorbeeld zo dat de verschuiving van vrij beroep naar loondienst leidt tot een afname van de identificatie met de beroepsgroep en tot een grotere gerichtheid op de eigen organisatie en collega's daarbinnen? De relaties met derde partijen staan centraal in hoofdstuk 7. Daarbij worden ook dwarsverbanden gemaakt met de overige relaties. Bijvoorbeeld, de vergroting van extern toezicht door derde partijen kan ertoe leiden dat zelfregulering door professionals en de rol van de eigen beroepsgroep als morele gemeenschap afnemen. Ook kan de toenemende invloed van zorgverzekeraars er enerzijds toe leiden dat het verzet hiertegen onder professionals toeneemt en ze zich steeds meer onderling gaan organiseren. Anderzijds kan die invloed ertoe leiden dat er een gedifferentieerder beeld ontstaat, onder andere met verticale integratie van verzekeraars en zorgpraktijken, waardoor de onderlinge verbanden juist zullen afnemen.

4 Professionals en hun cliënten

Samenvatting

De centrale relatie van professionals is die met hun cliënten. Het is dan ook belangrijk dat cliënten voldoende vertrouwen hebben in professionals. Omgekeerd moeten professionals kunnen vertrouwen op hun patiënten; zij moeten er bijvoorbeeld van kunnen uitgaan dat patiënten zich houden aan de afgesproken behandeling en dat ze niet bij het minste of geringste weglopen.
Ontwikkelingen als marktwerking en schaalvergroting lijken consequenties te hebben voor het vertrouwen van beide partijen. Bij het bespreken van enkele aspecten van de relatie tussen professional en hun (potentiële) cliënten hanteren we de term consumenten, omdat er niet altijd sprake is van een professional-patiënt relatie.
Bij het vertrouwen in professionals speelt het aanzien van de laatsten een rol. Het aanzien van professionals is nog steeds hoog, ook vergeleken met het begin van de jaren tachtig. Wel zit er meer variatie in de houding van consumenten: sommigen kijken nog steeds tegen professionals op, anderen zullen hen meer en meer als gelijkwaardige zorgpartner tegemoet treden.

Consumenten zijn in het algemeen kritisch over commercialisering en schaalvergroting in de zorg. Uit ons onderzoek blijkt echter ook dat consumenten waarde hechten aan richtlijnen voor het functioneren van professionals. Toezicht en gebruik van richtlijnen kunnen dus een middel zijn om in de veranderende omstandigheden vertrouwen te genereren.

Een ander aspect van de relatie professional-consument is de veronderstelde mondigheid van consumenten. Opvallend is dat professionals de mondigheid van de consumenten een stuk lager inschatten dan de consumenten zelf. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg hun cliënten ontmoeten wanneer deze kwetsbaar zijn, in het bijzonder wanneer ze lijden aan een (ernstige) aandoening. Mondigheid van consumenten speelt wel een rol bij het vergaren van informatie over de eigen gezondheidstoestand, het indienen van een klacht of het aanvragen van een second opinion. In het algemeen lijken cliënten terughoudend om de (langdurige) relatie met hun arts onder druk te zetten. Waar het onderzoek op dit terrein verschillen tussen consumenten laat zien, hebben die meer te maken met de algemene mondigheid van de cliënten dan met hun leeftijd of opleidingsniveau.

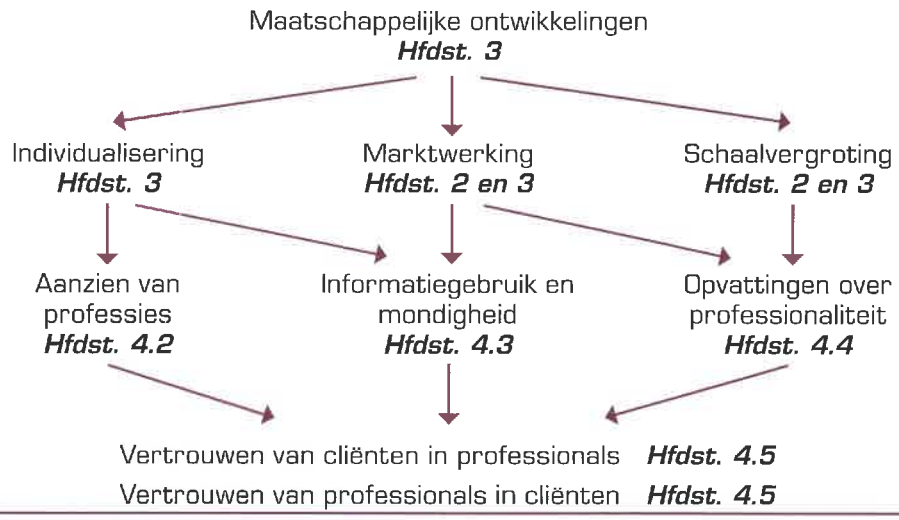
Het centrale thema van dit boek is het vertrouwen van consumenten in professionals in de gezondheidszorg. Evenals het aanzien van professies is dit over het algemeen groot en stabiel. Wel is het belangrijk dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Behalve aan institutionele garanties, zoals de opleidingskwalificaties van professionals, kan men hierbij denken aan informatie die consumenten zelf verzamelen of van bekenden krijgen. De waarde hiervan voor consumenten mag niet worden onderschat. De vraag is of algemene internetsites met informatie over wachttijden en behandelprogramma's daar tegenop kunnen.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat het vertrouwen in professionals in zekere mate fragiel blijkt te zijn. Meer dan de helft van de bevolking denkt bijvoorbeeld dat arts en ziekenhuis elkaar bij een klacht de hand boven het hoofd houden. Het vertrouwen van patiënten kan dus niet als vanzelfsprekend worden beschouwd.

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk staan veranderende relaties tussen gezondheidszorgprofessionals en hun cliënten centraal. In hoofdstuk 2 en 3 hebben we een aantal ontwikkelingen besproken als gevolg waarvan deze relaties mogelijk veranderen. Zo zouden cliënten in de gezondheidszorg waarschijnlijk mondiger zijn geworden en hebben ze meer mogelijkheden gekregen om zelf informatie te verzamelen en een eigen oordeel te vormen. Gezondheidszorgprofessionals en hun cliënten hebben mogelijk een gelijkwaardiger relatie gekregen, waarbij de onderlinge informatiekloof afneemt. Deze processen worden versterkt door toenemende marktwerking in de gezondheidszorg. Deze is onder andere zichtbaar in het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, de opkomst van commerciële zorginitiatieven (privéklinieken) en de taakverschuiving naar niet-artsen (zoals audiologen of opticiens in het geval van oor- of oogheelkunde). Door dergelijke ontwikkelingen lijkt de traditionele relatie tussen gezondheidszorgprofessionals en hun cliënten onder druk te staan (Cancrinus-Matthijsse, 1995; Arts e.a., 2001, RVZ, 2002). Waar voorheen gesproken werd over aanbodsturing, is de terminologie inmiddels verschoven naar vraagsturing, oftewel een ontwikkeling van een aanbiedersmarkt naar een vragersmarkt. Het is echter de vraag of deze verschuiving, vooral beschreven op algemeen niveau, ook plaatsvindt op het individuele niveau, bijvoorbeeld in de spreekkamer van de arts. Is er inderdaad sprake van een veranderende relatie tussen professionele dienstverleners en hun cliënten binnen de gezondheidszorg? In dit hoofdstuk bespreken we in hoeverre empirische ondersteuning voor een dergelijke verschuiving kan worden gevonden. We gaan in op de wijze waarop de relatie tussen professionals en hun cliënten verandert en hoe die veranderingen zich op collectief niveau uiten, bijvoorbeeld in de manier waarop Nederlanders tegen gezondheidszorgprofessies aankijken. Hiertoe hebben we een onderzoek gedaan naar de opvattingen over gezondheidszorgprofessionals in de samenleving. We hebben dat gedaan via een peiling in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Dat bestaat uit zo'n 1500 mensen die een afspiegeling vormen van de Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht. Zij krijgen enkele keren per jaar een vragenlijst over gezondheids(zorg)onderwerpen. Aan het panel worden regelmatig nieuwe mensen toegevoegd en mensen die er al langer aan deelnemen worden eruit gehaald om te voorkomen dat het panel langzamerhand uit deskundigen gaat bestaan. De meeste gegevens in dit hoofdstuk zijn in januari en februari 2006 verzameld, maar we gebruiken ook eerdere gegevens. Daarnaast gebruiken we een enquête onder professionals. Dit maakt het mogelijk om de opvattingen van pro-

Schematische weergave van het verband tussen de onderwerpen in dit hoofdstuk



fessionals en hun (potentiële) cliënten met elkaar te vergelijken.[1] De opbouw van het hoofdstuk is weergegeven in het schema op pagina 70.

4.2. Maatschappelijk aanzien van professionele beroepen

Als gevolg van individualisering worden professionals mogelijk minder dan voorheen op een voetstuk geplaatst en daalt hun maatschappelijk aanzien. Binnen de sociale wetenschappen is er een lange traditie om de gelaagdheid van samenlevingen en de sociale afstand tussen mensen in beeld te brengen. Deze gelaagdheid kan bezien worden in termen van de beschikking over productiemiddelen, resulterend in een indeling naar klasse: de bezittende klasse en de werkende klasse. In zo'n indeling passen de beoefenaars van professionele beroepen niet goed. Ze behoren tot de maatschappelijke elite zonder tot de bezittende klasse te horen. De beoefenaren van de professies passen daarmee beter in een beeld van de gelaagdheid van samenlevingen dat uitgaat van onderscheidingen in maatschappelijk aanzien. Maar hoe hoog is het maatschappelijk aanzien van professionals vergeleken met andere beroepen en is het aanzien van professionals de laatste decennia gedaald? Veranderingen in dit aanzien vormen een indicatie voor een gelijkwaardiger arts-patiënt relatie.

Het maatschappelijk aanzien van beroepen kan in beeld gebracht worden als de treden van een 'beroepenladder' waarop sommige beroepen lager staan en andere hoger. Voor de Nederlandse samenleving is zo'n beroepenladder samengesteld aan het begin van de jaren tachtig (Ultee en Sixma, 1983). Begin 2006 is opnieuw een beroepenladder gemaakt waardoor het mogelijk wordt om naar ontwikkelingen op langere termijn te kijken. In beide studies is het aanzien van allerlei beroepen onderzocht. In dit boek beperken we ons tot de bespreking van het aanzien van verschillende professies en daaraan gerelateerde beroepen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. In tabel 4.1 op pagina 72 staat het aanzien van een aantal beroepen, gemeten op een schaal van 0 (laag) tot 100 (hoog). De berekening van de beroepenschaal is beperkt tot de beroepen die zowel in 1982 als 2006 zijn voorgelegd, waardoor de precieze scores vergelijkbaar zijn.

Door de tijd heen komt een stabiel beeld naar voren. Zo is tussen 1982 en 2006 de topdrie van beroepen met het hoogste aanzien niet gewijzigd. Zowel nu als 25 jaar geleden heeft de chirurg het hoogste aanzien, gevolgd door de rechter en de hoogleraar. Maar ook de meeste andere professies zijn in onderlinge rangorde niet of hooguit maar een paar plaatsen verschoven. Zo is de advocaat iets in aanzien gestegen, terwijl de huisarts en de notaris iets in aanzien zijn gedaald. De grootste stijging in aanzien valt de architect ten deel, gevolgd door de medisch analist en de bedrijfseconoom; de grootste daling is te zien bij de dierenarts en de accountant.
Het is verleidelijk om te speculeren wat de precieze oorzaak is voor dergelijke verschuivingen. Hier richten we ons op de professies die geënquêteerd zijn in het kader van deze studie: medisch specialisten, huisartsen, apothekers, tandartsen, dierenartsen en fysiotherapeuten. Het aanzien van vijf van hen is in zowel 1982 als 2006 onderzocht (behalve fysiotherapeuten). Van deze vijf is de dierenarts relatief in aanzien gedaald. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het beroep een deel van zijn wettelijke bescherming heeft verloren en er sprake is geweest van verdere commercialisering. Aan de andere kant geldt dat de voor dierenartsen vereiste opleidingskwalificaties onverminderd hoog zijn en het een beschermde beroepstitel betreft. Toch wordt er duidelijk anders tegen dierenartsen aangekeken dan tegen de overige zorgprofessionals.

Over het algemeen wordt in Europa de dierenarts niet gezien als 'health professional'. In Duitsland is dat anders; daar wordt de dierenarts wel gezien als 'Heilberuf'. De positie van de dierenarts anno 2006 is anders dan die van de huisarts. Er zijn geen beschermende regels, geen economische bescherming die wordt gegeven aan de beroepsbeoefenaren: de ene dierenarts concurreert met de ander. Hierdoor is het moeilijker om te gaan samenwerken. *(Interview dhr. Van Dobbenburgh, dierenarts, veterinair hoofddirecteur AUV Dierenartsencoöperatie)*

1 Uitgebreide informatie over het Consumentenpanel Gezondheidszorg is te vinden op www.nivel.nl/consumentenpanel. De gegevensverzameling onder professionals is beschreven in bijlage 2 en 3.

Tabel 4.1 Aanzien van (gezondheidszorg)professies en gerelateerde beroepen in 2006 en 1982: aanzien (op schaal van 0 tot 100) en onderlinge rangorde

	2006		1982		Verschil
	Aanzien	Rangorde	Aanzien	Rangorde	in aanzien
Chirurg	94,8	1	91,0	1	3,8
Rechter	94,6	2	90,4	2	4,2
Hoogleraar	89,4	3	88,4	3	1,0
Advocaat	87,1	4	85,8	6	1,3
Huisarts, zelfstandig gevestigd	86,2	5	86,5	4	-0,3
Notaris	84,9	6	86,4	5	-1,4
Architect, zelfstandig gevestigd	80,0	7	70,6	10	9,3
Tandarts	79,8	8	81,1	7	-1,3
Bedrijfseconoom	79,0	9	72,7	9	6,4
Apotheker	75,1	10	70,1	11	4,9
Dierenarts, zelfstandig gevestigd	73,7	11	78,3	8	-4,6
Medisch analist	70,6	12	62,5	15	8,2
Chemicus, werkzaam op een laboratorium	67,2	13	66,1	13	1,2
Accountant, medewerker op een accountantskantoor	62,7	14	67,1	12	-4,4
Makelaar	61,9	15	63,1	14	-1,2
Verpleegkundige	53,5	16	51,1	17	2,4
Maatschappelijk werker	52,6	17	56,1	16	-3,4
Tandarts-assistente	38,6	18	42,1	18	-3,5

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006; Ultee en Sixma, 1983.

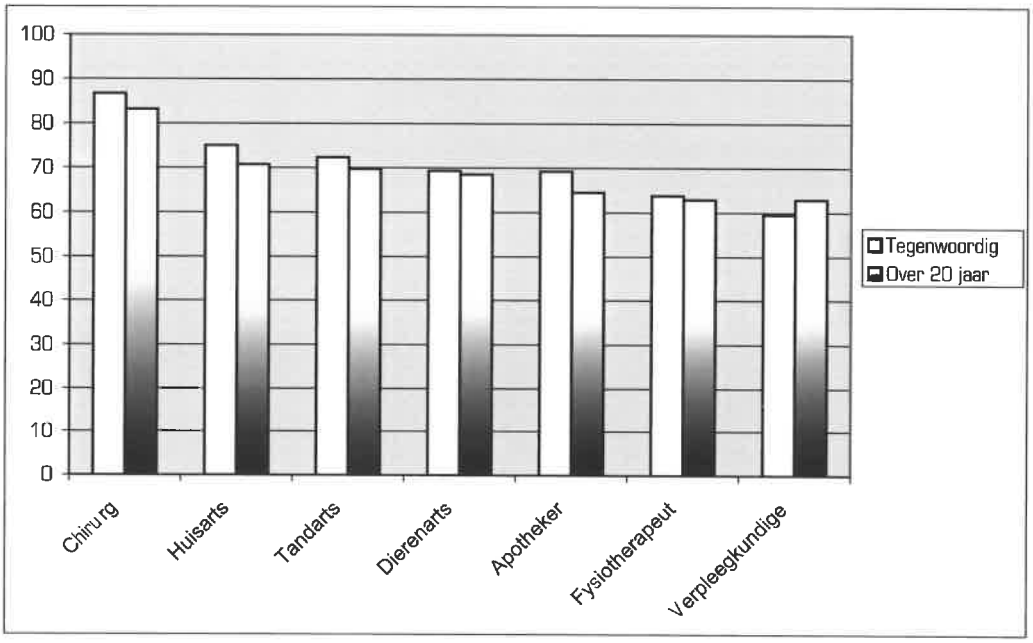
De precieze grondslag voor genoemde veranderingen is moeilijk te bepalen. Ook geldt dat er altijd enige steekproefonzekerheid is bij een bevolkingsenquête. Wanneer we ons richten op het algemene beeld, dan is – los van enkele individuele verschuivingen – het aanzien van beroepen zeer stabiel in de loop der tijd.[2]
De resultaten doen vermoeden dat medisch specialisten een hoger aanzien genieten dan de overige zorgprofessies. Dit is maar ten dele het geval: in 2006 zijn enkele extra beroepstitels voorgelegd, waaronder de internist en radioloog. Dan komt naar voren dat de chirurg nog steeds het hoogste aanzien heeft, gevolgd door internist, huisarts en radioloog. Generaliserend lijkt het erop dat snijdende specialismen dus meer aanzien genieten dan beschouwende specialismen en die weer meer dan ondersteunende. Het aantal specialistische beroepen waarvoor de vraag naar maatschappelijk aanzien is gesteld, is echter beperkt tot de genoemde drie en de verschillen tussen de professies zijn gering. Daarnaast is in 2006 ook het beroep van fysiotherapeut voorgelegd: het aanzien hiervan is lager dan de vijf overige professies en bevindt zich tussen de medisch analist en de accountant.

In het algemeen is er een duidelijke clustering van beroepen naar aanzien waarneembaar. Zo is het aanzien van gezondheidszorgprofessies niet sterk verschillend van dat van de overige professies. Nagenoeg al deze professies hebben een hoog aanzien. Zij worden gevolgd door een clus-

2 Wanneer we de volledige schaal van 112 beroepen in 1982 en 2006 met elkaar vergelijken, dan hebben ze een correlatie van 0,983. Dit betekent dat de uitkomsten in beide jaren heel sterk met elkaar samenhangen.

ter van overige beroepen op academisch en HBO-niveau en tot slot meer ondersteunende beroepen op MBO-niveau of lager. Er is, met andere woorden, een sterk verband tussen het vereiste aantal jaren opleiding om een beroep te kunnen uitoefenen en het maatschappelijk aanzien van dat beroep. Diploma's lijken dan ook belangrijk om maatschappelijk aanzien te verwerven. Toch gaat dit patroon niet volledig op. Vooral de medisch analist is een relatief statusvol beroep in verhouding tot het hiervoor benodigde opleidingsniveau (MBO- en HBO-niveau). Een tegenovergesteld voorbeeld is de bedrijfsarts. Dit beroep is in 2006 toegevoegd en wordt juist relatief laag beoordeeld. Gemiddeld wordt de bedrijfsarts tussen de medisch analist en de fysiotherapeut geplaatst, ondanks het feit dat hiervoor een vierjarige vervolgopleiding vereist is nadat men basisarts is geworden. De kans bestaat dan ook dat beoordelaars een verkeerd beeld hebben van de vereisten voor een bepaald beroep.
Een ander algemeen patroon – dat uit aanvullende analyses bleek – is dat de samenleving meer heterogeen is geworden in het oordelen over maatschappelijk aanzien. De overeenstemming over wat een beroep met een hoog versus een laag aanzien is, was in 1982 groter dan in 2006. Dit betekent niet dat men in 2006 gemiddeld genomen wezenlijk anders is gaan denken over het aanzien van beroepen, maar wel dat de variatie in oordelen is toegenomen. Dit komt overeen met de gedachte dat men als gevolg van verdergaande individualisering steeds meer een eigen oordeel vormt over het maatschappelijk aanzien van beroepen. Van een toegenomen gelijkheidsgedachte lijkt echter geen sprake te zijn: de afstand in aanzien tussen de hoogste en laagste beroepen is eerder groter dan kleiner geworden.
De implicatie van deze bevindingen is dat er naar verwachting ook meer variatie is ontstaan in hoe mensen professionals tegemoet treden. Veelal wordt ervan uitgegaan dat de arts-patiënt relatie verschuift, waarbij patiënten steeds minder opkijken tegen de arts, maar deze meer als dienstverlener beschouwen. Voor een deel van de patiënten gaat dit inderdaad op, maar een grote groep kijkt wel degelijk tegen artsen op en stelt zich naar verwachting veel minder mondig op.

Figuur 4.1 Aanzien van de (gezondheids)zorgberoepen nu en over 20 jaar op schaal van 1 (laag) t/m 9 (hoog), omgerekend naar 0-100



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Hoe het maatschappelijk aanzien van gezondheidszorgprofessies zich in de toekomst zal ontwikkelen is natuurlijk onbekend. Vooralsnog is het voetstuk van deze professionals hoog. Daarnaast blijkt uit de relatief geringe verschuivingen in de afgelopen 25 jaar dat oordelen over (gezondheidszorg)professies zeer stabiel zijn. Dit geldt mogelijk ook voor de toekomst. Wel bestaat de mogelijkheid dat het aanzien van gezondheidszorgprofessies steeds meer wordt aangetast, onder andere als gevolg van verdere afname van de informatiekloof tussen professionals en hun cliënten. Ook verdergaande concurrentie in de gezondheidszorg zou hierbij een rol kunnen spelen. Door concurrentie kunnen nieuwe zorginitiatieven ontstaan, waardoor het exclusieve domein van professionals steeds meer onder druk komt te staan.
Om een inschatting van de toekomst te verkrijgen, hebben we aan respondenten gevraagd hoe zij de ontwikkeling in aanzien van een aantal professies zien. In figuur 4.1 staat op een schaal aangegeven hoeveel aanzien een beroep momenteel heeft en hoeveel aanzien men denkt dat dit over 20 jaar zal hebben. Over het algemeen verwacht men voor de verschillende professies een daling in aanzien in de komende decennia. Alleen van de verpleegkundige verwacht men gemiddeld genomen dat deze in aanzien licht zal stijgen ten opzichte van de overige professies. Dit komt overeen met de ontwikkeling dat de beroepsgroep van verpleegkundigen verder professionaliseert. Dat is onder andere te zien aan hun stijgende opleidingsniveau en verdergaande specialisatie, als gevolg waarvan de afstand tot artsen wordt verkleind.

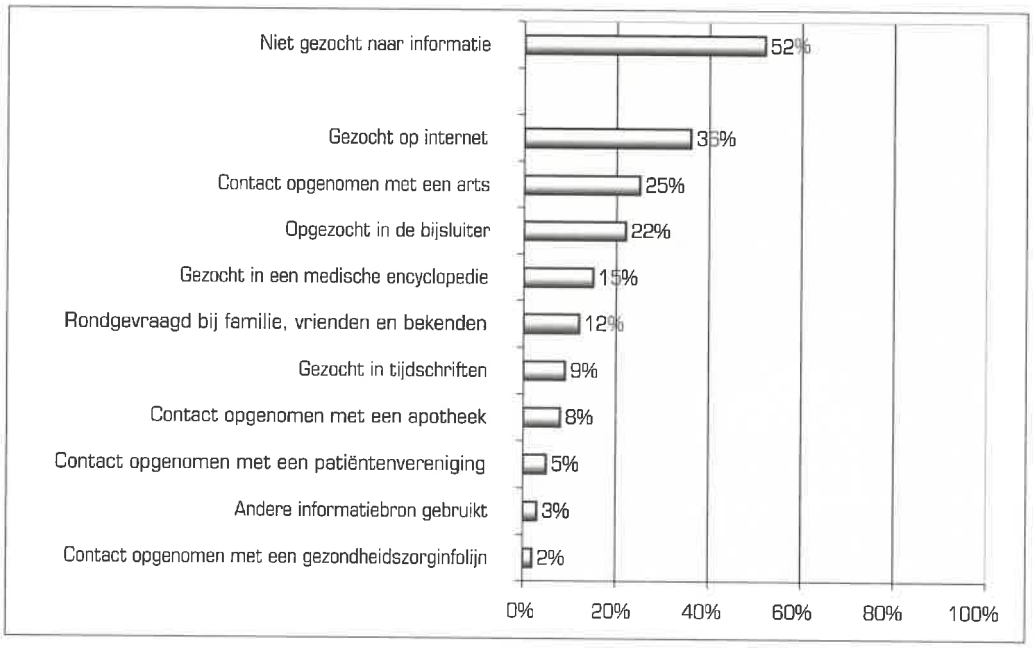
4.3. Geïnformeerdheid en mondigheid van zorggebruikers

Een belangrijk aspect van de vertrouwensrelatie tussen professional en cliënt is het feit dat er sprake is van een informatiekloof. De cliënt beschikt immers niet altijd over de kennis om de kwaliteit van het handelen van de professional te toetsen. Wel hebben een stijgend opleidingsniveau en de mogelijkheden van internet de toegang tot informatie vergroot. De verdergaande marktwerking gaat ook expliciet uit van geïnformeerde burgers: zij worden immers geacht te kiezen door welke verzekeraars en op welke wijze (met of zonder aanvullend pakket) zij zich willen laten verzekeren én door welke arts/in welke instelling zij zich willen laten behandelen. Alleen de vraag *hoe* men zich wil laten behandelen is voor patiënten veelal lastig te beantwoorden. Veel mensen ontbreekt het aan de medische kennis om tot op detail te kunnen meebeslissen over het behandelbeleid. Het is ook maar de vraag of ze dit willen (Van Dulmen en Bensing, 2002). In deze paragraaf bespreken we in welke mate mensen informatie verzamelen om te kunnen meebeslissen en of ze wel mondig zijn om deze informatie vervolgens in te zetten en hun eigen keuzes te maken.

Informatiegebruik

Het zoeken naar informatie is een belangrijke stap om de informatiekloof tussen professionals en cliënten te verkleinen. Ongeveer de helft van de bevolking heeft het afgelopen half jaar wel eens gezocht naar gezondheidszorginformatie (figuur 4.2). Vooral het internet is een belangrijke en laagdrempelige informatiebron voor (potentiële) zorggebruikers. Men zoekt vaker op internet dan dat men bijvoorbeeld contact opneemt met een arts of bij anderen rondvraagt. Het internet wordt vooral gebruikt als informatiebron over de eigen gezondheid: 79% van de internetgebruikers heeft wel eens informatie gezocht over een bepaalde ziekte of klacht (tabel 4.2). Deze informatie vervolgens voorleggen aan de behandelend arts is een relatief grote stap: 19% zegt dit wel eens te hebben gedaan.
Bij het gebruik van internetinformatie komt een duidelijke tweedeling naar voren: als het gaat om informatie over aandoeningen of producten zoals verzekeringen of medicijnen, dan wordt het internet relatief veel gebruikt als informatiebron. Echter, als het gaat om het contact met of het zoeken naar een arts, dan wordt het internet relatief weinig gebruikt. Zo heeft maar een kleine minderheid wel eens informatie opgezocht via internet bij de keuze voor een (huis)arts, alle initiatieven om via internet ziekenhuizen of huisartsen te vergelijken ten spijt. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat het gebruik van internetinformatie over wachttijden bij ziekenhuizen relatief beperkt is. Veel patiënten kiezen een ziekenhuis dat dichtbij is en een medisch specialist die ze al kennen (School, 2001). Zoals een gesprekspartner illustreerde:

Figuur 4.2 Gebruik van medische en/of gezondheidszorginformatie



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Het is nog nooit voorgekomen dat een patiënt binnenkwam die zei "Ik heb op www.kiesbeter.nl gekeken en ik zag dat bij u de wachttijd vier weken was". Mensen kiezen een ziekenhuis vooral omdat het dichtbij is en daarna vanwege reputatie. *(Interview dhr. Valentijn, internist, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten)*

Verschillen tussen bevolkingsgroepen

Naast dit algemene beeld zijn er verschillen tussen groepen cliënten. Zo verschilt de informatiekloof als gevolg van verschillen in kennis. Dat kan algemene kennis zijn die het gevolg is van opleiding en specifieke kennis die het gevolg is van ervaring en gerichte kennisverzameling, bijvoorbeeld in het geval van chronisch zieken. Over dit laatste hebben we geen gegevens. Wel

Tabel 4.2 Wel of geen gebruik van internet voor de volgende zaken

	Nooit	Eén keer	Vaker
Ik heb wel eens informatie opgezocht via internet over een ziekte of klachten	21%	15%	64%
Ik heb wel eens informatie opgezocht via internet bij de keuze voor een (huis)arts	97%	2%	1%
Ik heb wel eens een medisch consult ingewonnen via een internetdokter	97%	3%	0%
Ik heb wel eens medische en/of gezondheidsproducten besteld via internet	93%	3%	4%
Ik ben wel eens met informatie van internet naar de arts gegaan	81%	13%	6%
Ik heb wel eens informatie opgezocht via internet over het gebruik van geneesmiddelen	58%	15%	27%
Ik heb wel eens informatie opgezocht via internet bij de keuze voor een zorgverzekeraar	29%	24%	47%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Tabel 4.3 Opvattingen over stellingen ten aanzien van mondigheid

	Percentage (volledig) mee eens
Ik zorg ervoor dat ik goed geïnformeerd ben over de mogelijkheden voor hulp / zorg	74%
Ik kom altijd goed voor mezelf op	67%
Als ik het ergens niet mee eens ben, leg ik me daar gewoon bij neer	6%
Ik kan dingen gemakkelijk voor elkaar krijgen door te onderhandelen	31%
Ik laat altijd duidelijk blijken wat ik ergens van vind	60%
Het liefst laat ik anderen voor mij beslissen	4%
Ik stel altijd vragen als ik iets wil weten	87%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

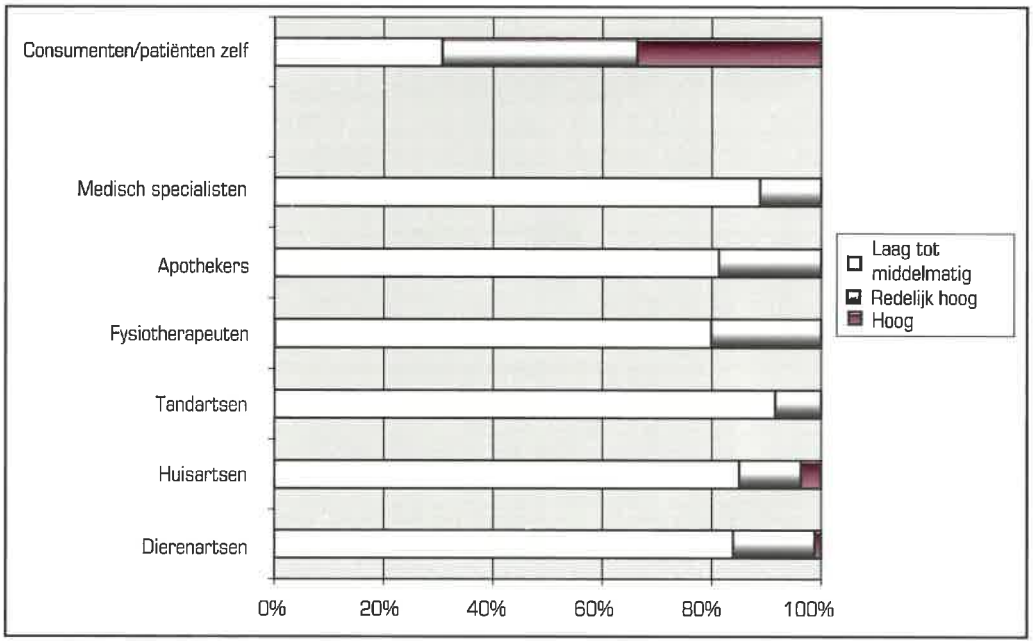
hebben we onderzocht in hoeverre degenen die wel of geen informatie zoeken van elkaar verschillen op andere terreinen. Consumenten die informatie zoeken zijn gemiddeld jonger, hoger opgeleid en mondiger dan degenen die dat niet doen. Bij het verschil tussen gebruikers van internet of andere bronnen van gezondheidszorginformatie is vooral leeftijd van belang: internetgebruikers zijn gemiddeld 9 jaar jonger; ook zijn ze gemiddeld hoger opgeleid.

In staat zijn om te kiezen: mondigheid

De laatste jaren is het aantal klachtenprocedures in de gezondheidszorg gestegen (Hout, 2006). Voor een deel betekent dit mogelijk dat er nu meer fouten worden gemaakt, maar daarnaast past het ook in het beeld van de mondiger wordende patiënt. Het gaat hierbij om het vermogen van personen om zelfstandig te beslissen en te oordelen over de eigen zorg en dat ook te kunnen verwoorden (De Veer e.a., 2004b).
Voor een beeld van deze mondigheid is een aantal stellingen voorgelegd aan leden van het Consumentenpanel. Daarnaast zijn vergelijkbare vragen gesteld aan de zes groepen professionals die in het onderzoek centraal staan. Bijvoorbeeld, aan consumenten is de stelling voorgelegd 'Ik zorg ervoor dat ik goed geïnformeerd ben over de mogelijkheden voor zorg'. Voor professionals luidde deze stelling 'Patiënten zijn goed geïnformeerd over de mogelijkheden voor zorg'. De stellingen zijn weergegeven in tabel 4.3. De meeste mensen beschouwen zichzelf als mondig. Zo vindt ongeveer driekwart van de bevolking dat ze goed geïnformeerd zijn over de mogelijkheden voor hulp / zorg en laat bijna niemand het liefst een ander voor zich beslissen.
Deze stellingen zijn vervolgens samengevoegd tot één maat van mondigheid en ingedeeld in drie categorieën: 'laag tot middelmatig', 'redelijk hoog' en 'hoog'.[3] Bij deze indeling is er onder de bevolking sprake van drie ongeveer gelijke groepen (figuur 4.3). Het aandeel personen dat zichzelf echt onmondig vindt is zeer laag. Ook hebben we gekeken of er een samenhang is tussen de mate van mondigheid van burgers en hun leeftijd of opleidingsniveau. Dit geeft immers een beeld van de zorggebruiker in de toekomst. Met leeftijd hangt de mate van mondigheid niet samen, maar er is wel een zwakke samenhang met opleidingsniveau: naarmate men hoger is opgeleid, vindt men zichzelf ook beter in staat om voor zichzelf op te komen (correlatie 0,07, p=0,03).
Als we naar de opvattingen van artsen kijken, valt op dat zij een heel andere perceptie hebben van de mondigheid van hun patiënten. Bijna geen enkele arts vindt zijn patiënten over het algemeen zeer mondig. Verschillen tussen de professies zijn relatief klein. Het is bijvoorbeeld niet zo dat de cliënten van dierenartsen, als zijnde vertegenwoordigers van hun (huis)dieren, zich veel mondiger opstellen dan cliënten bij de overige professies, die zelf de patiënt zijn. Bij dierenartsen speelt verder mee dat een deel van hen alleen met individuele cliënten te maken heeft en

3 De antwoordrichting van de derde en zesde stelling is omgedraaid zodat bij alle stellingen geldt dat men bij een hogere score mondiger is.

Figuur 4.3 Opvattingen over de mondigheid van consumenten/patiënten: consumenten/patiënten zelf en de zes professies



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006 en enquête NIVEL onder professionals, 2006.

een deel waarbij de klanten (mede) uit bedrijven bestaan. Toch blijkt dit geen verschil uit te maken: degenen die alleen gezelschapsdieren behandelen hebben geen duidelijk andere opvatting over de mondigheid van hun cliënten dan degenen die landbouwhuisdieren behandelen (eventueel gecombineerd met gezelschapshuisdieren). De verklaring voor dit algemene beeld van alle professies heeft deels te maken met wat er gebeurt op het moment dat cliënten over de drempel van de behandelend professional stappen en in een meer afhankelijke rol komen (Bensing e.a., 2006). Zoals één van onze gesprekspartners verwoordt:

> Patiënten willen tegenwoordig meer geïnformeerd zijn. De informatiebehoefte van patiënten neemt sterk toe, en met deze patiënten kun je als arts ook goed communiceren. Maar die toegenomen mondigheid moet ook niet overdreven worden. Bijvoorbeeld, bij electieve, niet-levensbedreigende zorg wil de patiënt inderdaad een gesprek aangaan, informatie inwinnen en meedenken, maar bij iets acuuts of levensbedreigends schrompelt die onafhankelijkheid in en komt het aan op vertrouwen in de arts. Voor een deel kiezen patiënten er dan voor om onwetend te blijven, en niet meer volledig geïnformeerd te worden. In het algemeen geldt dat het systeem erg kapitaliseert op 'de geïnformeerde patiënt', maar deze benadering gaat maar ten dele op. *(Interview dhr. Sanders, radioloog, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten en ex-voorzitter RVZ)*

Gebruik maken van keuzealternatieven

Naast algemene mondigheid is het minstens zo betekenisvol of consumenten ook in de praktijk deze mondigheid benutten en feitelijk actie ondernemen vanuit hun positie als patiënt / cliënt. Voor een goed functionerende marktwerking, ook op de zorgaanbiedersmarkt, is het immers vereist dat afnemers van zorg ook bereid zijn voor hun belangen op te komen als de kwaliteit tegenvalt. Eén van de mogelijkheden die

Tabel 4.4 Gebruik van gezondheidszorgalternatieven

	Nooit	Eén keer	Vaker
Wel eens naar een andere huisarts gegaan voor een second opinion	92%	6%	2%
Wel eens van huisarts gewisseld omdat ik ontevreden was	82%	17%	1%
Wel eens naar een ander medisch specialist gegaan voor een second opinion	81%	15%	3%
Wel eens van medisch specialist gewisseld omdat ik ontevreden was	83%	14%	2%
Wel eens een klacht ingediend over behandeling door een arts	90%	9%	1%
Wel eens naar een alternatief genezer geweest	64%	13%	24%
Wel eens in een buitenlands ziekenhuis behandeld, omdat de wachtlijst in Nederland te lang was	98%	2%	0%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

men dan tot de beschikking heeft is het inwinnen van informatie bij een ander in de vorm van een second opinion. Wel bestaat de kans dat door het aanvragen van een second opinion de vertrouwensrelatie met de eigen arts beschadigd wordt. Misschien is dat wel de reden waarom relatief weinig mensen naar een andere huisarts gaan voor een second opinion (tabel 4.4). Hooguit 6% van de respondenten heeft dit eenmalig gedaan, 2% heeft wel eens vaker van deze mogelijkheid gebruikgemaakt. Opvallend genoeg kiezen patiënten er liever voor om volledig van huisarts te wisselen dan eenmalig ergens anders advies in te winnen: in totaal 18% is wel eens van huisarts gewisseld omdat men ontevreden was. Ook het percentage personen dat wel eens een klacht over een arts heeft ingediend is beduidend lager dan het percentage wisselaars (10%). Men kiest er liever voor om een nieuwe arts te zoeken dan de confrontatie aan te gaan in de vorm van een klachtenprocedure. Wanneer we naar medisch specialistische zorg kijken, is het verschil tussen het aanvragen van een second opinion en het kiezen van een arts veel minder groot: 18% heeft wel eens een second opinion bij een ander medisch specialist aangevraagd en 16% is wel eens van medisch specialist gewisseld. Het lijkt erop dat het gemakkelijker is om de band met de medisch specialist te verbreken dan met de huisarts. Een mogelijke reden is dat de band met de medisch specialist anoniemer is; vooral de huisarts-patiënt relatie kenmerkt zich door een zeer lange contactgeschiedenis, waarbij men jaren bij dezelfde huisarts blijft. Ook speelt mogelijk mee dat men de medisch specialist vooral bezoekt in geval van ernstige kwesties, als er meer op het spel staat. Vooral in die situatie is men van de ene kant wel afhankelijker van de arts, maar wil men van de andere kant juist de best mogelijke zorg krijgen.

Verschillen tussen bevolkingsgroepen

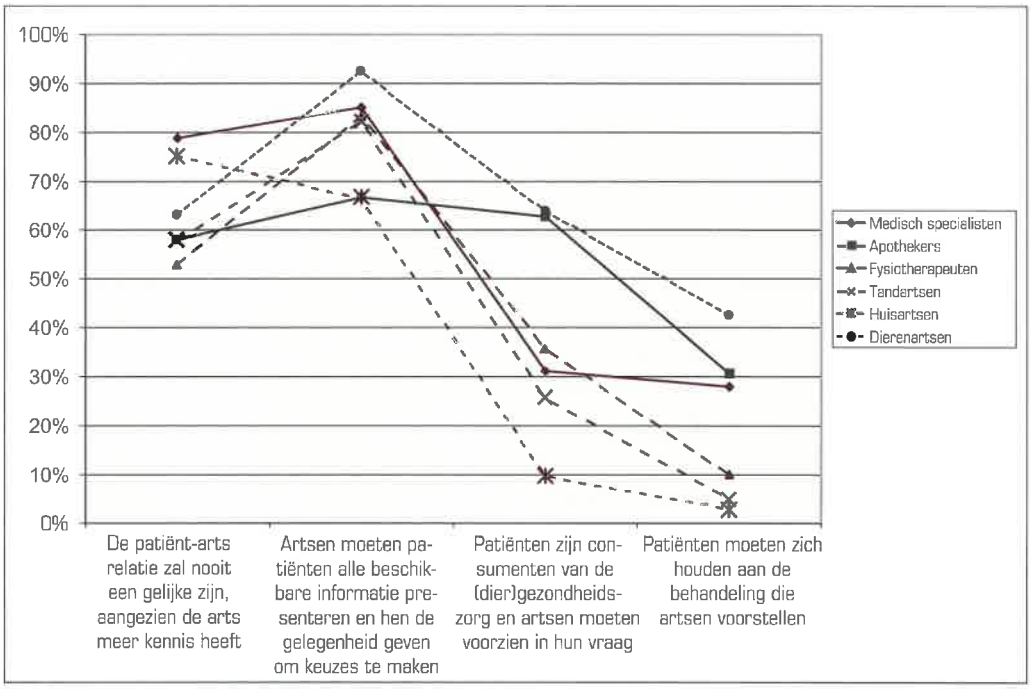
Ook bij het gebruik van gezondheidszorgalternatieven kan de vraag worden gesteld wie hier nu voornamelijk gebruik van maakt. Per voorgelegde stelling wordt gekeken of degenen die hier 'één keer' of 'vaker' gebruik van hebben gemaakt, gemiddeld afwijken van degenen die 'nooit' hebben geantwoord. Vooral van belang blijkt de mate van mondigheid van burgers; degenen die vaker een second opinion aanvragen of van medisch specialist wisselen, komen ook gemakkelijker voor zichzelf op. Verschillen op basis van leeftijd of opleidingsniveau zijn zeer gering. Wel zijn degenen die wel eens naar een alternatief genezer gaan relatief jonger en hoger opgeleid. Puur op basis van demografische veranderingen is het niet te verwachten dat er een grote verschuiving zal plaatsvinden in het gebruik van zorgalternatieven.

Oordelen van professionals zelf

Hoe ervaren professionals de relatie tot en de informatiekloof met hun cliënten? Een deel van de stellingen die consumenten beantwoordden is ook voorgelegd aan beroepsbeoefenaren in de zes onderzochte professies. Figuur 4.4 laat zien hoeveel procent van de beroepsbeoefenaren het met een stelling (zeer) eens is. Vooral medisch specialisten gaan relatief vaak uit van een ongelijke relatie waarbij de arts meer kennis heeft: 81% van hen is van mening dat de arts-patiënt relatie om die

reden nooit een gelijke zal zijn. Onder de overige professies, en dan met name de fysiotherapeuten, heerst dit gevoel veel minder. Wel vinden relatief veel medisch specialisten (85%) dat ze patiënten alle beschikbare informatie moeten presenteren en hen de gelegenheid geven om keuzes te maken, zoals ook vastgelegd in de WBGO. Huisartsen en apothekers zijn het hier minder vaak mee eens.
Het verschil in klantenbenadering – en misschien ook houding ten aanzien van marktwerking – komt het meest tot uitdrukking bij de stelling dat patiënten consumenten van de gezondheidszorg zijn en dat professionals moeten voorzien in hun vraag. Vooral huisartsen lijken zich tegen deze benadering te verzetten: slechts 7% is het met deze stelling eens; omgekeerd wordt deze stelling juist door dierenartsen en apothekers gedeeld.
Opvallend is dat beide beroepsgroepen de rol van geneesmiddelenverstrekker hebben. Immers, ook voor dierenartsen geldt, dat zij veelal niet alleen de behandelend arts zijn, maar ook degenen die de apotheek runnen waarin de geneesmiddelen voor behandeling worden verstrekt. Mogelijk zorgt dit voor een meer klantgerichte houding dan uitsluitend de rol van zorgverlener. Daarnaast speelt bij dierenartsen mee dat een deel van hen alleen met individuele cliënten te maken heeft en een deel waarbij de klanten (mede) uit bedrijven bestaan. Toch laat een verdere uitsplitsing zien dat er geen verschil is op basis van het type dier dat dierenartsen behandelen (gezelschaps- versus landbouwhuisdieren of gemengd).
In zijn algemeenheid laten de resultaten veel variatie zien tussen de professies. Maar daarnaast heerst er ook binnen de professies verdeeldheid over de relatie tussen professional en cliënt. De huidige veranderingen in de zorg spelen hierbij mogelijk een rol. Zo levert een toename in complexiteit en organisatie van de zorg de vraag op hoe hiermee in termen van verantwoordelijkheid moet worden omgegaan. Voor professionals heerst mogelijk nog onduidelijkheid op dit terrein, mede omdat de definitie van de zorgvraag nog niet helder is.

Figuur 4.4 Percentage van de zes professies dat het (zeer) eens is met stellingen over de professional-patiënt relatie



Bron: enquête NIVEL 2006; de formulering van de stellingen was in de enquête aangepast aan het beroep in kwestie.

> Wat ik vermoed is dat er sprake is van een manier van onvermogen om met de nieuwe vraag-aanbieder verhouding om te gaan. De vraag is 'hoe ga je als zorgaanbieder met die verschuivende verantwoordelijkheden om, juist in relatie tot de vraagkant?'. Een bijkomend probleem is dat de vraagkant nu nog onvoldoende is geconceptualiseerd. In de toekomst zal de manier waarop de consument zich opstelt en de inhoud van het contact beter zijn gedefinieerd. Dat maakt het ook lastiger om als aanbieder in de goede rolverhouding van verantwoordelijkheden te komen met de vrager. *(Interview dhr. Boer, directielid CVZ)*

De vraag is overigens of mondigheid en toegenomen informatiebehoefte voor artsen per se problematisch of bedreigend zijn. Zoals verschillende gesprekspartners ook benadrukken: het is vaak goed communiceren met goed geïnformeerde patiënten. In het verleden is onderzoek gedaan naar de opvattingen van verpleegkundigen en verzorgenden hierover. Zij krijgen immers ook te maken met mondige patiënten. In 2002 was 61% van hen het eens met de stelling dat ze liever voor mondige patiënten zorgen dan voor cliënten die niet mondig zijn; slechts 6% vond het lastig om voor mondige patiënten te zorgen. Een voordeel van het werken met mondige patiënten bleek onder meer het feit dat men het daardoor gemakkelijker vond om te evalueren of de zorg het gewenste effect heeft. Wel zet dezelfde mondigheid professionals onder druk, bijvoorbeeld in de vorm van het vragen om behandelingen of informatie die men niet mag geven. Mede hierdoor vonden verpleegkundigen het moeilijker zich te houden aan richtlijnen of standaarden die van hogerhand zijn afgesproken (De Veer e.a., 2004a).

4.4. Opvattingen over professionaliteit

Tot nu toe hebben we ons in dit hoofdstuk vooral gericht op algemene veranderingen in de relatie tussen professional en cliënt. Als gevolg van verschillende ontwikkelingen in de organisatie van de gezondheidszorg is de beroepsuitoefening van professionals en daarmee de relatie met patiënten aan verandering onderhevig. Toenemende marktwerking en toezicht van bovenaf leiden mogelijk tot een aantasting van de autonomie van artsen. De vraag in deze paragraaf is hoe consumenten/patiënten tegen deze veranderingen aankijken. Hoe oordelen zij bijvoorbeeld over de veranderende rol van de overheid en de toename in marktwerking? De resultaten bespreken we in drie onderdelen.

Professionele autonomie en gebruik van richtlijnen

Het hanteren van richtlijnen, standaarden en protocollen lijkt in de medisch professionele wereld inmiddels een vanzelfsprekendheid. Mede omdat deze richtlijnen de normen en afspraken reflecteren die – bijvoorbeeld door professionals onderling – zijn opgesteld over professioneel handelen, bieden ze ook institutionele garanties voor vertrouwen voor patiënten. Inderdaad hecht men aan dergelijke vertrouwensgaranties groot belang: een meerderheid van de consumenten (84%) is van mening dat het functioneren van artsen met behulp van richtlijnen moet worden bewaakt. Slechts een minderheid (27%) vindt dat artsen geen richtlijnen voor behandeling hoeven te volgen, maar zelf weten wat nodig is (tabel 4.5). Richtlijnen worden blijkbaar als een goede manier gezien om het medisch handelen van artsen te reguleren.
De vraag is vervolgens wie dan moet toezien op het medisch handelen van artsen. Hiertoe zijn drie additionele vragen gesteld, waarbij men kon aangeven hoe belangrijk het is dat respectievelijk de overheid, zorgverzekeraars of artsen onderling richtlijnen opstellen waaraan artsen zich moeten houden. Hieruit komt een duidelijke rangorde naar voren: het vaakst vindt men dat artsen onderling richtlijnen moeten opstellen (74% vindt dit belangrijk tot zeer belangrijk); 61% vindt het belangrijk dat de overheid deze rol vervult en 18% ziet hierbij een belangrijke rol voor zorgverzekeraars weggelegd. Blijkbaar zijn de overheid en vooral zorgverzekeraars voor burgers niet noodzakelijk de aangewezen partijen om de kwaliteit van zorg te bepalen. Zo is hooguit 40% van de bevolking van mening dat de overheid een grote invloed op de gezondheidszorg moet uitoefenen. Tegelijkertijd is er verdeeldheid of het primaat bij het bepalen van de kwaliteit van zorg per definitie bij artsen zelf moet liggen: iets minder dan de helft is het eens met de stelling dat artsen zelf de kwaliteit van zorg kunnen waarborgen, en iets meer dan de helft vindt dat de kwaliteit van een medische behandeling alleen door artsen kan worden bewaakt.

Tabel 4.5 Opvattingen over stellingen ten aanzien van autonomie en gebruik van richtlijnen

	Percentage (volledig) mee eens
Artsen hoeven geen richtlijnen van bovenaf te volgen voor behandeling, maar weten zelf wat nodig is	27%
Het functioneren van medisch specialisten moet met behulp van richtlijnen bewaakt worden	84%
Artsen kunnen zelf de kwaliteit van zorg waarborgen	44%
De kwaliteit van een medische behandeling kan alleen door artsen worden bewaakt	56%
De overheid moet een grote invloed op de gezondheidszorg uitoefenen	40%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Marktwerking en tarievenvorming

Dat er sprake is van toenemende marktwerking in de gezondheidszorg zullen weinig consumenten gemist hebben. Mede door de wijziging van het zorgverzekeringsstelsel in 2006 heeft men niet alleen op de verzekeringsmarkt keuzes kunnen maken, maar is ook veel aandacht uitgegaan naar de gevolgen voor de zorg zelf. Mensen moeten zich afvragen of zij bijvoorbeeld in geval van ziekte wel naar elke huisarts of ziekenhuis naar keuze kunnen gaan, want de kans bestaat dat de eigen verzekeraar daar geen contract mee heeft afgesloten. Mede door deze ontwikkeling is het interessant te bezien hoe groot het vertrouwen van consumenten in de ingezette koers van marktwerking is. Als het hierbij gaat om de toepassing van commerciële initiatieven in de gezondheidszorg, dan is het draagvlak klein: slechts 14% van de respondenten vindt dat gezondheidszorg en commercie goed samengaan. Ook is een ruime meerderheid (83%) het eens met de stelling dat de medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen. Mede in dit licht bezien is het vertrouwen in de kostenafweging die artsen maken niet zeer hoog: 56% van de consumenten schat in dat artsen datgene wat men medisch nodig heeft belangrijker vinden dan kostenoverwegingen. Wellicht hebben de meeste consumenten om deze reden een voorkeur voor vaste prijzen in de zorg: 63% vindt dat artsen zich door vaste prijzen beter kunnen richten op de inhoud van zorg. Toch is het niet zo dat men denkt dat variatie in beloning meteen leidt tot misbruik: 37% is van mening dat artsen die per behandeling betaald worden, meer onno-

Tabel 4.6 Opvattingen over stellingen ten aanzien van commerciële initiatieven

	Percentage (volledig) mee eens
Gezondheidszorg en commercie gaan goed samen	14%
De medische kwaliteit van individuele patiëntenzorg wordt bedreigd door financiële overwegingen	83%
Artsen vinden datgene wat ik als patiënt medisch nodig heb, belangrijker dan kostenoverwegingen	56%
Door het gebruik van vaste prijzen in de gezondheidszorg kunnen artsen zich beter richten op de inhoud van zorg	63%
Artsen die per behandeling betaald worden, schrijven meer onnodige behandelingen voor dan artsen met een vast loon	37%
Artsen in een niet-commercieel ziekenhuis leveren betere zorg dan artsen in een commercieel ziekenhuis	14%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

dige behandelingen voorschrijven dan artsen met een vast loon. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren als gevraagd wordt of artsen in niet-commerciële ziekenhuizen betere zorg leveren dan artsen in commerciële ziekenhuizen. Gegeven de grote weerstand tegen commercie zou men dit welhaast verwachten, maar in de praktijk is slechts 14% van de respondenten het hiermee eens. Blijkbaar is het vertrouwen in de deskundigheid en onafhankelijkheid van artsen groot genoeg om commerciële initiatieven mogelijk te maken. Wel lijkt het gebruik van richtlijnen hiervoor een belangrijke voorwaarde te zijn, gegeven de hoge eensgezindheid van burgers hierover.

Schaalvergroting en vrije vestiging

Als een verschuiving in de organisatie en beroepsuitoefening van professionals plaatsvindt, is het de vraag of de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg daaronder lijdt. Om dit in detail te onderzoeken is onderzoek door de tijd nodig. In deze studie is dit niet mogelijk, maar wel kunnen we beoordelen hoe consumenten tegen een aantal organisatieveranderingen aankijken. Een belangrijke en tastbare verandering is schaalvergroting. De laatste decennia is mede als gevolg van fusies de omvang van ziekenhuizen sterk toegenomen. Het is te verwachten dat deze schaalvergroting in de toekomst verder doorzet. Hier kijken we naar twee aspecten van schaalvergroting: zorgt schaalvergroting voor kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld vanwege meer financiële middelen of inzet van meer gespecialiseerd personeel en meer geavanceerde technologie) en zorgt het voor minder persoonlijk contact tussen arts en patiënt? Het eerste is niet het geval: het werken in een grotere institutionele setting leidt er volgens consumenten niet toe dat artsen betere zorg leveren. Daarentegen is ruim de helft wel van mening dat de band tussen arts en patiënt minder sterk is in grotere instellingen. Schaalvergroting leidt in de ogen van de bevolking blijkbaar tot een meer anonieme arts-patiënt relatie, waardoor het vertrouwen in de arts mogelijk wordt ondermijnd. Wel moet hierbij worden opgemerkt dat patiënten in werkelijkheid verschillende aspecten van zorg ten opzichte van elkaar moeten afwegen, terwijl dit bij bovenstaande vragen niet het geval is. Voor een beter beeld van het relatieve belang van verschillende zorgaspecten is in 2002 aan leden van het Consumentenpanel gevraagd welk ziekenhuis ze prefereren, waarbij ze juist wel verschillende zaken ten opzichte van elkaar moesten afwegen. De grootte van het ziekenhuis en het geholpen worden door een vaste arts vond men minder belangrijk dan twee andere criteria: een korte reisafstand tot het ziekenhuis en een goede reputatie van de artsen en verpleegkundigen. Dit geeft aan dat er wel degelijk draagvlak bestaat voor fusies en schaalvergroting onder ziekenhuizen, mits dit vooral plaatsvindt op bestuurlijk niveau en niet leidt tot een daling van het aantal locaties. Zoals Van der Schee e.a. (2005) al stellen: de grootte van het ziekenhuis is 'van zeer ondergeschikt belang voor consumenten, alle discussies over "de menselijke maat" ten spijt'. Consumenten hechten er ook niet wezenlijk aan of ze door een vrijgevestigde professional of door een professional in loondienst worden behandeld. Slechts 27% is het eens met de stelling dat artsen in een eigen praktijk betere zorg leveren dan artsen in loondienst. De naar verwachting verdergaande verschuiving naar meer in loondienst werkende artsen lijkt voor burgers niet te leiden tot een aantasting van professionaliteit.

Tabel 4.7 Opvattingen over stellingen ten aanzien van type beroepsuitoefening en vestiging

	Percentage (volledig) mee eens
Artsen in een eigen praktijk houden meer rekening met de patiënt dan artsen in loondienst	27%
Artsen in een grote instelling leveren betere zorg dan artsen in een kleine instelling	4%
Artsen in een grote instelling hebben een minder sterke band met hun patiënten dan artsen in een kleine instelling	55%

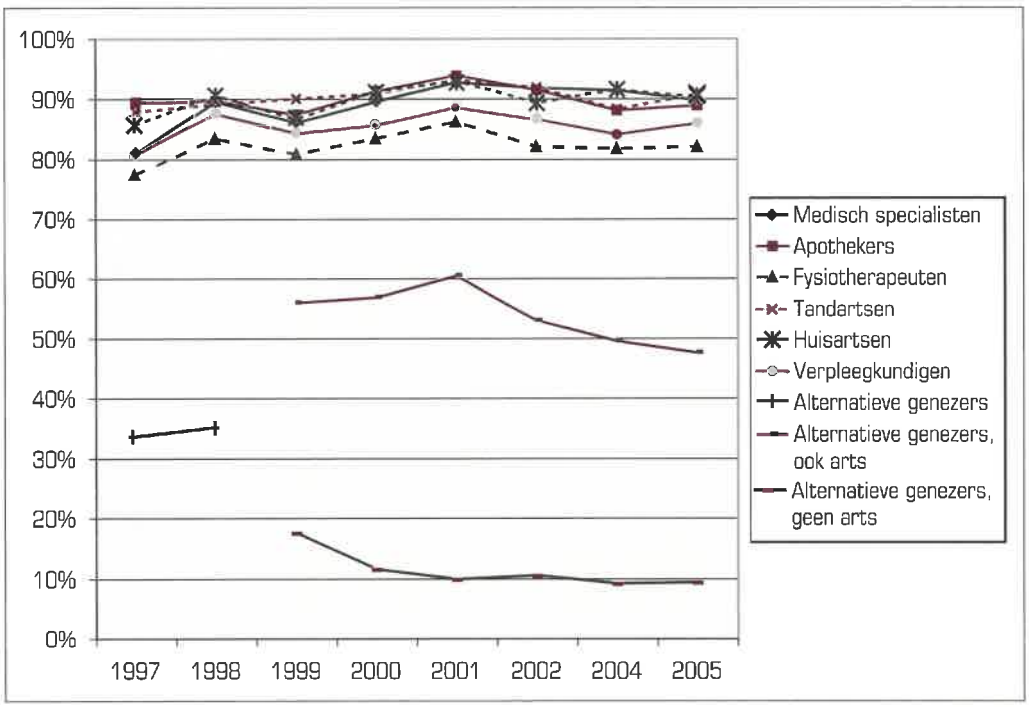
Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Verschillen tussen bevolkingsgroepen
Voor een indicatie hoe de opvattingen van de bevolking zullen verschuiven, bespreken we de samenhang tussen opvattingen over professionaliteit en leeftijd, opleidingsniveau en mondigheid van respondenten. De jongeren van nu zijn immers de zorggebruikers van straks. Zij zullen relatief hoger opgeleid en mondiger zijn dan de huidige populatie. Toch speelt mondigheid een minder grote rol dan iemands leeftijd of opleidingsniveau. Wat betreft autonomie van artsen en het gebruik van richtlijnen, staan jongeren en hoger opgeleiden over het algemeen kritischer tegenover gezondheidszorgprofessies dan ouderen en lager opgeleiden. Zij zijn het bijvoorbeeld minder eens met de stelling dat artsen geen richtlijnen van bovenaf hoeven te volgen. Van de andere kant lijken hoger opgeleiden iets positiever te staan tegenover commerciële zorginitiatieven: ze hechten minder waarde aan vaste prijzen in de gezondheidszorg en vinden minder vaak dat artsen in niet-commerciële ziekenhuizen betere zorg leveren. Dit kan betekenen dat de ouderen van straks positiever staan tegenover gereguleerde marktwerking in de zorg. Wel speelt hierbij altijd mee dat mensen zodra ze meer hulpbehoevend worden, ook anders zullen denken over de onderwerpen die dan voor hen van belang zijn.

4.5. Vertrouwen

Het publieke vertrouwen in beroepsbeoefenaren en instellingen voor gezondheidszorg is een belangrijk aspect van de relaties tussen cliënten/patiënten en professionals. Cliënten worden geacht het vertrouwen te hebben dat professionals deskundig hun belangen behartigen en geen misbruik maken van de situatie ten behoeve van eigen gewin. Dit vertrouwen is gedurende enige jaren onderzocht in het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In figuur 4.5 is het vertrouwen weergegeven in gezondheidszorgprofessionals in de periode 1997-2005. Over het algemeen is het vertrouwen dat men heeft vrij hoog én opvallend

Figuur 4.5 Vertrouwen van de Nederlandse bevolking in gezondheidszorgprofessionals, periode 1997-2005 (percentage dat veel of heel veel vertrouwen heeft)



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 1997-2005.

stabiel. Net zoals er geen algemeen dalende trend van aanzien van de professionals is, is ook het algemeen vertrouwen in hen relatief groot. Wanneer men gevraagd wordt het vertrouwen in de gezondheidszorg als geheel met een rapportcijfer te beoordelen, dan geeft de Nederlander een ruime voldoende: een zeven. Maar de toekomst zien mensen minder rooskleurig tegemoet: gemiddeld krijgt het vertrouwen in de toekomst van de gezondheidszorg een krappe voldoende (5,9) (Van der Schee en Delnoij, 2005).

Garanties voor vertrouwen

Het vertrouwen van cliënten in beoefenaars van de professies is gebaseerd op drie soorten omstandigheden. De relaties tussen beroepsbeoefenaren en cliënten zijn ingebed in instituties, in langdurige relaties en in sociale netwerken. Wijzigingen in elk van deze drie omstandigheden leiden ertoe, dat het vertrouwen in en de positie van zorgprofessionals aan verandering onderhevig zijn. Als voorbeeld van een institutionele bron van vertrouwen kan bijvoorbeeld gewezen worden op de wettelijke bescherming van een (artsen)titel en de daarbij behorende opleidingseisen. Zo werd in het Consumentenpanel Gezondheidszorg tot en met 1998 gevraagd naar het vertrouwen dat men had in alternatieve genezers. Bij latere rondes van het panel is dit opgesplitst in alternatieve genezers die ook arts zijn en alternatieve genezers die dat niet zijn. Figuur 4.5 laat zien dat alternatieve genezers minder vertrouwen genieten onder de bevolking dan reguliere beroepsbeoefenaren. Het vertrouwen dat men heeft in alternatieve genezers zonder de toevoeging of ze ook arts zijn ligt precies tussen degenen die ook arts zijn en die dat niet zijn. Klaarblijkelijk werkt de institutionele garantie van titel en daaraan verbonden opleiding als mechanisme om vertrouwen mogelijk te maken.

Het verplicht stellen van de opleiding die een beroepsbeoefenaar moet hebben gevolgd is één vorm van afscherming van de beroepsuitoefening voor buitenstaanders. Daarnaast is het ook mogelijk de beroepsgroep af te schermen voor beroepsgenoten die elders de opleiding hebben genoten. Eén van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg is een toenemende internationalisering, waarbij buitenlandse professionals taken van degenen die in Nederland zijn opgeleid overnemen. Vanuit patiënten/cliëntenperspectief is daar zeker ruimte voor. Zo bleek in een eerdere meting van het Consumentenpanel dat ongeveer de helft van de bevolking wel naar het buitenland wil als in Nederland de wachtlijst te lang is. Tegelijkertijd komt dit uitwijken naar het buitenland in de praktijk nog nauwelijks voor: slechts 2 procent van de huidige panelleden heeft hier wel eens gebruik van gemaakt (zie paragraaf 4.3). In potentie is de concurrentie vanuit het buitenland dus groot, mits deze mogelijkheid – bijvoorbeeld door zorgverzekeraars – verder wordt benut (Van der Schee en Delnoij, 2004). Minstens zo belangrijk is of men ook voldoende vertrouwen heeft in de kwalificaties van elders opgeleide artsen. Dit is inderdaad het geval: slechts 14% van de bevolking geeft aan geen vertrouwen te hebben in buitenlandse artsendiploma's en een groter aandeel (31%) vindt het belangrijk dat een arts een Nederlands in plaats van een buitenlands diploma heeft.

Naast institutionele garanties wordt vertrouwen ook gecreëerd op basis van eigen ervaringen en die van anderen (netwerken). Deze persoonlijke informatie is voor cliënten relatief belangrijk. Zo vindt 66% van de respondenten het belangrijk dat vrienden of familie een bepaalde arts aanbevelen als men een nieuwe huisartspraktijk zoekt en hecht 88% eraan om steeds door dezelfde medisch specialist behandeld te worden, mocht men vaker naar het ziekenhuis gaan. Ook uit Amerikaans onderzoek komt naar voren dat deze vorm van vertrouwen niet te onderschatten valt. Mensen kiezen namelijk liever voor een chirurg waarmee men zelf goede ervaringen heeft maar die minder goed wordt beoordeeld, dan voor een chirurg die men niet kent en wiens beoordelingen veel hoger zijn. Hetzelfde geldt bij de keuze voor een ziekenhuis: bijna driekwart kiest liever een ziekenhuis waar men al jaren zonder problemen behandeld is, dan een ziekenhuis dat door deskundigen veel hoger wordt aangeslagen (Blendon e.a., 1998). Mensen hebben blijkbaar een sterke voorkeur voor persoonlijke informatie, gebaseerd op eigen ervaringen. Het is moeilijk te zeggen wat er gebeurt met het vertrouwen van patiënten als het niet meer mogelijk is om persoonlijke informatie te verkrijgen. Toch lijken alle bevindingen erop te wijzen dat anoniemer

contact voor minder vertrouwen zorgt. Dit vertrouwen is niet alleen gebaseerd op de competentie van beroepsbeoefenaren, maar ook op hun goede bedoelingen. Mochten er bijvoorbeeld conflicten ontstaan, dan moeten cliënten er op kunnen vertrouwen dat hun klachten adequaat worden afgehandeld. Op basis van deze en eerdere studies lijkt het vertrouwen in gezondheidszorgprofessionals groot. In dat licht bezien zijn de gegeven antwoorden op één stelling bijna verrassend te noemen: een ruime meerderheid van de bevolking (61%) is het eens met de stelling 'Als je een klacht indient, houden artsen en ziekenhuizen elkaar de hand boven het hoofd'. Deze bevinding illustreert dat het belangrijk is om te realiseren dat vertrouwen fragiel is en als gevolg van incidenten of slechte berichten gemakkelijk verstoord kan worden. Het aloude gezegde luidt immers 'Vertrouwen komt te voet en vertrekt te paard'.

Tabel 4.8 Garanties voor vertrouwen: percentage personen dat het (zeer) belangrijk vindt ...

	Percentage (zeer) belangrijk
dat vrienden of familie een bepaalde arts aanbevelen als ik een nieuwe huisartspraktijk zoek	66%
dat ik steeds door dezelfde medisch specialist behandeld wordt als ik vaker naar het ziekenhuis ga	88%
dat een arts een Nederlands in plaats van een buitenlands diploma heeft	31%
dat er tijdens openingstijden altijd een apotheker in een apotheek aanwezig is	68%
dat artsen hun beroep naar eigen inzicht kunnen uitoefenen	52%
dat ik bij een huisartspraktijk door een huisarts behandeld word in plaats van een verpleegkundige	75%
dat de overheid richtlijnen opstelt waaraan artsen zich moeten houden	61%
dat zorgverzekeraars richtlijnen opstellen waaraan artsen zich moeten houden	18%
dat artsen onderling richtlijnen opstellen waaraan artsen zich moeten houden	74%

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

Vertrouwen in gezondheidszorgprofessionals verklaard: antwoorden van consumenten nader bekeken

Uit figuur 4.5 komt naar voren dat het vertrouwen in verschillende soorten gezondheidszorgprofessionals relatief hoog is. Vervolgens analyseren we hier door welke factoren het vertrouwen in professionals als totaalgroep kan worden verklaard. De mate van vertrouwen in vijf soorten professionals hebben we samengenomen in één maat. Het gaat dan om het gemiddelde vertrouwen in huisartsen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers. Voor de betrouwbaarheid van deze maat is de zogenaamde Cronbach's alpha berekend; deze is 0,62 (op een schaal van 0 tot 1). In dat geval kan gesproken worden van een redelijke schaal. Hierop hebben we een zogenaamde lineaire regressieanalyse uitgevoerd. Dit maakt het mogelijk de invloed van een kenmerk te schatten, rekening houdend met alle overige kenmerken in het model. Hier vatten we de belangrijkste bevindingen samen, beginnend bij de grootste verschillen. De tabellen met precieze resultaten staan in bijlage 3.

- Het duidelijkste verschil bestaat tussen leeftijdsgroepen: personen jonger dan 35 jaar hebben duidelijk meer vertrouwen in professionals dan oudere leeftijdsgroepen. Het verschil is het grootst met personen tussen 51 en 65 jaar: hun vertrouwen in gezondheidszorgprofessionals is het kleinst.

- Personen die in het afgelopen half jaar naar gezondheidsinformatie hebben gezocht (circa de helft van de consumenten) hebben duidelijk minder vertrouwen in professionals dan personen die dit niet doen. Het gaat hierbij om het zoeken naar informatie via internet of andere bronnen, zoals naslagwerken.
- Daarnaast is een tweedeling gemaakt tussen twee groepen: personen die wel eens gebruik hebben gemaakt van een second opinion, die wel eens van huisarts of specialist zijn gewisseld, die wel eens een klacht hebben ingediend of in het buitenland behandeld zijn vanwege te lange wachtlijsten én personen die geen van dit alles hebben gedaan. De eerste groep (44% van de consumenten) blijkt minder vertrouwen te hebben in professionals dan de tweede groep (56% van de consumenten).

Overigens kan met dit type onderzoek niet precies worden nagegaan hoe oorzaak en gevolg lopen: is het bijvoorbeeld zo dat men wel eens een klacht heeft ingediend omdat men al weinig vertrouwen heeft, of daalt het vertrouwen doordat men een slechte ervaring heeft waarvoor men een klacht indiende? In ieder geval laten de bevindingen zien dat deze zaken onderling zijn gerelateerd: personen die minder vertrouwen hebben, stellen zich ook anders op naar de professional: ze zoeken vaker naar informatie en stappen gemakkelijker over. Ondanks alle geluiden over de steeds hoger opgeleide en steeds mondigere consument, is opvallend dat dit relatief losstaat van opleidingsniveau en mondigheid. Beide aspecten zijn namelijk wel onderzocht (evenals geslacht), maar hangen niet samen met een verschil in vertrouwen. Feitelijke ervaringen doen er meer toe.

Oordelen van professionals zelf

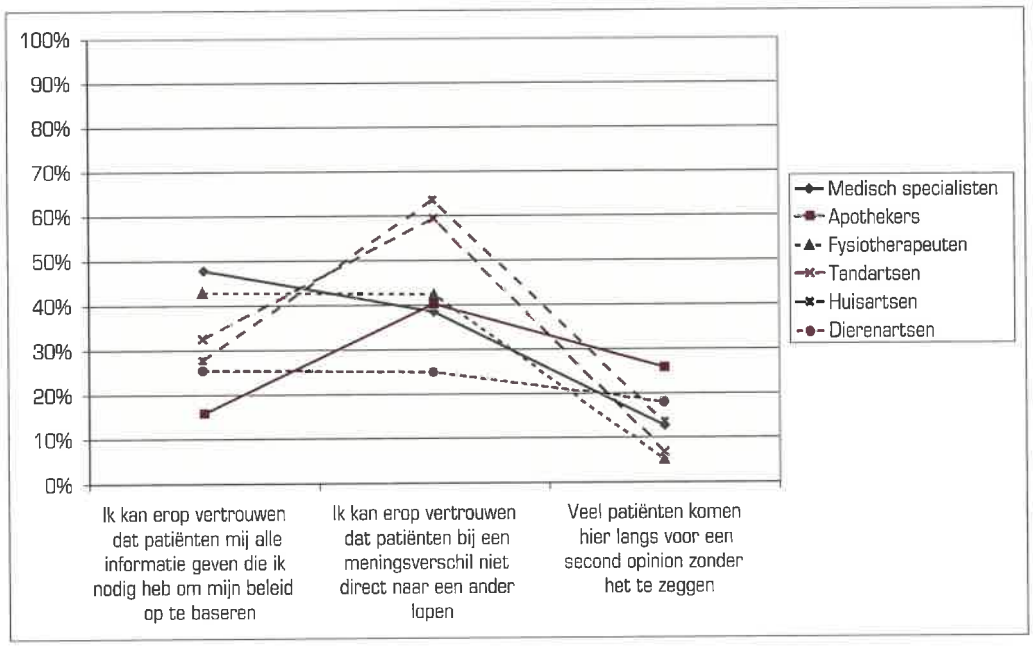
Tot slot gaan we in op het vertrouwen van professionals zelf. Vertrouwen is immers iets dat voor beide kanten van belang is: patiënten moeten op professionals kunnen vertrouwen, maar omgekeerd is vertrouwen in de patiënt ook van belang, bijvoorbeeld dat deze zich houdt aan de voorgeschreven behandeling (*therapietrouw*) of dat deze niet bij het minste of geringste naar een ander uitwijkt. Kortom, in hoeverre kunnen professionals hun patiënten vertrouwen? Hiertoe hebben we drie stellingen voorgelegd aan de steekproef van professionals in de zes beroepsgroepen: kunnen ze erop vertrouwen dat patiënten de professionals alle informatie geven die deze nodig hebben, dat patiënten bij een conflict niet meteen naar een ander gaan en dat ze open zijn over een second opinion (zie figuur 4.6).

De vertrouwensrelatie tussen professionals en patiënten verschilt duidelijk tussen de professies. Ook lijken de voorgelegde vragen te verwijzen naar verschillende aspecten van vertrouwen. Zo vinden medisch specialisten veel vaker dan huisartsen dat patiënten hen alle benodigde informatie geven (45% versus 29%), maar vertrouwen huisartsen er omgekeerd veel vaker op dat patiënten niet meteen naar een ander lopen (63% van de huisartsen is het met deze stelling eens, versus 36% van de medisch specialisten). Apothekers nemen in de professional-cliënt relatie een bijzondere positie in. Enerzijds hebben ze er het minst vaak vertrouwen in dat patiënten hen alle informatie geven die nodig is. Dit past in het beeld van de apotheker, louter fungerend als doorgeefluik van medicijnen. Anderzijds hebben apothekers het vaakst het gevoel dat patiënten een second opinion willen inwinnen zonder het te zeggen. Waarschijnlijk hebben second opinions in de apotheek een ander karakter dan bij de andere professies, namelijk niet zozeer het controleren van advies van een andere apotheker, maar van de arts. Verder is vooral de relatief kwetsbare professional-cliënt relatie van de dierenarts opvallend: dierenartsen hebben relatief weinig vertrouwen in de informatievoorziening door cliënten én hun vertrouwen in cliënten is opvallend laag als het gaat om het uitwijken naar een ander. Dit roept de vraag op of zo'n laag vertrouwen in cliënten de prijs is die men moet betalen voor marktwerking. Staat de overige professies hetzelfde te wachten? Deze vraag is moeilijk te beantwoorden; zo is in de fysiotherapie ook sprake van relatief meer marktwerking dan in de overige professies, terwijl fysiotherapeuten er juist wel op vertrouwen dat patiënten niet direct naar een ander lopen. Een andere factor van betekenis is het feit dat dierenartsen mede te maken hebben met institutionele klan-

ten, waardoor hun afhankelijkheidspositie groter is. Op basis van de enquête lijkt dit echter geen grote rol te spelen: het is niet zo dat dierenartsen die alleen gezelschapsdieren behandelen meer vertrouwen hebben in hun cliënten dan dierenartsen die (ook) landbouwhuisdieren behandelen. Dit kan ook betekenen dat de hele beroepsgroep een relatief kwetsbare positie heeft, mede door het contact met institutionele klanten.

Naarmate de cliënt groter wordt is de kans op chantage groter en wordt men afhankelijker. Vroeger was het dierenarts zijn een vak met status en verdiende het zeer goed. Nu staan dierenartsen steeds meer onder druk wat betreft hun werktaken. Denk aan het voorschrijven van geneesmiddelen of de gezondheidsverklaringen van dieren. *(Interview dhr. De Ruijter, dierenarts, ten tijde van het interview voorzitter van de KNMvD)*

Figuur 4.6 Percentage van de zes professies dat het eens of zeer eens is met stellingen over de patiënt



Bron: enquête NIVEL 2006.

Vertrouwen van gezondheidszorgprofessionals verklaard: antwoorden van professionals nader bekeken

Zoals gezegd is het niet alleen belangrijk dat patiënten vertrouwen hebben in hun zorgverlener, ook andersom geldt dit. Daarom onderzoeken we hoe het vertrouwen van professionals in hun cliënten kan worden verklaard. De drie aspecten van vertrouwen uit figuur 4.6 – alle informatie geven, niet bij een meningsverschil weglopen en voor een second opinion langskomen – blijken relatief verschillende aspecten van de relatie tussen professional en cliënt. Er is hooguit een matig positieve samenhang tussen de drie aspecten. Om die reden analyseren we ze afzonderlijk. De bevindingen vatten we hier samen.

Verschillen tussen professionals in hun vertrouwen dat patiënten alle benodigde informatie geven:

- Rekeninghoudend met kenmerken zoals leeftijd en praktijkvorm hebben apothekers duidelijk minder vertrouwen in hun patiënten dan alle andere professies. Tussen de rest van de professies zijn verder geen verschillen gevonden.
- Oudere professionals vertrouwen er meer op dat patiënten hen alle informatie geven dan jongere professionals. Dit komt wellicht doordat zij meer ervaring en/of gezag hebben, waardoor ze zelf meer doorvragen of patiënten zich anders naar hen opstellen.
- Als professionals vinden dat er veel richtlijnen in hun beroepsuitoefening worden gebruikt, dan zijn ze ook meer van mening dat hun patiënten hen alle informatie geven. Mogelijk is het zo dat bij deze professionals het patiëntcontact meer is geprotocolleerd, bijvoorbeeld met checklists.

Verschillen in hun vertrouwen dat patiënten bij een meningsverschil niet naar een ander lopen:

- Tandartsen en huisartsen hebben de meest duurzame relaties met hun patiënten: ze vertrouwen er meer op dat patiënten niet zullen weglopen dan medisch specialisten, fysiotherapeuten, apothekers en dierenartsen. Deze laatste groep heeft verreweg het minste vertrouwen in hun cliënten: het verschil met alle overige professies is significant.
- Ook nu heeft het hebben van veel richtlijnen een positieve invloed op het vertrouwen in patiënten: professionals die meer richtlijnen gebruiken in hun beroepsuitoefening, vertrouwen er meer op dat hun patiënten niet weglopen.

Verschillen in mening dat patiënten zonder het te zeggen een second opinion aanvragen:

- Ten opzichte van alle andere professies denken apothekers het vaakst dat patiënten voor een second opinion langskomen. Tandartsen denken dit het minst vaak, ook vergeleken met alle andere professies. Beide professies bevinden zich duidelijk aan beide uiteinden van het spectrum.
- Mannelijke professionals denken vaker dat patiënten voor een second opinion langskomen dan vrouwelijke professionals. Het is moeilijk te zeggen waardoor dit komt.

Hierboven hebben we ons gericht op de kenmerken waarbij statistisch significante verschillen bestaan. Daarnaast zijn ook enkele andere kenmerken voorgelegd. Het feit dat deze niet van belang zijn is ook inzichtelijk. In geen enkele analyse deed het ertoe hoeveel concurrentie professionals zien of hoeveel autonomie ze ervaren. Ook is er geen verschil op basis van de grootte van de praktijk of het werken in loondienst. Ondanks de vaak gestelde nadelen van schaalvergroting, vinden we geen bewijs dat professionals in grotere, meer geanonimiseerde praktijken meer worden geconfronteerd met vertrouwensproblemen met hun patiënten. Omgekeerd ervaren patiënten soms knelpunten bij het contact met professionals in grotere praktijken. Het is goed dat professionals zich van deze discrepantie bewust zijn. De grootste verschillen bestaan tussen professies. Beroepsgroepen hebben blijkbaar hun eigen knelpunten in het contact met patiënten.

4.6. Conclusies

Op basis van de bevindingen uit dit hoofdstuk kan een aantal vragen beantwoord worden. Ten eerste de vraag of de relatie tussen arts en patiënt / cliënt gelijkwaardiger is geworden. Als we naar algemene oordelen van de bevolking kijken, is deze relatie nog steeds ongelijkwaardig. Artsen hebben een hoog aanzien en dit lijkt stabiel te blijven in de loop der tijd. Ook zijn patiënten in de spreekkamer van de professional (en in diens ogen) veel minder mondig dan ze zelf denken. Mogelijk zal de arts-patiënt relatie wel gelijkwaardiger worden, mede door het stijgende opleidingsniveau van de bevolking, de toename van mondigheid en het vaker zoeken naar gezondheidsinformatie. Dit brengt ons ook op de tweede vraag, namelijk wat de gevolgen van dergelijke veranderingen zijn. Mondigheid hangt sterk samen met een meer consumptiegerichte benadering van de gezondheidszorg, waarbij

men bijvoorbeeld in geval van ontevredenheid gemakkelijk naar een ander stapt; men stemt met de voeten. Tot op heden gebeurt dit overstappen nog maar heel beperkt, maar vanuit verschillende instanties wordt steeds meer gestimuleerd dat cliënten actiever kiezen door welke professional ze behandeld willen worden. Deze mondigheid van patiënten stelt onder andere extra eisen aan de communicatievaardigheden van professionals, maar stimuleert hen ook om hun vakinhoudelijke kennis op peil te houden (De Veer e.a., 2004b). Tegelijkertijd zet dezelfde mondigheid de professionaliteit van zorgverleners onder druk. Patiënten die voor zichzelf opkomen zullen hen immers ook vaker vragen om bepaalde behandelingen. Illustratief in dit kader is de titel van een boek geschreven door Evelien Tonkens: 'Mondige burgers, getemde professionals' (2003). Ze wijst op de ontwikkeling waarbij professionals ingeklemd raken tussen de deels tegenstrijdige eisen van de mondige burger enerzijds en de overheid met haar marktdenken en vraag om verantwoording anderzijds.

Dit brengt ons ook op de inrichting van de gezondheidszorg. Kan deze vanuit de patiënt bekeken vooral vraaggestuurd of vraaggericht zijn? Op deze vraag is geen pasklaar antwoord te geven. Immers, niet iedereen heeft de mogelijkheid of de wens om zelf informatie te vergaren wanneer nodig. Toch gaat het huidige systeem in grote mate uit van 'de geïnformeerde patiënt', terwijl deze benadering in werkelijkheid maar ten dele opgaat.

Dit brengt ons dan ook op de laatste vraag, namelijk: is er nog steeds voldoende basis voor vertrouwen en waardoor kan dit vertrouwen worden versterkt? De conclusie op basis van het verleden is vooralsnog dat vertrouwen in artsen zowel stabiel als hoog is. Wel is vertrouwen kwetsbaar: veel consumenten vermoeden bijvoorbeeld dat arts en ziekenhuis elkaar bij een klacht de hand boven het hoofd houden. De kwetsbare, afhankelijke positie van de patiënt zal in de toekomst nog wel blijven.

Transparantie en richtlijnen van bovenaf kunnen ertoe bijdragen dat het vertrouwen ook in de toekomst hoog blijft. Het belang van dit vertrouwen is moeilijk meetbaar, maar is bijna te zien als smeerolie van de gezondheidszorg. Zo blijkt dat personen die hun arts minder vertrouwen ook minder tevreden zijn met de verleende zorg en minder vaak het advies van de arts opvolgen (Thom e.a., 2002). Investeren in vertrouwen – vanuit zowel professional als cliënt – leidt dan ook tot een beter werkende gezondheidszorg.

5 De organisatie van professionele praktijken

Samenvatting

Professionals werken tegenwoordig vaker in dienstverband, in deeltijd en in steeds grotere organisaties. Ziekenhuizen, de thuisbasis van medisch specialisten, groeien op één locatie. Ze veranderen in rap tempo van klassieke, duale organisaties in geïntegreerde proces- en patiëntgerichte organisaties. De praktijken van extramurale beroepsbeoefenaren breiden uit door ketenvorming. Deze professionals zitten middenin een transformatieproces: hielden ze eerst praktijk aan huis en beschikten ze maar in beperkte mate over technologische hulpmiddelen, nu ontwikkelen hun praktijken zich in de richting van georganiseerde voorzieningen voor (para)medische dienstverlening.

Door deze schaalvergroting, maar ook door andere veranderingen in de werkomgeving van professionals, verandert hun positie. Van de ondervraagde professionals zien medisch specialisten het vaakst kwaliteitsvoordeel in schaalvergroting. Anderzijds betekent schaalvergroting dat management een grotere rol krijgt toebedeeld en het vertrouwen van medisch specialisten in ziekenhuisdirecties is laag. Het afgelopen decennium is dat vertrouwen zelfs verder gedaald. Ook ervaren medisch specialisten weinig autonomie in de indeling van hun werk. Wel zijn ze, zoals we ook in hoofdstuk 6 zullen zien, sterk betrokken bij hun werk en de organisatie waarin ze werken.

Omdat meer professionals in dienstverband en in grootschalige organisaties werken, is de verwachting dat hun autonomie bij het indelen van het werk de komende tijd verder zal afnemen. Onduidelijk is of hetzelfde geldt voor hun autonomie bij het bepalen van de inhoud van het werk. Wanneer aan beroepsbeoefenaren in dienstverband en aan hun collega's in het vrije beroep de vraag wordt voorgelegd of zij zelf de kwaliteit van hun beroepsuitoefening kunnen waarborgen – een kernwaarde van de professie – valt in de uitkomst geen verschil tussen de twee groepen te zien. Ook kijken zij globaal op dezelfde manier aan tegen de bedreiging van de kwaliteit van zorg door financiële en commerciële overwegingen.
Waar in de gezondheidszorg marktwerking wordt geïntroduceerd, zien beroepsbeoefenaren hun collega's vaker als concurrenten en minder als mensen met wie ze kunnen samenwerken. Individuele professionals die in hun beroepsuitoefening meer marktwerking en concurrentie ervaren, hebben minder vertrouwen in de goede bedoelingen van collega's buiten de eigen praktijk.
Veranderingen in organisatie en omgeving hebben bovendien niet alleen consequenties voor de verhouding tussen professionals onderling, ze kunnen ook de relatie met patiënten beïnvloeden. Grootschaligheid maakt de kans dat patiënten hun 'eigen' arts treffen, kleiner.

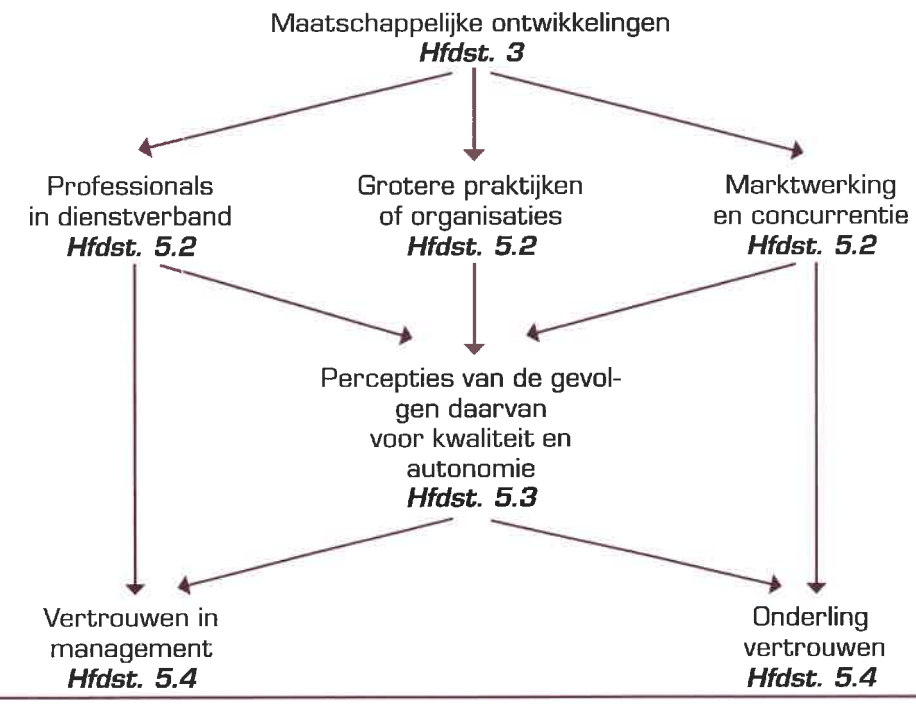
In zijn algemeenheid verandert de basis voor vertrouwen door de in dit hoofdstuk beschreven ontwikkelingen. Een basis voor vertrouwen, namelijk een langdurige relatie, is immers bezig te verdwijnen. Het is de vraag of dit verschijnsel voldoende wordt gecompenseerd door andere vertrouwensmechanismen.

5.1 Inleiding

De onderlinge relaties tussen professionals behandelen we in twee hoofdstukken. In dit hoofdstuk staan de onderlinge relaties op het niveau van het dagelijks werk en de organisatie van praktijken centraal. In het volgende hoofdstuk gaan we dan in op de relaties tussen beroepsbeoefenaren en de beroepsgemeenschap.
De omgeving waarin professionals in de gezondheidszorg werken is sterk aan het veranderen. Het klassieke model van associaties van gelijken is aan het verdwijnen. Toenemende schaalgrootte is daar één oorzaak van. De dienstverlening in de gezondheidszorg wordt meer en meer vanuit organisaties aangeboden en minder vanuit individuele beroepsbeoefenaren, die natuurlijk nog wel steeds het werk doen.

We gaan in dit hoofdstuk eerst in op de arbeidspositie van professionals en de organisatie van het werk, waarbij een aantal thema's uit hoofdstuk 2 en 3 verder wordt uitgewerkt en toegelicht aan de hand van ontwikkelingen in de gezondheidszorgprofessies. Denk daarbij aan veranderingen in de beroepsuitoefening, schaalvergroting, organisatieverandering, en dergelijke. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk gaan we daarop in.
Gevolgen van deze veranderingen in de ogen van professionals op het gebied van kwaliteit en autonomie komen in paragraaf 5.3 aan de orde. De organisatie van het werk zal, naar we aannemen, van invloed zijn op de ervaren autonomie van beroepsbeoefenaren. Daarna gaan we in op het onderling vertrouwen tussen beroepsbeoefenaren en tussen beroepsbeoefenaren (met name medisch specialisten) en het management van de organisatie waarin zij werken (paragraaf 5.4). Waar samengewerkt moet worden in complexe situaties en aan complexe problemen is onderling vertrouwen een voorwaarde voor goed resultaat.
De grote lijn van dit hoofdstuk is samengevat in het onderstaande schema.

Schema: de veranderde positie van professionals in relatie tot gepercipieerde gevolgen daarvan en onderling vertrouwen en vertrouwen in management



5.2 Arbeidsstatus en organisatie

Traditioneel worden de professies als vrij beroep uitgeoefend. De beoefenaars van de professies, zeker in de gezondheidszorg, worden verondersteld dag en nacht klaar te staan voor hun cliënten. Dit traditionele beeld is sterk veranderd. Steeds meer professionals werken in dienstverband en tegelijk met de toename van het aantal vrouwelijke beroepsbeoefenaren (beschreven in hoofdstuk 3) is het werken in deeltijd steeds normaler geworden. De arbeidsstatus van professionals verandert dus.
Wel werken professionals in de gezondheidszorg nog grotendeels in kleinschalige verbanden. Medisch specialisten zijn de uitzondering door hun werk in ziekenhuizen. Maar voor alle professionals in de gezondheidszorg geldt dat de schaal aan het toenemen is.

Dienstverband en vrij beroep

Ongeveer eenderde van de beroepsbeoefenaren in de zes beroepen die in dit boek centraal staan, werkt in dienstverband. Er zijn daarin verschillen per beroepsgroep; zo is het percentage dienstverbanders onder medisch specialisten en fysiotherapeuten hoger dan gemiddeld en onder dierenartsen, huisartsen en tandartsen lager.

Een ander verschil tussen de beroepsgroepen is de inbedding van het dienstverband in de gangbare praktijkvoering. Bij medisch specialisten valt het onderscheid vrijgevestigd of in dienstverband nagenoeg samen met het al dan niet werken in een universitair medisch centrum. De situatie dat een maatschap van vrijgevestigde medisch specialisten ook enkele medisch specialisten in dienstverband telt komt totnogtoe weinig voor. Wel zijn er ook algemene ziekenhuizen met specialisten in dienstverband, maar dan de hele vakgroep.

Specialisten willen niet per se als vrije beroepsbeoefenaar werken. Een deel van hen is meer inhoudsgericht en minder ondernemingsgericht. Dit geldt in het bijzonder voor jongere generaties specialisten. Velen van hen zouden ook bij een concurrerend beloningssysteem kiezen voor een dienstverband, onder andere vanwege de ruimte die dit biedt voor het werken in deeltijd. Het toenemend aandeel vrouwen speelt daarbij ook een rol. Overigens staat innovatie niet gelijk aan zelfstandig ondernemerschap; dat is immers ook goed mogelijk in dienstverband. En inderdaad is het wel zo dat in nichemarkten meer ruimte zal blijven bestaan voor initiatieven door zelfstandig ondernemers. *(Interview dhr. Sanders, radioloog, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten, ex-voorzitter RVZ)*

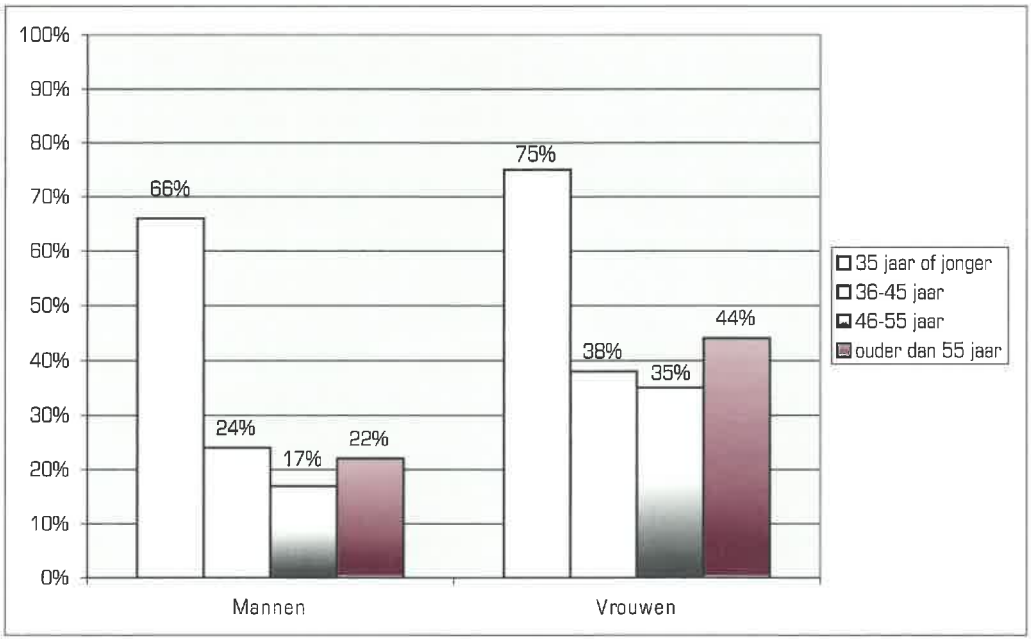
Tabel 5.1 Percentage beroepsbeoefenaren vrijgevestigd versus in dienstverband, in 2005 (exclusief waarnemers)

Beroepsgroep	Percentage vrijgevestigd	Percentage in loondienst	Totaal
Medisch specialisten	75%	25%	14.283
Apothekers	63%	37%	2.842
Fysiotherapeuten	62%	38%	13.254
Tandartsen	76%	24%	7.950
Huisartsen	89%	11%	8.408
Dierenartsen	65%	35%	2.848

Bron: medisch specialisten: Van der Velden e.a. (2006); huisartsen en fysiotherapeuten (extramuraal): NIVEL (2006a, 2006b); apothekers (verdeling eerste en tweede apothekers in 2004): SFK (2006); tandartsen (cijfers voor 2004): www.azwinfo.nl (2006)[1]; dierenartsen: KNMvD (2005).

1 Het aandeel tandartsen in loondienst is niet exact bekend. Van 3% van alle tandartsen is zeker dat ze praktijkmedewerker zijn. Van de overige 21% is geen praktijkadres bekend. Aangenomen wordt dat zij veelal actief zijn als tandarts-praktijkmedewerker en/of -waarnemer in de praktijk van een collega-tandarts.

Figuur 5.1 Percentage beroepsbeoefenaren in dienstverband naar leeftijd



Bron: enquête NIVEL 2006.

Fysiotherapeuten in ziekenhuizen (die ook in onze steekproef zitten) zijn nagenoeg altijd in loondienst, terwijl in de extramurale zorg in dezelfde praktijk zelfstandig gevestigde fysiotherapeuten (de praktijkhouders) en fysiotherapeuten in dienstverband (de praktijkmedewerkers) werken.

Vrouwelijke beroepsbeoefenaren werken vaker in loondienst dan mannen: bijna de helft (46%) van de vrouwen in onze steekproef en ruim een kwart (27%) van de mannen. Naar leeftijd uitgesplitst is het percentage dienstverbanders het hoogst onder de jongere beroepsbeoefenaren (beneden de 35 jaar). Dat patroon is voor mannen en vrouwen overeenkomstig (zie figuur 5.1).

Deeltijd

De mate waarin in deeltijd gewerkt wordt, verschilt tussen de professies. Het percentage beroepsbeoefenaren dat minder dan 1 fte (full time equivalent) werkt is vooral onder de fysiotherapeuten, tandartsen en huisartsen in onze steekproef groot. Over het geheel genomen werkt bijna

Tabel 5.2 Percentage beroepsbeoefenaren in deeltijd (minder dan 1,0 fte)

Beroepsgroep	Percentage dat minder dan 1 fte werkt
Medisch specialist	28%
Apotheker	28%
Fysiotherapeut	43%
Tandarts	52%
Huisarts	59%
Dierenarts	34%

Bron: enquête NIVEL 2006.

twee vijfde minder dan 1 fte; onder de mannen veel minder (23%) dan onder de vrouwen (71%).

Het patroon naar leeftijd is vrij vlak. Onder de mannen komt deeltijd iets vaker voor onder de jongste leeftijdscategorie (35 jaar en jonger) en onder de oudste (boven de 55 jaar), terwijl dat bij vrouwen in de middelste categorie (35-54 jaar) het geval is. Dat lijkt op het eerste gezicht vreemd, omdat men zou verwachten dat vooral bij vrouwen deeltijd in de laagste leeftijdscategorie het meest voorkomt in verband met gezinsvorming. Echter, in de totaalcijfers zijn de medisch specialisten de grootste groep en door hun lange opleiding begint de gezinsvorming bij hen wellicht later.

Wat we hier werken in deeltijd noemen, zou in een andere context normalisering van de arbeidstijd worden genoemd. Er is onlangs een groot onderzoek afgerond naar deeltijdwerken onder medisch specialisten (Heiligers e.a., 2006). Daaruit blijkt dat zowel voltijders als deeltijders een fors aantal uren werken: voltijders werken gemiddeld tussen de 45 en 54 uur en deeltijders tussen de 37 en 42 uur.
Er is binnen de gezondheidszorg veel discussie geweest over de vraag of deeltijdwerken door professionals wel kan (Heiligers e.a., 2006):

- Is het geen verspilling van de kosten van een dure opleiding? Antwoord: de samenstelling van de beroepsbevolking is veranderd, ook in de professies. Als je door deeltijdwerken te faciliteren, kunt voorkomen dat mensen in een bepaalde fase van hun leven het medisch werk helemaal de rug toekeren, kunnen de effecten daarvan beperkt blijven.
- Gaat de productiviteit niet achteruit? Maatschappen van medisch specialisten met deeltijdartsen hebben een even hoge arbeidsproductiviteit als maatschappen zonder deeltijders. Deeltijdartsen besteden ook een even groot deel van hun werkweek aan patiëntenzorg als voltijders, mits hun maatschap de werkzaamheden handig heeft georganiseerd.
- Zijn deeltijders wel bereid zich in te zetten voor hun werk? Naar verhouding werken deeltijders iets meer uren 'over' dan voltijders. Dat is niet alleen onder medisch specialsiten gevonden, maar eerder ook onder huisartsen.
- Komt de informatie-overdracht over patiënten (en daardoor de continuïteit in de zorg) niet in gevaar? Uit het onderzoek blijkt dat deeltijders die afwezig zijn bij een formele overdrachtsituatie, er achteraf zelf voor zorgen aan voldoende informatie te komen.

Het blijft altijd zaak om het werk zo te organiseren dat deeltijdwerk op een verantwoorde manier kan worden ingevoerd (zie tekstkader).

Inpassing van werken in deeltijd in medisch specialistische maatschappen

De inpassing van werken in deeltijd vraagt organisatorische aanpassingen. Factoren die de kans op het geslaagd invoeren van deeltijdwerk vergroten of verkleinen, zijn bijvoorbeeld:

- De omvang van de maatschap:
  grote maatschappen zijn gunstiger voor het probleemloos organiseren van deeltijdwerk dan kleine maatschappen;
- Heldere regeling van formele zaken:
  zoals week- en jaarroosters, huishoudelijk reglement, gezamenlijk medisch beleid
- Facilitering:
  door de inzet van ondersteunend personeel, het invoeren van een huishoudelijk reglement en door het gebruiken van een Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) wordt de kans op het geslaagd invoeren van deeltijdwerken vergroot.

Er zijn verschillende vormen van werken in deeltijd: het dagenbasiscontract (de part-timer werkt iedere week op dezelfde dagen/uren), de duobaan (twee part-timers vervullen samen een baan en zijn gezamenlijk verantwoordelijk) of het min-maxsysteem (de part-timer is bereid in tijden van drukte tijdelijk meer te werken). Medisch specialisten (zowel deeltijders als voltijders) hebben een voorkeur voor het dagenbasiscontract. Het min-maxsysteem komt bij chirurgen en radiologen op de tweede plaats, terwijl bij internisten de duobaan als tweede staat (Heiligers e.a., 2006).

Er blijkt in de praktijk veel belangstelling te bestaan voor het werken in deeltijd; 70% van de huidige voltijders in het onderzoek onder medisch specialisten zei belangstelling te hebben voor werken in deeltijd. Nu worden dit soort intenties niet zomaar omgezet in gedrag, maar gegeven de algemene maatschappelijke trends naar meer arbeidsdeelname van vrouwen (zie hoofdstuk 3), moeten we ervan uitgaan dat het aantal deeltijders voorlopig zal blijven toenemen. In het tekstkader hebben we aangegeven dat het werken in deeltijd gemakkelijker is in te passen in grotere maatschappen. Andersom werkt het ook: het feit dat ook professionals in toenemende mate in deeltijd werken, draagt bij aan schaalvergroting in de beroepsuitoefening van professionals in de gezondheidszorg. In de volgende subparagraaf gaan we daarop in.

Schaalvergroting

In hoofdstuk 3 is de algemene trend naar schaalvergroting in organisaties besproken. Hier gaan we in op voorbeelden van schaalvergroting in drie van de beroepen die in dit boek centraal staan. We kijken naar huisartsen, fysiotherapeuten en medisch specialisten. Schaalvergroting ontstaat, naast het al genoemde werken in deeltijd, onder meer door toenemende onderlinge afhankelijkheid in (multidisciplinaire) teams en door delegatie en herschikking van taken, waardoor meer ondersteunend personeel wordt ingezet. Solowerk kan eigenlijk niet meer, aldus dhr. Bos van Zorgverzekeraars Nederland in het interview dat wij met hem hadden.

- Huisartsen

Nog steeds is ongeveer de helft van de huisartspraktijken een solopraktijk, maar er is toch een duidelijke verschuiving gaande naar grotere organisatorische eenheden. Het aantal huisartsen dat in een solopraktijk werkt is ondertussen in de minderheid. Toch is de schaal van huisartspraktijken nog steeds klein in Nederland. Dat heeft ons land gemeen met België, Duitsland en Frankrijk. In het Verenigd Koninkrijk en in de Scandinavische landen zijn de praktijken veel groter. Dat valt samen met het onderscheid tussen gezondheidssystemen die op sociale verzekering zijn gebaseerd en systemen met een *national health service* (Groenewegen e.a., 2002). Ook op andere terreinen is de laatste jaren schaalvergroting opgetreden in de huisartsenwereld. Huisartsenposten voor de avond-, nacht- en weekenddiensten zijn in snel tempo opgericht, waardoor de onderlinge waarneming binnen een kleine groep, lokale huisartsen nagenoeg verdwenen is. De huisartsenposten zijn vaak bij of in ziekenhuizen gelokaliseerd. Over verdergaande samenwerking, wellicht ook integratie van huisartsenposten en afdelingen spoedeisende hulp van ziekenhuizen wordt nog gediscussieerd (De Bakker e.a., 2005). Ook ontstaan combinaties van zelfstandige (al dan niet solo) praktijken op één locatie, de zogenaamde HOEDs, Huisartsen Onder Een Dak. Op termijn leidt dit vaak tot organisatorische integratie, zoals bijvoorbeeld is gebeurd op de markt voor accountantsdiensten.
Als reactie op de veranderende relaties tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn in 2006 coöperaties van huisartsen opgericht die gezamenlijk onderhandelen met zorgverzekeraars.

- Fysiotherapeuten

Fysiotherapiepraktijken zijn en waren grootschaliger dan huisartspraktijken, maar nog steeds bestaat ruim eenderde van de praktijken uit één fysiotherapeut. Daar staat eenvijfde van de praktijken tegenover met 5 of meer fysiotherapeuten.
Fysiotherapiepraktijken hebben het laatste decennium een nieuwe markt aangeboord in de

Tabel 5.3 Praktijkvorm van huisartspraktijken op 1 januari in 1990, 1995, 2000 en 2005

	1990	1995	2000	2005
Solo	67%	64%	58%	50%
Duo	25%	27%	29%	30%
Groep	7%	9%	13%	20%
Totaal	4761	4782	4788	4525

Bron: Beroepenregistratie NIVEL.

Tabel 5.4 Fysiotherapiepraktijken naar aantal fysiotherapeuten per praktijk, op 1 januari 1991, 1995, 2001 en 2005.

	1991	1995	2001	2005
Solo	41%	41%	38%	34%
Duo	20%	21%	21%	21%
Groep	39%	38%	41%	45%
Totaal	4080	4400	4793	4683

Bron: Beroepenregistratie NIVEL.

vorm van 'fysiofitness', bewegen onder leiding van een fysiotherapeut. Dit is weliswaar gericht op het verbeteren van de gezondheid maar is geen onderdeel van de gezondheidszorg. Beide activiteiten, fysiotherapeutische behandeling en fysiofitness, zijn gescheiden, maar er zijn wel strategische afwegingen denkbaar waardoor hulpverlening en koopmanschap op gespannen voet komen te staan.

Die zitten wel in één praktijk maar wel ferm gescheiden. Er zijn geen beroepsinterne ethische regels die iets zeggen over de toelaatbaarheid van combinaties tussen gezondheidszorgactiviteiten en fitnessactiviteiten. De combinatie is wel zinnig. Er is bijvoorbeeld een richtlijn voor COPD-patiënten die betrekkelijk gespecialiseerde zorg nodig hebben en aanvullend zijn er bewegingsprogramma's voor patiënten die lichtere longaandoeningen hebben. Dat zijn programma's voor circa drie maanden. Daarna zouden de meeste patiënten zelf in staat moeten zijn om hun bewegingsniveau vast te houden. Normale gezondheidszorgzittingen van fysiotherapie zijn vrijgesteld van BTW. Fitnessactiviteiten zijn dat niet. (...) *Biedt de bewegings- en fitnesspoot wel de mogelijkheid tot efficiëntieverhoging door hulppersoneel in te schakelen?* Dat soort ontwikkelingen komt inderdaad op. Fysiotherapeuten verschillen onderling over de vraag of we die kant op moeten. Het KNGF beleid is dat fysiotherapeuten zelf de begeleiding kunnen doen, maar fysiotherapeuten kunnen ook personeel in dienst nemen hiervoor. Andersom zijn er ook sportscholen die fysiotherapeuten in dienst nemen. *(Interview dhr. Van der Wees, fysiotherapeut, bureau KNGF)*

• Medisch specialisten en ziekenhuizen

Ziekenhuizen hebben de afgelopen decennia een zeer sterke schaalvergroting doorgemaakt. Parallel daaraan zijn ook de maatschappen en afdelingen waarin medisch specialisten werken in omvang toegenomen. Op dit moment is er (nog) een één-op-één relatie tussen ziekenhuizen en medisch specialisten. In een grijs verleden hadden veel medisch specialisten nog praktijk aan huis. Daarnaast werkten zij in verschillende ziekenhuizen, zoals nu in de Verenigde Staten nog vaak het geval is. Met de groepsvorming van medisch specialisten in maatschappen vanaf de jaren vijftig van de vorige eeuw is de situatie ontstaan dat alle specialisten per specialisme in één ziekenhuis ook tot één maatschap horen en alleen in dat ene ziekenhuis werken (Melchior, 2006).

De organisatie van medisch specialisten en ziekenhuizen verandert snel. Een denkbaar model voor de toekomstige verhouding tussen medisch specialisten en ziekenhuizen is dat maatschappen van specialisten losser van het ziekenhuis komen te staan. Zij zouden dan met meer ziekenhuizen contracten kunnen sluiten. In een van de interviews is gewezen op het ontstaan van brugmaatschappen, waarin specialisten uit verschillende ziekenhuizen deelnemen. Als dergelijke maatschappen met verschillende ziekenhuizen gaan onderhandelen over de voorwaarden waaronder ze in die ziekenhuizen willen werken, ontstaat een heel nieuwe situatie *(Interview dhr. Valentijn, internist, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten).*

De omvang van maatschappen van medisch specialisten is in de loop van de tijd duidelijk toegenomen en hangt samen met de omvang van het ziekenhuis en de grootte van het specialisme

Het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf en de organisatie van vrije beroepsbeoefenaren

Ziekenhuizen en medisch specialisten zijn sterk van elkaar afhankelijk. In ruil voor medisch specialistische zorg stelt het ziekenhuis ruimte, outillage en personeel ter beschikking. Zonder medisch specialistische zorg is een ziekenhuis geen ziekenhuis meer en medisch specialisten kunnen in de Nederlandse situatie in feite nauwelijks nog hun beroep uitoefenen zonder de facilitaire organisatie van het ziekenhuis. De laatste jaren is de samenwerkingsrelatie tussen ziekenhuizen en specialisten erg dynamisch. De financiële prikkels voor ziekenhuizen en medisch specialisten stuurden lange tijd niet helemaal in dezelfde richting. Daardoor worden de kosten van het onderhandelen over en tot stand brengen van overeenkomsten (transactiekosten) hoger. Een spanningsvolle relatie is op termijn niet stabiel. De veranderingen gaan in de richting van meer integratie van specialisten in ziekenhuizen. Dat uit zich bijvoorbeeld in de organisatie van het ziekenhuis, de deelname van specialisten aan de besturing van het ziekenhuis en de invloed van het ziekenhuis bij de selectie van nieuwe specialisten.

Voor de vrije beroepsbeoefenaren is een gevolg van verdergaande integratie van ziekenhuis- en specialistische zorg dat het niveau van de maatschap voor de organisatie van de financiële belangen niet meer adequaat is. De financiële afspraken per ziekenhuis zijn een geïntegreerd budget voor ziekenhuis en specialistische zorg geworden en door de verandering van de organisatiestructuur van het ziekenhuis wordt een overkoepelende organisatie van alle vrije beroepsbeoefenaren per ziekenhuis nodig. Op het moment dat de beslissingsmacht over financiële aangelegenheden wordt overgedragen aan een overkoepelend orgaan, kwam de status van medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaar ter discussie. Eind 1998 was nog de gedachte dat de oprichting van een coöperatieve vereniging van de vrij gevestigde specialisten een voor de belastingdienst acceptabele oplossing zou zijn, waarbij enerzijds veel meer coördinatie bereikt zou kunnen worden, terwijl anderzijds de status als vrije beroepsbeoefenaar behouden zou blijven. Eind 1998 waren al in tweevijfde van de algemene ziekenhuizen de vrij gevestigde specialisten apart georganiseerd. In 2000 gold dit voor ruim de helft van de algemene ziekenhuizen. De meest gekozen oplossing (in driekwart van de ziekenhuizen) in 1998 was de coöperatieve vereniging. Die oplossing bleek uiteindelijk niet te worden geaccepteerd door de Belastingdienst. Vandaar dat is uitgeweken naar een maatschapsvorm die de hele staf van vrij gevestigde specialisten omvat, de zogenoemde stafmaatschap.
De aparte organisatie van vrije beroepsbeoefenaren boven of naast de maatschap per specialisme is nodig door de overgang van landelijke budgetten voor de kosten van specialistische zorg naar budgetten op het niveau van de ziekenhuizen. De interne verdeling van middelen werd toen een probleem. Er zijn van oudsher grote inkomensverschillen tussen specialismen. Zolang er een landelijk budget was en de specialisten georganiseerd waren in maatschappen per specialisme, was dat probleem niet zo groot, maar op het moment dat er een totaalbudget voor een ziekenhuis is, leiden deze verschillen licht tot interne discussies. De invoering van DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) met daarin een honorariumcomponent die voor alle specialismen gelijk is maar per soort behandeling verschilt zou deze discussie in principe kunnen oplossen.

Bron: Groenewegen en Van Lindert (2001).

(Groenewegen en Hofland, 2003). Tabel 5.5 geeft een overzicht van het aantal algemene ziekenhuizen, het gemiddeld aantal bedden en de gemiddelde grootte van de maatschappen in de periode van 1987 tot 2002. De omvang van de maatschappen is afgeleid uit advertenties in *Medisch Contact* waarin maatschappen een nieuwe specialist vragen. De sprong in omvang tussen 1997 en 2002 wordt verklaard door de opkomst van stafmaatschappen. Dat zijn maat-

Tabel 5.5 Aantal algemene ziekenhuizen, het gemiddeld aantal bedden en de gemiddelde grootte van de maatschappen in de periode van 1987 tot 2002.

	aantal algemene ziekenhuizen	gemiddeld aantal bedden per ziekenhuis	gemiddelde maatschapsomvang
1987	147	372	3,8
1992	114	450	4,7
1997	105	446	4,9
2002	90	466	13,0

Bronnen: aantal ziekenhuizen en bedden: CBS (2003), maatschapsomvang: Groenewegen en Marangos (2004).

Tabel 5.6 Gemiddelde maatschapsomvang van de vrije beroepsbeoefenaren en gemiddelde groepsomvang alle beroepsbeoefenaren (vrijgevestigd en in dienstverband)

	Gemiddelde omvang van de maatschappen	Gemiddelde omvang van de totale groep beroepsgenoten
Medisch specialisten	7,0	8,5
Huisartsen	2,1	3,3
Tandartsen	1,3	2,6
Apothekers*	2,4	2,4
Fysiotherapeuten	2,1	6,3
Dierenartsen	1,9	4,3

Bron: enquête NIVEL 2006.

* In het geval van de apothekers is gevraagd naar het aantal apothekers in de apotheek.

schappen die alle vrijgevestigde specialisten in een ziekenhuis verenigen. Als we alleen naar de omvang van de groep binnen hetzelfde specialisme kijken, is het gemiddelde in 2002 6,9, ook een forse toename dus.

De maatschapsomvang van alle beroepsbeoefenaren die onze enquête hebben ingevuld en die als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam waren, is in tabel 5.6 weergegeven. De omvang van de maatschap is niet altijd gelijk aan de omvang van de groep beroepsgenoten. In de fysiotherapie, bijvoorbeeld, zijn de maatschappen klein, maar doordat veel fysiotherapeuten als praktijkmedewerker in dienst van een maatschap werken is de praktijk veelal groter. Onder medisch specialisten is dat veel minder gebruikelijk.

Duidelijk is dat de schaal waarop de werkzaamheden van professionals in de gezondheidszorg georganiseerd zijn, nog steeds klein is, met uitzondering van de medisch specialisten waar de ziekenhuizen relatief grote organisaties zijn, maar die zelf veelal nog steeds in kleine eenheden georganiseerd zijn. Dat staat in schril contrast tot professionals buiten de gezondheidszorg, waar de omvang van vooral advocaten- en accountantskantoren zeer groot is.

Bereikt bij toegenomen schaalgrootte sturing door een groep gelijken – de maatschapsvorm – zijn grenzen en wordt hiërarchische organisatie dan nodig? Dat hoeft niet altijd, maar de diversiteit zal wel toenemen, zoals te zien is binnen advocatenkantoren. De kleine kantoren werken nog in een echte maatschapsstructuur. De grote kantoren zijn formeel nog maatschappen, maar mandateren de sturing naar een sterk bestuur. *(Interview dhr. Schmit Jongbloed, arts, adviseur)*

Gezondheidszorg blijft, met uitzondering van een beperkt aantal gespecialiseerde klinieken, een sterk locatiegebonden activiteit. De toezichthouders op de marktwerking, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa), stellen grenzen aan concentratie op lokaal niveau. Beroepsorganisaties hebben het gevoel dat er een scheve situatie ontstaat, omdat aan concentratie van praktijken op lokaal niveau snel grenzen worden gesteld, terwijl de concentratie van zorgverzekeraars op een heel ander schaalniveau wordt beoordeeld. Vooral fysiotherapeuten hebben dit punt naar voren gebracht (CTG/ZAio, 2005). Op de rol van de toezichthouders komen we in hoofdstuk 7 uitgebreid terug.

Ketenvorming

Hoe dan ook, de locatiegebondenheid is een van de redenen dat schaalvergroting vooral plaatsvindt door ketenvorming. Op dit gebied zijn de apothekers de voorlopers. Er zijn ketens van apotheken die eigendom zijn van één organisatie, zoals de Onderlinge Pharmaceutische Groothandel (OPG), en van apotheken die eigendom van afzonderlijke apothekers zijn, zoals de 'Service apotheken' die op het moment 150 apotheken verenigen. In het geval waarin de apotheken eigendom zijn van de OPG, is er sprake van integratie in de bedrijfskolom; een ontwikkeling die ook denkbaar is via integratie van tandartspraktijken en tandtechnische laboratoria. Volgens de NZa zouden de financiële voordelen van integratie ten goede moeten komen aan de consumenten, hetgeen nog te weinig het geval is *(Interview dhr. Van Vliet, directeur Cure CTG/ZAio; inmiddels NZa).*

We verwachten dat ook bij andere beroepsgroepen ketenvorming zal gaan optreden. Daarbij spelen commerciële initiatieven, vaak van buiten de gezondheidszorg, een rol. Ook coöperaties die als reactie op de veranderende verhoudingen met verzekeraars worden opgezet, kunnen een eerste stap blijken te zijn op weg naar ketenvorming.

> In de tandartsenwereld wordt nog nauwelijks gedacht aan de oprichting van coöperaties. Er zijn er maar een paar van en het lijkt in de tandheelkunde nog geen succes. Tandartsen hebben een ander uitgangspunt dan huisartsen: niet in het onderhandelcircuit met de zorgverzekeraars komen. *(Interview dhr. Vos, tandarts, vice-voorzitter NMT)*

In de diergeneeskunde bestaat al langere tijd een grote coöperatie, de AUV: een coöperatie van inmiddels zo'n 1800 dierenartsen (zowel dierenartsen-practici als dierenartsen in loondienst).[2] Deze is opgericht in 1969 met 100 dierenartsen, om zo bij de inkoop van medicijnen een sterkere marktpositie te verkrijgen. Analoog aan een maatschap op kleinere schaal, worden in de coöperatie regels gesteld omtrent toetreding, uittreding en aansprakelijkheid. Door de jaren heen bleek dit een stabiele vorm van samenwerking en kwam het voortijdig uittreden van dierenartsen maar zeer zelden voor. Eén van de redenen daarvoor is financieel van aard: uittredende leden krijgen maar een beperkt deel van hun geld terug (Silvius, 2005).

In de ziekenhuiswereld, waar tot nu toe de concentratie vooral door fusies heeft plaatsgevonden, wordt ketenvorming ook zichtbaar. Aanvankelijk is dat in de vorm van relatief lichte samenwerking. Recent (zomer 2006) is door zes ziekenhuizen die bij de Stichting Topklinische Ziekenhuizen horen, aangekondigd dat ze intensiever gaan samenwerken.

> Deze samenwerking is met name gericht op het onderhandelingselement (schaalvoordelen), gezamenlijke inkoop en het creëren van een goede relatie met zorgverzekeraars. Daarnaast is het mogelijk als keten een kwaliteitskeurmerk voor patiënten te ontwikkelen, overigens met als mogelijke keerzijde dat de vrijheid van professionals bijvoorbeeld door centrale inkoopbeslissingen wordt ingeperkt. *(Interview dhr. Berden, RvB St. Elisabeth Ziekenhuis)*

In verschillende interviews is de mogelijkheid geopperd dat in de toekomst ketens van ziekenhuizen in handen van internationale, commerciële bedrijven komen. De richting waar het met de organisatie van de ziekenhuiszorg lijkt

2 De afkorting AUV staat voor Ad Usum Veterinarium, oftewel 'voor diergeneeskundig gebruik'.

op te gaan is (internationale) concernvorming met specialisten in dienstverband en daarnaast een aantal kleinere klinieken of Zelfstandige Behandelcentra (ZBCs) die een nichepositie innemen en die eigendom van specialisten zelf zijn. Voor de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) is belangrijk dat de gezondheidszorg wel een collectief belang blijft en dat moet ook in nieuwe structuren worden gegarandeerd *(Interview mw. Schipaanboord, adjunct-directeur NPCF).*

Markt en concurrentie

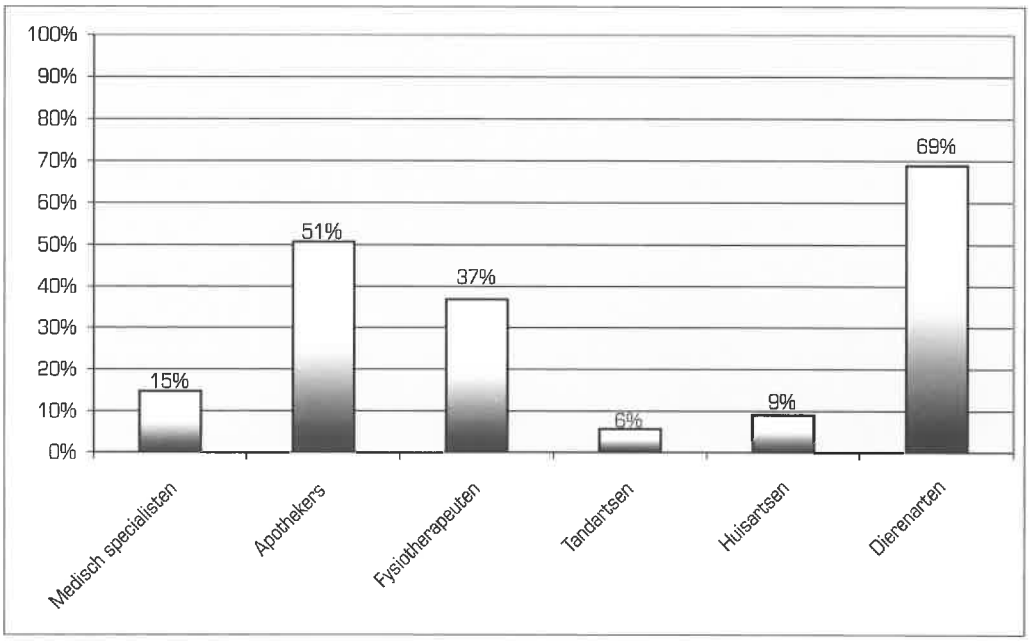
De organisaties in de gezondheidszorg staan in toenemende mate onderling in een concurrentieverhouding. De mate waarin marktelementen zijn ingevoerd verschilt per sector van de gezondheidszorg en per beroepsgroep. Dierenartsen, apothekers en fysiotherapeuten schatten de marktwerking en concurrentie in hun beroepsuitoefening het vaakst in als (zeer) groot; onder de andere drie beroepsgroepen is dit nog minder het geval.

De dierenartsen schatten in ruime meerderheid de concurrentie en marktwerking bij hun beroepsuitoefening als (zeer) groot in. De invoering van de Mededingingswet en de oprichting van de NMa in 1998 hebben invloed gehad op alle vrije beroepen, maar die invloed is sterker geweest voor de dierenartsen dan voor de overige gezondheidszorgberoepen. De markt voor hun dienstverlening is daardoor competitiever dan die voor de andere gezondheidszorgprofessies.

Ongeveer de helft van de apothekers ervaart de concurrentie als (zeer) groot. Apothekers hebben naast de receptgeneesmiddelen en de geneesmiddelen die alleen door een apotheker mogen worden verkocht ook zelfzorggeneesmiddelen in hun assortiment, die ook door anderen worden verkocht.

Fysiotherapeuten hebben sinds kort veel meer met marktwerking te maken, doordat een groot deel van de fysiotherapeutische zorg niet meer in het basispakket zit en de tarieven zijn vrijgegeven.

Figuur 5.2 Percentage beroepsbeoefenaren dat de concurrentie en marktwerking als (zeer) groot inschat



Bron: enquête NIVEL 2006.

> Naar aanleiding van de eerste ronde van onderhandelingen waren er klachten van fysiotherapeuten dat de zorgverzekeraars te veel marktmacht hebben. Dat is onderzocht en bleek in de praktijk wel mee te vallen. Over de hele linie zijn hogere prijzen overeengekomen dan de oude maximumtarieven. Als de zorgverzekeraars zoveel macht hadden, was dat niet gebeurd. Wel moeten de zorgverzekeraars zich ook aanpassen aan de nieuwe situatie. Zij kunnen niet met iedere aanbieder individueel onderhandelen. Dat leidt ook tot reacties in het veld. 'Kleine zorgaanbieders' (huisartsen, fysiotherapeuten enzovoort) organiseren zich tot coöperaties en dat zal onder invloed van de verandering van het maatschapsrecht nog wel sterker worden. *(Interview dhr. Van Vliet)*

In de specialistische en ziekenhuiszorg begint marktwerking tot stand te komen door de aanwijzing van een nog beperkt aantal onderdelen als vrij onderhandelbaar. Een van onze gesprekspartners gaf aan dat er onder medisch specialisten een zekere onrust hierover bestaat.

> Sommige specialismen lenen zich beter voor marktwerking, bijvoorbeeld omdat ze een minder specifieke infrastructuur of minder investeringen vereisen. Bij andere specialismen is er veel multidisciplinaire samenwerking en onderlinge afhankelijkheid. In het eerste geval is het ontstaan van kleine onafhankelijke klinieken waarschijnlijker dan in het tweede. Er ontstaat vooral meer dynamiek in de relatie tussen professional en ziekenhuis, waarbij twee tegengestelde bewegingen zijn waar te nemen. Bij sommige specialismen is deze ontwikkeling desintegratief en gaat het ziekenhuis steeds meer fungeren als facilitair bedrijf. Bij andere specialismen is vanwege hun multidisciplinaire karakter sprake van meer integratie, vanwege gezamenlijke investeringen in kennis en apparatuur. *(Interview dhr. Sanders)*

Huisartsen hebben nog maar beperkt met marktwerking te maken omdat huisartsenzorg relatief schaars is en iedereen sinds de invoering van de zorgverzekeringswet ingeschreven moet zijn bij een huisarts.
Tandartsen, wier zorg net als die van fysiotherapeuten niet meer in het basispakket zit, ervaren opvallend weinig marktwerking en concurrentie. Dat kan twee achtergronden hebben. Ten eerste speelt wellicht een rol dat tandartsen, in tegenstelling tot fysiotherapeuten, in grote meerderheid hebben besloten om geen contracten met zorgverzekeraars te sluiten en de rekening naar de patiënten te sturen die (als ze ervoor zijn verzekerd) restitutie bij hun zorgverzekeraar kunnen vragen. Rond het afsluiten van contracten ontstaat veel ergernis bij beroepsbeoefenaren die wordt toegeschreven aan toegenomen marktwerking (CTG/ZAio, 2005; Terstegge, 2003). Ten tweede is er op dit moment geen overschot aan tandartsen, terwijl een van de redenen om juist voor fysiotherapie de tarieven vrij te laten, was dat er een voldoende aanbod aan fysiotherapeuten is.

5.3 Gepercipieerde gevolgen voor autonomie en kwaliteit

De veranderingen die in de vorige paragraaf zijn beschreven hangen samen met brede trends in de gezondheidszorg en de samenleving als geheel. Daardoor verandert de omgeving waarin professionals in de gezondheidszorg werken en dat heeft gevolgen voor hun werk. Kenmerkend voor professionals is dat zij een grote autonomie hebben. De inhoud van het werk staat centraal en de toepassing van algemene en theoretische kennis in individuele gevallen vereist telkens weer een afweging die beroepsbeoefenaren alleen zelf kunnen maken. De autonomie van professionals heeft niet alleen betrekking op de inhoud van het werk maar ook op de indeling van het werk. Beroepsbeoefenaren die zelfstandig gevestigd zijn in een solopraktijk hebben alleen te maken met hun patiënten of cliënten en zichzelf. Naarmate het werk meer is ingebed in brede verbanden, hebben ook anderen invloed op wat er gedaan wordt en wanneer dat gebeurt. In de loop van de tijd is het werk van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg steeds meer ingebed geraakt in brede verbanden en daarmee is de verwachting ook dat de autonomie van professionals afneemt. Of dat ook werkelijk zo is, is niet zo gemakkelijk in maat en getal uit te drukken. Er zijn niet of nauwelijks vergelijkbare metingen van autonomie op verschillende punten in de

tijd. We kunnen wel een indirecte indruk krijgen van de waarheid van deze hypothese door vergelijkingen te trekken tussen beroepsgroepen onderling en tussen beroepsbeoefenaren die in meer of mindere mate ingebed zijn in brede verbanden.

In de interviews zijn professionele autonomie en de vraag of die de afgelopen jaren minder is geworden uitgebreid aan de orde geweest (zie tekstkader).

Autonomie heeft verschillende dimensies. We maken een onderscheid tussen autonomie op het gebied van de organisatie van het werk en autonomie op het gebied van de inhoud van het werk. Op beide gebieden hebben we naar de ervaringen van beroepsbeoefenaren gevraagd door middel van schriftelijke enquêtes.

Autonomie in de indeling van het werk

Op basis van een aantal stellingen die ook in ander onderzoek zijn gebruikt, hebben we naar

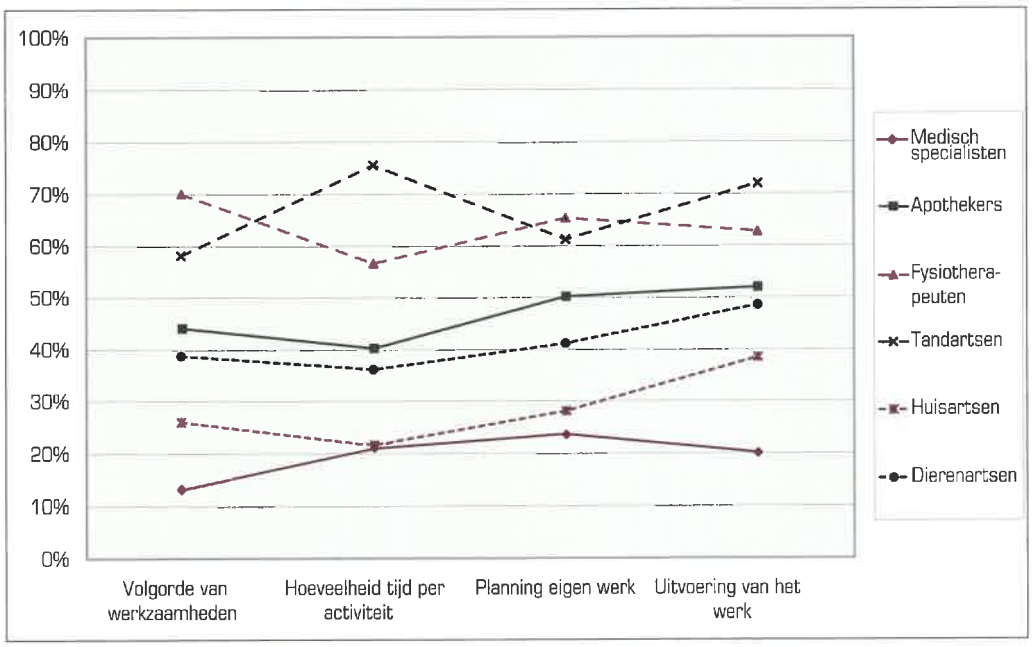
Professionele autonomie ingeperkt?
Professionele autonomie is de afgelopen jaren afgenomen en ingeperkt geraakt door een heel stelsel van wetten, richtlijnen en regels dat om het medisch handelen heen gebouwd is, en ook niet geheel ten onrechte. De vraag is alleen wat de mate van inperking zou moeten zijn. Er zal een zekere mate van professionele ruimte moeten blijven, want kookboekgeneeskunde bestaat niet. Als het aan de KNMG ligt, blijven richtlijnen vanuit de beroepsgroep gemaakt worden, aangezien zij de deskundigheid hiervoor hebben. Misschien ontstaan wel meer Amerikaanse toestanden, bijvoorbeeld in de ontwikkeling van 'preferred druglists', opgesteld vanuit de verzekeraars. Dit is een gevaarlijke ontwikkeling, want je moet deskundigen de ruimte geven. Het is echter geen probleem als deskundige artsen zo'n druglist opstellen. *(Interview dhr. Wigersma, directeur Beleid KNMG)*

Deprofessionalisering van apothekers?
Dit hangt sterk af van het deelterrein binnen de farmacie waarop je je richt. In de directe gezondheidszorg van de eerste lijn zie je dit gebeuren en is er veel verschoven. De eisen aan eigen bereidingen worden steeds hoger en de kans bestaat dat dit werk geconcentreerd wordt in een aantal farmaceutische centra in Nederland. De eerste lijn richt zich vooral op farmaceutische patiëntenzorg. Inhoudelijk, professioneel werk zit vooral bij de ziekenhuisapothekers. De farmaceutische patiëntenzorg is heel erg ver in Nederland, maar het is nog niet goed gelukt dat bij patiënten over het voetlicht te brengen. *(Interview dhr. De Blaey, wtsch. directeur WINAp, v.m. algemeen directeur KNMP)*

Invloed van koepels versus individuele beroepsbeoefenaren?
Op het niveau van de koepels neemt de invloed door de nieuwe wetgeving af. Maar de professionele autonomie van de individuele artsen staat niet ter discussie. De gezagsverhoudingen binnen de ziekenhuizen zullen mogelijk wel veranderen, maar inhoudelijk zullen medische beslissingen door specialisten genomen blijven worden. *(Interview dhr. Van Vliet)*

Verschuivende machtsverhoudingen?
De zorgprofessionals worden gezien als de dragende actoren van de zorg. Wel zijn er verschuivingen gaande in de macht van de verschillende actoren. De macht van professionals, gebaseerd op pure professionele autonomie, waarin de arts alles het beste weet, verschuift naar patiënten/consumenten, maar professionals in de zorg houden nog steeds een behoorlijke mate van professionele autonomie. Deze verandering komt voor een deel door en vindt ook zijn neerslag in de nieuwe zorgverzekeringswet, waarin patiënten/consumenten worden gestimuleerd zelf te kiezen voor bijvoorbeeld een andere zorgverzekeraar of een andere zorgaanbieder. *(Interview dhr. Krapels, Ministerie van VWS)*

Figuur 5.3 Ervaren autonomie bij de indeling van het werk; percentage dat zegt altijd vrijheid te hebben bij vier werkaspecten



Bron: enquête NIVEL 2006.

de ervaren autonomie in de indeling van het werk gevraagd. Deze stellingen zijn dan ook algemeen geformuleerd en niet toegespitst op het werk in de gezondheidszorg. Dat heeft zijn voor- en nadelen. Voordeel is dat we ook nog met ander onderzoek kunnen vergelijken. Nadeel is dat sommige van de stellingen voor professionals een redelijk grote vanzelfsprekendheid hebben.

Professionals in de gezondheidszorg ervaren nog steeds veel autonomie in de indeling van hun werk. Ze vinden dat ze veelal zelf kunnen bepalen hoe ze hun werk uitvoeren. Medisch specialisten ervaren de minste vrijheid bij het indelen van hun werk, gevolgd door huisartsen en dierenartsen. Tandartsen zien hier de meeste beslissingsvrijheid. Uit deze verschillen komt naar voren dat het idee van inbedding in brede verbanden niet alleen betrekking heeft op de directe organisatie waarin het werk plaatsvindt, maar wellicht ook op de inbedding in het brede systeem van de gezondheidszorg. Het werk van veel medisch specialisten is in de loop der tijd onderdeel geworden van een ingewikkeld logistiek proces, vooral in het geval van de snijdende specialisten. Het is daarom niet verbazingwekkend dat zij relatief minder vrijheid in de indeling van hun werk ervaren dan beschouwende specialisten, maar wel meer dan de ondersteunende specialisten. Al met al zijn de verschillen tussen groepen specialisten gering. De antwoorden van medisch specialisten wijken op dit punt niet veel af van die van verpleegkundigen; onder de laatsten is het percentage dat zegt altijd de volgorde van werkzaamheden te kunnen bepalen 16%, voor de hoeveelheid tijd per activiteit 8%, voor de planning van het eigen werk 23% en voor de uitvoering van het werk 26% (Speet en Francke, 2004).

Bij de andere bestudeerde beroepsgroepen is de inbedding in een organisatie veel minder sterk dan bij medisch specialisten. Toch zijn er wel duidelijke verschillen tussen bijvoorbeeld huisartsen en tandartsen. Hierbij speelt mogelijk de inbedding in het grotere geheel van het gezondheidszorgsysteem een rol. Het grootste deel van

Ervaren autonomie bij de indeling van het werk verklaard

De vragen over autonomie bij de indeling van het werk verwijzen naar één achterliggend concept en kunnen dus gevoeglijk samengenomen worden. De schaal voor ervaren autonomie bij de indeling van het werk die hieruit resulteert (Cronbach's alpha=0,88), is in een lineaire regressie-analyse in verband gebracht met een aantal mogelijk beïnvloedende variabelen. Daarbij hebben we rekening gehouden met de persoonskenmerken leeftijd en geslacht; alleen de leeftijd van beroepsbeoefenaren hangt samen met ervaren autonomie (oudere beroepsbeoefenaren ervaren meer autonomie).
Wij verwachtten dat het gevoel van vrijheid bij de indeling van het werk samenhangt met de gepercipieerde invloed van andere partijen, zoals de overheid of verzekeraars. Dat blijkt maar zeer ten dele het geval. Er is geen relatie met de gepercipieerde invloed van toezichthouders en de overheid. Ook is er geen relatie met het gebruik van richtlijnen in de beroepsuitoefening. Wel ervaren beroepsbeoefenaren die meer invloed percipiëren van patiënten- en consumentenorganisaties minder vrijheid bij de indeling van hun werk. Daarnaast is er een zwakke samenhang met de invloed van zorgverzekeraars.
Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ervaren meer autonomie op het gebied van de indeling van het werk dan beroepsbeoefenaren in dienstverband.
Ten slotte hebben we gekeken of de omvang van de organisatie waarin beroepsbeoefenaren hun werk doen, van invloed is op de ervaren autonomie bij de indeling van het werk. Beroepsbeoefenaren in grotere praktijken of organisaties ervaren minder autonomie bij de indeling van hun werk. Dit effect is sterker voor huisartsen, dierenartsen en voor fysiotherapeuten die in een ziekenhuis werken.

de tandartsenzorg is geen onderdeel meer van de basisverzekering. Daardoor is de 'regeldichtheid' wellicht ook minder in de tandheelkunde, hetgeen een sterker gevoel van vrijheid in de organisatie van het werk kan geven. Huisartsen hebben in hun dagelijkse beroepsuitoefening veel te maken met andere organisaties om hun patiënten op een adequate manier te kunnen helpen, bijvoorbeeld thuiszorgorganisaties en verpleeghuizen waarbij indicatiestelling door derden een rol speelt.

Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren ervaren meer autonomie bij de indeling van het werk dan beroepsbeoefenaren die in dienstverband werken. Het verschil tussen dienstverbanders en vrije beroepsbeoefenaren is het sterkst voor dierenartsen. Voor apothekers is het afwezig.
Ook de omvang van de organisatie of praktijk waarin men werkt hangt samen met de ervaren autonomie. Over het geheel van alle beroepsbeoefenaren geldt dat grotere praktijken of organisaties samengaan met minder autonomie bij de indeling van het werk. Voor apothekers en tandartsen is die samenhang er echter niet.

Autonomie op het gebied van de beroepsuitoefening

Bij de autonomie op het gebied van de beroepsuitoefening hebben we (in de vorm van een aantal stellingen) vooral gevraagd naar mogelijke bedreigingen van die autonomie. Het gaat hier om bedreigingen die uitgaan van de invloed van standaardisering van het werk onder invloed van richtlijnen, financiële randvoorwaarden en overwegingen, honoreringssysteem en tarieven, en de beroepsuitoefening in loondienst of als vrije beroepsbeoefenaar.

Er is alom ondersteuning voor de stelling dat beroepsbeoefenaren zelf de kwaliteit van hun werk kunnen waarborgen. Rond 70% van de beroepsbeoefenaren is het daar (helemaal) mee eens. De onderlinge verschillen tussen de beroepsgroepen zijn relatief klein. Dat men denkt zelf de kwaliteit van de zorg te kunnen waarborgen sluit niet uit dat men ook denkt dat het functioneren van beroepsbeoefenaren door richtlijnen bewaakt moet worden. Richtlijnen en het werken volgens richtlijnen is een onderdeel geworden van de werkhouding van professionals. Fysiotherapeuten (en dierenartsen) denken daar

anders over. Bij fysiotherapeuten speelt wellicht een rol dat zij het gevoel hebben dat zorgverzekeraars de richtlijnen gebruiken om het professioneel handelen van de beroepsbeoefenaren te normeren (in hoofdstuk 7 over de relaties tussen professionals en derde partijen komen we daar nog op terug).

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zien in meerderheid financiële overwegingen als een bedreiging van de kwaliteit van de individuele patiëntenzorg. Wat de patiënt (of in het geval van de dierenartsen het dier) nodig heeft, wordt in meerderheid als belangrijker gezien dan kostenoverwegingen. Gezondheidszorg en commercie gaan maar volgens een minderheid goed samen. Dierenartsen denken daar anders over; bijna de helft van hen vindt dat diergezondheidszorg en commercie goed samengaan.

Op een paar punten springt de reactie van huisartsen op de stellingen eruit. Zij zijn het in meerderheid (helemaal) eens met de stelling dat betaling per verrichting samengaat met meer onnodige handelingen en met de stelling dat vaste tarieven beroepsbeoefenaren beter in staat stellen zich op de inhoud van het werk te concentreren. Huisartsen hadden tot 1 januari 2006 voor hun ziekenfondspatiënten een vast bedrag per jaar, het abonnementstarief, en sinds die tijd een gemengd systeem van abonnement en betaling per consult voor alle patiënten.
Van de kant van de brancheorganisatie van verzekeraars is gepleit voor een systeem van loondienst:

> Wij hebben een voorkeur voor zorgverleners in loondienst. Elk systeem heeft het gevaar in zich van verkeerde prikkels, maar er wordt veel te veel gedaan alsof vrije beroepsbeoefening met loon naar werken alleen maar positieve prikkels geeft en loondienst alleen negatieve. De prikkels van een verrichtingensysteem zijn voor een belangrijk stuk slecht: overbehandeling en overdeclaratie. Bovendien is het idee dat loondienst alleen maar negatieve prikkels geeft een belediging voor het gros van de werkende mensen in dit land.
> *(Interview dhr. Bos, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland)*

Bij enkele stellingen is een vergelijking mogelijk met onderzoek van Van der Wee (2000); zij heeft gegevens verzameld bij een steekproef van medisch specialisten in 1994. De stelling dat de overheid een grote invloed op de gezondheidszorg moet blijven uitoefenen, werd in 1994 door 24% van de medisch specialisten onderschreven en in ons onderzoek door bijna 11%. De reacties op de stellingen over het werken in dienstverband en over kwaliteitsbewaking door beroepsbeoefenaren zelf zijn niet veranderd (zie tabel 5.7 op pagina 107).

Bij een aantal van de stellingen is er een verschil tussen beroepsbeoefenaren in loondienst en zij die zelfstandig gevestigd zijn. Bij de stellingen waarin rechtstreeks wordt gerefereerd aan vrij beroep of dienstverband ligt dat nogal voor de hand. Degenen die in dienstverband werken zijn het minder eens met de stelling dat vrije beroepsbeoefenaren meer rekening met de patiënt houden en met de stelling dat zij minder vrijheid in de uitoefening van hun beroep hebben. Op een kernwaarde van professionals, namelijk dat zij zelf de kwaliteit van de beroepsuitoefening kunnen waarborgen, is er geen verschil tussen dienstverbanders en vrije beroepsbeoefenaren. Ook zijn er geen verschillen bij de stellingen over commercie en kostenoverwegingen.

De omvang van de praktijk of organisatie waarin professionals werken, hangt samen met de manier waarop zij hun autonomie inschatten. Professionals in grotere praktijken of organisaties leggen meer invloed bij de overheid en bij bewaking van het functioneren door richtlijnen dan beroepsbeoefenaren in kleinere praktijken. Ook vinden zij minder vaak dat in het vrije beroep meer rekening wordt gehouden met de belangen van patiënten en dat dienstverbanders minder vrijheid in de uitoefening van hun beroep hebben.

Schaalgrootte en kwaliteit

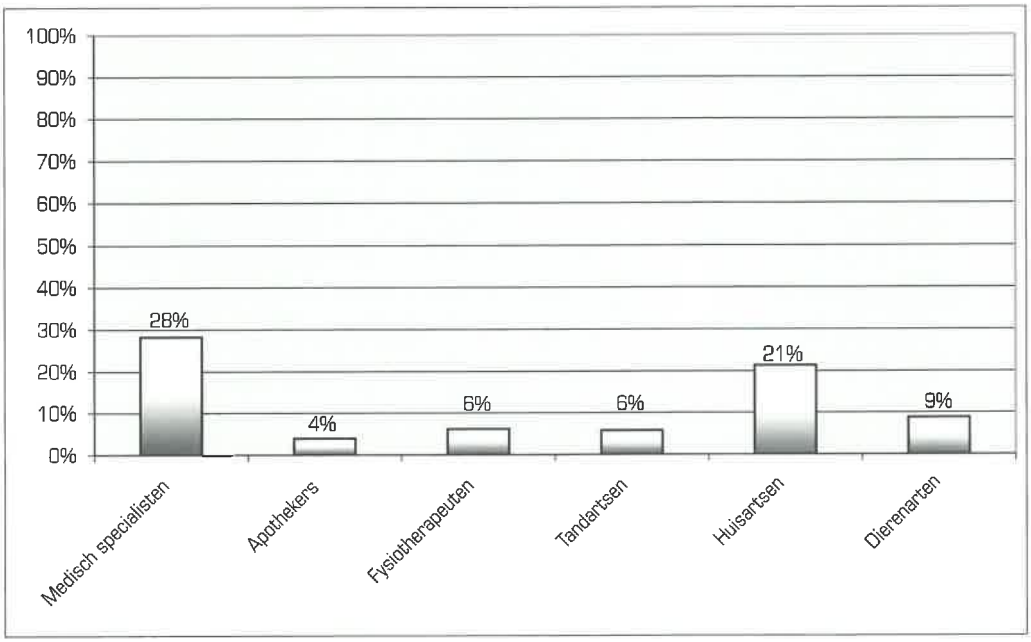
Schaalvergroting is in hoofdstuk 3 als een belangrijke maatschappelijke trend aangemerkt. Een argument voor schaalvergroting dat in veel sectoren is aangehaald (Van den Brink e.a., 2005), is dat zij leidt tot betere kwaliteit. De vraag is of dat ook zo wordt ervaren door beroepsbeoefenaren.

Tabel 5.7 Percentage beroepsbeoefenaren dat het (helemaal) eens is met de volgende stellingen

Percentage dat het (helemaal) eens is met ...	Medisch specialisten	Apothekers	Fysio-therapeuten	Tand-artsen	Huis-artsen	Dieren-artsen
Beroepsbeoefenaren kunnen zelf de kwaliteit van de zorg waarborgen	69	71	76	76	78	67
Het functioneren van beroeps-beoefenaren moet met behulp van richtlijnen bewaakt worden	64	80	30	43	62	26
Beroepsbeoefenaren hoeven richtlijnen niet op te volgen, maar weten zelf wat nodig is	19	24	38	21	23	38
De overheid moet een grote invloed op de gezondheidszorg uitoefenen	10	19	16	10	16	15
Kwaliteit van individuele zorg wordt bedreigd door financiële overwegingen	90	85	87	84	74	72
Beroepsbeoefenaren vinden datgene wat een patiënt nodig heeft belangrijker dan kostenoverwegingen	87	69	68	65	86	58
Gezondheidszorg en commer-cie gaan goed samen	13	20	22	13	12	49
Beroepsbeoefenaren die per verrichting betaald worden, doen meer onnodige handelingen	21	18	14	8	53	28
Door het gebruik van vaste tarieven kunnen beroepsbeoe-fenaren zich beter richten op de inhoud van de zorg	37	55	48	34	62	46
Vrije beroepsberoepsbeoefe-naren houden meer rekening met de patiënt dan beroeps-beoefenaren in loondienst	17	33	21	17	25	42
Beroepsbeoefenaren in loon-dienst hebben minder vrijheid in de uitoefening van hun beroep dan vrije beroepsbeoefenaren	33	54	32	49	55	52

Bron: enquête NIVEL 2006; de formulering van de stellingen was in de enquête aangepast aan het specifieke beroep in kwestie.

Figuur 5.4 Percentage beroepsbeoefenaren dat het (geheel) eens is met de stelling dat beroepsbeoefenaren in een grote praktijk/maatschap betere zorg leveren dan in een kleine praktijk/maatschap



Bron: enquête NIVEL 2006.

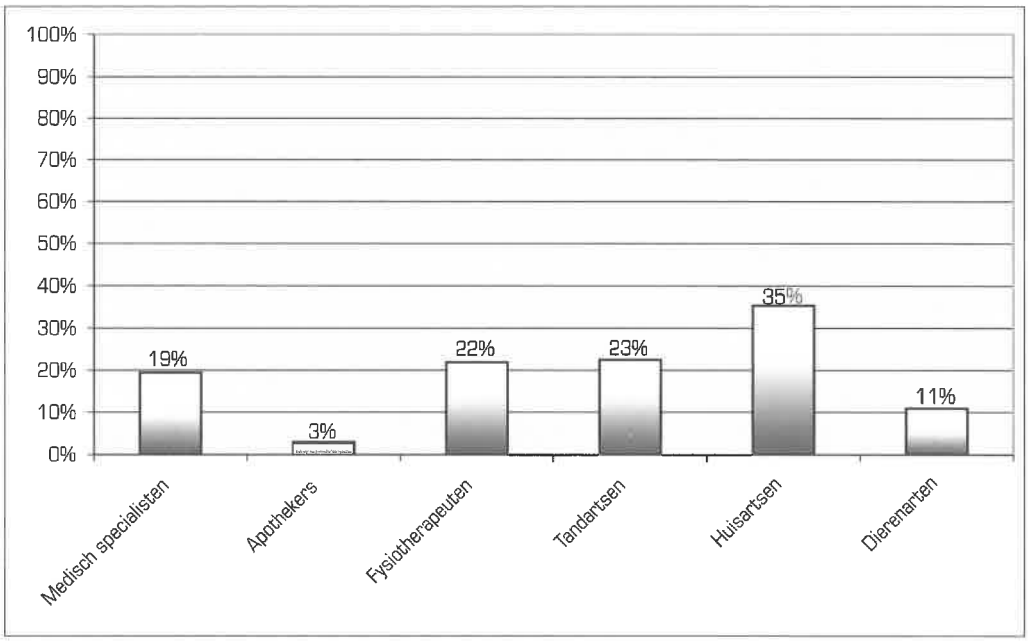
Over het geheel genomen ziet de grote meerderheid van de beroepsbeoefenaren geen kwaliteitsvoordelen van schaalvergroting (zie figuur 5.4). In een van onze interviews is erop gewezen dat schaalvergroting vanuit verschillende beweegredenen tot stand komt:

> Soms is de zorg het uitgangspunt: huisartsen stellen de vraag 'hoe kunnen we betere zorg bieden?' In dergelijke gevallen zal de inhoud leidend zijn. Als er echter huisartsen zijn die alleen vanwege een betere onderhandelingspositie zich verenigen, dan denk ik dat het effect daarvan op termijn beperkt zal zijn. (*Interview dhr. Van Santen, huisarts, ten tijde van het interview vice-voorzitter LHV*)

Er is wel een tweedeling. Huisartsen en specialisten zien vaker kwaliteitsvoordelen van schaalvergroting; de beoefenaars van de andere beroepen veel minder. In hoofdstuk 4 hebben we laten zien dat ook de steekproef van de Nederlandse bevolking slechts een zeer klein deel deze stelling onderschrijft (4%).

Aan medisch specialisten is een vergelijkbare stelling voorgelegd over de omvang van het ziekenhuis. 18% Onderschrijft de stelling dat medisch specialisten in een groter ziekenhuis betere zorg leveren. Er is een lichte tendens dat beroepsbeoefenaren die in dienstverband werken, vaker de stelling over het kwaliteitsvoordeel van grotere organisaties onderschrijven dan vrije beroepsbeoefenaren. Bij de medisch specialisten is dat verschil groter; dat is grotendeels toe te schrijven aan het feit dat de dienstverbandspecialisten in ons onderzoek hoofdzakelijk in universitaire medische centra werken (de term academische ziekenhuizen is snel en geruisloos verdwenen). Die werken in zeer grote organisaties en percipiëren de kwaliteit van hun werk wellicht als beter dan dat van de perifere specialisten.

Figuur 5.5 Percentage beroepsbeoefenaren dat het (geheel) eens is met de stelling dat beroepsbeoefenaren in een niet-commerciële organisatie betere zorg leveren dan in een commerciële organisatie



Bron: enquête NIVEL 2006.

Commercialisering

Een (niet noodzakelijk) gevolg van marktwerking is dat zorgproducten handelswaar worden. Apothekers bevinden zich traditioneel op het grensgebied van hulpverlening en koopmanschap. Een deel van de geneesmiddelen is zonder recept verkrijgbaar bij apotheken en drogisten en een deel is vrij verkrijgbaar bij alleen apotheken. De aanduiding van gezondheidszorg als een product dat verhandeld wordt op een markt heeft zich de afgelopen decennia wijder verbreid. De informatiekloof tussen zorggebruikers en professionals is de reden dat professionals het niet verantwoord vinden dat zorg als commercieel product wordt verhandeld.

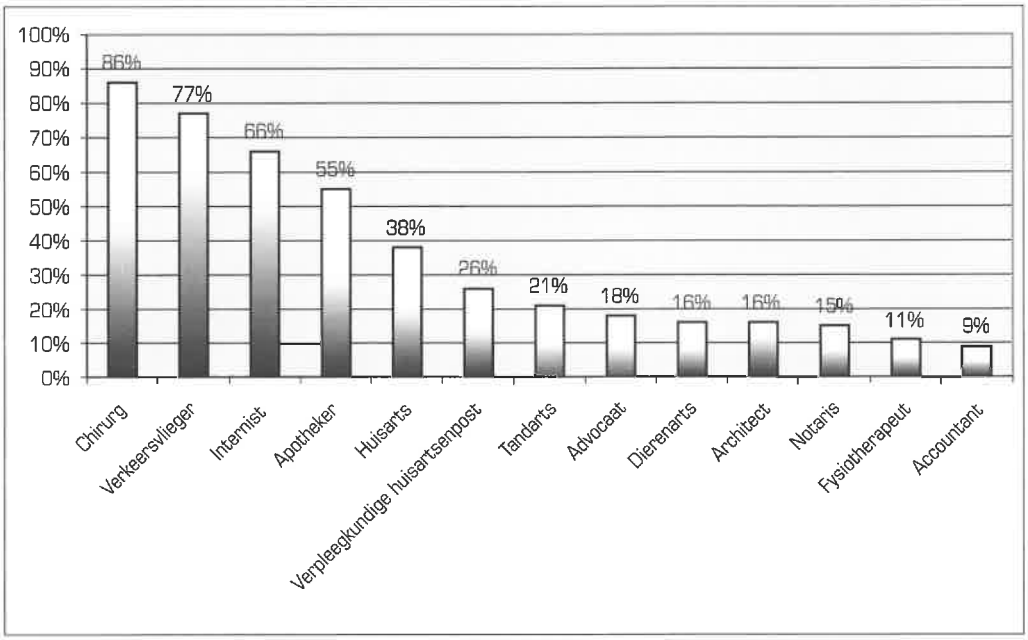
Een minderheid van de beroepsbeoefenaren in ons onderzoek onderschrijft de stelling dat beroepsbeoefenaren in een niet-commerciële organisatie betere zorg leveren, maar ook hier zijn er uitgesproken verschillen tussen beroepsgroepen. Deze verschillen hangen samen met de mate waarin men in een marktgerichte en concurrerende omgeving werkt (zie figuur 5.2 eerder in dit hoofdstuk). Dierenartsen en apothekers, die naar eigen zeggen in hun beroepsuitoefening het meest met concurrentie en marktwerking te maken hebben, onderschrijven de stelling het minst vaak.[3] Onder de steekproef van de Nederlands bevolking is 14% het (geheel) eens met deze stelling (zie hoofdstuk 4).

5.4 Onderling vertrouwen en vertrouwen in management

In de voorgaande paragrafen lieten we zien dat de beroepsuitoefening van professionals is veranderd. Ze werken meer dan voorheen in dienstverband, in grotere verbanden en in een meer marktgerichte omgeving. Dat werkt door in hun percepties van kwaliteit en autonomie. In deze paragraaf gaan we in op de gevolgen van deze veranderingen voor het onderling vertrouwen

3 Op individueel niveau is er een significante negatieve correlatie van -0,18 ($p<0,001$).

Figuur 5.6 Percentage personen dat een fout door de volgende beroepsbeoefenaren heel erg vindt



Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg, 2006.

van professionals en het vertrouwen in het management van de organisaties waarin zij werken.

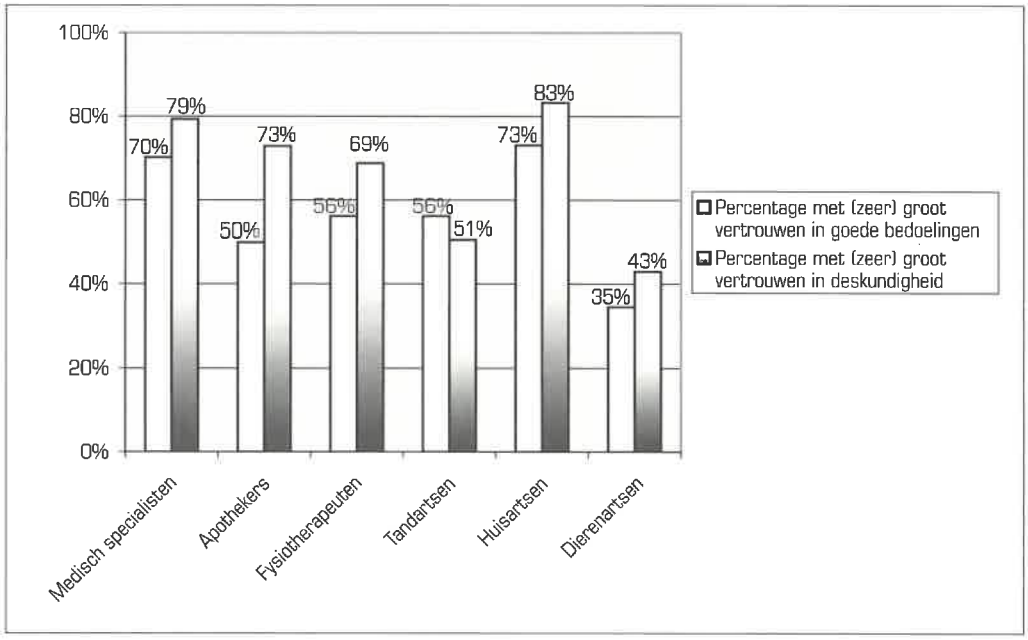
In de samenwerking tussen mensen kunnen veel dingen mis gaan. In sommige beroepen zijn de gevolgen daarvan vervelend, maar niet onoverkomelijk, terwijl het in andere beroepen om leven en dood kan gaan. In de gezondheidszorg kan het om leven en dood gaan en bij de ene beroepsgroep in de gezondheidszorg is dat vaker het geval dan bij de andere (zie figuur 5.6). Naarmate de resultaten van het beroepsmatig handelen van een professional ook en meer afhankelijk zijn van het handelen van anderen, is het belangrijker dat er een sterk onderling vertrouwen is. Met een zekere regelmaat komen er situaties in het nieuws waarbij het onderling vertrouwen zo laag is dat communicatie en samenwerking nauwelijks meer voorkomen en er soms letterlijk slachtoffers vallen.

In theorie kunnen er verschillende dimensies worden onderscheiden van vertrouwen. In de context van beroepsmatig handelen gaat het dan om vertrouwen in de competentie van anderen om taken goed uit te voeren, vertrouwen in de goede bedoelingen van de ander en vertrouwen in het vermogen om gerezen problemen op te lossen. Vertrouwen in de goede bedoelingen van anderen is bijvoorbeeld van belang bij onderlinge verwijzingen of consultatie, waarbij men ervan moet kunnen uitgaan dat de ander de patiënt niet wil overnemen als dat niet de bedoeling van de verwijzer is.

Vertrouwen in samenwerkingspartners

Aan alle beroepsbeoefenaren is gevraagd naar hun vertrouwen in de deskundigheid en goede bedoelingen van hun beroepsgenoten buiten hun eigen maatschap of praktijk. Medisch specialisten en huisartsen hebben vaak een groot tot zeer groot vertrouwen in hun vakgenoten. Met uitzondering van de tandartsen in ons onderzoek is het vertrouwen in de deskundigheid sterker dan het vertrouwen in de goede bedoelingen. Het verschil tussen beide typen vertrouwen is het grootst onder apothekers.

Figuur 5.7 Vertrouwen van beroepsbeoefenaren in hun beroepsgenoten buiten de eigen maatschap of praktijk



Bron: enquête NIVEL 2006.

Een belangrijke vraag is of het onderling vertrouwen tussen beroepsgenoten samenhangt met hun perceptie van de concurrentie en marktwerking in hun beroep. Beide hangen significant en negatief samen. Beroepsbeoefenaren die de marktwerking en concurrentie als sterker inschatten hebben minder vertrouwen in hun beroepsgenoten. Dat gaat meer op voor het vertrouwen in de goede bedoelingen dan voor het vertrouwen in de deskundigheid.[4] Van degenen die de concurrentie en marktwerking bij hun beroepsuitoefening als zeer groot ervaren, heeft 37% een (zeer) groot vertrouwen in de goede bedoeling van de collega's buiten de eigen maatschap. Aan de andere kant van het spectrum heeft 68% van degenen die de concurrentie en marktwerking als (zeer) klein ervaren, een (zeer) groot vertrouwen in de goede bedoelingen van collega's buiten de eigen maatschap.

Tabel 5.8 Relatie tussen gepercipieerde marktwerking en concurrentie en vertrouwen in de goede bedoelingen van beroepsgenoten buiten de eigen maatschap

De concurrentie en marktwerking bij mijn beroepsuitoefening is	percentage met (zeer) groot vertrouwen in goede bedoelingen
zeer klein	68%
klein	68%
niet groot, niet klein	62%
groot	48%
zeer groot	37%

Bron: enquête NIVEL 2006.

4 De correlatie (Spearman's rho) van de inschatting van de sterkte van marktwerking en concurrentie met het vertrouwen in de goede bedoelingen is -0,21 en met het vertrouwen in de deskundigheid -0,16 (beide significant bij p<0,001).

Vertrouwen in beroepsgenoten buiten de eigen maatschap verklaard

We hebben het vertrouwen in beroepsgenoten buiten de eigen maatschap ook in een lineaire regressie-analyse opgenomen met een aantal mogelijk beïnvloedende kenmerken. Daarin worden de verschillen tussen beroepsgroepen bevestigd, evenals de samenhang met ervaren concurrentie en marktwerking. Daarnaast blijkt dat oudere beroepsbeoefenaren in het algemeen minder vertrouwen hebben in hun beroepsgenoten dan jongeren. Over het algemeen hebben huisartsen veel vertrouwen in hun beroepsgenoten buiten de eigen praktijk en dat blijkt uit deze analyse nog wat sterker te zijn voor de huisartsen in grotere praktijken. Voor de andere beroepsgroepen maakt de grootte van de praktijk niet uit voor het vertrouwen in beroepsgenoten buiten de eigen praktijk. Een mogelijke interpretatie hiervoor is dat huisartsen in grotere praktijken meer geïntegreerd zijn in hun beroepsgroep.

Waar uitwisseling van informatie in een perspectief van samenwerking gezien wordt als onderdeel van het kwaliteitsproces, kan het in een perspectief van concurrentie gezien worden als strategische bedrijfsinformatie. Sommige geïnterviewden leggen daar de nadruk op, terwijl anderen zoniet in meer marktwerking dan toch in meer invloed van consumenten of verzekeraars een hefboom tot innovatie zien. Hoe dan ook, marktwerking en concurrentie stellen de samenwerking tussen beroepsgenoten en andere professionals in een ander daglicht.

> Marktwerking geeft een bepaalde terughoudendheid, want welke informatie willen we delen met anderen? *(Interview dhr. Berden)*

> Waarom zou een 'Sneller Beter'-ziekenhuis zeggen "Ik ga anderen helpen hetzelfde te implementeren", want daarmee probeert een ziekenhuis juist te concurreren. Het deelnemen aan Sneller Beter helpt wel in de onderhandelingen met de verzekeraars. *(Interview dhr. Valentijn)*

> Innovatie gaat bij medisch-technische aangelegenheden vaak goed, zoals medicijnen of nieuwe chirurgische technieken ('square one'), maar bij procesinnovatie, het anders inrichten van de organisatie, gaat dit veel moeizamer. Een belangrijke reden voor trage implementatie van organisatieverandering is dat men tot nu toe niet extern wordt afgerekend. Pas wanneer consumenten of verzekeraars aangeven dat ze bijvoorbeeld wel behandeling willen van de goede chirurg in een ziekenhuis, maar niet van de minder goed scorende orthopeed in datzelfde ziekenhuis, wordt het ook voor de specialisten belangrijk om naar buiten toe te laten zien hoe goed zij zelf functioneren. *(Interview dhr. Sanders)*

In hoofdstuk 2 gaven we aan dat er drie typen condities voor onderling vertrouwen kunnen worden onderscheiden: langdurige relaties, netwerken en instituties. In de enquête onder beroepsbeoefenaren hebben we geprobeerd te achterhalen welk type het sterkst van invloed is op samenwerkingsrelaties tussen beroepsbeoefenaren. Daaruit komt naar voren dat een langdurige relatie (temporele inbedding van vertrouwen) het belangrijkste is voor samenwerking met beroepsgenoten buiten de eigen praktijk. Minder belangrijk zijn de ervaringen van collega's (netwerkinbedding van vertrouwen) en het minst belangrijk is of de collega's met wie wordt samengewerkt volgens protocollen werken (een voorbeeld van institutionele inbedding).
Een langdurige relatie is ook het belangrijkste voor de samenwerking met andere professionals, zoals de samenwerking tussen huisartsen en apothekers. Voor de samenwerking met beroepsbeoefenaren in ondersteunende beroepen (praktijkondersteuners voor huisartsen, verpleegkundigen voor medisch specialisten) is het werken volgens protocollen belangrijker dan de duur van de samenwerking en de ervaringen van anderen.
In een van onze interviews kwam aan de orde, dat de institutionele basis voor vertrouwen in de nieuwe beroepen in de gezondheidszorg pas na verloop van tijd tot stand komt.

In de praktijk wordt vertrouwen gedurende een proces van soms tientallen jaren geïnstitutionaliseerd, door opname van deskundigheidsvereisten in de opleidingsprogramma's van bijvoorbeeld paramedische beroepen. Daardoor weet je van personen met bepaalde kwalificaties wat ze vervolgens kunnen. Bij taakherschikking 'in de frontlinie' als een dynamisch proces gaat het om de vraag hoe ver je wilt gaan in het overdragen van taken aan anders gekwalificeerden. In eerste instantie is dat afhankelijk van het vertrouwen dat mensen in elkaar stellen. Pas in tweede instantie zullen de beroepsopleidingen worden aangepast en zal het vertrouwen kunnen berusten op opleidingskenmerken en kwalificaties van de opgeleide beroepsbeoefenaars. Dat is dan geïnstitutionaliseerd vertrouwen. Dit kan enige tijd duren. *(Interview dhr. Sanders)*

Schaalvergroting aan beide kanten van een samenwerkingsrelatie leidt tot minder persoonlijke relaties en kan daardoor de onderlinge verhoudingen beïnvloeden.

Een huisarts verwijst niet meer naar die of die specialist, maar naar de afdeling interne geneeskunde of naar een willekeurige afdeling interne geneeskunde. Huisartsen weten veel minder dan voorheen van hun patiënten. Ze zijn niet meer altijd vanzelf 24 uur betrokken. Huisartsen werken voor mijn gevoel steeds meer van negen tot vijf en daarna wordt het aan een ander overgedragen. Vooral in de grote steden zijn de praktijken ook te groot om goed overzicht te kunnen houden. *(Interview dhr. Valentijn)*

Professionals en het management

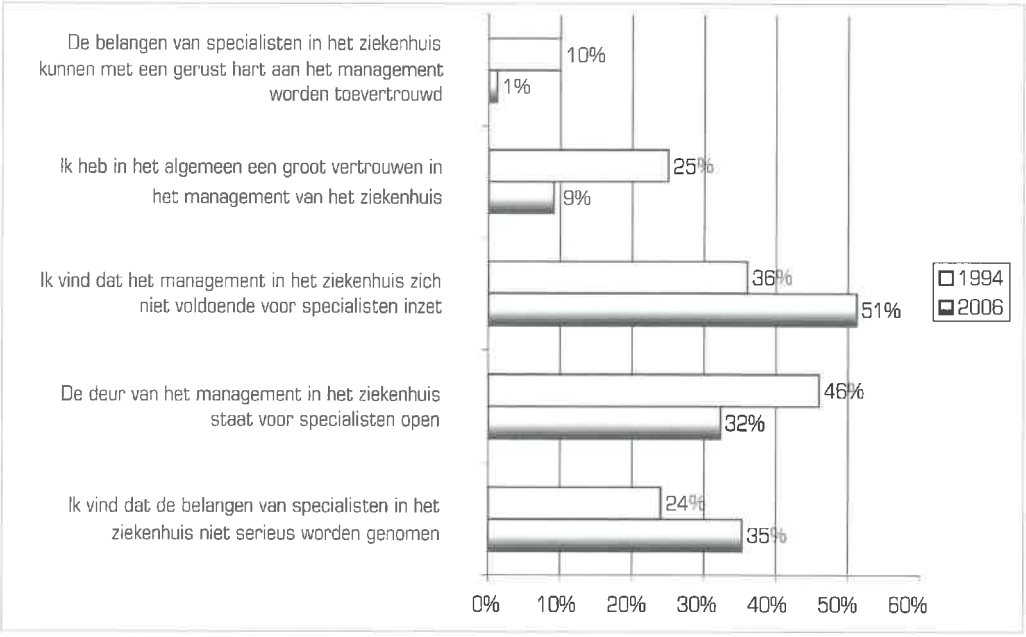
Organisaties worden niet alleen groter, ze veranderen ook. Dat is het duidelijkst bij de ziekenhuizen waar de klassieke duale structuur aan het verdwijnen is en nieuwe structuren ontstaan die zijn opgezet rond specifieke patiëntengroepen of specifieke processen. De organisatieverandering in ziekenhuizen wordt meestal aangeduid als kanteling. Voor de positie van professionals zijn er twee belangrijke gevolgen. Ten eerste betekent het dat de maatschap van specialisten met hetzelfde specialisme niet meer de enige relevante ordening is. Zolang de maatschappen blijven bestaan, ontstaat er een matrixorganisatie van maatschappen en patiëntengroep- of procesgerichte teams. Dat maakt de organisatie en de aansturing ervan complexer. Bij ziekenhuizen met meer locaties (veelal fusieziekenhuizen) is de situatie nog complexer. Ten tweede hebben deze organisatieveranderingen tot gevolg dat meer professionals managementtaken krijgen. De keerzijde ervan is dat ook meer professionals gemanaged worden (Groenewegen en Van Lindert, 2001).
De organisatieveranderingen zijn niet beperkt tot ziekenhuizen maar zijn daar wel het meest pregnant. Het ontstaan van grotere praktijken in de overige beroepen, van multidisciplinaire praktijken, zoals gezondheidscentra, en van netwerken en ketens van praktijken zorgt ook bij de andere beroepen voor meer management.
Aan de medisch specialisten in ons onderzoek zijn vijf stellingen over de relatie met het management van het ziekenhuis voorgelegd. Dezelfde vragen zijn ruim tien jaar geleden ook gebruikt in het eerder genoemde onderzoek van Van der Wee (2000). Daardoor kunnen we ook veranderingen in beeld brengen.

In het afgelopen decennium is de verhouding tussen medisch specialisten en management duidelijk verslechterd. De integratie van het medisch specialistisch bedrijf heeft niet geleid tot meer vertrouwen in het management (zie figuur 5.8).

De vanzelfsprekendheid van de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis is veranderd. Wat medisch specialisten vinden dat moet gebeuren wordt niet meer als vanzelfsprekend door het management overgenomen. Die tijd is voorbij. Je bent inmiddels volstrekt afhankelijk geworden van de organisatie en de invloed van de organisatie op je werk wordt steeds groter, onder andere in de indeling van je werk, wanneer je spreekuur houdt, et cetera. Dit heeft gevolgen voor de professionele autonomie van de arts. *(Interview dhr. Valentijn)*

Naast het gebrek aan vertrouwen van medisch specialisten in het management van het ziekenhuis klinken geluiden om de positie van het

Figuur 5.8 Percentage medisch specialisten dat het (geheel) eens is met stellingen over het management van het ziekenhuis



Bronnen: enquête NIVEL 2006, Van der Wee, 2000.

management juist te versterken. Door een commissie van de NVZ, de vereniging van ziekenhuizen, is een rapport geschreven getiteld *'Vernieuwd besturen'*. Daarin wordt gepleit voor een nog sterkere positie van het management van ziekenhuizen ten opzichte van de professionals.

> Het NVZ-rapport wil ik vooral zien als een paper dat de discussie aanzwengelt, maar als dat advies wordt opgevolgd, maakt dat de medisch specialist wel een heel afhankelijk en onderdanig persoon. *(Interview dhr. Valentijn)*

Ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten zullen in de komende jaren hun onderlinge verhoudingen opnieuw definiëren. Er vinden op dit moment tal van activiteiten plaats die daarop wijzen. In een aantal ziekenhuizen wordt geëxperimenteerd met een systeem voor de evaluatie van het individueel functioneren van medisch specialisten.

> Het St. Elisabeth Ziekenhuis is één van de acht ziekenhuizen die deelnemen aan de eerste fase van dit proces. Sittard (Maasland ziekenhuis) is daarmee het verst gevorderd. Binnen het St. Elisabeth Ziekenhuis wordt geëxperimenteerd met het evalueren van medisch specialisten onderling. Ons (Raad van Bestuur) functioneren wordt daarin ook meegenomen. Het gesprek vindt plaats tussen een getrainde medisch specialist en de geëvalueerde medisch specialist. Om het systeem in Nederland goed te laten werken moet er nog heel wat veranderen in de houding van specialisten. *(Interview dhr. Berden)*

De verhouding tussen management van ziekenhuizen en medisch specialisten wordt ook beïnvloed door veranderingsprojecten in de vorm van Doorbraakprojecten en Sneller Beter Pijler 3. Het gaat bij dit laatste programma om verbeteringen in patiëntveiligheid en patiëntenlogistiek die uitstraling moeten hebben in de ziekenhuizen waar

ze worden ingevoerd en later ook in andere ziekenhuizen buiten het project.

> Vaak zijn dit zaken die ziekenhuizen graag willen implementeren – ziekenhuizen prijzen zichzelf trots aan als 'Eerste generatie Sneller Beter'. Deels wordt deelname hieraan door de ziekenhuisdirecties gebruikt als manier om meer grip op specialisten en zorgprocessen te krijgen. Op de werkvloer is er vaak minder enthousiasme; ongeveer de helft van de specialisten ervaart het als iets vreemds dat op hen afkomt. Het probleem is dat dergelijk beleid wordt ervaren als top down beleid, hetgeen in professionele organisaties niet goed werkt. Het 'not invented here' principe belemmert veel innovaties. Dit verklaart vervolgens ook weer waarom dergelijke initiatieven zo traag verlopen. *(Interview dhr. Sanders)*

> Ik weet niet of dat zo is (namelijk dat Raden van Bestuur meewerken aan programma's als Sneller Beter om zo meer macht te krijgen). Sneller Beter is wel een instrument om in organisaties iets gedaan te krijgen. Er zit wel voor een deel opportunisme achter om zaken te realiseren die een ziekenhuis alleen niet zou lukken. *(Interview dhr. Valentijn)*

Een gevolg van dergelijke projecten zou kunnen zijn dat de machtsbalans in ziekenhuizen verschuift van medisch specialisten naar de bestuurders. Daarnaast is er in onze interviews ook op gewezen dat de externe druk van veranderingen in de gezondheidszorg leidt tot de vaststelling van gemeenschappelijke doelen van medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders.

> Als gevolg van marktwerking komen directies en stafbesturen steeds meer op één lijn, door te regelen dat zorg beter wordt georganiseerd. Inmiddels zijn er al ziekenhuizen die aan huisartsen vragen wat hun ervaringen zijn met maatschappen. Zij weten immers vrij goed waar problemen zijn en naar welke specialisten ze hun patiënten liever niet doorverwijzen. Dit kan kwaliteitsbevorderend werken. Doordat huisartsen in beeld komen, gaan directies en maatschappen beter samenwerken om zo de kwaliteit te verbeteren. *Is het zo dat ziekenhuizen met dit soort initiatieven specialisten vooral in het gareel willen krijgen?* Dat klopt, maar omgekeerd zal de specialist hierdoor meer grip krijgen op het ziekenhuismanagement. Ook de Orde ziet in dat ze zelf actie moet ondernemen op dit terrein en ze beginnen nu ook het individueel presteren van specialisten in kaart te brengen. Men houdt er rekening mee dat het werk anders verdeeld gaat worden, bijvoorbeeld dat ziekenhuizen aangeven dat ze de gynaecologische zorg voor een periode van vijf jaar uitbesteden, en vervolgens kunnen maatschappen hierop inschrijven. *(Interview dhr. Schmit Jongbloed)*

Wat betreft de verhouding tussen professionals en management, verschilt de situatie van medisch specialisten in ziekenhuizen sterk van andere groepen beroepsbeoefenaren. Die werken meestal in veel kleinere organisatorische eenhe-

De houding van medisch specialisten ten opzichte van het management verklaard

We hebben de stellingen die de houding van medisch specialisten ten opzichte van het management van het ziekenhuis verwoorden, samengevoegd tot één schaal. De betrouwbaarheid van deze schaal is goed (Cronbach's alpha is 0,80). Daarna hebben we een lineaire regressie-analyse op deze schaal uitgevoerd. Het blijkt dat, rekening houdend met persoonskenmerken, zelfstandig gevestigde specialisten en specialisten in grotere ziekenhuizen over het algemeen negatiever oordelen over het management. Specialisten die meer autonomie ervaren bij de indeling van hun werk staan positiever ten opzichte van het management. Dit laatste kan niet zonder meer worden geïnterpreteerd als een causale relatie. Het is immers ook denkbaar dat een bepaalde managementstijl in het ziekenhuis enerzijds leidt tot een positieve houding bij medisch specialisten en anderzijds tot meer ervaren autonomie bij de indeling van hun werk.

den. Aan hen is eerst de vraag gesteld of er in hun situatie sprake is van een zelfstandige managementfunctie. Dat is bij ongeveer eenvijfde het geval. Daarna zijn vijf vergelijkbare stellingen voorgelegd waarbij 'ziekenhuis' is vervangen door 'organisatie'. Die laten een volstrekt ander beeld zien dan bij de medisch specialisten. Er is bij deze groepen veel meer vertrouwen in het management, maar dat is dan meestal wel het management van een praktijk of gezondheidscentrum van beperkte omvang. In veel gevallen wordt de managementfunctie dan vervuld door een beroepsgenoot die daarnaast ook in de zorgverlening actief is.

5.5 Conclusie

Er is sprake van een tweedeling tussen de medisch specialisten die in grote organisatieverbanden werken, en de overige beroepen die in veel kleinschaliger verband werken. De kleinschaligheid geldt ook voor de meeste andere (para)medische beroepen die extramuraal werken, terwijl de positie van medisch specialisten in grote organisatieverbanden wordt gedeeld door veel verpleegkundigen.
Medisch specialisten zijn degenen die nog het vaakst kwaliteitsvoordeel zien in schaalvergroting, zij het dat de feitelijke empirische onderbouwing daarvoor niet sterk is (Meloen e.a., 2000). Ziekenhuizen zijn complexe organisaties waarin veel meer mensen werken dan alleen medisch specialisten. Ze ondergaan bovendien een proces van organisatieverandering van klassieke duale organisaties naar geïntegreerde proces- en patiëntgerichte organisaties.
Management speelt een steeds belangrijke rol in ziekenhuizen. Opvallend is dat het vertrouwen van medisch specialisten in de ziekenhuisdirecties zeer laag is en ook het afgelopen decennium nog is gedaald.
De andere beroepen die veelal extramuraal werken, zitten in een duidelijk andere situatie. Men zou kunnen zeggen dat die nog middenin een transformatieproces zitten van huisnijverheid – kleinschalig, praktijk aan huis, weinig technologie – naar georganiseerde voorzieningen voor (para)medische dienstverlening. Het lijkt erop dat ze die overgang wel zullen maken. De kleinschalige praktijkuitoefening wordt moeilijker door de toename van de wens om in deeltijd te werken en de toenemende inzet van ondersteunend personeel. De inzet van praktijkondersteuners in de huisartspraktijk heeft bijvoorbeeld tot gevolg dat de schaalgrootte bijna gedwongen toeneemt.
Door de locatiegebondenheid van het werk in de gezondheidszorg zal de schaalvergroting in de extramurale zorg ook en vooral door ketenvorming totstandkomen. In de apotheekwereld zien we daar al langere tijd de voorbeelden van, maar ook onder de andere hier besproken beroepsgroepen zal ketenvorming meer voorkomen.

Professies hebben de neiging zich af te sluiten voor buitenstaanders en nieuwkomers. In hoofdstuk 2 is gewezen op het 'gildenkarakter' van professies. In het verleden werd een vrije vestiging bepaald niet met gejuich ontvangen en het werken vaak onmogelijk gemaakt. Eenmaal toegetreden tot de professie lag de nadruk op onderlinge samenwerking.
Daarvan is in het denken over kwaliteit van beroepsuitoefening gebruikgemaakt. Huisartsen formeerden zich tot huisartsengroepen, er ontstond farmacotherapeutisch overleg, onderlinge toetsingsgroepen kwamen van de grond. De gerichtheid op kwaliteit in dit soort verbanden vraagt een open en vertrouwensvolle atmosfeer. Uit ons onderzoek komt naar voren dat die sfeer van vertrouwen verandert in samenhang met toenemende concurrentie. Het onderlinge vertrouwen lijkt kleiner te zijn in beroepen die al in een meer concurrerende omgeving werken. Bovendien hebben beroepsbeoefenaren die hun eigen beroepsuitoefening meer beïnvloed zien worden door marktwerking en concurrentie, minder vertrouwen in de goede bedoelingen van hun collega's buiten de eigen praktijk.
De verhouding tussen beroepsgenoten in de gezondheidszorg verschuift hierdoor van collegiale samenwerking in kwaliteitscirkels naar concurrentie tussen branchegenoten.

Kenmerkend voor professies is dat de beoefenaren ervan een grote autonomie hebben over de inhoud en organisatie van het werk. Wat betreft de organisatie van het werk, zien we dat de organisatorische integratie de autonomie op dit terrein beperkt. Vooral medisch specialisten die het sterkst zijn ingebed in een grote organisatie, ervaren weinig autonomie in de organisatie van het werk. Maar ook huisartsen ervaren relatief weinig autonomie in de organisatie van het werk; waarschijnlijk om andere redenen.

Gegeven de trends naar meer beroepsuitoefening in dienstverband en naar grootschaliger organisaties en de hier gevonden verschillen, verwachten we dat de autonomie van professionals in de indeling van hun werk in de komende tijd verder afneemt.
Professionals in de gezondheidszorg vinden in ruime meerderheid dat zij zelf de kwaliteit van hun werk kunnen waarborgen. Zij vinden dat financiële overwegingen een bedreiging vormen voor de kwaliteit van de individuele zorg. Op deze punten zijn er weinig verschillen tussen de bestudeerde beroepsgroepen en tussen professionals in loondienst of in het vrije beroep.

We hebben in dit hoofdstuk laten zien dat de organisatie en de omgeving waarin professionals in de gezondheidszorg werken, veranderen. Dit heeft gevolgen voor de onderlinge relaties tussen beroepsbeoefenaren en op sommige punten ook voor hun percepties van de kwaliteit van hun werk, hun autonomie bij het organiseren van hun werk en de inhoud van werk.
De beschreven veranderingen kunnen ook gevolgen hebben voor andere relaties. De relatie tussen medisch specialisten en de ziekenhuisleiding is al genoemd. Ook de relaties met patiënten veranderen. De grootschaligheid van de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend heeft ertoe geleid dat de kans dat een patiënt op die momenten de eigen huisarts treft klein is geworden. De huisartsenpost levert de zorg en het eerste aanspreekpunt is dan de assistente of verpleegkundige die de telefoon bedient en de eerste triage verricht. Door dit soort ontwikkelingen verandert de basis voor vertrouwen. De inbedding in langdurige relaties wordt minder. Het is de vraag of het verminderen van langdurige relaties voldoende wordt gecompenseerd door andere vertrouwensmechanismen (informatie en reputatie in sociale netwerken en institutionele mechanismen).

6 Beroepsorganisaties als bron voor beroepsnormen

Samenvatting

Op grond van de maatschappelijke trend van individualisering (zie hoofdstuk 3) zou men kunnen verwachten dat minder professionals lid zijn van een beroepsorganisatie. Dat is maar gedeeltelijk waar: het lijkt erop dat slechts het aantal leden dat zich actief inzet voor de organisatie, afneemt. Bij de professies spelen de beroepsorganisaties van oudsher een belangrijke rol en een meerderheid van de beroepsbeoefenaren is nog steeds lid van een of meer van deze organisaties. Het grootste deel – driekwart in ons onderzoek – is echter niet actief lid. Het actieve lidmaatschap is lager onder jongere beroepsbeoefenaren en vrouwen. Dat kan een voorbode zijn van een geringere participatie in de beroepsorganisaties in de toekomst.

De redenen om lid te zijn van een beroepsorganisatie zijn een mix van de behoefte aan belangenbehartiging en inhoudelijke overwegingen. De belangenbehartiging moet steeds algemener van aard zijn; belangenbehartiging die de marktwerking inperkt, is niet langer toegestaan. Inhoudelijk vervullen de beroepsorganisaties in de ogen van professionals duidelijk een rol als morele gemeenschap: ze bewaken het opleidingsniveau, ze zetten kwaliteitsbeleid op en voeren dit uit.

Professionals voelen zich, behalve bij hun beroepsvereniging, ook betrokken bij de organisatie waarin zij werken. Extramuraal werkzame professionals zijn (nog steeds) actief in kleinschalige organisaties met vakgenoten, zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien. Zij zijn dan ook sterk betrokken bij de eigen praktijk. Medisch specialisten die in grootschalige voorzieningen werken, zijn vergeleken met de andere professionals in de gezondheidszorg het minst betrokken bij de organisatie, maar toch nog sterk betrokken. Wel lijkt hun betrokkenheid vergeleken met een eerder onderzoek te zijn gedaald. Betrokkenheid bij de beroepsvereniging is vooral laag bij fysiotherapeuten en dierenartsen.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zien gemeenschappelijke elementen in de problemen bij de beroepsuitoefening. Fysiotherapeuten en apothekers zien daarin aanleiding ook onderdelen in opleiding en nascholing gemeenschappelijk te maken, maar voor de andere beroepsbeoefenaren in ons onderzoek is dat minder vanzelfsprekend. Misschien komt dat doordat de eerste twee beroepsgroepen het meest te winnen hebben bij gemeenschappelijke onderdelen in scholing. Fysiotherapeuten zijn in ons onderzoek de enigen met een HBO-opleiding en hun maatschappelijk aanzien is het laagst. De omgang met professionals met meer aanzien verhoogt wellicht voor hun gevoel de eigen status. Apothekers hebben waarschijnlijk andere motieven: zij zijn als beroepsgroep op zoek naar een nieuwe rol in de gezondheidszorg, namelijk die van farmaceutisch zorgverlener en farmaceutisch adviseur voor artsen. Daarvoor zijn relaties met voorschrijvende professionals belangrijk.

6.1 Inleiding

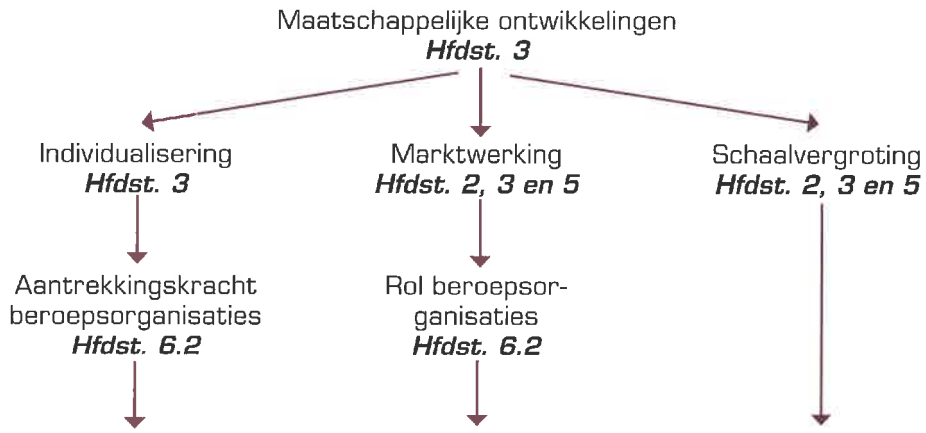
Een kenmerk van een zich ontwikkelende professie en van een professionele marktorde (zie hoofdstuk 2) is dat beroepsbeoefenaren zich verenigen in een organisatie. Beroepsorganisaties zetten zich in voor de kwaliteit van opleiding en beroepsuitoefening en de bevordering van de materiële randvoorwaarden daarvoor. Op collectief niveau proberen beroepen een werkterrein te definiëren dat ze als het hunne beschouwen en dat ze kunnen afschermen ten opzichte van andere bestaande beroepen en van nieuwkomers. Beroepsvorming is ook altijd afsluiting van een bepaald werkterrein voor anderen, zijnde niet-beroepsgenoten.
Door de ontwikkeling van normen voor opleiding en beroepsuitoefening binnen de beroepsgroep door beroepsgenoten vormen professies een morele gemeenschap. Dat is het eerste onderwerp dat we in dit hoofdstuk behandelen. Het feit dat beroepsorganisaties een belangrijke rol spelen in de sturing van beroepsbeoefenaren, betekent ook dat er een spanningsveld kan bestaan tussen de beroepsorganisatie en de werkorganisatie. De vraag is in hoeverre professionals zich nu in het begin van de 21ste eeuw oriënteren op hun beroepsgroep of op de organisatie waarin zij werken. Dit is natuurlijk vooral een betekenisvol punt voor die beroepsbeoefenaren die in organisaties van enige omvang functioneren, maar gegeven de algemene trend naar schaalvergroting neemt het in belang toe. Dit is het tweede onderwerp van dit hoofdstuk. Het onderstaande schema vat de grote lijnen samen.

Naast oriëntatie op de beroepsgroep of op de organisatie is het ook denkbaar dat beoefenaren van verschillende gezondheidszorgberoepen een gevoel van gemeenschappelijkheid en gedeelde problemen hebben. Er vindt voortdurend differentiatie plaats binnen beroepen en de beroepenstructuur verandert door de opkomst van nieuwe beroepen op het snijvlak van verpleging en geneeskunde. Wordt de versnippering die daardoor optreedt, opgevangen door een breder gevoel van gemeenschappelijkheid die de eigen beroepsgroep overschrijdt? Hierop gaan we als laatste onderdeel van dit hoofdstuk in.

6.2 Beroepsorganisaties als morele gemeenschap

Op grond van de trend naar individualisering in westerse samenlevingen zou men verwachten dat participatie in het verenigingsleven de afgelopen decennia is gedaald. Dat blijkt echter in zijn algemeenheid niet het geval te zijn. Het lidmaatschap van politieke partijen, christelijke kerken en vrouwenorganisaties is afgenomen, maar op andere terreinen, zoals natuur en milieu, is een toename te zien. Er is een verschuiving naar wat

Schematische weergave van het verband tussen de onderwerpen in dit hoofdstuk



men zou kunnen noemen 'donateursverenigingen', verenigingen waarin men kan deelnemen door geld te storten zonder dat verdere activiteiten worden verwacht. Het lidmaatschap van vak-, beroeps- of standsorganisaties is de afgelopen dertig jaar toegenomen, maar in lijn met het voorgaande is het percentage actieve leden afgenomen (De Hart, 2002). Om als beroepsorganisatie te kunnen (blijven) fungeren als een morele gemeenschap van leden, is actieve deelname een voorwaarde.
Specifiek voor de gezondheidszorgberoepen zou een trend naar minder actieve participatie in de beroepsorganisaties te maken kunnen hebben met twee additionele ontwikkelingen. Ten eerste is er wel op gewezen dat er binnen de professies een verschuiving in de beleving plaatsvindt van roeping naar gewoon beroep. Ten tweede is er een toename van het aantal beroepsbeoefenaren dat naast de beroepsmatige activiteiten andere commitments heeft (onder meer, maar niet alleen door de feminisering).

Lidmaatschap

Het is onder professionals (nog steeds) zeer gebruikelijk om lid te zijn van een beroepsorganisatie. De verenigingsstructuur verschilt tussen beroepen; daarom heeft elke vergelijking haken en ogen. Inhoudelijke specialisatie en differentiatie van belangen kunnen tot een complexe verenigingsstructuur leiden. Bij medisch specialisten ligt het zwaartepunt bij de wetenschappelijke verenigingen. Die zijn per specialisme georganiseerd en vooral gericht op de beroepsinhoudelijke kant. In onze steekproef specialisten[1] is 94% lid van een wetenschappelijke vereniging. De Orde van Medisch Specialisten (die overkoepelend is voor alle specialisten) verenigt bijna 70% van de specialisten (net zoveel als de overkoepelende artsenorganisatie KNMG). Van de andere beroepsgroepen is ruim 85% lid van de belangrijkste beroepsorganisatie. Bij fysiotherapeuten en dierenartsen bestaan binnen de overkoepelende vereniging speciale beroepsinhoudelijke groepen; daarvan is 43% van de fysiotherapeuten en 58% van de dierenartsen in onze steekproef lid. Fysiotherapeuten hebben niet gekozen voor een federatiemodel (zoals de KNMG) om verdergaande versnippering tegen te gaan en omdat zij de richtlijnontwikkeling, die de afgelopen jaren steeds belangrijker is geworden, nadrukkelijk als een verantwoordelijkheid van het KNGF zien (*Interview dhr. Van der Wees, fysiotherapeut, bureau KNGF).*
Bij de tandartsen bestaat nog een alternatieve vereniging, de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), die in onze steekproef op 19% komt. De huisartsen, ten slotte, hebben twee verenigingen: de LHV voor de beroepsbelangen en de behartiging van de randvoorwaarden voor de beroepsuitoefening waarvan in onze steekproef 84% lid is en het NHG dat zich op de inhoud van het vak richt met 95% leden. Het lidmaatschap van het NHG is de afgelopen 25 jaar sterk gestegen. Begin jaren tachtig was iets meer dan de helft van de huisartsen lid van het NHG (Boerma en Tijssen, 1983).

Het lidmaatschap van een beroepsorganisatie is een onderdeel van het sociaal kapitaal van beroepen. Het sociaal kapitaal is het geheel van netwerkrelaties, participatie in verenigingen en onderling vertrouwen (Halpern, 2005). De beroepsbeoefenaren die lid zijn van een beroepsvereniging, hebben in bijna alle gevallen meer vertrouwen in de goede bedoelingen van beroepsgenoten buiten de eigen maatschap dan niet-leden. Alleen voor fysiotherapeuten gaat dit niet op: de leden van het KNGF hebben net iets minder vaak een (zeer) groot vertrouwen in hun beroepsgenoten dan de niet-leden. Als het lidmaatschap van beroepsverenigingen tanende is, zou dat dus gevolgen kunnen hebben voor het sociaal kapitaal van de beroepsgroepen.

Gegevens over de ontwikkeling in de tijd van het lidmaatschap van beroepsverenigingen zouden wellicht te achterhalen zijn via bronnenonderzoek en schattingen. Voor het onderzoek dat we in dit boek presenteren, was dat niet mogelijk. Wel beschikken we over een eerder onderzoek over artsen en hun lidmaatschap van de KNMG (Boerma en Tijssen, 1983). In 1981 was 67% van alle artsen lid en 74% van de medisch specialisten. Dat zit dus dicht in de buurt van het percentage dat we in dit onderzoek voor specialisten vinden.

1 Dat het bij deze cijfers gaat om een steekproef is niet onbelangrijk omdat er altijd een zekere selectiviteit van deelname aan het onderzoek kan zijn. Het zou kunnen zijn dat beroepsbeoefenaren die meer betrokken zijn bij hun professie, ook wat vaker de vragenlijst hebben ingevuld.

Alle beroepen hebben op hun eigen manier en mede bepaald door hun geschiedenis vorm gegeven aan hun verenigingsstructuur. Artsen hebben de KNMG als overkoepelende federatie van verenigingen, maar er kunnen ook individuele artsen lid zijn die geen lid willen of kunnen worden van een van de verenigingen die de federatie vormen. Voor studenten geneeskunde is er een gratis lidmaatschap. Medisch specialisten hebben de wetenschappelijke verenigingen en de Orde. De dekking van de Orde is relatief laag als gevolg van interne verdeeldheid in het verleden.
Dierenartsen hebben één beroepsorganisatie waarin verschillende groepen bestuurlijk vertegenwoordigd zijn.

Bestuurlijk gezien hebben we 3 clusters: cluster 1 bestaat uit de Groepen Rund, Varken en Pluimvee (koppelgehouden dieren), cluster 2 bestaat uit de individueel gehouden dieren en cluster 3 uit de volksgezondheid en bedrijfsleven (dierenartsen die werken voor de overheid, onderzoeksinstellingen, farmaceutische bedrijven etc.). Van de 4000 werkzame dierenartsen is 70% praktiserend, de rest werkt voor de overheid of het bedrijfsleven (cluster 3). Vanuit de drie clusters wordt het bestuur gevuld. De KNMvD is één juridische entiteit, het hoofdbestuur maakt de dienst uit, de Groepen maken daar onderdeel van uit.
Specialisatie neemt toe waardoor in de medische professie nieuwe verenigingen zijn ontstaan, specifiek bedoeld voor artsen met die specialisatie. Bij de KNMvD is dat niet het geval, er zijn wel Groepen maar deze blijven onderdeel van de KNMvD.
Voordat ik voorzitter was van de KNMvD (zo'n 7 jaar geleden) is zo'n scheiding binnen de beroepsvereniging ook aan de orde geweest, maar is het niet gebeurd. Het is niet mogelijk om lid te zijn van een Groep en niet van de KNMvD, die keuze wordt niet gegeven. Het is overigens niet ongebruikelijk dat scheidingen binnen een beroepsvereniging voorkomen; in Engeland heb je al verschillende beroepsverenigingen voor de dierenarts naast elkaar, zoals de British Small Animal Veterinary Association en de British Veterinary Association. De manier van werken, mogelijkheden en financiële consequenties zijn in de drie clusters die wij hanteren erg verschillend. *(Interview dhr. De Ruijter, dierenarts, ten tijde van het interview voorzitter KNMvD)*

Een indirecte aanwijzing voor ontwikkelingen in de tijd kunnen we afleiden uit de eventuele samenhangen met leeftijd, geslacht en het werken in dienstverband of als vrije beroepsbeoefenaar.[2] Deze samenhangen zouden kunnen wijzen op veranderingen in de tijd vanwege het toenemend aantal vrouwen en dienstverbanders onder professionals. Alleen bij fysiotherapeuten is er een samenhang tussen lidmaatschap en leeftijd, maar dan precies het omgekeerde van wat men zou verwachten: onder de jongere fysiotherapeuten zijn verhoudingsgewijs wat meer leden van de beroepsvereniging. Binnen de andere groepen beroepsbeoefenaren is er geen duidelijk verband. Vrouwen zijn in alle zes beroepsgroepen (nog) in de minderheid onder de praktiserende beroepsbeoefenaren, maar zij zijn niet systematisch minder vaak lid van hun beroepsvereniging. Onder apothekers, tandartsen en medisch specialisten is het percentage leden onder de vrouwen groter dan onder de mannen; bij de andere drie beroepen is het andersom.

Als beroepsbeoefenaren in dienstverband minder vaak lid zijn van een beroepsorganisatie en het aantal dienstverbanders neemt in de tijd toe, kan dat een aanwijzing zijn voor een toekomstige afname van het lidmaatschap. Bij drie van de zes beroepsgroepen is het percentage leden van de beroepsvereniging lager onder de dienstverbanders. Dat is het geval onder de huisartsen, de dierenartsen en de medisch specialisten (bij huisartsen en medisch specialisten is het lidmaatschap van de LHV resp. de Orde bekeken, omdat het dekkingspercentage van NHG en wetenschappelijke verenigingen zo hoog is dat er geen onderscheid gemaakt kan worden). Bij fysiotherapeuten is het lidmaatschap onder

2 We hebben gekeken naar lidmaatschap van KNMP, LHV, KNMvD, NMT, KNGF en Orde van Medisch Specialisten.

dienstverbanders even populair als onder vrijgevestigden. Onder apothekers en tandartsen in dienstverband is het percentage leden hoger dan onder de vrijgevestigden. Er is dus in ieder geval geen eenduidig lager lidmaatschapspercentage voor dienstverbanders.[3]
Uit onze interviews komt naar voren dat er belangentegenstellingen kunnen bestaan tussen de vrijgevestigde leden van een beroepsorganisatie en de dienstverbanders. Binnen de federatie KNMG is een aparte lidvereniging voor de artsen in dienstverband, de LAD, die de belangen van alle artsen in dienstverband behartigt.

> De LAD is eigenlijk een beroepsoverstijgende vakbond en past niet echt in de federatiestructuur. Misschien moet die eruit of moeten we het hele thema van arbeidsvoorwaarden onder de koepel trekken? De meerderheid zegt: beperk je tot de inhoud want materiële belangenbehartiging maakt je kwetsbaar. Van de andere kant maak je je populair bij artsen als je hun belangen behartigt. Mijn neiging is om meer op de koers te blijven van beleidsvorming rond ideële onderwerpen en je niet te branden aan het thema van arbeidsvoorwaarden. *(Interview dhr. Wigersma, directeur Beleid KNMG)*

In de KNMP wordt geen onderscheid gemaakt tussen de eerste apothekers en de tweede apothekers die in dienst van een andere apotheker zijn, ondanks hun uiteenlopende belangen. De dierenartsen hebben twee aparte belangengroepen opgericht: de BPL (Belangengroep Praktiserende dierenartsen in Loondienst) en de BPW (Belangenvereniging Practici Werkgevers).

> De BPL is als eerste opgericht maar toen bleek dat er een counterpart nodig was, is de BPW opgezet. Deze belangengroepen worden gefaciliteerd in financiële zin door de KNMvD. Voorafgaand aan de oprichting van de BPL en de BPW was er ook kritiek op de vereniging, omdat de KNMvD door sommigen gezien werd als een werkgeversclub. Wel is er een stuk gemeenschappelijke binding door het vakgebied; iedereen is toch dierenarts. Er is nu een CAO opgezet en die gaat binnenkort van start. *(Interview dhr. De Ruijter)*

Als belangrijkste reden om lid te zijn wordt belangenbehartiging het vaakst genoemd. Dit wordt door 89% genoemd, vaker door zelfstandig gevestigden dan door dienstverbanders. De aard van de belangenbehartiging zal in de loop van de tijd wel veranderd zijn onder invloed van de invoering van de Mededingingswet in 1998 en de daaropvolgende activiteiten van de NMa (zie ook het volgende hoofdstuk). Op de tweede plaats staat als reden '(vak)kennis opdoen'. Dat wordt door ruim 70% van de beroepsbeoefenaren genoemd. Hiermee komen we al bij de meer beroepsinhoudelijke redenen. Als derde in frequentie is genoemd 'goed op de hoogte blijven van mogelijkheden voor opleidingen en bij- en nascholing' dat door 55% is aangegeven. Iets meer dan de helft zegt door zijn lidmaatschap uiting te willen geven aan betrokkenheid bij de beroepsgroep. Tweevijfde noemt als reden 'bij te willen dragen aan richtlijnontwikkeling' en 'inspiratie op te doen voor het werk'. De minst genoemde reden (16%) is 'contacten opdoen ten behoeve van carrière'. Behalve belangenbehartiging wordt ook 'uiting geven aan de betrokkenheid bij de beroepsgroep' wat vaker door zelfstandig gevestigden genoemd. De andere redenen worden allemaal net iets vaker door beroepsbeoefenaren in dienstverband genoemd.
Door een van onze gesprekspartners is erop gewezen dat met het heterogener worden van beroepsorganisaties belangenbehartiging en normontwikkeling strijdig kunnen zijn.

> Belangenbehartiging kan soms een hinderpaal zijn bij het opstellen van normen. Soms zijn er deelgroepen binnen een beroepsgroep die niet gebaat zijn bij duidelijke normstelling. *(Interview dhr. Sardeman, inspecteur Inspectie voor de Gezondheidszorg)*

3 In het onderzoek van Boerma en Tijssen (1983) werden onder een grote steekproef artsen wel verbanden gevonden met leeftijd (jongeren waren minder vaak lid), geslacht (vrouwen minder vaak lid) en rechtspositie (dienstverbanders minder vaak lid).

De rangorde van frequentie van de redenen om lid te zijn verschillen niet sterk tussen de beroepsgroepen. De meest genoemde en de minst genoemde reden zijn voor alle groepen gelijk. In het midden zit de variatie. Zo staat 'uiting geven aan de betrokkenheid bij de beroepsgroep' bij tandartsen op de tweede plaats en bij apothekers op de vijfde.
Bij de redenen om geen lid te zijn van een beroepsvereniging worden de kosten het vaakst genoemd, meer door degenen die in dienstverband werken dan door de vrijgevestigden. Fysiotherapeuten en dierenartsen noemen dit het vaakst. Daarnaast wordt gebrek aan aandacht voor belangenbehartiging genoemd, zowel de individuele belangen als de belangen van de beroepsgroep als totaal. Dierenartsen noemen vaak een gebrek aan aandacht voor individuele belangenbehartiging.

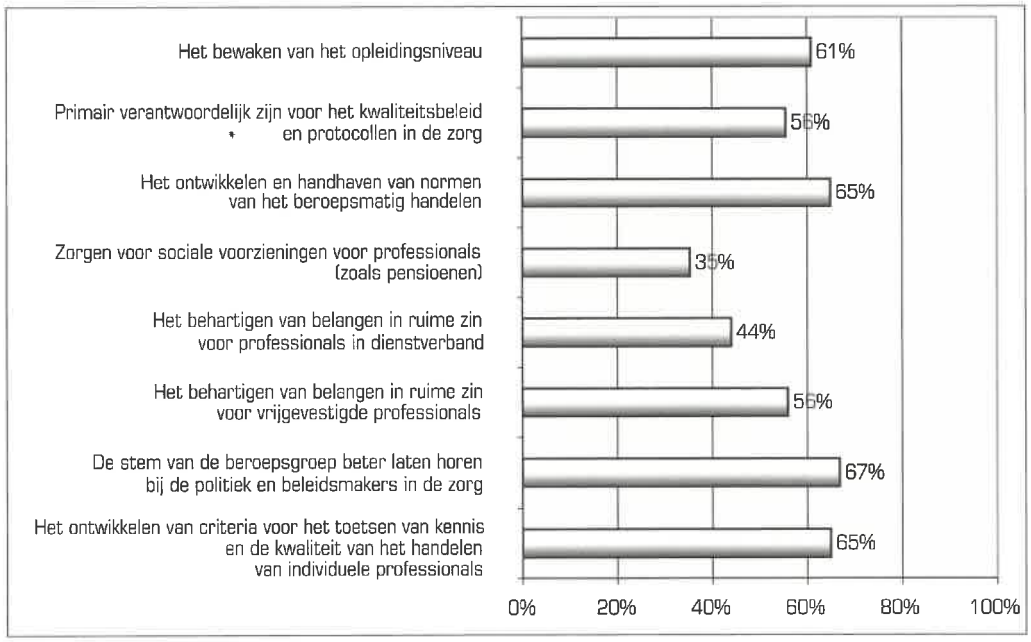
Verenigingen draaien op hun actieve leden. Als een vereniging een moreel kompas voor het beroepsmatig handelen van haar leden wil zijn, is het belangrijk over een actief kader te beschikken. Ook de omvang van de actieve kern hadden we het liefst bekeken als een functie van de tijd, maar ook daar zijn geen vergelijkbare gegevens over. De algemene literatuur over deelname aan het verenigingsleven laat, zoals we hierboven al hebben aangestipt, een daling van de actieve participatie in beroepsorganisaties verwachten. Een van onze gesprekspartners gaf aan dat in zijn perceptie het aantal kaderleden in absolute aantallen ongeveer gelijk was gebleven, maar dat de omvang van de beroepsgroep en ook het aantal leden fors was toegenomen *(Interview dhr. Vos, tandarts, vice-voorzitter NMT).*

Driekwart van onze respondenten vervult geen functie in een van de beroepsverenigingen. Zeven procent heeft een bestuursfunctie, 15% is lid van een commissie binnen de beroepsvereniging en 5% heeft een andere functie binnen de vereniging. Het percentage 'niet-actieven' is het laagst onder huisartsen, medisch specialisten en apothekers (tweederde vervult geen rol in een van de beroepsverenigingen) en het hoogst onder fysiotherapeuten (ruim 90% niet-actieven), dierenartsen (85%) en tandartsen (77%). Het zou kunnen zijn dat de manier waarop de verenigingen zijn ingericht hierop van invloed is. Het valt namelijk op dat het verschil tussen de beroepsgroepen vooral komt door het percentage dat lid is van een commissie binnen de beroepsvereniging. In commissies zitten vooral de actieve medisch specialisten, huisartsen en apothekers.
Er is een klein verschil tussen de zelfstandig gevestigden en de dienstverbanders. De laatsten hebben minder vaak een bestuursfunctie. Waar we bij het lidmaatschap geen duidelijke samenhang met leeftijd en geslacht vinden, zien we dat hier bij de actieve participatie in de beroepsverenigingen wel. Het is het alom bekende patroon. Bestuursfuncties en activiteiten in commissies binnen de beroepsvereniging worden vaker door mannen uitgeoefend en de laagste leeftijdscategorie (jonger dan 35 jaar) is het minst actief. Als het lagere percentage actieven onder jongeren weer verdwijnt met het stijgen van de leeftijd (en misschien altijd al zo geweest is), is er weinig aan de hand. Als het echter wijst op een verandering in de samenleving, dan zal het actieve lidmaatschap niet toenemen met de leeftijd en structureel lager worden. Het lagere percentage actieve leden onder vrouwelijke beroepsbeoefenaren wordt ongetwijfeld beïnvloed door de verplichtingen thuis. Vergaderingen van beroepsorganisaties vinden vaak plaats op de tijden dat het spitsuur is in het gezin.

De rol van beroepsorganisaties

De reden waarom beroepsbeoefenaren wel of geen lid zijn van een vereniging zegt iets over de verwachtingen die zij van hun beroepsorganisatie hebben. Zoals we zagen, staat daarbij belangenbehartiging op de eerste plaats. We hebben ook gevraagd naar de taken die de beroepsorganisaties in de ogen van de beroepsbeoefenaren op dit moment vervullen (zie figuur 6.1).
Volgens onze respondenten ligt het accent in de taakvervulling van de beroepsorganisaties meer op de inhoudelijke kant van het vak dan op de belangenbehartiging. De 'lobbyfunctie' – de stem van de beroepsgroep beter laten horen bij politiek en beleidsmakers – wordt wel het meest genoemd. Dit kan zowel betrekking hebben op inhoudelijke zaken als op de positie van het beroep en materiële belangenbehartiging.
In onze interviews kregen we de indruk dat beroepsorganisaties op sommige punten meegaan met de wensen van de overheid, zodat ze op andere punten zelfregulering kunnen handha-

Figuur 6.1 Percentage van de respondenten dat het er (zeer) mee eens is dat beroepsverenigingen de volgende taken vervullen



Bron: enquête NIVEL 2006.

ven. We hebben die indruk voorgelegd aan de 'andere partij', de overheid:

> Ik weet niet of dat klopt. Het is een moeilijke combinatie van rollen en verantwoordelijkheden die beroepsorganisaties hebben. Een beroepsorganisatie staat tegelijkertijd voor belangenbehartiging en voor ethiek en kwaliteit. Bij sommige beroepsorganisaties is er ook nog expliciet een publiek belang. Je kunt natuurlijk nooit weten of er een soort stilzwijgende uitruil is tussen beroepsorganisaties en overheid, maar als het zo is dat beroepsorganisaties en overheid op die manier te werk gaan, dan is het naar mijn mening geen goede zaak. Er is indertijd in mijn EZ-tijd veel discussie geweest over de domeinmonopolies van sommige professies, dat speelde bijvoorbeeld bij advocaten en notarissen. Dergelijke discussies zie je nu ook op VWS-terrein, daarbij is er een uitstekende samenwerking tussen VWS en EZ. *(Interview dhr. Krapels, Ministerie van VWS)*

Het idee van een beroepsgroep als morele gemeenschap waarin de beroepsorganisatie ondersteunend is voor normontwikkeling en -handhaving spreekt duidelijk uit de taakvervulling, zoals de respondenten die waarnemen. Daarbij zijn er wel verschillen tussen de beroepsgroepen. Doordat meer dan 90% van de medisch specialisten lid is van een wetenschappelijke vereniging en een zelfde hoog percentage van de huisartsen van het NHG, ligt bij hen de nadruk in de taakvervulling van de beroepsorganisatie meer op de inhoudelijke kant.[4] Ook apothekers zien hun beroepsorganisatie vooral op inhoudelijk terrein actief.

4 Om redenen van ruimtegebrek in de vragenlijst hebben we de vragen over de taakvervulling van de beroepsorganisaties niet afzonderlijk gesteld voor de verschillende beroepsorganisaties die per beroepsgroep bestaan. Die hebben veelal een duidelijk verschil in accent in hun taken. Hier is belangrijk dat er een beroepsorganisatie is (eventueel naast andere) waar veel beroepsbeoefenaren lid van zijn en die een duidelijke taakvervulling op inhoudelijk gebied heeft.

Dierenartsen springen eruit, doordat zij het over het geheel genomen veel minder vaak (zeer) eens zijn met de stelling dat hun beroepsorganisatie de genoemde taken vervult, of dat nu gaat om belangenbehartiging of om inhoudelijke taken. Waar verschillende verenigingen actief zijn binnen één professie, vervullen die vaak een onderscheiden rol:

> Voor ethische zaken richt ik me op de KNMG. Voor praktische zaken, bijvoorbeeld werkuitoefening of inhoudelijke congressen, op de wetenschappelijke vereniging. Naar de Orde van Medisch Specialisten kijk ik als het gaat om bedrijfsmatige belangen, de dienstverlening bij de beroepsuitoefening. De Orde was een beroeps- en belangenorganisatie die over geld en DBC's ging, maar die de omslag wilde maken naar kwaliteitsbeleid. Als DBC's en marktwerking echt doorzetten, dan heb je de Orde niet meer nodig voor belangenbehartiging en kan deze zich vooral richten op de inhoud. In de periode dat ik voorzitter van de Orde was [2001-2003; PG/JH], is er een verandering ingezet naar kwaliteit. *(Interview dhr. Valentijn, internist, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten)*

In de loop van de tijd lijkt de belangenbehartiging minder belangrijk te zijn geworden, althans in de ogen van beroepsbeoefenaren. In het eerder aangehaalde onderzoek onder artsen in begin van de jaren tachtig vond meer dan 70% van de artsen het behartigen van belangen in ruime zin voor artsen in dienstverband, idem voor vrijgevestigden en zorgen voor sociale voorzieningen (zoals pensioenen) nog (zeer) belangrijk in de taken die de KNMG verrichtte. Sommige van deze belangen zijn stabiel geregeld waardoor de noodzaak van behartiging minder is geworden. De verplichte pensioenfondsen van huisartsen en specialisten bestaan sinds 1973, maar in ieder geval in de jaren zeventig waren er nog controverses rond de premiehoogte en de backservice.
Daarnaast zijn de mogelijkheden tot belangenbehartiging door beroepsorganisaties veranderd. Al eerder hebben we gewezen op de veranderde positie van de beroepsorganisaties door de invoering van de Mededingingswet. Wij hebben de indruk dat de beroepsorganisatie van de dierenartsen, de KNMvD, daarvan het eerst en het sterkst de gevolgen heeft ondervonden.

Je zou kunnen veronderstellen dat organisaties zich aanpassen aan de veranderde omstandigheden en het accent verleggen naar de meer inhoudelijke kant van de taken die zij vervullen. Het is om twee redenen moeilijk om dat te onderbouwen.
Ten eerste maken beroepsbeoefenaren niet zo'n duidelijk onderscheid tussen belangenbehartiging en behartiging van inhoudelijke zaken. Ook hun organisaties doen dat niet:

> De NMT heet niet voor niets maatschappij tot bevordering der tandheelkunde, maar het bevorderen van de tandheelkunde en de belangenbehartiging voor de leden zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.
> Verschuivingen in accent tussen de twee doelen zijn niet groter of kleiner dan de verschuivingen die men elders in de samenleving ziet. *(Interview dhr. Vos)*

Beide dragen bij aan het ontstaan van een professionele marktordening, zoals we hebben weergegeven in het schema in hoofdstuk 2.
Op de tweede plaats zijn de resultaten die een actieve beroepsorganisatie boekt, vaak collectieve goederen. Iedereen, ook de niet-leden, deelt mee. Individuele prikkels in de vorm van voordelen die alleen aan leden toekomen, kunnen ervoor zorgen dat beroepsbeoefenaren in een individualiserende omgeving toch bereid zijn lid te worden van en actief te zijn in een beroepsorganisatie. Vanouds zijn de individuele opbrengsten meer aan de materiële belangen gelieerd.
Bij de beroepsgroepen waar de beroepsinhoudelijke kant sterke maatschappelijke gevolgen heeft of zal hebben voor individuele leden, bestaan goede kansen om leden te binden, ondanks het feit dat de behartiging van materiële belangen is veranderd. Daarbij kan men denken aan visitatie, certificering of andere vormen van kwaliteitsstempels. Als de beroepsorganisatie bij het verlenen van deze kwaliteitsstempels een actieve rol speelt en wellicht zelfs de kosten van het verwerven van zo'n stempel voor de leden lager maakt, is er (ook) een individuele prikkel om te participeren in de vereniging.

> Over het geheel genomen is het dekkingspercentage de afgelopen jaren sterk toegenomen. Een oorzaak daarvan is mogelijk het kwaliteitsregister. Dat wordt door veel verzekeraars als voorwaarde gesteld om een contract te kunnen krijgen. Nu is het kwaliteitsregister weliswaar onafhankelijk maar wel sterk gelieerd aan het genootschap. Financieel is het aantrekkelijker geworden om lid te zijn omdat je dan korting op de inschrijving in het kwaliteitsregister krijgt. *(Interview dhr. Van der Wees)*

Ook het ontstaan van ketens van praktijken is van invloed op de rol die de beroepsorganisaties spelen. Bij de apothekers komen de ketens aan tafel met de beroepsorganisatie KNMP:

> Tot nu toe richten de ketens zich vooral op de economische kant. Er wordt momenteel ook gekeken hoe de ketens een stem te geven in de beroepsvereniging. Voor het eerst worden er nu CAO-onderhandelingen gevoerd met apothekersassistenten, waarbij niet alleen de voorzitter van de KNMP betrokken is (zoals altijd het geval was), maar ook de voorzitter van een grote keten. De overige ketens zullen zich waarschijnlijk gaan roeren en willen dan ook een vertegenwoordiger bij de onderhandelingen. *(Interview dhr. De Blaey, wtsch. directeur WINAp, v.m. algemeen directeur KNMP)*

Door de voorzitter van de KNMvD worden ze eerder gezien als een bedreiging voor de beroepsorganisatie:

> Het gevolg van het ontstaan van ketens kan zijn dat zij ook zelf naar de overheid toe kunnen stappen en dat ze een volwaardige gesprekspartner zijn. Uiteraard alleen indien zij een redelijk volume hebben, zoals bij apothekers. Daardoor wordt echter de beroepsvereniging ondermijnd. Het vormen van ketens en franchises speelt overigens zowel voor de gezelschapshuisdierenartsen als de landbouwhuisdierartsen. De inkoop en tarieven worden dan zelf geregeld en dat is vaak veel succesvoller. *(Interview dhr. De Ruijter)*

Voorzitter, bestuur en achterban

Vanuit het idee van professies als een morele gemeenschap van beroepsgenoten doet zich bij enkele beroepsorganisaties een merkwaardig verschijnsel voor: een voorzitter van buiten de kring van beroepsgenoten. Voor zover wij weten was de eerste organisatie die dat had, het Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie. Ook de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft van 2002 tot en met 2006 een voorzitter gehad – Bas Vos – die weliswaar korte tijd huisarts was, maar daarna als ondernemer van buiten de kring voorzitter werd. We hebben in enkele van de interviews gevraagd hoe een voorzitter 'van buiten' door de beroepsgroep wordt beschouwd. De toen nog vice-voorzitter van de LHV zei hierover het volgende:

> Destijds, voordat Bas Vos voorzitter was, was er veel onvrede onder huisartsen over een aantal zaken. Er was een duidelijke roep om een echte onderhandelaar als voorzitter, die een sterk netwerk heeft, die zaken goed kan verwoorden en die weet hoe politieke processen werken. Dit is de leden blijkbaar goed bevallen, want inmiddels heeft men een nieuwe niet-huisarts als voorzitter gekozen. *Hoe behoudt een voorzitter van buiten de eigen kring het evenwicht tussen niet voor de troepen uitlopen en als kompas fungeren?* Als je ervan uitgaat dat de LHV zich vooral ten aanzien van de buitenwereld moet positioneren, dan heeft een dergelijke voorzitter een toegevoegde waarde. Op termijn is de betekenis van de persoon van de voorzitter betrekkelijk voor de achterban. Relatief weinig mensen zullen bijvoorbeeld weten wie vijf jaar geleden de voorzitter was, en nog minder mensen wie dat tien jaar geleden was. *(Interview dhr. Van Santen, huisarts, ten tijde van het interview vice-voorzitter LHV)*

Organisaties die niet hebben gekozen voor een voorzitter van buiten denken daar anders over. Enkele citaten:

> De KNMG heeft er nooit aan gedacht om een voorzitter van buitenaf, dus een niet-arts, aan te trekken. Wat je ziet gebeuren, is dat een beroepsorganisatie dan voor een deel haar boegbeeld verliest. Als je als beroepsvereni-

ging een moral community wilt blijven, is het goed om wel een voorzitter van binnenuit aan te trekken. *(Interview dhr. Wigersma)*

De NMT heeft er altijd voor gekozen om een beroepsgenoot als voorzitter te hebben. We hebben een goed bureau dat het bestuur ondersteunt. Er is wel discussie over dit punt geweest. *(Interview dhr. Vos)*

Formeel kan het benoemen van een voorzitter van buiten de beroepsgroep nog niet, maar los daarvan heerst er een sterk gevoel dat het een apotheker moet zijn. Wel wordt er gebruik gemaakt van een lobbyist namens de vereniging, maar als er iemand naar buiten treedt is dat veelal de voorzitter. *(Interview dhr. De Blaey)*

Binnen 'ledenorganisaties' is er vaak spanning tussen voorlopers en de doorsnee leden. Bestuurders van beroepsorganisaties hebben een complexe agenda. Ze moeten strategisch naar de toekomst kijken en hebben te maken met derde partijen die voor het bereiken van hun strategie belangrijk zijn. Het kan aan de doorsnee leden moeilijk uit te leggen zijn dat men ondanks alle meningsverschillen bijvoorbeeld toch in onderhandeling gaat met de overheid. De mogelijkheden tot zelfregulering en de publieke taken die professies (in meer of mindere mate) hebben, kunnen opgevat worden als uitvloeisel van een ongeschreven contract met de overheid. Besturen van beroepsorganisaties zullen daar in hun strategie rekening mee houden. En als een ontwikkeling onvermijdelijk lijkt, is 'mee judoën' vaak de strategie om zoveel mogelijk invloed te houden. Een voorbeeld dat relevant is in het kader van de positie van professies, is het standpunt van de KNMG over het voorschrijven van geneesmiddelen door verpleegkundigen. In een reactie op een publicatie van de RVZ over taakherschikking werd het voorschrijven door verpleegkundigen nog afgewezen. Vanuit de bescherming van een beroepsdomein is dat goed te begrijpen. Enkele jaren later is het standpunt verschoven. Een wetswijziging lijkt dan onvermijdelijk. Overigens niet specifiek naar aanleiding van dit onderwerp, maar meer in algemene zin, zei de directeur beleid van de KNMG:

Vaak haak je aan bij een trend die al bestaat en waarmee voorlopers al aan de gang waren. Ook wordt druk uitgeoefend vanuit de overheid en wordt de stemming gepeild bij de federatiepartners. Dan is op een bepaald moment de tijd rijp. Als we de steun van de Orde en de LHV niet hebben, dan moeten we het niet doen, tenzij we hele sterke argumenten hebben. Als een onderwerp in het veld niet goed valt, dan kun je er maar beter niet aan beginnen. *(Interview dhr. Wigersma)*

Ledenorganisaties hebben een gespannen verhouding met verenigingsdemocratie. In de sociologie is die spanning neergelegd in de 'IJzeren wet van de oligarchisering'. Een gekozen bestuur verliest vaak de band met de leden en heeft de neiging de eigen agenda te volgen.

We hebben wel veel kaderleden, maar de verenigingsdemocratie is niet sterk ontwikkeld. Men zou meer moeten doen, maar dat komt niet van de grond. *(Interview dhr. De Blaey)*

Alle oplossingen daarvoor hebben hun eigen voor- en nadelen. De meeste beroepsorganisaties hebben een regionale structuur in de vorm van districten of iets dergelijks om de betrokkenheid van de leden te verhogen. Binnen de LHV was dat tot voor kort sterk geïnstitutionaliseerd door de regionale structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning. Daar is door wijziging van het subsidiebeleid van de overheid verandering in gekomen, met als gevolg dat ook de regionale structuur opnieuw herzien moet worden.
Ook kiezen beroepsorganisaties er soms voor om geen mensen die alle stappen binnen de vereniging hebben doorlopen te recruteren, maar juist bestuursleden zonder duidelijk verenigingsverleden te benaderen. Strategieën zoals we die ook kennen uit de politieke partijen.

6.3 Oriëntatie op de beroepsgroep of op de organisatie

Professionals zijn binnen grote organisaties een aparte groep. Organisatiedeskundigen zoals Mintzberg, beschrijven professionele organisaties als een aparte categorie van organisaties. Hij begint het hoofdstuk over 'de professionele

organisatie' met een uitspraak over zichzelf als professional op het Massachusetts Institute of Technology: "De enige plaats ter wereld waar je met behoud van een regelmatig inkomen toch eigen baas kunt spelen" (Mintzberg, 1994). Hij geeft ook aan dat veel normen van professionals ontstaan en gevoed worden buiten de eigen organisatie. Dat kan spanningen binnen de organisatie geven, als de professionele normen botsen met bijvoorbeeld efficiëntiedoelstellingen van de organisatie. Een voorbeeld is het aantal 'tafels' dat door een anesthesioloog wordt bediend en waarbij de norm van de wetenschappelijke vereniging uitgaat van één-op-één, terwijl veel ziekenhuizen uitgaan van één-op-twee.
Het is niet zo dat professionals zich uitsluitend richten op de normen van hun beroepsorganisatie. Er bestaan ook lokale standaarden over de manier waarop dingen gedaan moeten worden en er is variatie in het medisch handelen tussen groepen artsen in verschillende ziekenhuizen (Westert, 1996). Ook de organisatie waar professionals werken, heeft dus invloed op hun normen voor beroepsmatig handelen.

> Binnen het ziekenhuis hebben we ziekenhuisprotocollen, formularia, behandelboekjes et cetera. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen boekje over een thema, terwijl de wetenschappelijke vereniging er één heeft. Wel is te zien dat de aandacht verschuift van de wetenschappelijke vereniging naar de eigen organisatie, maar we proberen dat wel tegen te houden. De gouden standaard is wel die van de wetenschappelijke vereniging. *(Interview dhr. Valentijn)*

Wij denken dat de normen van de beroepsgroep sterker zijn, als de professionele socialisatie – de opleidingsperiode – van professionals langer is. In vergelijkbare organisaties zou het dus zo zijn dat medisch specialisten zich meer op de beroepsgroep oriënteren dan bijvoorbeeld fysiotherapeuten of verpleegkundigen. Ook zou de omvang van de organisatie een verschil kunnen maken. Hoe groter de organisaties waarin professionals werken, des te meer oriënteren zij zich op de organisatie. Extramurale, vrijgevestigde praktijken zijn nog steeds erg kleinschalig. Daar vindt echter ketenvorming plaats en ook professionals binnen ketens van praktijken zouden een morele gemeenschap kunnen vormen.

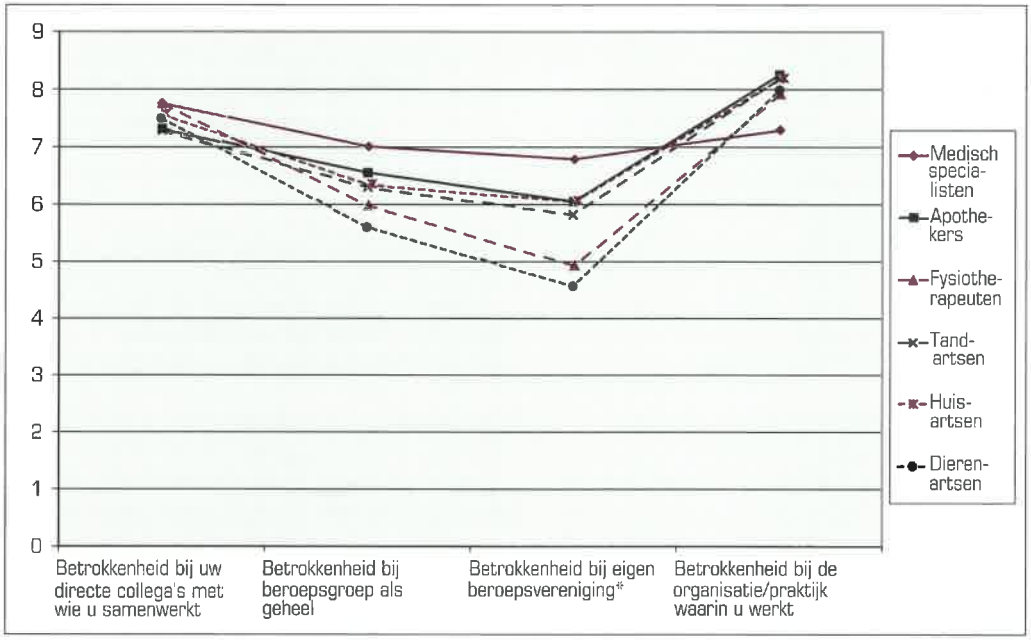
> Je ziet dat dit gebeurt en dat mensen zich met de lokale groep verwant voelen. Bijvoorbeeld, bij de Kringapotheken is men mede lid omdat dit een morele gemeenschap vormt. *(Interview dhr. De Blaey)*

Ten slotte verwachten we dat professionals in dienstverband meer georiënteerd zijn op de organisatie dan vrijgevestigden. In de literatuur hebben wij totnogtoe geen gegevens kunnen vinden die deze verwachtingen bevestigen of verwerpen.

Professionals zijn sterk betrokken bij hun directe collega's, de beroepsgroep als geheel, hun eigen beroepsvereniging en de organisatie of praktijk waarin zij werken. Voor elk van de zes beroepsgroepen is de betrokkenheid bij de organisatie of praktijk waarin zij werken op een schaal van een tot negen gemiddeld het sterkst. Betrokkenheid bij de directe collega's verschilt niet tussen de beroepsgroepen. Op de drie andere punten zijn er wel verschillen tussen de beroepsgroepen.[5] Dierenartsen en fysiotherapeuten hebben de laagste betrokkenheid bij de beroepsgroep en de beroepsvereniging, medisch specialisten de hoogste. Bij de medisch specialisten was gevraagd naar de betrokkenheid bij de wetenschappelijke vereniging (zie figuur 6.2).
De betrokkenheid bij de organisatie is het laagst voor medisch specialisten. Dat is gezien het vertrouwen dat medisch specialisten in het management van ziekenhuizen stellen, niet vreemd. Het is eerder opvallend dat ze nog zo'n sterke betrokkenheid bij de organisatie hebben. De beoefenaren van beroepen die vooral in een eigen praktijk en dus in een kleinschaliger verband worden uitgevoerd, zijn sterk betrokken bij de praktijk waarin ze werken. In de steekproef apothekers en fysiotherapeuten zit ook een aantal dat werkzaam is in een ziekenhuis. De ziekenhuisapothekers zijn net zo betrokken bij de organisatie/praktijk als de openbare apothekers. De fysiotherapeuten die in een ziekenhuis werken zijn wat minder betrokken bij de organisatie/praktijk dan de extramurale fysio-

5 Significante verschillen in een variantie analyse.

Figuur 6.2 Betrokkenheid bij een aantal groepen: gemiddelde mate van betrokkenheid op schaal van 1 ('In het geheel niet') tot 9 ('In sterke mate')



Bron: enquête NIVEL 2006.

* aan medisch specialisten is gevraagd naar de betrokkenheid bij de wetenschappelijke vereniging.

therapeuten, maar gegeven de betrekkelijk kleine aantallen kan dat ook een toevalsbevinding zijn.

De betrokkenheid van beroepsbeoefenaren bij de organisatie hangt niet samen met de omvang van de organisatie of praktijk. Er is ook geen samenhang met leeftijd. Wel is het zo dat vrouwelijke beroepsbeoefenaren sterker betrokken zijn bij hun directe collega's. De betrokkenheid bij de organisatie of praktijk is sterker voor de zelfstandig gevestigden.

Betrokkenheid bij de beroepsgroep of bij de organisatie verklaard

Op basis van een kruistabel van de betrokkenheid bij de beroepsgroep en de betrokkenheid bij de praktijk of organisatie waarin men werkt, hebben we een nieuwe variabele geconstrueerd. Deze heeft een hogere waarde als een beroepsbeoefenaar meer bij de organisatie betrokken is. In een logistische regressie-analyse blijkt dat er alleen enkele zwakke samenhangen blijven bestaan. Als we rekening houden met persoonskenmerken en een aantal andere kenmerken blijkt het verschil tussen zelfstandig gevestigden en professionals in loondienst niet meer significant te zijn. We kunnen op zijn hoogst van een tendens spreken dat zelfstandig gevestigden meer betrokken zijn bij de organisatie of praktijk waarin zij werken. Tevens is er een tendens dat huisartsen in grotere praktijken minder betrokken zijn bij de eigen praktijk en meer bij de beroepsgroep als geheel. Ook fysiotherapeuten die in een ziekenhuis werken, zijn minder betrokken bij het ziekenhuis waarin zij werken en meer bij de beroepsgroep.

Tabel 6.1 Percentage medisch specialisten dat het (geheel) eens is met de volgende stellingen

	Medisch specialisten 1994	Medisch specialisten 2006
Ik vind het erg belangrijk allerlei ontwikkelingen in de organisatie te volgen	74%	77%
Op een zo goed mogelijke manier mijn beroep uitoefenen is het belangrijkste voor mij wat er is	77%	86%
Ik volg liever de ontwikkelingen in mijn vakgebied dan die in de organisatie	69%	74%
Aan het medisch beleid ken ik geen hogere prioriteit toe dan aan het beleid van de organisatie	13%	12%
Ik richt mij met tegenzin naar de financiële kaders van het beleid van de organisatie	37%	61%

Bron: Enquête NIVEL 2006; 1994: Van der Wee, ongepubliceerde gegevens.

Bij medisch specialisten zien we sterke betrokkenheid bij de organisatie (driekwart vindt het erg belangrijk om allerlei ontwikkelingen in de organisatie te volgen) en een prioriteit bij de inhoud van het vak. Er zijn echter wel veranderingen in het afgelopen decennium. Dezelfde stellingen zijn namelijk ook voorgelegd in het in hoofdstuk 5 aangehaalde onderzoek van Van der Wee. Hieruit blijkt dat het percentage dat zegt dat het belangrijkste is op een zo goed mogelijke manier het beroep uit te oefenen, gestegen is. De belangrijkste verschuiving evenwel is in het percentage medisch specialisten dat het (geheel) eens is met de stelling dat men zich met tegenzin richt naar de financiële kaders van het beleid van de organisatie.

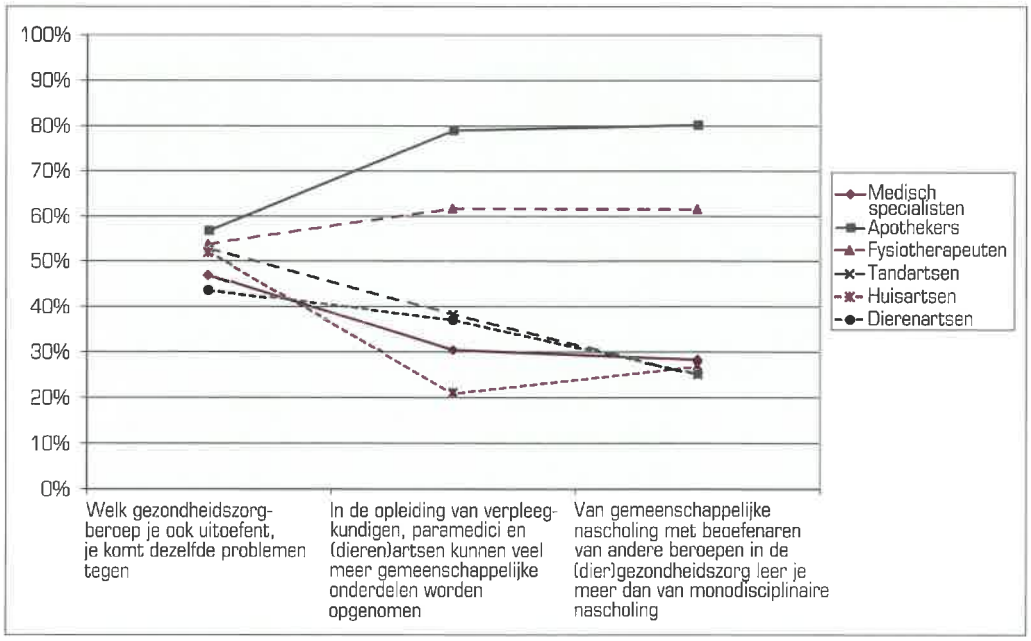
6.4 Percepties van gemeenschappelijkheid

De gezondheidszorg wordt steeds complexer en de vanzelfsprekende grenzen tussen beroepen verschuiven door de noodzaak van teamwerk en de opkomst van nieuwe beroepen. In die situatie is een exclusieve gerichtheid op het eigen beroep en de eigen beroepsgenoten eerder een nadeel dan een voordeel. In dat licht bekijken we in deze paragraaf of beroepsbeoefenaren het idee hebben dat ze iets gemeen hebben met andere werkers in de gezondheidszorg. Als aanpassing aan veranderende omstandigheden zou dat een goede houding kunnen zijn.

De zes groepen beroepsbeoefenaren in ons onderzoek verschillen niet sterk in hun mening dat zij in de gezondheidszorg dezelfde problemen tegenkomen (zie figuur 6.3). De volgende stap, namelijk de consequenties daarvan voor opleiding en nascholing, laat meer verschillen zien. Het zijn vooral de fysiotherapeuten en apothekers die veel zien in gemeenschappelijke (na)scholing. Dat zou te maken kunnen hebben met hun positie in het systeem van de professies. Fysiotherapeuten zijn de enigen uit het lijstje met een opleiding op HBO-niveau en het is denkbaar dat gezamenlijke opleiding en nascholing gezien worden als weg naar positieverbetering op collectief niveau. De toevoeging 'op collectief niveau' is belangrijk. Op individueel niveau maken tal van fysiotherapeuten de stap naar een universitaire opleiding, bijvoorbeeld bewegingswetenschappen, maar ze houden dan meestal op met het werk als fysiotherapeut. Voor apothekers geldt dat de afgelopen decennia de inhoud van het vak sterk is veranderd. De bereiding van geneesmiddelen – ooit de kern van het beroep – is nagenoeg verdwenen. Samenwerking met en advisering aan de voorschrijvers van geneesmiddelen is veel belangrijker geworden. Gezamenlijke elementen in opleiding en nascholing zou voor apothekers een vorm van relatiemanagement kunnen zijn.

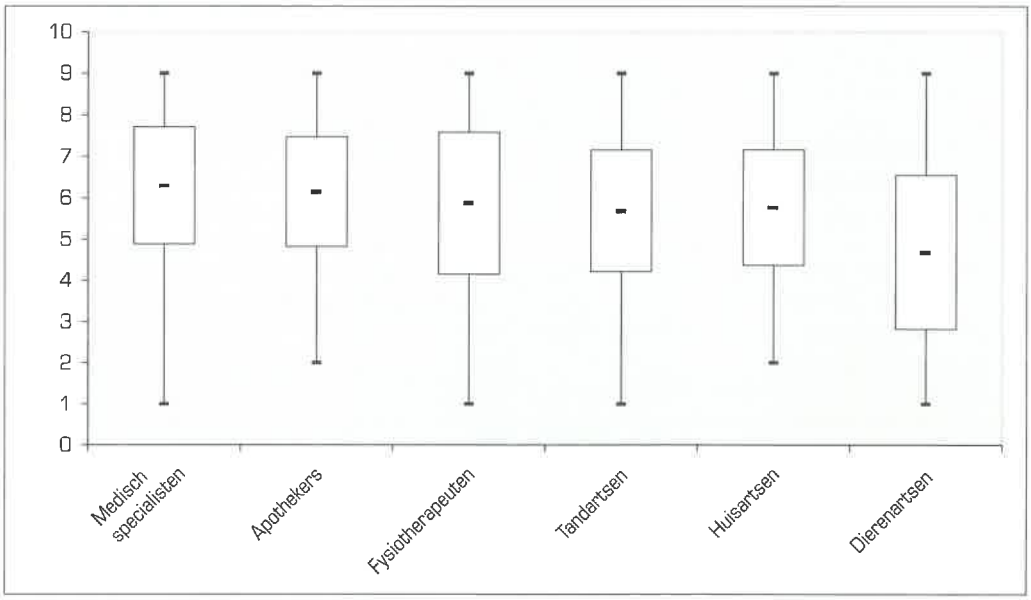
Bij de vraag of beroepsbeoefenaren zich in het algemeen betrokken voelen bij andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg, zijn verschillen binnen de 'humane' gezondheidszorg relatief klein. Alleen dierenartsen scoren duide-

Figuur 6.3 Percentage beroepsbeoefenaren dat het (helemaal) eens is met de volgende stellingen



Bron: enquête NIVEL 2006; de formulering van de stellingen was in de enquête aangepast aan het specifieke beroep in kwestie.

Figuur 6.4 Mate van betrokkenheid met andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg: gemiddelde betrokkenheid op schaal van 1 tot 9 met spreiding daaromheen



Bron: enquête NIVEL 2006.

lijk lager op een schaal van één tot negen. Rondom het gemiddelde is de spreiding in antwoorden gegeven (standaarddeviaties en minimum- / maximumwaarden). De apothekers zijn het meest eenduidig in hun opvattingen (zie figuur 6.4).

Een gevoel van gemeenschappelijkheid met andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg bestaat wellicht wel, maar is toch duidelijk minder sterk dan betrokkenheid bij de collega's met wie men samenwerkt, de beroepsgroep als geheel of de organisatie waarin men werkt.

Het gevoel van gemeenschappelijkheid zoals we dat in onze vragenlijsten hebben vastgesteld, is niet duidelijk groter of kleiner onder de jongere generaties beroepsbeoefenaren. Jongere beroepsbeoefenaren vinden wat minder vaak dat je ongeacht je specifieke beroep dezelfde problemen tegenkomt in de gezondheidszorg, maar ze zijn het wel vaker eens met de stelling dat gemeenschappelijke nascholing meer oplevert. Vrouwen, de aanstormende groep binnen de professies, hebben ook geen duidelijk andere oordelen op dit gebied. Zij zijn het alleen wat vaker eens met de stelling dat meer gemeenschappelijke elementen in de opleiding kunnen worden opgenomen.[6] Op grond hiervan is niet te verwachten dat er een verschuiving in de oriëntatie van professionals voor de deur staat.

De perceptie van gemeenschappelijkheid krijgt op het niveau van organisaties zijn pendant in het lidmaatschap van beroepsoverstijgende organisaties. We noemen er hier drie: de VVAA, MKB Nederland en de Raad voor het Vrije Beroep. De eerste heeft individuele beroepsbeoefenaren als leden, de laatste twee hebben organisaties als leden. Van degenen die onze enquête hebben ingevuld, is 67% lid van de VVAA; het hoogste percentage onder de huisartsen en medisch specialisten (boven de 80%) en het laagste onder de apothekers en fysiotherapeuten (onder de 50%). Dat is het spiegelbeeld van de beantwoording van de vragen over de wenselijkheid van gemeenschappelijke elementen in opleiding en nascholing.

6 De correlaties (Spearman's rho) zijn respectievelijk 0,13, -0,13 en 0,12 ($p<0,05$).

MKB Nederland heeft een aparte sectie voor zorg en dienstverlening die eenvijfde van de brancheorganisaties verenigt die lid zijn van MKB Nederland. Deze organisatie overlegt, onderhandelt en werkt samen met de overheid teneinde wetgeving en regels zo gunstig mogelijk af te stemmen op de wensen en belangen van het midden- en kleinbedrijf. Dat gebeurt onder meer door vertegenwoordiging in de SER.[7] De gezondheidszorg is een belangrijke economische sector met zo'n tien procent van de werkgelegenheid in ons land. Een aantal brancheorganisaties in de zorg is lid van MKB Nederland, maar dat zijn ze zeker niet allemaal; de NMT is bijvoorbeeld geen lid.

Misschien hebben die het gevoel dat ze sterk genoeg staan op zichzelf. Het is voor een deel een beetje toevallig wie er lid zijn van MKB en wie niet. Zo zitten de apothekers bij MKB mede omdat de verzekeraars zich binnen VNO/NCW hebben georganiseerd. In het algemeen zijn dat toch strategische afwegingen. MKB is een mogelijkheid voor brancheorganisaties in de gezondheidszorg om zich te laten horen op plaatsen als de SER. Overigens gaan de sector zorg van MKB en van VNO/NCW meer met elkaar samenwerken. Een reden dat sommige organisaties kiezen voor MKB is de regionale oriëntatie en de ondersteuning van lokale initiatieven. Dat is een reden die breder gaat dan typische werkgeversoverwegingen. Deelname in MKB biedt een lobby naar de politiek, bijvoorbeeld rond de Wet marktordening gezondheidszorg. Daar zijn bijvoorbeeld de belangen benadrukt van de kleinere organisaties ten opzichte van de verzekeraars. Bij de verzekeraars heeft marktwerking zijn werk gedaan; er zijn er nog een paar over. Voor keuzemogelijkheden is dat niet onverdeeld gunstig. *(Interview mw. Rompa, voorzitter Cluster Zorg MKB-Nederland, voorzitter directie ActiZ)*

De Raad voor het Vrije Beroep is een vereniging van beroepsorganisaties van vrije beroepsbeoefenaren. De Raad richt zich op de behartiging van de gemeenschappelijke belangen van vrije

7 http://www.mkb.nl/Over_MKB-Nederland

beroepsbeoefenaren.[8] Er zijn ruim twintig organisaties lid van, waaronder een aantal beroepsorganisaties op het gebied van de gezondheidszorg, zoals de Orde van Medisch Specialisten, de LHV en de NMT.

6.5 Conclusie

Beroepsorganisaties in de gezondheidszorg en de diergezondheidszorg hebben nog steeds een hoge dekking. Organisaties als het NHG hebben hun ledental, wellicht onder invloed van hun succesvolle kwaliteitsbeleid, zien groeien. Toch zullen er, net als in andere sectoren van de samenleving, op den duur wel problemen met het aandeel actieve leden kunnen ontstaan. Dat is lager onder vrouwen en jongere beroepsbeoefenaren. Bij de jongere beroepsbeoefenaren kan dat een faseverschil zijn; wellicht vraagt in de eerste jaren de beroepsuitoefening alle aandacht en energie en worden zij pas later actief in de beroepsorganisaties. Het aandeel vrouwen onder professionals neemt nog steeds toe. Veel vrouwen hebben ook andere belastende taken (thuis), die bovendien qua tijdstip weinig flexibel zijn. Als beroepsorganisaties inbreng willen van de gehele beroepsgroep, is het daarom belangrijk dat zij een gericht beleid voeren om vrouwen bij hun activiteiten te betrekken.
De beroepsorganisaties zelf moeten allemaal het probleem oplossen dat toenemende specialisatie gepaard gaat met het heterogener worden van de beroepsorganisatie. De oplossingen variëren van het instellen van secties of groepen tot federatieve structuren en aparte verenigingen voor belangenbehartiging/maatschappelijke randvoorwaarden en wetenschappelijke verenigingen. Professionals verwachten van hun beroepsorganisaties een mix van belangenbehartiging en inhoudelijke activiteiten.
De beroepsorganisaties komen uit ons onderzoek naar voren als bouwers en behoeders van een morele gemeenschap. De buitenwereld verwacht dat ook. In hoofdstuk 4 hebben we al gezien dat (potentiële) zorggebruikers vinden dat artsen vooral zelf de kwaliteit van hun zorg kunnen beoordelen. De Inspectie van de Gezondheidszorg doet in eerste instantie een beroep op de beroepsorganisaties als op een bepaald terrein normen ontwikkeld moeten worden. Het toegenomen belang van (evidence based) richtlijnen in de gezondheidszorg stelt hoge eisen aan de beroepsorganisaties, vooral de wetenschappelijke verenigingen, en leden. Die moeten bereid zijn in richtlijnencommissies het voorwerk te doen om te komen tot door de beroepsgroep geautoriseerde richtlijnen.
We zijn in dit hoofdstuk ook ingegaan op het al dan niet bestaan van een gevoel van beroepsoverschrijdende gemeenschappelijkheid. Ook dat is belangrijk voor de richtlijnontwikkeling, nu in toenemende mate de nadruk op multidisciplinaire richtlijnen komt te liggen. Het opstellen van multidisciplinaire richtlijnen vraagt om onderling vertrouwen. Multidisciplinaire richtlijnen raken aan de eigen domeinen van de verschillende betrokken beroepen. Dat vraagt erkenning van elkaars deskundigheid en vertrouwen van de deelnemers (en hun achterbannen) dat men er niet op uit is elkaar te verdringen.

Het blijkt dat de beroepsbeoefenaren die aan ons onderzoek hebben meegedaan, zich wat sterker oriënteren op hun eigen praktijk of organisatie en hun directe collega's dan op de beroepsgroep of de beroepsorganisatie. Vooral in de betrokkenheid bij de beroepsorganisatie zijn er verschillen tussen beroepsgroepen. Het idee dat door de groei van organisaties waarin professionals werken, de betrokkenheid bij de beroepsgroep en de beroepsorganisatie afneemt, en de betrokkenheid bij de organisatie waarin ze werken, toeneemt, kon niet met gegevens onderbouwd worden.

In hoofdstuk 5 constateerden we dat het vertrouwen van beroepsbeoefenaren in elkaar minder is naarmate zij meer marktwerking en concurrentie in hun beroepsuitoefening ervaren. In dit hoofdstuk bleek dat degenen die lid zijn van een beroepsorganisatie wat meer vertrouwen hebben in hun collega's buiten de eigen maatschap of organisatie. Opvallend (en geruststellend) is dat, waar in het vorige hoofdstuk bleek dat het vertrouwen van medisch specialisten in het ziekenhuismanagement zeer laag is (en in de afgelopen jaren gedaald is), in dit hoofdstuk diezelfde specialisten wel betrokken blijken te zijn bij de organisatie waarin ze werken, zij het minder sterk dan de vijf andere beroepsgroepen. Alles is dus nog niet verloren. In de betrokkenheid bij de organisatie (en de patiënten voor wie men verantwoordelijkheid draagt) ligt de sleutel voor het herstel van vertrouwen.

8 http://www.raadvoorhetvrijeberoep.nl/

7 Professionals en derde partijen

Samenvatting

De beroepsuitoefening van professionals staat onder invloed van derde partijen. De overheid stelt regels waaraan professionals zich dienen te houden, toezichthouders controleren de naleving hiervan en met zorgverzekeraars maken de professionals afspraken over de vergoeding van behandelingen. Afwijkend hiervan zijn de patiënten- en consumentenorganisaties. Zij hebben geen directe verbintenis met zorgprofessionals maar kunnen wel, als belangenbehartiger van patiënten, proberen de gezondheidszorg en het handelen van professionals te beïnvloeden.

De rol en positie van derde partijen veranderen mede door wijzigingen in het zorgstelsel, zoals de nieuwe zorgverzekeringswet en de toenemende nadruk op vraaggestuurde in plaats van aanbodgestuurde zorg. Op alle terreinen lijkt de invloed van derde partijen toe te nemen. De overheid stuurt op hoofdlijnen en stelt toezicht aan, vooral op die terreinen waar de markt een rol vervult. Toezicht wordt in de eerste plaats verticaal, van bovenaf, uitgeoefend door formeel aangestelde toezichthouders. Maar ook horizontaal toezicht, door belanghebbenden als de patiënten- en consumentenorganisaties, neemt toe. Patiënten- en consumentenorganisaties werken bovendien samen met zorgverzekeraars om zo veranderingen in de zorg tot stand te brengen.

De verschuiving in de relatie tussen professionals en zorgverzekeraars springt misschien wel het meest in het oog. Zorgverzekeraars ontplooien, daartoe in staat gesteld door het nieuwe zorgstelsel, steeds meer initiatieven om de zorg meer kosteneffectief te maken en hun invloed op professionals te vergroten. Daarbij valt te denken aan verticale integratie (het in dienst nemen van professionals door zorgverzekeraars), maar ook aan preferente zorgcontracten. Zorgverzekeraars sporen professionals en consumenten daarmee aan met hen samen te werken. De tijd dat professionals volledig zonder beïnvloeding van derde partijen hun werk konden uitvoeren, lijkt grotendeels voorbij.

Beroepsbeoefenaren ervaren de invloed van de overheid en de verzekeraars als het grootst, die van toezichthouders en met name patiënten- en consumentenorganisaties als een stuk minder, zo blijkt uit onze enquête. Tandartsen hebben veel meer dan de andere professionals – en in het bijzonder de apothekers – de indruk dat derde partijen hen relatief ongemoeid laten. Dierenartsen nemen een afwijkende positie in: de overheid heeft zich uit hun door marktwerking gedomineerde werkomgeving grotendeels teruggetrokken, zo lijkt het. Ook vervullen toezichthouders binnen de diergeneeskunde een beperktere rol. Wel hebben dierenartsen meer te maken met vertegenwoordigers van cliënten, in de vorm van landbouworganisaties. Mogelijk dat patiënten- en consumentenorganisaties in de humane gezondheidszorg in de toekomst eenzelfde rol zullen vervullen.

Ook het vertrouwen dat professionals hebben in derde partijen is onderwerp van onderzoek in dit hoofdstuk. Daarbij komen zowel het vertrouwen in de deskundigheid als in de goede bedoelingen van derde partijen aan bod. In de meeste gevallen gaan die twee vormen van vertrouwen samen. Beroepsbeoefenaren in alle professies hebben vooral weinig vertrouwen in de overheid en de zorgverzekeraars. Hun vertrouwen in toezichthouders en vooral patiënten- en consumentenorganisaties is groter. Voor die laatste kan daarom een bruggenbouwende functie zijn weggelegd.

7.1 Inleiding

De centrale relatie van professionals is die met hun patiënten of cliënten. Daarnaast hebben zij relaties met tal van andere partijen die invloed hebben op hun functioneren en dus ook op hun centrale relatie met cliënten. Voor de gezondheidszorgprofessies gaat het vooral om de relaties met de overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars. In het geval van medisch specialisten zou men ook ziekenhuizen als een derde partij kunnen beschouwen, een faciliterende organisatie die het werk van medisch specialisten mogelijk maakt. Ziekenhuizen en medisch specialisten zijn echter zo met elkaar vervlochten dat we er de voorkeur aan hebben gegeven om deze relatie al in hoofdstuk 5 en 6 aan de orde te stellen. In hoofdstuk 5 is de organisatieverandering van ziekenhuizen aan de orde geweest. Die staat bekend als de kanteling van ziekenhuizen en de integratie van het medisch-specialistisch bedrijf. In hoofdstuk 6 is op een ander aspect ingegaan, namelijk de oriëntatie op de professie of op de werkorganisatie.
We bespreken in dit hoofdstuk achtereenvolgens de relaties tussen professionals en de overheid, toezichthouders en zorgverzekeraars. Als laatste bespreken we een partij met vooral een informele invloed op de professionals, namelijk de patiënten- en consumentenorganisaties. We gaan in op de rol van deze derde partijen en de veranderingen daarin, op de invloed die aan hen wordt toegeschreven door professionals en op het vertrouwen dat professionals in deze derde partijen stellen. Via interviews die we met vertegenwoordigers uit de kring van deze derde partijen hebben gehouden belichten we ook hun kijk op de relaties. Verder zal geput worden uit notities en rapporten van de verschillende instanties. Dit geldt niet alleen voor de derde partijen zelf, maar ook voor de verschillende beroepsverenigingen. Zij zijn immers voor een deel de stem van de beroepsgroep. Hun mening, zoals verwoord in beleidsnotities en -standpunten, biedt informatie over de (verschuivende) verhouding tussen professies en derde partijen.

7.2 De overheid

De overheid heeft als belangrijke taak het waarborgen van de publieke belangen in de gezondheidszorg en het bieden van institutionele garanties voor het vertrouwen dat burgers en instanties kunnen hebben in gezondheidszorgprofessionals.

Veranderende rol

Met de ingezette koers van marktwerking in de gezondheidszorg is de rol van de overheid veranderd. Vaak wordt deze verschuiving bezien in termen van een beperktere rol (de terugtrekkende overheid), maar vanuit de overheid zelf wordt vooral gesproken over een andere rol, onder andere in de aard en invulling van taken

Opbouw van het hoofdstuk

Relatie professionals tot de overheid: paragraaf 7.2
- Veranderende rol van de overheid
- Ervaren invloed van en vertrouwen in de overheid

Relatie professionals tot toezichthouders: paragraaf 7.3
- Veranderende rol van toezichthouders
- Ervaren invloed van en vertrouwen in toezichthouders

Relatie professionals tot zorgverzekeraars paragraaf 7.4
- Veranderende rol van zorgverzekeraars
- Ervaren invloed van en vertrouwen in zorgverzekeraars
- Speciale zorgarrangementen

Relatie professionals tot patiënten- en consumentenorganisaties paragraaf 7.5
- Veranderende rol van patiënten- en consumentenorganisaties
- Ervaren invloed van en vertrouwen in patiënten- en consumentenorganisaties

De rol van de overheid in de financiële wereld

Eén van de gezanten van het project Sneller Beter, Johan van der Werf (directievoorzitter van Aegon) wijst op de lessen die te trekken zijn uit het bedrijfsleven. Zo is de financiële sector mede door druk van de overheid transparanter geworden, onder andere door de introductie van de Financiële Bijsluiter. De positie van de klant is hierdoor aanzienlijk versterkt: ze kunnen nu immers eenvoudig de producten van verschillende aanbieders vergelijken. 'Minstens zo belangrijk is de keuze van de overheid geweest om afstand te houden tot de financiële sector. Er is geen sprake geweest van deregulering, maar eerder van een "regulering op afstand". Het aantal regels is eerder toe- dan afgenomen. Maar doordat de overheid desondanks op afstand is blijven staan, ervaart de sector wel vrijheid.' (Aegon, 2005: 6). Van der Werf pleit er dan ook voor dat ziekenhuizen en hun staf rekenschap en transparantie omarmen, omdat dit in het belang is van de sector zelf. 'Zij kunnen, door middel van het afleggen van rekenschap aan de klant, een proces van voortdurende verbetering in gang zetten. Rekenschap wordt zodoende de motor voor interne verbetering' (idem: 5).

(Ministerie van EZ, 2005). Zo schrijft het Ministerie van VWS (2006) in een toelichting op de Wet marktordening gezondheidszorg: 'Meer marktwerking in de zorg betekent niet dat er geen regels meer zijn. De overheid blijft de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg garanderen. Er gaan wel ándere regels gelden. In plaats van voor te schrijven wat er allemaal moet gebeuren, zijn de nieuwe regels erop gericht de verschillende partijen duidelijk te maken wat er van ze verwacht wordt.'
Het adagium van de overheid lijkt vooral 'Een sterke markt én een sterke overheid' te zijn. Een voorbeeld hiervan is het bewerkstelligen van transparantie van de zorgmarkt. Voor een goed functionerende markt acht de overheid het nodig dat de consument beschikt over betrouwbare en transparante informatie. Indien nodig worden de marktpartijen zelf of derden gestimuleerd om transparante informatie te leveren, bijvoorbeeld door middel van het opzetten van een systeem van certificering. Maar als dergelijke benaderingen niet werken, kan de overheid ervoor kiezen om direct in te grijpen door bijvoorbeeld zelf vergelijkende informatie aan te bieden. Zo is er naast allerlei commerciële websites ook een website door de overheid zelf in het leven geroepen, waarin vergelijkende consumenteninformatie over zorgverzekeraars, maar ook zorgaanbieders zoals ziekenhuizen worden aangeboden. De naam van de website bevat een duidelijke oproep van de overheid aan de burger: kies beter! In hoofdstuk 4 zagen we dat hieraan in ieder geval ten dele gehoor wordt gegeven: consumenten maken steeds vaker gebruik van internet voor het zoeken van gezondheids(zorg)informatie en degenen die dit doen hebben een meer kritische houding ten aanzien van zorgprofessionals.

Ervaren invloed en vertrouwen

Wat het gevolg is van de veranderende houding van de overheid voor professionals is moeilijk te zeggen. Een gevolg kan zijn dat naarmate de overheid zich terugtrekt, dan wel meer op hoofdlijnen stuurt, de autonomie in het werkveld toeneemt. Als we ter vergelijking kijken naar de onderwijssector, dan wordt de autonomie vooral geplaatst bij scholen en niet zozeer bij professionals (Rietveld, 2006). En doordat de schoolbestuurders steeds meer over de schouder van de leraren meekijken, is de autonomie van de laatsten eerder af- dan toegenomen. Van hetzelfde spanningsveld lijkt sprake te zijn in de zorgsector.
Aan professionals hebben we de vraag gesteld hoe groot zij de invloed van de overheid inschatten. Deze invloed wordt nog steeds door een ruime meerderheid van de beroepsbeoefenaren als groot tot zeer groot bestempeld. Voor dierenartsen ligt de situatie anders dan voor de gezondheidszorgberoepen, omdat de werkomgeving van de dierenartsen veel minder sterk door de overheid wordt gedomineerd. Niet alleen wordt er meer overgelaten aan de markt, maar ook de aandacht voor diergezondheid(zorg) is gering.

> Als het gaat om zorg voor de gezondheid van dieren, veterinaire volksgezondheid, dan heeft de overheid daar de afgelopen jaren afstand van genomen ('jullie gaan over jullie professie'). Zo heeft het ministerie van LNV inmiddels ongeveer de helft minder regels. De sector moet het zelf regelen en de boer werd betiteld als agrarisch ondernemer. Het leeft erg weinig bij de Nederlandse overheid. *(Interview dhr. Van Dobbenburgh, dierenarts, veterinair hoofddirecteur AUV Dierenartsencoöperatie)*

Van de gezondheidszorgberoepen ervaren de tandartsen de invloed van de overheid als het minst sterk. Dat kan komen doordat al in het verleden stapsgewijs grote delen van de tandheelkunde uit het basispakket van de ziekenfondsverzekering zijn gehaald. Daardoor is de directe invloed van de overheid vanzelf ook minder. Ook fysiotherapie is kort geleden grotendeels uit het basispakket gehaald, maar een weerslag in de ervaren invloed van de overheid is nog niet zichtbaar (zie tabel 7.1).

In tijden van conflicten tussen beroepsorganisaties en de overheid kan het onderlinge vertrouwen snel tot een dieptepunt dalen. De reeks conflicten tussen huisartsen en de overheid in de periode 2005-2006 is een voorbeeld van zo'n situatie. Deels ging deze over de bekostiging van de huisartsenzorg, deels over de kwaliteit en toegankelijkheid van de huisarts. Dit leidde in mei 2005 tot een driedaagse staking, waaraan een groot deel van de huisartsen deelnam. In dat opzicht is het niet verwonderlijk dat de huisartsen in onze steekproef maar weinig vertrouwen uitspreken in de goede bedoelingen van de overheid. Opvallend is dat dit gebrek aan vertrouwen ook bij de andere beroepsgroepen zichtbaar is.

Een mogelijke verklaring voor dit lage vertrouwen is dat beroepsbeoefenaren het gevoel hebben te zijn overgeleverd aan de markt. Toch is het niet zo dat personen die minder vertrouwen hebben in de overheid ook vinden dat de concurrentie in hun beroepsuitoefening groter is. De correlatie tussen beide is niet significant. Hetzelfde geldt voor de relatie tussen autonomie bij de indeling van het werk en vertrouwen. Op individueel niveau is er, kortom, geen samenhang tussen autonomie en vertrouwen *in* de overheid. De achterliggende oorzaak is wellicht dat professionals ook niet het gevoel hebben dat ze vertrouwen krijgen *van* de overheid. Vertrouwen is immers wederkerig. Als professionals van de overheid meer autonomie krijgen, kunnen ze dit opvatten als een blijk van vertrouwen in hun kunde. Zo schrijft de KNMG in een brief aan politieke partijen voor de Tweede Kamerverkiezingen in 2006: 'De overheid moet veel meer vertrouwen hebben, en uitspreken, in de professionals in de gezondheidszorg. Zij doen het werk, zij hebben de kennis, zij vormen de kern van de gezondheidszorg' (KNMG, 2006).

Ook het vertrouwen in de deskundigheid van de overheid is gering. Het laat in grote lijnen hetzelfde patroon van verschillen zien tussen beroepsgroepen. Over het algemeen is er ook een sterke samenhang tussen het vertrouwen van professionals in de goede bedoelingen van de overheid en in haar deskundigheid. De samen-

Tabel 7.1 De positie van de overheid door de ogen van professionals

	Ervaren invloed	Vertrouwen in goede bedoelingen		Vertrouwen in deskundigheid	
	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot
Medisch specialisten	73%	64%	6%	64%	3%
Apothekers	83%	44%	14%	54%	9%
Fysiotherapeuten	76%	61%	9%	64%	5%
Tandartsen	60%	64%	4%	66%	6%
Huisartsen	68%	66%	3%	68%	3%
Dierenartsen	47%	54%	14%	60%	9%

Bron: enquête NIVEL 2006.

hang tussen ervaren invloed en vertrouwen is een stuk zwakker. Interessant genoeg is deze negatief van richting: personen die de overheid een grotere invloed toedichten hebben ook minder vertrouwen, zowel in de goede bedoelingen als in de deskundigheid van de overheid.

7.3 Toezichthouders

De positie van toezichthouders is niet volledig los te zien van die van de overheid. Over het algemeen geldt immers dat waar de overheid regels instelt, er een instantie nodig is die erop toeziet dat deze worden nageleefd.
Toezichthouders controleren of wettelijke richtlijnen en verplichtingen, bijvoorbeeld in de gezondheidszorg, worden nageleefd en hebben door de overheid toegekende bevoegdheden om overtredingen op te sporen en te sanctioneren. Grofweg kunnen twee typen toezichthouders worden onderscheiden: de sectorspecifieke en de sectoroverstijgende toezichthouders (De Bruijn e.a., 2001). In de gezondheidszorg zijn beide typen toezichthouders actief, waarvan de belangrijkste de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) zijn. Deze toezichthouders staan uitvoeriger beschreven in het tekstkader op pagina 140.

Veranderende rol

Hoewel de verschillende toezichthouders hun eigen taakstelling hebben, zijn er ook duidelijke overeenkomsten te zien in hun werkzaamheden en beleidskoers. De uitvoering van het toezicht wordt complexer door veranderingen in de organisatie van professies en ook simpelweg door toegenomen aantallen. Het klassieke toezicht waarbij een inspecteur, liefst onverwacht, praktijken bezoekt en kijkt of ze aan alle kwaliteitseisen voldoen is nauwelijks nog uitvoerbaar. Het vergt maar een eenvoudige rekensom om de (kleine) kans te berekenen dat een willekeurige fysiotherapiepraktijk wordt bezocht door een inspecteur. Er is daarom al geruime tijd een verschuiving gaande naar nieuwe manieren van toezicht. Deze gaan uit van indicatoren die door praktijken en instellingen zelf moeten worden aangeleverd. Bij bepaalde waarden van de indicatoren of bij bepaalde combinaties bestaat er een risico op gevaar voor de kwaliteit en kan de inspectie gericht nadere vragen stellen en zo nodig optreden. Dit is een meer 'manageriële' aanpak dan het bezoek door een beroepsgenoot. Het opstellen van richtlijnen gebeurt overigens veelal niet door de toezichthouder. Hij controleert vooral de naleving erop.

> Wanneer de IGZ constateert dat op een bepaald terrein geen normen bestaan of deze niet voldoen, dan wordt de koepelorganisaties gevraagd daarnaar te kijken. Wanneer zij het probleem onderkennen, dan is het de bedoeling dat zij samen met andere belanghebbenden een richtlijn opstellen. *(Interview dhr. Sardeman, inspecteur Inspectie voor de Gezondheidszorg)*

Een bezwaar dat geregeld wordt geuit op het toezicht op de gezondheidszorg is dat het toezicht ontoereikend is (of juist verstikkend) en zich richt op de verkeerde zaken. Voor een deel wordt dit in verband gebracht met de zwakke positie van een andere partij in de zorg, namelijk de patiënt of klant. Zoals Sneller Beter-gezant Van der Werf schrijft: 'De zwakke positie van de klant vindt ook zijn weerslag in het toezicht op de zorgsector. Een toezichthouder die het opneemt voor de belangen van de klant, ontbreekt in het huidige stelsel. Het toezicht richt zich nu op de medische handeling zelf en op het beheersen van de kosten in vastgestelde budgetten en niet op doelmatigheid of de belangen van de klant.' (Aegon, 2005: 9).
De in 2006 opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit heeft juist tot doel deze belangen van patiënten en consumenten te beschermen of in ieder geval met deze belangen expliciet rekening te houden (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2005a). De oprichting van de NZa past in een brede trend, waarbij de overheid in sectoren waar taken worden overgelaten aan de markt, toezicht instelt om erop te letten dat publieke belangen gewaarborgd blijven. Wat de precieze taakstelling van de NZa wordt, ook in verhouding tot de andere toezichthouders, zal de komende tijd duidelijk worden (zie NZa, 2006a en 2006b). Tussen toezichthouders is namelijk relatief vaak sprake van een overlap in werkzaamheden. De insteek is vooral dat de NMa tot doel heeft om bestaande markten te controleren, terwijl de NZa zich vooral richt op nieuwe markten. Zo is er ook een duidelijke samenhang tussen de NZa en de IGZ.

> De NZa zal voor kennis en informatie over de kwaliteit van zorg leunen op de IGZ. De NZa zal vooral fungeren als marktmeester, de IGZ vooral als keurmeester. *(Interview dhr. Van Vliet, directeur Cure CTG/ZAio; inmiddels NZa)*

Door de nadruk op marktwerking zal naar verwachting ook het belang van de IGZ veranderen. Naarmate er meer ruimte wordt geboden aan marktpartijen neemt het belang van toezicht op de kwaliteit van zorg toe. Ook zal de IGZ mogelijk toezicht uitoefenen op de contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ten aanzien van de kwaliteit van de gecontracteerde zorg (Van Moorsel e.a., 2005).

Bij elke toezichthouder speelt de vraag hoe zich op te stellen naar het veld. Er bestaat volgens sommige auteurs een neiging vanuit toezichthouders om de afstand tot de ondertoezichtgestelde te verminderen. De toezichthouder krijgt daarbij al snel de rol van adviseur in plaats van controleur. De Commissie Stevens (2006) wijst erop dat momenteel juist een tendens bestaat dat toezichthouders zich afstandelijker naar het veld opstellen. Ook in de rol van de NZa zal dit voor een deel te zien zijn.

> De filosofie van de NZa in de benadering van veldpartijen is zo min mogelijk regelen en helder zijn over wat er van het veld wordt verwacht. En als er overtredingen zijn, dan grijpen we niet gelijk in maar voeren we eerst een goed gesprek, wel omschreven als de wenkbrauwenmethode. *(Interview dhr. Van Vliet)*

Dit geeft ook het belang van legitimiteit en vertrouwen aan. De medewerking van en het draagvlak onder de beroepsgroep zelf is ook voor de toezichthouders van groot belang.

De belangrijkste toezichthouders

Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
De IGZ heeft een lange historie als toezichthouder; zo was er al sinds 1865 sprake van Geneeskundig Staatstoezicht. In haar huidige hoedanigheid bestaat de IGZ sinds 1995. Haar taak omschrijft de IGZ zelf als volgt: 'Het bevorderen van een veilige, effectieve en patiëntgerichte zorg, zo is de missie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in het kort samen te vatten. De IGZ houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg en bewaakt de rechten van de patiënt. De IGZ handelt vanuit het perspectief van de burger en richt zich op problemen die burgers niet zelf kunnen beoordelen of beïnvloeden.' (IGZ, 2006)

Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa)
De NMa (opgericht in 1998) heeft als doel de Mededingingswet uit te voeren. Ze ziet toe op een eerlijke concurrentie in Nederland, onder andere door het bestrijden van partijen die kartels vormen en prijsafspraken maken én partijen die misbruik maken van een economische machtspositie. Verder toetst de NMa fusies en overnames; haar werkterrein is sectorbreed. Dit betekent onder andere dat ziekenhuizen die willen fuseren hiervoor toestemming moeten aanvragen.

Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is opgericht in 2006 en heeft de taken overgenomen van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). Haar taken en bevoegdheden zijn vastgelegd in de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). In het kort heeft de NZa als doel erop toe te zien of de marktwerking in de gezondheidszorg goed functioneert. In haar strategienota worden vier doelen gesteld: het bevorderen van efficiëntie, het bewaken van consumentenbelangen en toezien op eerlijke voorlichting, het stimuleren van kwaliteit, het waken over bekostiging van de zorg en het verminderen van bureaucratie (NZa, 2006a).

> Vaak kunnen we in goed overleg met de beroepsorganisaties eruit komen. Normen kun je mensen niet opleggen. Wanneer de beroepsgroep het niet wil maar de IGZ is van mening dat het wel nodig is, dan heeft het toch weinig zin om te 'pushen', dan lukt het niet. *(Interview dhr. Sardeman)*

De positie van toezichthouders wordt ook wel omschreven als verticaal toezicht. Van bovenaf wordt de gezondheidszorg gecontroleerd en indien nodig wordt geïntervenieerd. Daarnaast is ook een verschuiving waar te nemen naar een andere vorm van toezicht, namelijk horizontaal toezicht. In dat geval moet een (gezondheidszorg)organisatie zich kunnen verantwoorden naar haar maatschappelijke omgeving, de stakeholders. Dit kunnen instanties zijn, maar ook consumenten die een rol krijgen bij het toezicht op de kwaliteit van dienstverlening. Een voorbeeld in de gezondheidszorg is het instellen van cliëntenraden. Het idee is dat zij 'met vreemde ogen' naar de sector kijken, wat de legitimiteit vergroot. Sinds 1996 is het instellen van een cliëntenraad ook wettelijk vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ). Uit evaluatieonderzoek (de Savornin Lohman e.a., 2000) blijkt, dat voor het instellen van cliëntenraden wel een cultuuromslag is vereist. Veel ziekenhuizen gaven de voorkeur aan patiëntenadviesraden, waarin de patiënt minder medezeggenschap krijgt dan de WMCZ bedoelt. Wel heeft de invoering van de WMCZ als breekijzer gediend om veranderingen op gang te brengen. Deze benadering past in de trend dat burgers mondiger worden en meer inzicht én inspraak willen in de prestaties van

Casus dierenartsen onder de Mededingingswet

Binnen het raamwerk van de Mededingingswet worden beoefenaren van vrije beroepen gezien als ondernemers en de organisaties van vrije beroepsbeoefenaren als ondernemersverenigingen. Op grond van deze wet mogen ondernemersverenigingen geen afspraken hebben die de concurrentie belemmeren. Er is in 1998 en 1999 door een groot aantal beroepsorganisaties ontheffing gevraagd van dit kartelverbod. Eén daarvan was de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde (KNMvD) (casus 397 in het Jaarverslag NMa 1998). Bij de behandeling van zo'n ontheffingsverzoek wordt eerst de vraag gesteld of er wel sprake is van een overeenkomst die de concurrentie beperkt. Vervolgens worden de interne regelingen van de beroepsgroep die als concurrentiebeperkend worden aangemerkt langs een aantal criteria gelegd waarbij aan alle criteria moet zijn voldaan om voor vrijstelling in aanmerking te komen. Deze criteria zijn:

- de overeenkomst moet bijdragen aan de verbetering van de productie of van de distributie of leiden tot bevordering van technische of economische vooruitgang;
- de voordelen die hieruit voortvloeien moeten voor een billijk deel aan de consumenten toevloeien;
- de beperking van de concurrentie moet onmisbaar zijn om deze voordelen te behalen;
- de mededinging wordt niet voor een wezenlijk deel van de betrokken diensten uitgeschakeld.

In het geval van de KNMvD hadden de beroepsgroepinterne regelingen betrekking op publiciteit en reclame, de vestiging als vrije beroepsbeoefenaar en de tarieven. De NMa constateerde dat de betreffende regelingen onder artikel 6 van de Mededingingswet vielen. 'De KNMvD handelt als ondernemersvereniging in de zin van de Mededingingswet'. 'Het feit dat de leden van de KNMvD een vrij beroep uitoefenen en dat de diensten van gespecialiseerde aard zijn, verandert niets aan de aard van de economische activiteit' (alinea 61). De NMa constateerde ook dat de betreffende regelingen strijdig zijn met de wet. Het tweede punt is dan of de genoemde criteria opgaan. Al bij het eerste punt stelde de NMa dat de KNMvD niet heeft kunnen aantonen dat de betreffende regelingen bijdragen aan verbetering van de productie of distributie. 'De enige voordelen die verzoekster naar voren heeft gebracht betreffen subjectieve voordelen voor de kartelleden.' (alinea 79). De NMa heeft het verzoek tot ontheffing dan ook afgewezen (Batenburg en Groenewegen, 2001).

gezondheidszorgorganisaties. Een bijkomend voordeel is dat naarmate consumenten een grotere rol spelen bij het houden van toezicht, de werkbelasting voor de formele toezichthouders kan afnemen (Werkgroep andere toezichtsinstrumenten, 2004). Toch is het achterliggende idee niet dat de ene vorm van toezicht de andere geheel vervangt. Veeleer wordt gesproken van een nieuw evenwicht tussen horizontaal en verticaal toezicht (Van Moorsel e.a., 2005).

Ervaren invloed en vertrouwen

Hoe kijken professionals tegen toezichthouders aan? Vanwege vergelijkbaarheid met de overige derde partijen gaan we in op twee aspecten: de ervaren invloed en het vertrouwen. Overigens is in 2005 een aantal criteria geformuleerd waaraan toezichthouders volgens de overheid moeten voldoen. Van goed toezicht is sprake als een toezichthouder selectief, slagvaardig, samenwerkend, onafhankelijk, transparant en professioneel is (Ministerie van Binnenlandse Zaken, 2005). De door ons onderzochte aspecten hangen hier vermoedelijk sterk mee samen. Toezichthouders kunnen hun werk alleen goed uitvoeren als ze ook de middelen hebben om de veldpartijen te controleren en te beïnvloeden. Anders is immers sprake van een toezichthouder zonder tanden. Daarnaast moet er sprake zijn van vertrouwen in hun kunde en goede bedoelingen. Een toezichthouder die al te bijtgraag is, dwingt geen respect af.

Als we de opvattingen van professionals als graadmeter nemen, dan lijkt de invloed van toezichthouders op alle zes professies relatief beperkt te zijn. In geen van de beroepsgroepen is meer dan de helft van de professionals van mening dat de toezichthouders een grote invloed hebben. Het meest beperkt is deze invloed onder tandartsen, terwijl apothekers een sterker gevoel hebben onder toezicht te staan. Het lijkt erop dat toezicht een integraal onderdeel is van het werk van met name apothekers. In hoofdstuk 5 was ook te zien dat vooral apothekers vinden dat het functioneren van beroepsbeoefenaren door middel van richtlijnen moet worden bewaakt. Het idee van toezicht is dat het vooral plaatsvindt in situaties waar veel marktwerking is. Dit lijkt inderdaad zo te zijn: professionals die meer concurrentie en marktwerking ervaren, zien ook een grotere invloed van toezichthouders.

Voor toezichthouders is het een belangrijk goed dat er vertrouwen is in hun handelen. Hoe moet toezicht vormgegeven worden om dit te bereiken? Immers, toezicht van bovenaf kan op gespannen voet staan met de professionele autonomie die professionals zo belangrijk achten. Zo schrijft de KNMG in een brief aan alle politieke partijen voor de Tweede Kamerverkiezingen in 2006: 'De KNMG vindt dat de professionele ruimte niet moet worden ingeperkt door zorgverzekeraars en toezichtsautoriteiten, die om financiële, mededingings- of andere redenen bepalen welke zorg, wanneer, in welke mate en door wie mag worden geleverd tegen welke (maximale) prijs. Toezicht is nodig, maar kan te ver doorslaan en daarmee de zorg verbureaucratiseren en schematiseren' (KNMG, 2006).

Hoewel professionals en zorgverzekeraars vaak tegenover elkaar lijken te staan, hebben ze op dit punt een sterk overeenkomstig standpunt. In de woorden van Zorgverzekeraars Nederland: 'Bij de vormgeving van toezicht vinden wij de term "vertrouwen" een sleutelbegrip. Indien de politiek kiest voor een privaat stelsel van ziektekosten en dus zichzelf op afstand wil plaatsen, zal juist de politiek een bepaalde mate van vertrouwen moeten uitstralen dat zorgverzekeraars in staat worden geacht invulling te kunnen geven aan het concept van gereguleerde marktwerking.' (Zorgverzekeraars Nederland, 2005).

Vanuit professionals is het vertrouwen in de goede bedoelingen en deskundigheid van toezichthouders over het algemeen gering. Wel is dit vertrouwen hoger dan in de overheid. Apothekers hebben het meeste vertrouwen in toezichthouders, maar ook van hen koestert niet meer dan eenderde een groot vertrouwen. Beide aspecten van vertrouwen hangen sterk met elkaar samen: personen die weinig vertrouwen hebben in de goede bedoelingen van toezichthouders hebben over het algemeen ook weinig vertrouwen in hun deskundigheid. Er is geen verband tussen vertrouwen en de ervaren invloed van toezichthouders.

Tabel 7.2 De positie van toezichthouders door de ogen van professionals

	Ervaren invloed	Vertrouwen in goede bedoelingen		Vertrouwen in deskundigheid	
	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot
Medisch specialisten	41%	30%	21%	35%	19%
Apothekers	49%	24%	33%	26%	34%
Fysiotherapeuten	45%	42%	12%	35%	15%
Tandartsen	22%	43%	10%	46%	10%
Huisartsen	38%	43%	8%	48%	12%
Dierenartsen	34%	49%	13%	49%	12%

Bron: enquête NIVEL 2006.

7.4 Zorgverzekeraars

In de gezondheidszorg betalen de afnemers van de diensten veelal niet zelf of rechtstreeks voor de diensten, maar gebeurt dat door een derde partij. Die heeft daarmee ook een belang bij het handelen van professionals. Zorgverzekeraars zijn belangrijke financiers van de diensten van professionals. Bij de bespreking van de rol van zorgverzekeraars leggen we de nadruk op de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: de professionals en de instellingen waarin zij werkzaam zijn. De relatie tussen verzekeraar en patiënt blijft hierbij relatief onderbelicht en wordt kort besproken in het tekstkader op pagina 149.

Veranderende rol

In de huidige ontwikkeling van aanbod- naar vraaggerichte zorg nemen zorgverzekeraars een prominente positie in; zij worden immers geacht om voor hun verzekerden goede en betaalbare zorg in te kopen. Om de marktinvloed van zorgverzekeraars te vergroten, is de afgelopen jaren de verplichting opgeheven dat zorgverzekeraars aan alle zorgaanbieders contracten dienen aan te bieden. Deze contracteerplicht is formeel al sinds 1991 afgeschaft bij zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals apothekers, huisartsen en fysiotherapeuten, maar in de praktijk werd van deze mogelijkheid nog nauwelijks gebruikgemaakt.[1] Met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet is deze contracteerplicht grotendeels ook in de ziekenhuiszorg losgelaten.[2] Doel hiervan is dat de onderhandelingspositie van zorgverzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders wordt versterkt bij het inkopen van zorg; ze kunnen immers zelf beslissen waar ze zorg willen inkopen, zodat ze beter in staat zijn een goede prijs-kwaliteitverhouding te realiseren. Toch is deze marktvrijheid op de inkoopmarkt voor ziekenhuiszorg niet ongelimiteerd; zo mogen zorgverzekeraars met ziekenhuizen alleen vrij onderhandelen over de prijs van relatief eenvoudige behandelingen (het zogenaamde B-segment). De veranderende invloed van zorgverzekeraars uit zich niet alleen in hun rol als zorginkoper; daarnaast hebben ze ook andere middelen om professionals te beïnvloeden: 'Voor het welslagen van het nieuwe stelsel is het (..) belangrijk dat zorgverzekeraars zaken kunnen doen met meerdere zorgaanbieders of over alternatieven beschikken om aan de zorgvraag te voldoen. Die alternatieven kunnen bestaan uit het inkopen van zorg in het buitenland of het gedeeltelijk in eigen hand nemen van de zorgverlening, bijvoorbeeld door artsen of apothekers in loondienst te nemen en voor eenvoudige vormen van zorg eigen klinieken op te zetten' (De Nederlandsche Bank, 2004: 44).'

Met name het zelf aanbieden van zorg zorgt voor een wezenlijk andere relatie tussen zorgverzeke-

1 In de Wet van November 1991, Stb. 584 (ook wel bekend als de Wet beperking contractplicht en invoering maximumtarieven) is geregeld dat ziekenfondsen sinds 1992 geen contracteerplicht meer hadden ten aanzien van vrije beroepsbeoefenaren en dat het mogelijk was om onderhandelingen te voeren.

2 Overigens biedt de Zorgverzekeringswet wel de mogelijkheid aan de Minister om voor bepaalde vormen van zorg contracteerplicht op te leggen, bijvoorbeeld om zorgverzekeraars aan te zetten tot doelmatige zorginkoop.

te ervaren. Ook vonden bijna alle fysiotherapeuten (97%) dat de zorgverzekeraars een grote invloed hadden op de fysiotherapie. Een aanwijzing uit het recente verleden komt van huisartsen. Bij een onderzoek onder ruim 700 huisartsen gaf bijna tweederde (64%) van hen aan (zeer) ontevreden te zijn over de manier waarop de contractering met zorgverzekeraars in 2004 is verlopen (Bureau Noordam & De Vries, 2006). Huisartsen ervaren verder ook machtsongelijkheid tussen henzelf en de verzekeraars. Dit Calimero-gevoel wordt versterkt door de zogenaamde bagatelgrens van de NMa: concurrerende zorgaanbieders mogen alleen samen onderhandelen met de zorgverzekeraar als ze onder een bepaald aantal en maximale omzet blijven. Vanuit verschillende professies wordt erop gewezen dat hierin een vreemde ongelijkheid zit.

> Wij hebben het gevoel dat er een onevenwichtigheid zit in de manier waarop de NMa de belangen van beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars afweegt. Zorgverzekeraars mogen onderhand een kwart van de markt hebben, terwijl voor tandartsenpraktijken een lage bagatelgrens geldt, waardoor samenvoeging van meer dan een stuk of zeven praktijken al op problemen gaat stuiten. *(Interview dhr. Vos, tandarts, vice-voorzitter NMT)*

Tabel 7.3 De positie van zorgverzekeraars door de ogen van professionals

	Ervaren invloed	Vertrouwen in goede bedoelingen		Vertrouwen in deskundigheid	
	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot
Medisch specialisten	74%	76%	2%	69%	5%
Apothekers	89%	59%	6%	66%	2%
Fysiotherapeuten	95%	68%	9%	52%	7%
Tandartsen	64%	75%	2%	71%	6%
Huisartsen	77%	66%	1%	66%	7%
Dierenartsen	niet voorgelegd	niet voorgelegd		niet voorgelegd	

Bron: enquête NIVEL 2006.

Nieuwe partij tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders: de zorgmakelaar.

In de relatie tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars is sprake van scheefheid, vooral ingegeven door het verschil in schaalgrootte: tegenover een gering aantal grote verzekeraars staan veel kleine zorgaanbieders. Omdat het praktisch ondoenlijk is dat verzekeraars met elk van deze zorgaanbieders onderhandelen, is het aannemelijk dat ook in de toekomst veelal gewerkt wordt met standaardcontracten. Als dat niet gebeurt, dan is het mogelijk dat zorgaanbieders zich organiseren om zo meer onderhandelingsruimte te hebben. Van belang hierbij is de zogenaamde bagatelgrens: concurrerende zorgaanbieders mogen wel samen onderhandelen met de zorgverzekeraar, mits ze onder een bepaald aantal en maximale omzet blijven. Momenteel vallen acht concurrerende zorgaanbieders met een gezamenlijke omzet van 908.000 euro of minder onder de bagatelgrens. Meer dan acht zorgaanbieders mogen wel samen met de zorgverzekeraar onderhandelen als ze actief zijn op afzonderlijke markten, hetzij geografisch of qua type zorgverlening (bijvoorbeeld fysiotherapeuten en huisartsen). Een andere mogelijkheid hierbij is de opkomst van tussenpersonen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze 'zorgmakelaars' treden op als bemiddelaar tussen zorgaanbieders, zoals huisartsen of fysiotherapeuten en zorgverzekeraars bij contractonderhandelingen. De NMa heeft aangegeven dat er ruimte is voor dergelijke zorgmakelaars, mits aan bepaalde concurrentievoorwaarden wordt voldaan (NMa, 2006b).

Tabel 7.4 Opvattingen over situatie waarbij men de ene patiënt wel en de andere niet volgens een bepaald zorgarrangement kan behandelen of daarnaar verwijzen

	Wat vindt men ervan?	Komt men het al tegen?	Verwacht men het tegen te gaan komen?
	Percentage (zeer) negatief	Percentage helemaal niet	Percentage helemaal niet
Medisch specialisten	87%	37%	3%
Apothekers	95%	14%	4%
Fysiotherapeuten	79%	43%	6%
Huisartsen	96%	33%	0%

Bron: enquête NIVEL 2006.

Speciale zorgarrangementen

Eerder is gesproken over de verticale integratie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Door de professionals wordt vaak als bezwaar hiertegen aangetekend, dat de zorgverzekeraar op de stoel van de zorgaanbieder komt te zitten. Professionals kunnen mogelijk ook op een andere manier in hun autonome beroepsuitoefening door zorgverzekeraars onder druk worden gezet. Verschillende zorgverzekeraars bieden namelijk speciale zorgarrangementen aan voor hun verzekerden en maken daarover afspraken met zorgaanbieders. De consequentie daarvan kan zijn dat de zorgverlener te maken krijgt met twee patiënten die een vergelijkbaar gezondheidsprobleem hebben, maar andere aanspraken maken op zorgarrangementen omdat ze bij verschillende zorgverzekeraars zijn aangesloten.

Deze casus is voorgelegd aan geïnterviewde sleutelpersonen en aan respondenten binnen vier van de zes beroepsgroepen. Daarbij is de situatie voorgelegd dat de zorgverlener de eerste patiënt wel volgens een bepaald zorgarrangement kan behandelen of daarnaar verwijzen, omdat zijn verzekeraar dit aanbiedt. Bij de andere patiënt is dit niet mogelijk, aangezien diens verzekeraar dit niet vergoedt. Dit zou ertoe leiden dat artsen beperkt worden in hun mogelijkheden om de best passende behandeling voor te schrijven.

De beroepsbeoefenaren die door ons zijn geënquêteerd waarderen deze ontwikkeling over het algemeen als zeer negatief (zie tabel 7.4). Wel zijn er verschillen tussen beroepsgroepen. Huisartsen zijn het sterkst in hun afwijzing en fysiotherapeuten het minst sterk. Op een schaal van 1 (zeer negatief) tot 9 (zeer positief) oordelen de vier beroepsgroepen gemiddeld genomen negatief over deze ontwikkeling. Toch zijn het niet de huisartsen die nu ook al meer dan de andere beroepsgroepen met deze ontwikkeling geconfronteerd worden; apothekers geven het vaakst aan dat dit nu al het geval is.[3] Voor de toekomst verwacht men een relatief grote verschuiving: er zijn nauwelijks professionals die verwachten dat deze situatie in de toekomst helemaal niet voor zal komen.

Volgens verschillende sleutelpersonen kan het geschetste scenario misschien wel voorkomen, maar zijn in het systeem garanties ingebouwd, waardoor wordt voorkomen dat degene zonder toegang tot het speciale arrangement slechte zorg krijgt. Van belang is vooral dat er goede normen voor de kwaliteit van zorg zijn en dat iemand hierop toeziet. Blijkbaar is van de 'gewone' beroepsbeoefenaren bijna geen enkele persoon van deze garanties op de hoogte óf heeft er vertrouwen in dat deze goed werken. Wel laat de casus zien dat er enige ruimte voor differentiatie is, mits dit soort arrangementen niet ten koste gaan van een basisniveau van kwaliteit.

3 Overigens luidde de vraag bij apothekers iets anders dan bij de overige beroepsgroepen, aangezien zij zelf niet behandelen. Bij hen ging het erom of ze momenteel bepaalde geneesmiddelen aan de ene patiënt wel en aan de andere niet konden afleveren. Bij de overige groepen ging het om het kunnen behandelen volgens of verwijzen naar een bepaald zorgarrangement.

> Verzekeraars mogen wel op de beste kwaliteit van zorg concurreren, maar niet op goede zorg. Die moet er zonder meer voor iedereen zijn en de lat van de bodemkwaliteit moet hoog genoeg liggen. *(Interview mw. Schipaanboord, adjunct-directeur NPCF)*

Een veelgehoord bezwaar tegen zorgverzekeraars is dat deze de richtlijnen van de beroepsgroep zelf gebruiken om hun handelen te normeren. Aan vijf van de zes beroepsgroepen is gevraagd in hoeverre dit gebeurt (behalve aan dierenartsen). Vooral fysiotherapeuten vinden dat verzekeraars richtlijnen hiervoor gebruiken: 70% van hen is het hiermee eens (zie tabel 7.5). Ook nu komen de tandartsen naar voren als een groep die relatief ongemoeid wordt gelaten. Overigens hoeft het gebruik van richtlijnen door verzekeraars niet automatisch negatief te zijn. Door professionals wordt dit wel zo ervaren, zo lijkt het. De personen die van mening zijn dat verzekeraars deze richtlijnen gebruiken, hebben ook minder vertrouwen in de goede bedoelingen en deskundigheid van verzekeraars. Een deel van het onbegrip tussen zorgverzekeraars en professionals lijkt voort te komen uit een ander idee van professionele autonomie. Door professionals wordt deze beïnvloeding veelal gezien als een aantasting van hun professionele autonomie. Vanuit de optiek van verzekeraars kan het vasthouden aan autonomie juist gezien worden als een poging van professionals om externe bemoeienis tegen te gaan. Wanneer autonomie iets anders geformuleerd wordt, kunnen de meeste partijen het hiermee eens zijn. De kern is dan dat met professionele autonomie niet wordt bedoeld 'dat artsen zich niet aan regels en verplichtingen moeten houden, maar dat zij professionele afwegingen in het belang van hun patiënt moeten kunnen maken zonder financiële afhankelijkheidsrelaties' (Wigersma, 2006).

7.5 Patiënten- en consumentenorganisaties

Patiënten- en consumentenorganisaties bestaan al lang in Nederland. Zo was er al aan het einde van de 19e eeuw een vereniging die de belangen van doven behartigde. Veel patiëntenorganisaties zijn echter opgericht vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw. Inmiddels is er een groot scala aan patiëntenorganisaties in Nederland, naar schatting circa 400 (Vianen e.a., 2005). Deze kunnen grofweg worden ingedeeld in drie categorieën (Blaauwbroek, 1996). Categorale patiëntenorganisaties richten zich op een bepaalde aandoening, ziekte of handicap. Voorbeelden zijn de Nierstichting of de Stichting Voedselallergie. Daarnaast zijn er algemene patiëntenorganisaties, gericht op algemene aspecten van de gezondheidszorg, zoals kwaliteit en toegankelijkheid. Een voorbeeld is de Nederlandse Patiënten Vereniging. De derde groep betreft de patiënten- en consumentenplatforms. Dit zijn koepelorganisaties die landelijk een aantal categorale of algemene patiëntenorganisaties in zich verenigen (bijvoorbeeld de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, NPCF).

Veranderende rol

Patiënten- en consumentenorganisaties zijn de afgelopen decennia sterk in omvang en betekenis gegroeid. Deze groei past in de trend van emancipatie van zorggebruikers. Mede door hun groeiende ledental, maar ook vanwege financiële middelen, zijn patiëntenorganisaties een machtsfactor van betekenis geworden. Deels richten ze zich op de informatievoorziening en hulpverle-

Tabel 7.5 Percentage beroepsbeoefenaren dat het (helemaal) eens is met de volgende stelling

Percentage dat het (helemaal) eens is met ...	Medisch specialisten	Apothekers	Fysiotherapeuten	Tandartsen	Huisartsen	Dierenartsen
Door beroepsbeoefenaren opgestelde richtlijnen worden door zorgverzekeraars gebruikt om het handelen van beroepsbeoefenaren te normeren	60%	50%	70%	42%	55%	niet gesteld

Bron: enquête NIVEL 2006; de formulering van de stelling was in de enquête aangepast aan het specifieke beroep in kwestie.

De relatie verzekeraar – verzekerde

Voor een goed begrip van de veranderende positie van verzekeraars ten opzichte van zorgaanbieders is een kleine schets van de andere markt van verzekeraars, met consumenten, noodzakelijk. Hoe groot de invloed van zorgverzekeraars precies wordt en hoe sterk de prikkel om zorgalternatieven te gaan aanbieden, hangt namelijk mede af van deze andere deelmarkt. Deels wordt dit bepaald door het aantal zorgverzekeraars en hun relatieve marktaandeel, met name op regionaal niveau, aangezien dit de onderhandelingspositie met regionale zorgaanbieders beïnvloedt. Toch hoeft het niet noodzakelijk te betekenen dat grote verzekeraars ook machtiger zijn. Stel dat de patiëntenpopulatie van een ziekenhuis vooral bij twee grote verzekeraars is aangesloten, dan kan een ziekenhuis afspraken met de ene verzekeraar ook met de andere proberen te bewerkstelligen.
Een andere factor van belang is de mate van mobiliteit van verzekerden. Als relatief weinig verzekerden gebruikmaken van hun overstapmogelijkheden, zal de prikkel voor zorgverzekeraars om marktconform te werken ook gering zijn. Cijfers over de introductie van het nieuwe zorgstelsel lieten zien dat ongeveer eenvijfde van de verzekerden is overgestapt, grotendeels vanwege een gunstig collectief aanbod. Dit illustreert ook dat dergelijke collectiviteiten – zoals werkgevers of vakbonden – een grotere stem krijgen in de gezondheidszorg. Ervaringen uit de Verenigde Staten laten zien dat collectiviteiten een grotere machtsfactor zijn dan individuele consumenten, waardoor ze verzekeraars meer kunnen aanzetten tot kostenbeheersing en mogelijk ook verticale integratie met zorgaanbieders (De Jong e.a., 2006a).
Een laatste factor van betekenis is de wijze van verzekeren. Van onderhandelen met zorgaanbieders is namelijk alleen sprake in het geval van naturapolissen; kiezen verzekerden massaal voor een restitutiepolis, dan blijft het de verzekerde zelf die – binnen bepaalde grenzen – de regie houdt over zijn eigen zorgvraag. Recent onderzoek laat zien dat ongeveer de helft van de verzekerden voor een naturapolis heeft gekozen; de overige verzekerden kozen voor een restitutiepolis (24%), een mengvorm (15%) of wisten niet wat ze gekozen hebben (20%) (De Jong e.a., 2006b). Naarmate dit aandeel naturapolissen in de toekomst verschuift, zal ook de marktinvloed van zorgverzekeraars naar verwachting veranderen. Overigens geldt ook aan deze kant van de verzekeringsmarkt dat er geen sprake is van volledige marktwerking. De ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars is beperkt door overheidsregulering, zoals acceptatieplicht van verzekerden en een verbod op premiedifferentiatie, bijvoorbeeld op basis van leeftijd of gezondheidstoestand.

ning aan de eigen achterban; deels op beleidsbeïnvloeding in het professionele proces, hetzij op overkoepelend niveau (bijvoorbeeld bij de overheid), hetzij op de werkvloer (als directe belangenbehartiger). Wel is er een verschuiving merkbaar in de taakstelling van patiëntenorganisaties. De meeste richten zich van oudsher nog sterk op voorlichting, individuele belangenbehartiging en lotgenotencontact. Echter, steeds meer patiëntenorganisaties werken mee aan de ontwikkeling van kwaliteitscriteria. Zo heeft de Diabetes Vereniging Nederland bijvoorbeeld mede de standaard op het gebied van diabetes-zorg ontwikkeld. Deze verschuivende rol van patiënten- en consumentenorganisaties past in de lijn waarbij veldpartijen steeds meer een rol vervullen bij het houden van toezicht, het horizontale toezicht (Werkgroep andere toezichtinstrumenten, 2004). Patiënten- en consumentenorganisaties spelen ook een rol in de relatie tussen zorgaanbieder, zorgontvanger en zorgverzekeraar.

> De gezondheidszorg wordt vaak voorgesteld als een driehoek, gevormd door zorgaanbieders, verzekeraars en zorggebruikers, en afhankelijk van het perspectief staan de zorggebruikers dan bovenaan of juist onderaan. (...) Individuele patiënten lopen het risico dat ze gebruikt worden als er spanningen zijn tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Beide schermen dan met de wensen en belangen van de patiënt. Een krachtige patiëntenorganisatie is een voorwaarde om de

kwaliteitsverbetering te bereiken die nodig is voor individuele zorggebruikers. Patiëntenorganisaties hebben de kennis en ervaringsdeskundigheid in huis om te definieren wat vanuit zorggebruikersperspectief optimale zorg is. Als zorgaanbieders daar niet naar willen luisteren, kunnen de verzekeraars druk uitoefenen. *(Interview mw. Schipaanboord)*

Vanwege hun positie buiten de directe gezondheidszorgdriehoek, is het voor patiënten- en consumentenorganisaties vooral van belang om in samenwerking met anderen de inhoud en vormgeving van zorg te beïnvloeden. Met zorgverzekeraars gaat het dan bijvoorbeeld om samenwerking om de kwaliteit van de zorginkoopmarkt te verbeteren. Een ander voorbeeld van het gebruik van allianties om tot gewenste effecten te komen heeft te maken met de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Daarbij zorgde een coalitie van 23 gehandicapten- en patiëntenorganisaties, ouderenorganisaties, vakbeweging en mantelzorgers er mede voor dat het wetsvoorstel werd aangepast (NPCF, 2006).

Ervaren invloed en vertrouwen

De invloed van patiënten- en consumentenorganisaties is in de ogen van professionals relatief laag, vergeleken met de andere derde partijen. Vooral in de tandheelkundige zorg is deze invloed gering: slechts 6% is van mening dat er sprake is van een grote invloed. De invloed wordt door medisch specialisten juist relatief vaker als groot bezien. Deels heeft dit te maken met het werkterrein van vooral patiëntenorganisaties. In hoofdzaak zijn deze gericht op relatief ernstige en chronische aandoeningen, waarvan de behandeling plaatsvindt binnen het ziekenhuis.

In het geval van dierenartsen is een iets andere vraag voorgelegd: in plaats van patiënten- en consumentenorganisaties gaat het om de invloed van landbouworganisaties als belangenbehartigers van cliënten in de landbouwsector. Hun invloed is relatief groot, mogelijk omdat ze beschikken over meer financiële en politieke middelen en doordat hun achterban uit bedrijven in plaats van individuele cliënten bestaat.

Het vertrouwen in patiënten- en consumentenorganisaties is relatief hoog, vergeleken met het vertrouwen in de andere partijen. Waar bijvoorbeeld binnen alle zes professies een meerderheid weinig vertrouwen heeft in de deskundigheid van de overheid, is dit voor patiënten- en consumentenorganisaties steeds de helft of minder van de personen. Het vertrouwen van apothekers en fysiotherapeuten is het hoogst. Ook is bij alle professies in de humane gezondheidszorg het vertrouwen in de deskundigheid van patiënten- en consumentenorganisaties kleiner dan in hun goede bedoelingen; in de diergeneeskunde is dit andersom: dierenartsen hebben iets vaker vertrouwen in de deskundigheid van landbouworganisaties dan in hun goede bedoelingen. De verklaring is wederom vermoedelijk gelegen in het bijzondere karakter van deze organisaties.

Tabel 7.6 De positie van patiënten- en consumentenorganisaties door de ogen van professionals

	Ervaren invloed	Vertrouwen in goede bedoelingen		Vertrouwen in deskundigheid	
	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot	Percentage (zeer) klein	Percentage (zeer) groot
Medisch specialisten	25%	13%	32%	26%	18%
Apothekers	21%	4%	54%	16%	37%
Fysiotherapeuten	13%	10%	49%	15%	34%
Tandartsen	6%	25%	22%	28%	7%
Huisartsen	10%	23%	31%	35%	18%
Dierenartsen	32%	27%	20%	18%	25%

Bron: enquête NIVEL 2006.

Vertrouwen in derde partijen verklaard

In de afgelopen paragrafen is het vertrouwen in elk van de derde partijen apart besproken. Hier gaan we in op het totaalbeeld: hoe groot is het vertrouwen van beroepsbeoefenaren in de deskundigheid en goede bedoelingen van alle derde partijen? Hiervoor hebben we één overkoepelende maat gemaakt: hoe hoger deze is, des te groter is het vertrouwen in de deskundigheid en goede bedoelingen van derde partijen. Voor de betrouwbaarheid van deze maat is Cronbach's alpha berekend; deze is 0,82 (op een schaal van 0 tot 1). In dat geval kunnen we spreken van een goede schaal. De analyse is uitgevoerd voor alle professionals samen, met uitzondering van dierenartsen. In hun geval zijn namelijk andere derde partijen voorgelegd. Rekening houdend met achtergrondkenmerken, zoals leeftijd en geslacht, blijkt dat apothekers significant meer vertrouwen in derde partijen hebben dan alle overige professies. Verder hebben fysiotherapeuten meer vertrouwen dan huisartsen en medisch specialisten. Het vertrouwen van deze laatste groep is samen met tandartsen het laagst. Tussen professionals die in loondienst of vrijgevestigd werken is geen verschil te zien. Wel hebben professionals in grote praktijken of organisaties meer vertrouwen in derde partijen. Analyses per beroepsgroep laten zien dat dit verband alleen geldt voor medisch specialisten. Mogelijk dat medisch specialisten in grote maatschappen betere ervaringen met derde partijen hebben, omdat ze zelf een grotere machtsfactor van betekenis vormen. Voor specialisten in kleine maatschappen geldt dit veel minder.

7.6 Conclusie

Terugkijkend op de positie die derde partijen innemen in de ogen van elk van de onderzochte professies, komt een aantal algemene patronen naar voren. Zo is de invloed van derde partijen relatief gering onder tandartsen: de invloed van toezichthouders en zorgverzekeraars is het laagst onder tandartsen; in het geval van de overheid is deze invloed alleen lager onder dierenartsen. Blijkbaar blijven tandartsen – als gevolg van de vergoedingenstructuur voor tandheelkundige zorg – niet alleen in de luwte ten opzichte van zorgverzekeraars, maar ook ten opzichte van overheid en toezichthouders. Daarbij was in hoofdstuk 5 te zien dat tandartsen relatief veel autonomie ervaren bij het indelen van hun werk. Aan de andere kant van het spectrum komt er niet één professie naar voren waarbij de invloed van alle derde partijen duidelijk het grootst is. Zo geven apothekers het vaakst aan dat de overheid en toezichthouders een grote invloed hebben, terwijl in het geval van zorgverzekeraars de fysiotherapeuten deze invloed als relatief groot ervaren.

Het is dus ook niet zo dat daar waar de invloed van de overheid en toezichthouders gering is, er volgens professionals ruimte ontstaat voor zorgverzekeraars om dit machtsvacuüm in te vullen. De samenhang tussen de invloed van elk van de derde partijen is over het algemeen positief. Professionals die bijvoorbeeld de overheid een grote rol toekennen, zien over het algemeen ook een grote rol voor zorgverzekeraars weggelegd. Deze relatie verschilt nauwelijks tussen de professies. Verder is er – in het geval van zorgverzekeraars en de overheid – een negatieve samenhang tussen ervaren invloed en vertrouwen: de personen die bijvoorbeeld aan de overheid een grotere invloed toekennen hebben ook minder vertrouwen hierin. Of er sprake is van oorzaak en gevolg is niet vast te stellen.

Het vertrouwen tussen professionals en alle derde partijen kan over het algemeen worden samengevat als gering. De enige uitzondering hierop is de positie van patiënten- en consumentenorganisaties. Afgaande op het vertrouwen dat bestaat in zowel hun goede bedoelingen als deskundigheid, lijkt het erop dat zorgprofessionals hen liever zien als vertegenwoordiger en belangenbehartiger van de individuele patiënt dan zorgverzekeraars. Tegelijkertijd kunnen we hier te maken hebben met sociaal-wenselijke antwoorden. Het is relatief eenvoudig om vertrouwen te hebben in patiënten- en consumentenorganisaties zolang hun invloed nog gering is. Als de invloed van deze organisaties groeit, kunnen allianties met zorgaanbieders en -verzekeraars verschuiven. Dan kunnen patiënten- en consumentenorganisaties een grotere invloed uitoefenen op de inkoop en vormge-

ving van zorg. Omdat patiënten primair een relatie hebben met hun arts, ligt de loyaliteit van categorale patiëntenorganisaties van nature bij zorgaanbieders. Maar tegelijkertijd hebben zorgverleners veel macht en de patiëntenorganisatie kan om die reden de steun van zorgverzekeraars gebruiken om die macht te breken en zo de scheve verhouding tussen vraag en aanbod om te zetten, aldus Iris van Bennekom, voorzitter van de NPCF (Van Bennekom, 2006).

Voor de toekomst is de verwachting gerechtvaardigd dat de invloed van derde partijen eerder groter dan kleiner wordt. Een bepalende factor daarbij is de mate waarin de komende jaren de verschuiving doorzet van aanbod- naar vraagsturing. In een vraaggestuurde markt zal de concurrentie immers verder toenemen, waardoor er meer ruimte ontstaat voor beïnvloeding door verzekeraars en patiëntenorganisaties.
Tegelijkertijd zal de noodzaak tot toezicht sterker worden: vindt er geen onoorbare concurrentie plaats en leidt dit niet tot kwaliteitsverlies van de zorg?
Voor professionals heeft dit verschillende mogelijke gevolgen. Ten eerste betekent dit dat hun medisch en organisatorisch handelen meer dan voorheen beïnvloed wordt door de besluitvorming van derde partijen. Ten tweede kan het gevolgen hebben voor hun relaties onderling: men oriënteert zich – bijvoorbeeld als gevolg van verticale integratie – mogelijk minder op de beroepsgroep. Of dit het geval is, hebben we bekeken voor de apothekers. Daaruit blijkt dat het niet zo is dat degenen die in een ketenapotheek als onderdeel van een farmaceutisch bedrijf werken, minder op de beroepsgroep als geheel georiënteerd zijn dan hun collega's in apotheken waar een apotheker eigenaar is.

De kans bestaat dat naarmate de relatie tussen professionals en verzekeraars verandert, dit ook gevolgen heeft voor de professional-patiënt relatie. Financiële prikkels van verzekeraars en verticale integratie tussen professionals en verzekeraars kunnen ertoe leiden dat het vertrouwen van patiënten in professionals afneemt. Ervaringen in de Verenigde Staten laten zien dat patiënten waarbij sprake was van 'managed care' (oftewel een regierol door de verzekeraar) het gevoel hebben dat hun vrijheid om een arts of ziekenhuis te kiezen wordt ingeperkt en dat ze genoegen moeten nemen met een arts van mindere kwaliteit. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat deze kwaliteit inderdaad minder is. Voor patiënten is immers moeilijk te beoordelen of er sprake is van kwaliteitsverschillen tussen artsen. Koning e.a. (2004) wijzen er dan ook op dat verzekerden de prijs van artsen mogelijk zien als een indicator van kwaliteit: omdat managed care goedkoper is, zal het mogelijk ook slechter zijn. De kans dat verticale integratie totstandkomt is mede afhankelijk van hoe de zorgverzekeringsmarkt zich ontwikkelt. Zo is in Nederland te zien dat collectiviteiten van verzekerden een steeds grotere rol krijgen, deels via de werkgever, maar ook deels via organisaties zoals vakbonden of patiëntenorganisaties. Of al deze collectiviteiten evenzeer voorstander zijn van initiatieven van verticale integratie is de vraag. Wel leert de ervaring in de VS dat vooral verzekeringscontracten via werkgevers mede hebben geleid tot een groei van dergelijke initiatieven (Keuzenkamp en Kok, 2003). Aangezien werkgevers prijsbewuster zijn dan individuele verzekerden, kiezen ze vaker voor dergelijke arrangementen bij het afsluiten van collectieve contracten. Ook in Nederland kan deze ontwikkeling plaatsvinden.
Deze veranderende rol van zorgverzekeraars werkt indirect verdere schaalvergroting in de hand, ten dele doordat zorgverleners onderdeel uit gaan maken van landelijke ketens en ten dele door de opkomst van coöperaties en zorgmakelaars om tegenwicht te bieden tegen zorgverzekeraars. De tijd dat men volledig zonder beïnvloeding van derde partijen het werk kan uitvoeren lijkt grotendeels voorbij.

8 De toekomst

Samenvatting

De context waarin professionals hun werk doen, verandert sterk. In hoofdstuk 3 hebben we enkele algemene, maatschappelijke trends besproken die mede verantwoordelijk zijn voor deze nieuwe omstandigheden. De consequenties van de beschreven veranderingen zijn zichtbaar in de belangrijkste relaties van professionals.

Zo verandert de betrekking van professionals met hun cliënten door sociaal-culturele ontwikkelingen. De opvattingen in de bevolking over de positie van professionals lopen ten gevolge van de individualisering sterker uiteen dan vroeger. Verwachtingen waarmee zij de spreekkamer betreden, zullen daardoor ook heterogener zijn. Bovendien is het opleidingsniveau van de bevolking gestegen, waardoor de informatiekloof tussen arts en patiënt wellicht kleiner is geworden.

Ondanks alle veranderingen hebben mensen nog steeds zeer veel vertrouwen in professionals. Wel heeft de één-op-één relatie tussen patiënt en professional als basis van vertrouwen aan belang ingeboet door de grotere schaal van gezondheidszorgvoorzieningen en door flexibele werkarrangementen van professionals. Belangrijk is daarom de vraag of en hoe transparante informatie en toezicht eenzelfde niveau van vertrouwen kunnen genereren.

Door schaalvergroting veranderen ook de relaties tussen professionals onderling. Ziekenhuizen en medisch specialisten lopen daarbij voorop. De verwachting is dat de ontwikkelingen in de ziekenhuiswereld in een stroomversnelling zullen raken als duidelijk wordt of en wanneer ziekenhuizen winst kunnen uitkeren. De extramurale praktijken bevinden zich in een overgangsfase van 'huisindustrie' naar bedrijfsmatige organisaties van professionele dienstverlening. Schaalvergroting doet zich voor op het niveau van vestigingen, maar zal vooral zichtbaar worden in ketenvorming.

De introductie van marktwerking en concurrentie verandert het referentiekader van professionals. Een professional die meer competitie in zijn beroepsuitoefening ondervindt, heeft minder vertrouwen in zijn collega's buiten de eigen praktijk. De mogelijkheden tot samenwerking nemen daardoor af.

Arbeid in de gezondheidszorg wordt anders verdeeld en er komen nieuwe beroepen bij. Daardoor verandert de eenheid van de professies. Wellicht verandert ook de betrokkenheid van professionals bij de beroepsorganisatie en de beroepsgroep als geheel. De rol van de beroepsorganisatie als belangenbehartiger is de laatste tien jaar al ingeperkt door invoering van de Mededingingswet.

Ten slotte veranderen ook de relaties met derde partijen. De overheid beperkt zich tot het op afstand hoeden van het publieke belang in plaats van, zoals voorheen, te streven naar integratie van de belangen van alle partijen. Tegelijkertijd hebben toezichthouders en zorgverzekeraars een belangrijker rol gekregen. Het vertrouwen van professionals in de overheid en zorgverzekeraars (voor de toezichthouders geldt dit minder) is zeer laag. Dat heeft gevolgen voor het gemak waarmee samenwerking en afstemming totstandkomen en het maakt onderhandelen lastiger. Op een zo belangrijk moment in de geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg – kort na de invoering van de Zorgverzekeringswet – kan niemand dat gebruiken.

8.1 Inleiding

In dit afsluitende hoofdstuk brengen we de algemene maatschappelijke ontwikkelingen, de veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg en consequenties daarvan voor de vertrouwensrelaties tussen professionals en hun patiënten, onderling en met derden bij elkaar. We doen dit aan de hand van de antwoorden op de vragen die we in het eerste hoofdstuk hebben gesteld. Deze vragen gingen over:

- de algemene maatschappelijke trends die van invloed zijn op de positie van de professies;
- de gevolgen daarvan voor de vertrouwensrelaties tussen professionals en hun cliënten/patiënten, tussen professionals onderling en tussen professionals en derde partijen;
- de uitwerking ervan voor specifieke beroepsgroepen.

We proberen daarbij ook uitspraken te doen over toekomstige ontwikkelingen. Dat zijn noodzakelijkerwijs conditionele uitspraken. Dat wil zeggen: ze hebben de vorm 'als deze of die ontwikkeling zich voortzet, dan zou het gevolg voor de positie van professionals en hun relaties wel eens zus of zo kunnen zijn'. Bij de bespreking van toekomstige ontwikkelingen maken we uitgebreid gebruik van de interviews die we hebben gehouden.

We willen in dit hoofdstuk ook iets zeggen over de dwarsverbanden tussen de onderwerpen die we in de eerdere hoofdstukken behandelden. Het gaat dan om de invloed van veranderingen in het ene type relatie (bijvoorbeeld professionals en derde partijen) op andere relaties, bijvoorbeeld professionals en hun cliënten.
De opbouw van dit hoofdstuk is weergegeven in onderstaand schema.

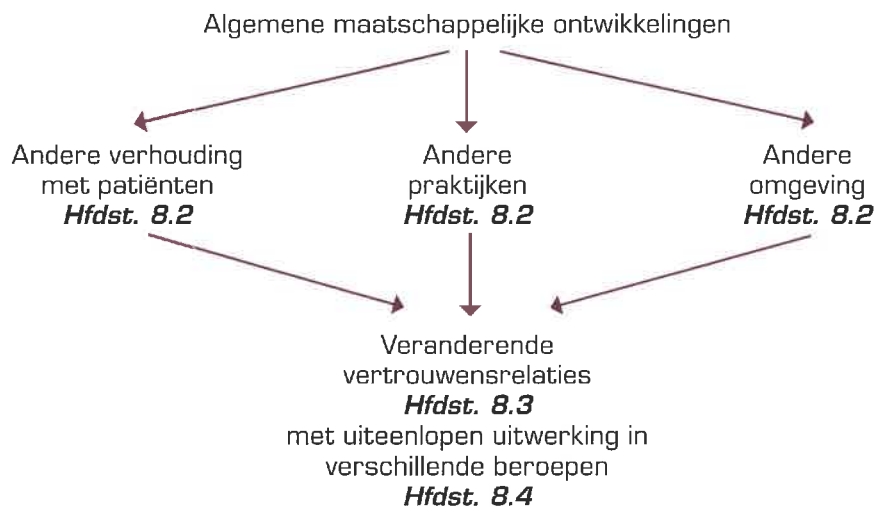
8.2 Algemene maatschappelijke ontwikkelingen en hun invloed op de positie van professionals

Hoe de beoefenaars van professionele beroepen werken en hoe hun dienstverlening is georganiseerd, wordt door drie sturingsmechanismen beïnvloed. In hoofdstuk 2.4 hebben we deze sturingsmechanismen benoemd:

- sturing door professionals;
- sturing door de markt;
- sturing door hiërarchie.

De situatie van professionals wordt bepaald door de mix van deze drie sturingsmechanismen en deze mix verandert in de loop van de tijd (Noordegraaf, 2006). De afgelopen decennia zijn sturing door markt en hiërarchie belangrijker geworden. Sturing door professionals is afgezwakt. Deze verandering is beïnvloed door de algemene maatschappelijke ontwikkelingen die

Opbouw van dit hoofdstuk



in hoofdstuk 3 zijn besproken. Individualisering, schaalvergroting en marktwerking zijn daarbij centrale ontwikkelingen.
Individualisering en daarmee samenhangend de ideologie van kiezende consumenten zijn vooral van belang voor een veranderende verhouding tussen professionals en hun cliënten/patiënten. Schaalvergroting leidt tot grotere organisatorische verbanden waarin management en uitvoering van het werk meer en meer worden gescheiden. Marktwerking en commercialisering zetten op tal van terreinen door. Deze veranderen zowel de onderlinge relaties tussen professionals als die met hun patiënten en met derde partijen.

Andere verhouding tussen professionals en hun patiënten/cliënten

De manier waarop patiënten tegen gezondheid en zorg aankijken, is in de loop van de tijd veranderd. Gezondheid is de belangrijkste waarde van Nederlanders geworden en de acceptatie van ziekte en gebrek is sterk verminderd (Kooiker, 1996). Of de mondigheid van patiënten in de loop van de tijd is toegenomen, is bij gebrek aan vergelijkbare metingen over een langere tijdsperiode niet vast te stellen. Enerzijds is het aannemelijk dat de mondigheid van Nederlanders is toegenomen. Door toename van het opleidingsniveau en door betere toegang tot informatie zal de informatiekloof tussen professionals en hun patiënten kleiner zijn geworden. Anderzijds hebben we in hoofdstuk 4 laten zien dat mondigheid (zoals wij het hebben gemeten) niet of nauwelijks samenhangt met achtergrondkenmerken, zoals leeftijd en opleiding, die een indicatie kunnen geven van veranderingen in de tijd.
Hoe dit ook zij, een toename van opleidingsniveau, beschikking over informatie en mondigheid zijn ontwikkelingen die centraal staan in het idee van kiezende consumenten.
Mensen zijn vooral in staat tot weloverwogen keuzes in niet acute situaties. Dat is bijvoorbeeld bij tandartsenzorg meestal het geval. Bovendien is de zorg voor het gebit door veranderingen in het basispakket voor volwassenen onder de eigen verantwoordelijkheid gekomen. Vreemd genoeg vinden we dat niet terug in de inschatting door tandartsen van de mondigheid van hun patiënten (zie hoofdstuk 4). Die verschilt namelijk nauwelijks van die van andere professionals.

Desalniettemin zijn we in ons interview met de vice-voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde ingegaan op de vraag of de patiënt bij de tandarts een model kan zijn voor de kiezende zorgconsument van de toekomst.

> Ja, misschien wel. Tandartsen zijn veel verder in hun omgang met patiënten, er wordt alleen op afspraak gewerkt en er wordt strikt vastgehouden aan afspraken. Doordat de tandheelkundige zorg voor volwassenen niet meer in het basispakket zit, zijn mensen de tandarts kritischer gaan benaderen. Dat is een ontwikkeling die doorzet en die ook op andere terreinen van de gezondheidszorg kan opkomen. *(Interview dhr. Vos, tandarts, vice-voorzitter NMT)*

Tandartsen hebben met een relatief homogene praktijkpopulatie te maken. Echter, in veel praktijksituaties hebben professionals te maken met een mix van patiënten met betrekkelijk onschuldige klachten of patiënten bij wie geplande ingrepen worden gedaan, en patiënten met acute en soms levensbedreigende aandoeningen. In het laatste geval blijven mensen zeer kwetsbaar en afhankelijk. Dan verandert een meer rationeel vertrouwen, gebaseerd op eigen oordeelsvorming, weer in blind vertrouwen. Professionals moeten daar voortdurend rekening mee houden. Zij moeten kunnen differentiëren naar de situatie; dat wil zeggen uitgaan van de mondige patiënt als diens situatie dat toelaat en oog hebben voor de kwetsbaarheid en behoefte aan affectieve en emotionele ondersteuning op het moment dat patiënten dat nodig hebben (Bensing, 1994). Dit wordt wellicht een steeds lastiger opgave, naarmate de kiezende consument in de gezondheidszorg meer de norm wordt. Immers, het wordt dan ook onderdeel van het verwachtingspatroon van professionals.

In de relaties tussen professionals en hun patiënten zijn nieuwe uitdagingen te verwachten, die hoge eisen stellen aan de communicatie. Het aandeel niet-westerse allochtonen in de Nederlandse bevolking neemt voorlopig nog toe. In de relatie met deze patiënten zijn wederzijdse verwachtingen veel minder vanzelfsprekend dan in de relatie met autochtone Nederlanders. Verder leidt individualisering ertoe dat de kijk

van mensen op de wereld en hun reacties minder voorspelbaar zijn. Dat komt onder andere tot uiting in de grotere individuele variatie in de toewijzing van sociale status aan beroepen.

> De manier waarop de vraag en de vraagpreferenties zich manifesteren is zeer heterogeen. Artsen moeten leren om te gaan met een grotere variatie in gedragingen en wensen. *(Interview dhr. Boer, directielid CVZ)*

Ook aan de kant van professionals zijn er veranderingen. De professionals van de toekomst zijn niet dezelfde als nu. Algemene arbeidsmarktontwikkelingen en veranderingen in de samenstelling van beroepsgroepen hebben een belangrijke invloed op de beroepsuitoefening.

> Er zijn duidelijk veranderingen in de voorkeuren van beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld voor part-time werk of werken in dienstverband en die voorkeuren hangen ook samen met het toegenomen aandeel vrouwen in de medische beroepsgroep. Maar het gaat te ver om te stellen dat dit van bepalende invloed is op de toekomstige beroepenstructuur. Feminisering versterkt wellicht wel de regionale gebondenheid van opgeleiden. Afname van het belang van werk (ten opzichte van andere levensvervullende activiteiten) en de rol van de baan van de partner leiden tot meer plaatsgebondenheid, maar dat geldt net zo goed voor mannen als voor vrouwen. *(Interview dhr. Geldof, directeur Bureau MOBG)*

Professies in het algemeen en het artsenberoep in het bijzonder veranderen van een roeping in een gewoon beroep; een gewoon beroep dat ook kan worden uitgeoefend onder condities die in andere sectoren gebruikelijk zijn. Hierdoor verandert wellicht ook het verantwoordelijkheidsgevoel dat professionals voor hun patiënten en cliënten hebben. Ofschoon de 24-uurs verantwoordelijkheid van artsen voor hun patiënten allang geen reële situatie meer is, spreken artsen nog wel over 'mijn patiënt' en andersom hebben patiënten ook het liefst 'hun eigen arts'.
Het verantwoordelijkheidsgevoel is ook veranderd door structurele veranderingen in de beroepsuitoefening als gevolg van verdergaande arbeidsverdeling, schaalvergroting en de opkomst van zorgketens. Ook de veranderingen in de positie van zorgvragers of de perceptie daarvan door zorgverleners kunnen hierin een rol spelen.

> Ter illustratie een praktijkvoorbeeld. Een patiënt komt bij arts 1 vanwege een ernstige aandoening. De arts in kwestie stelt een bepaalde behandeling voor, die later in de week zal worden verricht. Op de dag dat de patiënt zich bij het ziekenhuis komt melden, is een andere arts werkzaam. Deze geeft aan dat de betreffende behandeling helemaal niet nodig is, maar als de patiënt het per se wil, dan wil hij het best doen. In essentie komt de benadering van zo'n tweede arts neer op het over de schutting gooien van je eigen verantwoordelijkheid. Ik meen te zien dat veel artsen zeggen 'De patiënt moet aan zet', waarmee ze vervolgens hun eigen verantwoordelijkheid uit het oog verliezen. *(Interview dhr. Boer)*

In het beleid heeft de veranderende verhouding tussen professionals en hun patiënten zijn weerslag gekregen in de verschuiving van een aanbodgestuurd gezondheidszorgsysteem naar een vraaggestuurd systeem. Deze verschuiving in het beleid is al enige tijd gaande, maar heeft een versnelling gekregen met de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 (Westert en Verkleij, 2006).

Veranderende praktijken

Schaalvergroting is een algemene tendens in organisaties in de westerse wereld. Ook in de gezondheidszorg zien we dat terug. De multidisciplinaire, internationale organisaties die tot stand zijn gekomen in de accountancy en advocatuur zien we in de gezondheidszorg nog niet. De grote internationale organisaties zullen er wel komen in de ziekenhuiswereld – dat is ook de verwachting die in een aantal interviews is uitgesproken. Dat zullen echter niet zozeer organisaties zijn van professionals, als wel internationale ziekenhuisconcerns. Daarbij kan de positie van de professionals en hun verhouding tot de ziekenhuisorganisatie nog verschillen.

Commerciële ziekenhuizen

In de Verenigde Staten bestaat een aantal grote commerciële ziekenhuisketens. Ook in Europa zijn ziekenhuisketens in opmars, zoals het van oorsprong Zweedse Capio. Capio heeft zijn basis in Scandinavië, maar exploiteert ook elders in Europa ziekenhuizen: Groot-Brittannië, Frankrijk, Spanje en Duitsland. De gezondheidszorg is een grote en groeiende sector van de economie die investeerders zal aantrekken, zodra de institutionele regels aangepast zijn.
Nederlandse ziekenhuizen worden interessant voor internationale concerns op het moment dat ziekenhuizen winst mogen uitkeren. In dat verband wordt het jaar 2012 genoemd.

Of het mogelijk wordt winst uit te keren en op welke manier, is een politiek besluit dat in de toekomst genomen moet worden. De stand van zaken nu is dat de mogelijkheid open gehouden wordt. Er is nog veel politiek debat over de wenselijkheid van winstgerichte activiteit in de gezondheidszorg. In een recente brief aan de Tweede Kamer over de kapitaallasten van ziekenhuizen wordt de mogelijkheid geopperd. We gaan steeds meer toe naar integrale (dat wil zeggen inclusief de kapitaallasten) tarieven voor prestaties. Als je bijvoorbeeld de ziekenhuizen beloont naar hun prestaties, dan hoort daar ook logischerwijze bij dat ze meer risicodragend worden, ze lopen risico over hun omzet. Een volgende stap is om ook winst uit te keren, en dat is een logische stap naar mijn mening. Wel moet aan allerlei voorwaarden worden voldaan. Toch is het onderwerp 'winst in de gezondheidszorg' een politiek gevoelige kwestie. Maar eigenlijk gebeurt het al: zo is het inkomen van medisch specialisten een vorm van winst en ook in farmaceutische industrie wordt volop winst gemaakt. *(Interview dhr. Krapels, Ministerie van VWS)*

Concernvorming in de ziekenhuiswereld zal ook gevolgen hebben voor de positie van medisch specialisten. Er zijn drie modellen denkbaar:

- De meest voor de hand liggende ontwikkeling is dat medisch specialisten in dienstverband van concerns komen te werken. Commerciële concerns van ziekenhuizen zullen naar verwachting meer greep willen hebben op het reilen en zeilen van de ziekenhuizen dan ze in de huidige situatie met vrijgevestigde specialisten kunnen hebben.

Concernvorming in de ziekenhuiszorg zou kunnen leiden tot meer specialisten in dienstverband. De discussie over dienstverband of vrij beroep is overigens altijd een beetje raar geweest als je naar de formele regels kijkt. Het is dan de vraag of het beroep van medisch specialisten nog wel als vrij beroep kan worden gezien. Voor een deel is het een constructie die door fiscale regels is ontstaan maar die materieel niet meer zoveel verschilt van situaties die wel als dienstverband worden aangemerkt. *(Interview dhr. Van Vliet, directeur Cure CTG/ZAio; inmiddels NZa)*

- Loskoppeling van ziekenhuizen en medisch specialistische maatschappen is een andere mogelijke ontwikkeling als reactie van medisch specialisten op veranderende machtsverhoudingen als gevolg van concernvorming.

Een andere ontwikkeling staat haaks op de toenemende invloed van ziekenhuizen, namelijk dat artsen zich collectief aan verschillende ziekenhuizen zullen aanbieden en zelf dus bepalen waar ze onder welke condities willen werken. Ik zie wel een toekomst voor me waarin specialisten een kunstje komen doen en weer weggaan, en waarin anderen binnen het ziekenhuis verantwoordelijk zijn voor het hele zorgproces, onder andere door gebruik van nurse practitioners en andere gespecialiseerde beroepsgroepen. Het ziekenhuis zal zich vermoedelijk niet met alle detailzaken bemoeien, maar zorgt ervoor dat alles goed geregeld is. De arts is vervolgens verantwoordelijk voor zijn stukje in het proces en houdt zich wel aan de richtlijnen vanuit de eigen beroepsgroep. *(Interview dhr. Wigersma, directeur Beleid KNMG)*

– Ten slotte kunnen groepen medisch specialisten ervoor kiezen om zelf als eigenaar van ziekenhuizen op te treden.

Mijn voorkeur is dat niet alleen de kleine initiatieven, zoals ZBC's, 'physician owned' zijn, maar ook de grote organisaties. De belemmering is wel dat het ondernemend vermogen van medisch specialisten relatief laag is; ze zijn weinig ondernemingsgezind. Het grote voordeel van een physician owned hospital is dat hierdoor de efficiëntie, kwaliteit en lol zullen toenemen. Medisch specialisten hebben nu onvoldoende invloed. Medisch specialisten zijn voor een deel de lol kwijt door al die zaken die vanuit de omgeving hun werk inperken, tot en met de spreekkamer. *(Interview dhr. Valentijn, internist, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten)*

Schaalvergroting biedt ook altijd ruimte aan nicheorganisaties. Die ruimte zal echter beperkt zijn, omdat de tendens in het werk van medisch specialisten sterk in de richting van onderlinge afhankelijkheid en integratie gaat. Geïntegreerde processen waarbij verschillende specialismen betrokken zijn, zijn minder gemakkelijk in nicheorganisaties te organiseren.
In de extramurale praktijken zal naar verwachting de ketenvorming doorzetten. Daar zal ook wel een zekere schaalvergroting plaatsvinden. Op dit moment zitten veel extramurale praktijken ergens tussen de huisnijverheid van de praktijk aan huis en een echte voorziening in.
Ketenvorming wordt beïnvloed door:

- commerciële initiatieven van bedrijven die winstmogelijkheden zien in het uitbaten van bijvoorbeeld tandartspraktijken;
- integratie in de bedrijfskolom, zoals het geval is bij apotheken die eigendom zijn van de farmaceutische groothandel, maar ook het geval van zorgverzekeraars die gezondheidscentra opzetten;
- behoefte om administratieve en beheerstaken gemeenschappelijk uit te voeren;
- en de mogelijkheid die dat biedt om gezamenlijk te onderhandelen met derde partijen, zoals zorgverzekeraars.

Schaalvergroting en ketenvorming zullen naar verwachting in de komende tijd doorzetten en daarmee de positie van professionals veranderen. Als gevolg daarvan worden de één-op-één relaties tussen patiënten en professionals minder vanzelfsprekend. Professionals onderling werken dan minder in een gemeenschap van gelijken. Bij verdere schaalvergroting vindt op den duur vaak een afsplitsing van de managementfunctie plaats. Schaalvergroting is daarnaast gerelateerd aan ontwikkelingen in de arbeidsverdeling. De inzet van praktijkondersteuners binnen huisartspraktijken vergt bijvoorbeeld een zeker schaalniveau. Dat wordt in eerste instantie bereikt door meer samenwerking, bijvoorbeeld in de vorm van een HOED (Huisartsen Onder Eén Dak); de stap naar verdergaande integratie is dan een kleine.

In hoofdstuk 3 is een aantal ontwikkelingen beschreven op het gebied van arbeidsverdeling en specialisatie. In de gezondheidszorg zijn deze ontwikkelingen van invloed op de beroepenstructuur. Het systeem van de gezondheidszorgprofessies verandert erdoor. We spreken in navolging van Abbott (zie hoofdstuk 2) over een systeem van professies, omdat de verschillende professies onderling relaties hebben. Hun domein verandert onder invloed van externe (politieke) ontwikkelingen, schaarsteverhoudingen, technologische veranderingen en de toetreding van nieuwe beroepen.

Nieuwe beroepen die nu al op beperkte schaal in de gezondheidszorg werken zijn physician assistants (PA's) en artsen op de spoedeisende hulp (SEH-artsen) op medisch gebied en nurse practitioners (NP's) op verpleegkundig gebied. Hun komst is de voorbode van wellicht ingrijpende veranderingen in de beroepenstructuur van de gezondheidszorg, zij het dat artsen in de visie van onze gesprekspartners in de interviews over het algemeen wel een centrale positie zullen houden.

Er zullen wel nog artsen blijven, maar het wordt steeds meer teamwork. Belangrijk is dat de diversiteit meerdere kanten op kan. Door de komst van allerlei tussenvormen vervagen de grenzen tussen beroepen. *(Interview dhr. Schmit Jongbloed, arts, adviseur)*

Het beroep van arts heeft zeker zijn langste tijd niet gehad. Artsen zijn zelfstandige beroepsbeoefenaren met een integrerende

Veranderingen in de opleidings- en beroepenstructuur

Er zijn op het moment tal van ontwikkelingen op het gebied van de opleidings- en beroepenstructuur in de gezondheidszorg. De bachelor-master structuur is nu enkele jaren ingevoerd. Deze heeft gevolgen voor de opleidingsstructuur voor gezondheidszorgberoepen. Zo kunnen HBO-opleidingen nu worden afgesloten met een professional master. Ook zijn er enkele toonaangevende projecten geweest waarin de opleidingsstructuur centraal stond. Denk aan de rapporten 'De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm' (KNMG, 2002) en 'De zorg van morgen. Flexibiliteit en samenhang' (Ministerie van VWS en Ministerie van OCW, 2003).
Achtergrond van deze projecten is de wens om de duur van medische vervolgopleidingen waar mogelijk te bekorten om zo beter te kunnen aansluiten bij fluctuaties in de vraag naar beroepsbeoefenaren en om toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen. Daarnaast zou ook een verhoging van de efficiëntie van opleidingen bereikt kunnen worden door stroomlijning van opleidingen, gemeenschappelijke onderdelen ('common trunks') en betere afstemming waardoor wachttijden worden voorkomen. Vergelijkbare ontwikkelingen zijn zichtbaar binnen andere gezondheidszorgopleidingen. Zo wordt in het verpleegkundige onderwijs gestreefd naar een betere samenhang en aansluiting tussen verpleegkundige (vervolg)opleidingen (VBOC en AVVV, 2006), terwijl recent in de mondzorg geadviseerd is om de opleiding van tandartsen en mondhygiënisten te integreren (Commissie Innovatie Mondzorg, 2006).
In het verlengde van deze opleidingsontwikkelingen staat de beroepenstructuur sterk in de belangstelling. Zo wijst de Stuurgroep MOBG erop, dat het huidige stelsel van beroepen en opleidingen sterk versnipperd is en dat er behoefte bestaat aan meer samenhang, flexibiliteit en transparantie (MOBG, 2005). Eén van de aandachtsgebieden hierbij is de opkomst van nieuwe beroepen die taakdelegatie en taakverschuiving van hoger opgeleide beroepsbeoefenaren naar lager opgeleiden mogelijk maken (RVZ, 2002).

visie en die zijn altijd nodig. Wat erbij komt zijn beroepsbeoefenaren die op deelgebieden zelfstandig kunnen functioneren. Deze verandering zal plaatsvinden, zowel in de breedte als in de hoogte. *In het rapport over het verpleegkundig opleidings- en beroepscontinuüm wordt voorgesteld om een common trunk te maken voor de NP en de PA. Is dat de eerste link, een soort enterhaak, tussen het medisch en het verpleegkundig opleidings- en beroepscontinuüm?* Het betekent niet dat die structuren in elkaar gaan overlopen. Er zullen in verschillende opleidingen gezamenlijke onderdelen mogelijk zijn omdat de competenties die erin worden aangeleerd gelijk of vergelijkbaar zijn. De arts blijft de centrale, verantwoordelijke persoon. Dat sluit ook het beste aan bij wat patiënten willen en verwachten. Wel zal het zo zijn dat bepaalde vormen van zorg door NP's en PA's verleend zullen worden, die dat onder zelfstandige verantwoordelijkheid zullen doen. *(Interview dhr. Geldof)*

Naast schaalvergroting zullen ook veranderingen in de beroepenstructuur naar verwachting doorzetten. Als dat het geval is, neemt ook de hiërarchische sturing van professionals in de gezondheidszorg in belang toe.

Andere omgeving

De omgeving waarin gezondheidszorg professionals hun werk doen is veranderd door algemene ontwikkelingen van marktwerking en commercialisering. Dat zijn ontwikkelingen die zich niet alleen in de gezondheidszorg voordoen, maar ook op het gebied van andere professies.
Op het gebied van de gezondheidszorg is de herziening van het verzekeringsstelsel het sluitstuk van een lang proces van introductie van gereguleerde marktwerking. Dat proces is eind jaren tachtig van de vorige eeuw begonnen met de plannen van de commissie structuur en financiering gezondheidszorg (commissie-Dekker).
In het hervormingsproces zijn de rollen van de overheid, het toezicht en de zorgverzekeraars sterk veranderd. Op het niveau van de professio-

nals worden collega's concurrenten, terwijl de aard van het werk in de gezondheidszorg ook veel samenwerking vereist.

> Een lastig dilemma voor de aanbieders is de verhouding tussen concurrentie en samenwerking. Aan de ene kant willen ze dat er bijvoorbeeld in de eerste lijn meer wordt samengewerkt en dat er transmurale ketens ontstaan. Aan de andere kant mag daar de markt niet in zijn werking door worden ingeperkt. Overigens is er wel degelijk ruimte voor samenwerking in de markt. (*Interview dhr. Van Vliet*)

Het sturingsmodel van de markt is belangrijker geworden en om te kunnen werken is vergelijkende informatie onontbeerlijk. Vergelijkende informatie komt niet vanzelf tot stand. Daar is sturing bij nodig. Het simpele 'kijk en vergelijk' op het letterlijke marktplein, vereist op de figuurlijke markt voor gezondheidszorgdiensten nieuwe coördinatie en instituties.

> De huidige ontwikkelingslijn van de gezondheidszorg is dat de zorg echt transparanter wordt. Alle partijen zullen en moeten meer verantwoording afleggen. De tijd waarin partijen elkaar konden zoethouden door te zeggen "heb maar vertrouwen" is nu echt voorbij. Centraal staan de patiënten en als die de vraag stellen "zit ik bij deze instelling of zorgverlener goed", dan kan niemand meer zonder onderbouwing een beroep doen op vertrouwen. Er zal een uniform systeem komen van verantwoording afleggen. Dat systeem kan er alleen komen als de betrokken partijen hun eigen belangen daaraan ondergeschikt maken. Voor dat proces is het belangrijk dat de overheid een regisserende rol op zich neemt. Maar ook de brancheorganisaties moeten hun verantwoordelijkheid daarin nemen. *(Interview dhr. Bos, directeur Zorg, Zorgverzekeraars Nederland)*

De verhouding tussen sturingsmodellen

De professionele sturing van de dienstverlening in het geval van vertrouwensgoederen is in hoofdstuk 2 beschreven aan de hand van een model van Lulofs. Daarin staan marktafbakening en beheersing van het marktgedrag van professionals centraal. De veranderingen die de afgelopen decennia plaatsvonden, hebben ertoe geleid dat niet langer wordt voldaan aan een aantal voorwaarden voor beide onderdelen van zijn model. Beheersing van het marktgedrag, waarin de beroepsorganisaties een belangrijke rol speelden, is niet langer mogelijk door institutionele veranderingen. Zo'n belangrijke verandering is de invoering van de Mededingingswet en de toepassing ervan op de interne regels van beroepsorganisaties. Marktafbakening wordt minder stringent door standaardisering van processen en door vermindering van de informatiekloof.
Andere sturingsmodellen – markt en hiërarchie – krijgen meer gewicht. Verschillende sturingsmodellen bestaan dus in veranderend evenwicht naast elkaar. Of dat problematisch is, wordt in de gezondheidszorg verschillend ingeschat.

> We (het ministerie van VWS) hebben de ambitie om te kiezen voor sturingsmechanismen die elkaar niet tegenwerken. Er is een continuüm aan marktprikkels, zowel milde als heftige. De meest milde is alleen maar het vergelijken van prijzen en prestaties zonder daar al direct consequenties aan te verbinden, meer heftige prikkels zijn concurrentie op de markt waar ondernemingen met elkaar wedijveren om de gunst van de klant door de beste prijs/kwaliteitsverhouding te bieden. Welke vormen van prikkels of concurrentie je wilt introduceren hangt af van de kenmerken van de desbetreffende markt. Soms kunnen meerdere instrumenten naast elkaar worden geïmplementeerd en dat hoeft geen probleem te zijn. Een zorgverzekeraar wil bijvoorbeeld een deal sluiten over het B-segment (prijskwaliteit verhouding), maar daarbij wordt ook gekeken naar het A-segment. Als de zorgverzekeraar over de prestaties in het A-segment niet tevreden is, kunnen de onderhandelingen in het B-segment een positieve werking hebben op verbeteringen binnen het A-segment door het ziekenhuis. *(Interview dhr. Krapels)*

Anderen vinden dat er wel een keuze moet worden gemaakt:

Het is belangrijk dat er vroeg of laat een keuze wordt gemaakt voor een bepaald sturingssysteem en dat er dan doorgepakt wordt in die richting. Of we gaan in de richting van een Amerikaans systeem met echte marktwerking of in de richting van een Scandinavisch model met marktprikkels. In een systeem van marktwerking moet ondernemerschap een veel grotere kans krijgen. Dat vraagt niet alleen duidelijkheid over sturingssystemen, maar ook cultuurveranderingen bij de zorgaanbieders en instellingen. Zorg, welzijn en dienstverlening is nu een aparte sector binnen MKB. De zorg is niet helemaal vergelijkbaar met andere sectoren binnen MKB, waar markten veel verder zijn ontwikkeld. Het is de vraag of marktwerking wel het goede sturingssysteem is voor de gezondheidszorg. Het is goed denkbaar dat we in de loop van de huidige ontwikkelingen andere modellen tegenkomen die beter passen bij de zorg. Een solidair systeem met marktprikkels is misschien wel beter. *(Interview mw. Rompa, voorzitter Cluster Zorg MKB-Nederland, voorzitter directie ActiZ)*

Marktwerking met vrije prijzen is een van de instrumenten, en dus niet een doel, om de vernieuwing in de gezondheidszorg tot stand te brengen, maar het kan best blijken dat dit instrument niet overal werkt. Dan moet je op zoek naar andere instrumenten.
Marktwerking via maatstafconcurrentie is er zo een. Dat zou in de ziekenhuissector wel eens de optimale bekostiging kunnen zijn. *(Interview dhr. Van Vliet)*

8.3 De veranderende situatie van professionals en hun vertrouwensrelaties met patiënten, elkaar en derde partijen

De ontwikkelingen die in dit boek zijn beschreven, hebben invloed op de vertrouwensrelaties van professionals. Nederlanders hebben nog steeds veel vertrouwen in gezondheidszorgprofessionals. Echter, aan een van de basismechanismen voor vertrouwen, namelijk het herhaalde contact tussen dezelfde patiënt en dezelfde professional, wordt minder voldaan. Er is een verschuiving naar de institutionele basis voor vertrouwen. De overheid en een toezichthouder als de Nederlandse Zorgautoriteit proberen de ontwikkeling en verspreiding van transparante informatie te bevorderen. Dat moet mensen de mogelijkheid bieden tot een rationele basis voor vertrouwen in gezondheidszorginstellingen en professionals.
Tussen een kiezende zorggebruiker en een shoppende zorggebruiker moet misschien een onderscheid worden gemaakt. Feit is wel dat er een samenhang is tussen het zoeken van second opinions, wisselen van specialist of huisarts en dergelijke aan de ene kant en vertrouwen in professionals aan de andere kant, zonder dat we weten wat oorzaak of gevolg is. In hoofdstuk 4 lieten we zien dat mensen die deze acties ondernemen, minder vertrouwen hebben in professionals.
De afgelopen jaren is het vertrouwen van Nederlanders in professionals in de gezondheidszorg nauwelijks veranderd. Echter, bij een verschuiving in de beleving van gezondheidszorg in de richting van producten die onafhankelijke consumenten kiezen, past een toename van stappen die daarbij horen, zoals de eerder genoemde second opinions en het wisselen van hulpverlener. Dit kan gevolgen hebben voor het vertrouwen in professionals, zeker op het moment dat de situatie van de patiënt verandert van een keuzesituatie in een afhankelijkheidssituatie. Andersom kan deze verschuiving ook gevolgen hebben voor het vertrouwen van professionals in hun patiënten.

De vertrouwensrelaties tussen professionals onderling veranderen ook. In hoofdstuk vijf kwam naar voren dat er een relatie is tussen marktwerking en concurrentie in de beroepsuitoefening en het vertrouwen in collega's buiten de eigen praktijk. Professionals hebben minder vertrouwen in de goede bedoelingen van hun collega's buiten de eigen praktijk als ze het gevoel hebben dat er meer marktwerking en concurrentie is in hun beroepsuitoefening.
In de eerstelijnszorg staat multidisciplinaire samenwerking in netwerken sterk in de belangstelling. In de zorg voor chronisch zieken worden zorgketens en netwerken opgericht binnen de eerste lijn en tussen eerste en tweede lijn. Het doel van die ontwikkelingen is om mensen een vraaggericht zorgaanbod te geven waarin efficiënt gebruik wordt gemaakt van verschillende

deskundigheden. Om die doelen te bereiken moeten verantwoordelijkheden helder zijn verdeeld; voorkomen moet worden dat professionals verantwoordelijkheid op elkaar afschuiven. Daarvoor moeten zij weten wat ze aan elkaar hebben en dienen ze elkaar te kunnen vertrouwen, zowel wat betreft deskundigheid als goede bedoelingen. Als marktwerking en concurrentie doorzetten en tegelijkertijd het beleid is om de gezondheidszorg meer in netwerken en zorgketens te organiseren, ontstaan in de toekomst problemen.

Het vertrouwen van medisch specialisten in de ziekenhuisdirectie is zeer laag en het afgelopen decennium ook afgenomen. Medisch specialisten ervaren (in vergelijking met andere professionals in de gezondheidszorg) weinig autonomie in de indeling van hun werk en ervaren de financiele kaders van het ziekenhuis als knellend. Dat is geen gunstige voorwaarde voor verbetering van de organisatie van het ziekenhuis, waarbij een meer patiënt- en procesgerichte organisatie het doel is.

Ook het vertrouwen van professionals in derde partijen, van overheid en toezichthouders tot zorgverzekeraars, is gering. Vooral het vertrouwen in overheid en zorgverzekeraars is erg laag. Voor de optimale werking van het nieuwe verzekeringsstelsel is dat ongunstig. Op de zorginkoopmarkt moet in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kwaliteitsverbetering totstandkomen. Als het vertrouwen tussen partijen gering is, worden onderhandelingen moeizaam en moeten contracten helemaal dichtgetimmerd zijn. De transactiekosten stijgen dan en/of de gewenste verbeteringen komen niet tot stand.

Veranderingen in het ene type vertrouwensrelatie kunnen gevolgen hebben voor andere typen relaties. Veranderingen in de relaties tussen beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars of tussen beroepsbeoefenaren en de organisaties waarin zij werken en de hiërarchische verhouding die zij tot die organisatie hebben, kunnen gevolgen hebben voor de relatie tussen beroepsbeoefenaren en hun patiënten/cliënten. Het systeem van professionele dienstverlening bevat dus tal van onderlinge afhankelijkheden.

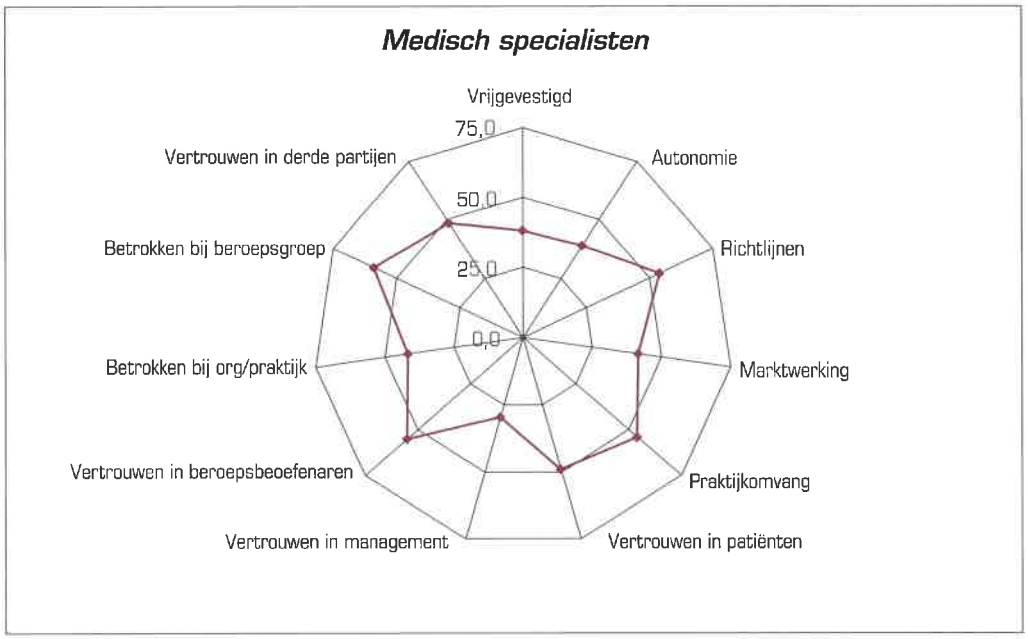
Hieronder geven we daar enkele voorbeelden van:

- De relatie tussen professionals en organisatie beïnvloedt het vertrouwen van patiënten in professionals. Dit wordt bedreigd, als professionals doordat zij gebonden zijn aan het budget van de organisatie waarbinnen zij werken, beïnvloed worden in de behandeling van hun patiënten.
- De relatie tussen professionals en zorgverzekeraars beïnvloedt het vertrouwen van patiënten. Het vertrouwen van patiënten kan onder druk komen te staan als hulpverleners en instellingen verschillende zorg leveren, afhankelijk van de verzekering van de patiënt. Financiële risicodeling tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders kan gevolgen hebben voor het vertrouwen van patiënten in de zorgaanbieders.
- De relatie tussen professionals en zorgverzekeraars beïnvloedt het onderling vertrouwen van professionals. Contractonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en professionals kunnen een situatie van informatie-uitwisseling in het kader van kwaliteitsbeleid in de perceptie van professionals veranderen in een situatie waarin informatie een strategische rol speelt in het behouden of verkrijgen van een voorkeurspositie.
- De relatie tussen professionals en patiënten beïnvloedt het onderling vertrouwen van professionals. Het onderling vertrouwen tussen professionals zou kunnen verminderen als zij het gevoel hebben dat patiënten bij een verschil van inzicht direct overstappen naar een andere professional.
- De relatie tussen professionals onderling beïnvloedt het vertrouwen van patiënten in professionals. Als de relaties tussen professionals onderling bijvoorbeeld door schaalvergroting veranderen, hebben patiënten een minder hechte band met hun behandelaar.

8.4 Verschillen tussen beroepen

In deze paragraaf lopen we per beroepsgroep een aantal punten door. Daardoor komt ook de verscheidenheid aan ontwikkelingen tot uitdrukking. Per beroepsgroep is een diagram samengesteld waarin zichtbaar wordt in hoeverre het betreffende beroep afwijkt van het gemiddelde van alle zes onderzochte beroepsgroepen. Als een professie bijvoorbeeld lager dan 50%

Figuur 8.1 De positie van medisch specialisten op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



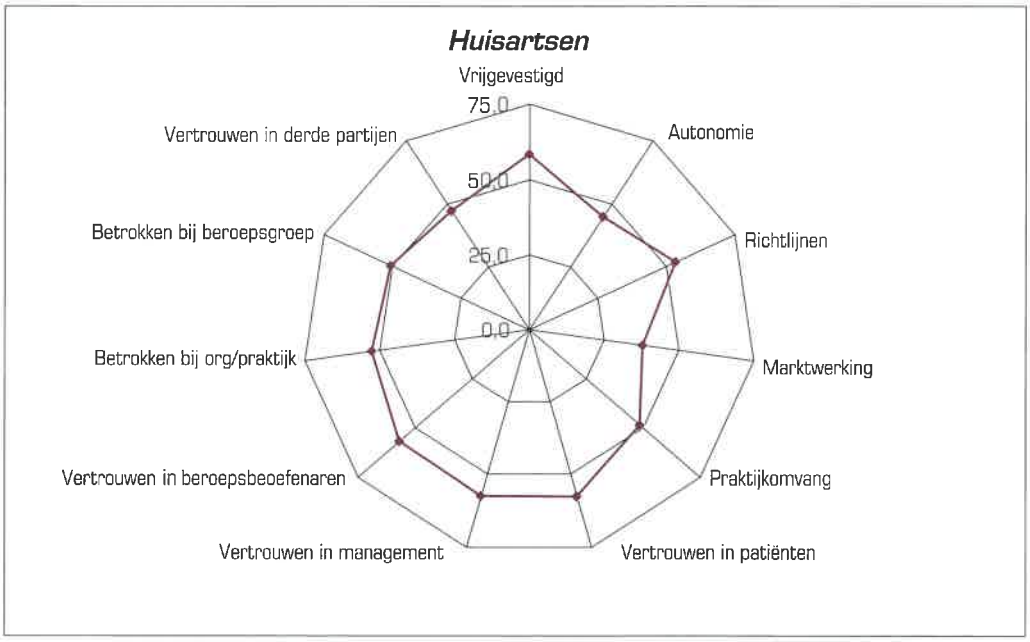
scoort op de as 'Richtlijnen', dan vinden beroepsbeoefenaren in die professie in minder sterke mate dat er veel richtlijnen zijn dan gemiddeld over alle professies.[1]

Medisch specialisten genieten nog steeds veel maatschappelijk aanzien. Chirurgen stonden aan het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw op de hoogste sport van de beroepenladder en staan daar nu nog steeds. Nederlanders hebben een groot vertrouwen in medisch specialisten (net als in huisartsen, tandartsen en apothekers). Medisch specialisten werken in grote organisaties. De omvang van de Nederlandse ziekenhuizen is de afgelopen decennia sterk toegenomen en de organisatiestructuur verandert. Er ontstaat spanning tussen de klassieke basis van de medisch specialisten in een maatschap van vakgenoten uit hetzelfde specialisme en de meer procesgerichte organisatie van het ziekenhuis. Medisch specialisten zijn het meest ingekaderd in een netwerk van onderlinge afhankelijkheden. Daardoor is hun autonomie in de indeling van het werk gering. Voor de meeste specialisten zal deze autonomie als gevolg van organisatieontwikkelingen in de ziekenhuizen nog verder verminderen. Voor sommigen – degenen die in kleine nicheorganisaties werken – zal de autonomie bij de indeling van het werk misschien toenemen.
Voor medisch specialisten vormen de wetenschappelijke verenigingen een belangrijk integratiepunt. Bijna allemaal zijn ze lid van een wetenschappelijke vereniging. Vergeleken met de andere beroepsgroepen zijn medisch specialisten het meest betrokken bij de beroepsgroep als geheel en hun eigen beroepsvereniging en het minst bij de organisatie waarin zij werken. Medisch specialisten hebben weinig vertrouwen in het management van ziekenhuizen.

Huisartsen zijn in maatschappelijk aanzien nagenoeg gelijk gebleven. Toch is er de afgelopen tien jaar wel het een en ander veranderd in de organisatie van de huisartspraktijk. Er is bijvoorbeeld een sterke schaalvergroting geweest van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Ook is de uitstraling van de beroepsgroep minder positief

1 We hebben de verdeling getransformeerd naar een schaal van nul tot honderd en het gemiddelde op vijftig gesteld.

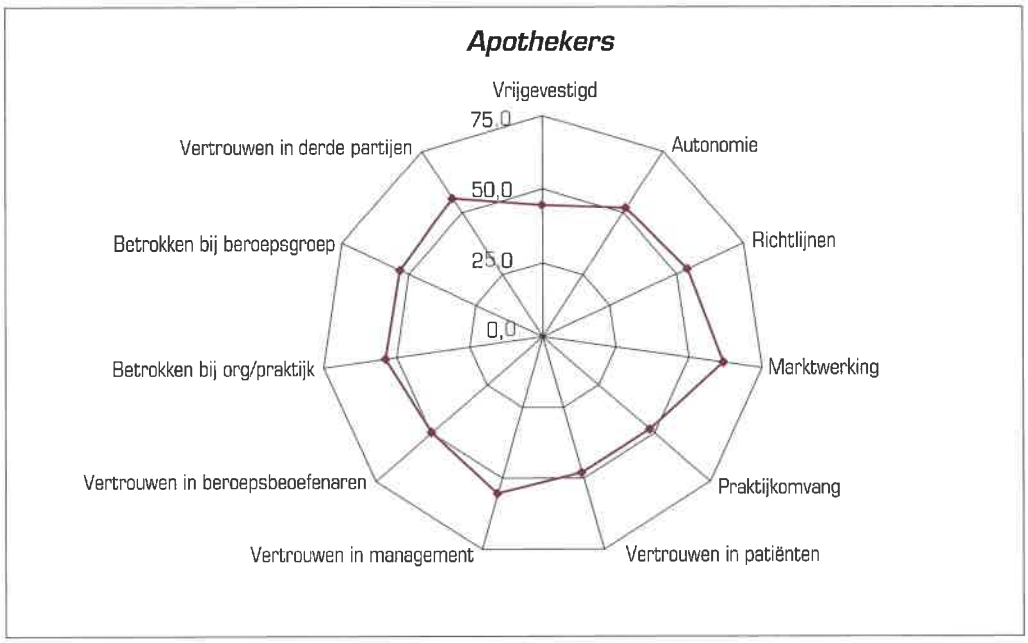
Figuur 8.2 De positie van huisartsen op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



geweest dan de decennia ervoor, door een huisartsenstaking en een groot conflict met de overheid in 2005-2006.
De schaalgrootte van huisartspraktijken is gering, maar neemt wel toe. Huisartsen zijn sterk betrokken bij hun eigen praktijk. Wel veranderen de onderlinge relaties.
Huisartspraktijken zijn niet meer vanzelfsprekend maatschappen van gelijken. Een toenemend aantal huisartsen, vooral vrouwen, werkt als huisarts in dienst van een andere huisarts. Dat is het model dat eerder alleen onder fysiotherapeuten gangbaar was.
Huisartsen zien meer dan de andere kleinschalig georganiseerde beroepen kwaliteitsvoordelen van grotere praktijken. Vooral de praktijkondersteuning kan dan gemakkelijker worden geregeld. Dat maakt dat er wellicht minder weerstand is tegen verdere schaalvergroting.
Het standaardenbeleid van de huisartsen is vrij succesvol. Het is waarschijnlijk ook de reden dat hun wetenschappelijke vereniging een veel grotere dekking heeft dan in het verleden.
Huisartsen ervaren in vergelijking met de andere beroepsgroepen weinig marktwerking en concurrentie bij hun beroepsuitoefening en hebben veel vertrouwen in hun beroepsgenoten buiten de eigen praktijk.

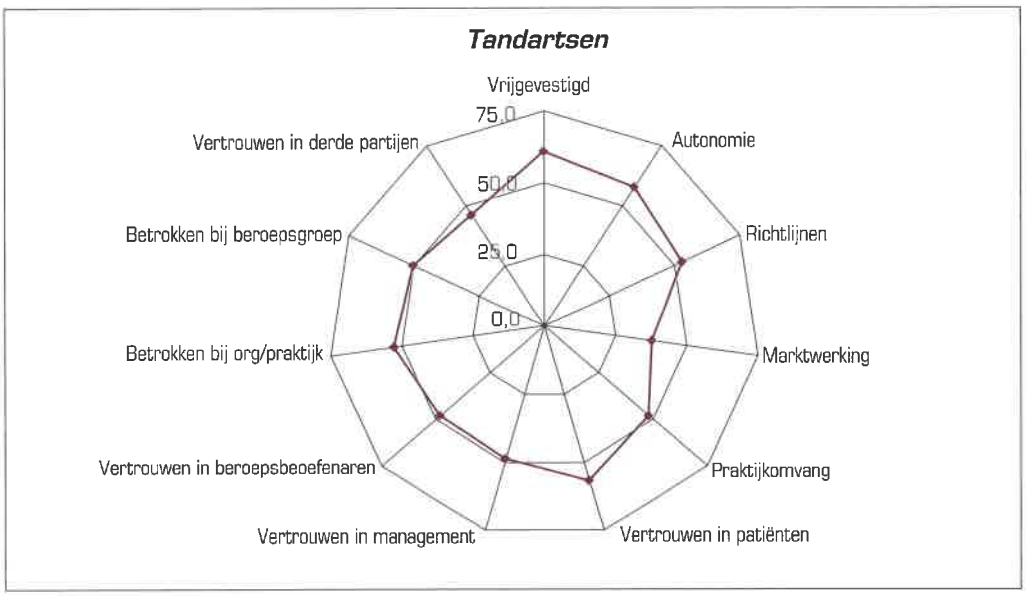
Apothekers zijn ongeveer op dezelfde trede van de maatschappelijke ladder gebleven. Ofschoon zij zelf voortdurend worstelen met hun rol in de gezondheidszorg die door technologische veranderingen is verschoven van het bereiden van geneesmiddelen naar het afleveren ervan, blijven zij in de ogen van de bevolking aanzien en vertrouwen waard. Mogelijk geldt wel in de praktijk dat het mensen weinig uitmaakt naar welke apotheek ze gaan.
In de organisatie van apotheken zien we schaalvergroting ontstaan. Die schaalvergroting, voornamelijk in de vorm van ketens, zal de komende jaren typerend zijn voor de extramurale gezondheidszorg. Deze ketens zijn deels het eigendom van een externe partij en deels van apothekereigenaars onderling. Apothekers bevinden zich voor gezondheidszorgberoepen in een omgeving met relatief sterke concurrentie. Zij hebben relatief veel vertrouwen in derde partijen.
Apothekers zijn degenen die het meeste zien in gezamenlijke onderdelen van opleiding en nascholing.

Figuur 8.3 De positie van apothekers op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



Tandartsen lijken iets gedaald te zijn op de statusladder. Het werk van tandartsen valt voor een groot deel (voor de volwassenen) buiten het basispakket van de zorgverzekering. Men zou kunnen verwachten dat waar mensen een groter deel van de kosten zelf moeten betalen er een

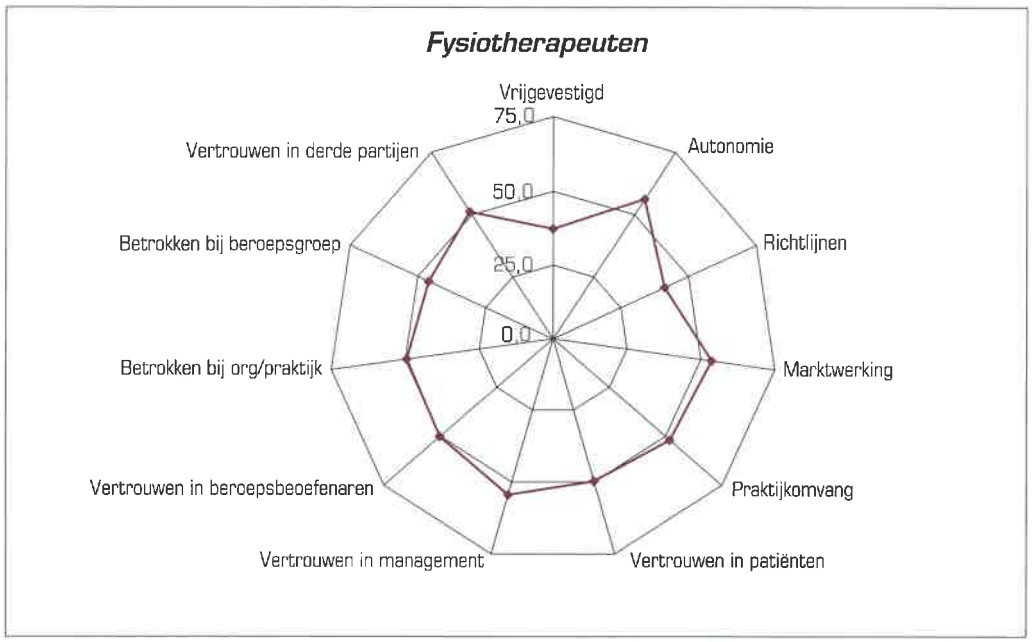
Figuur 8.4 De positie van tandartsen op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



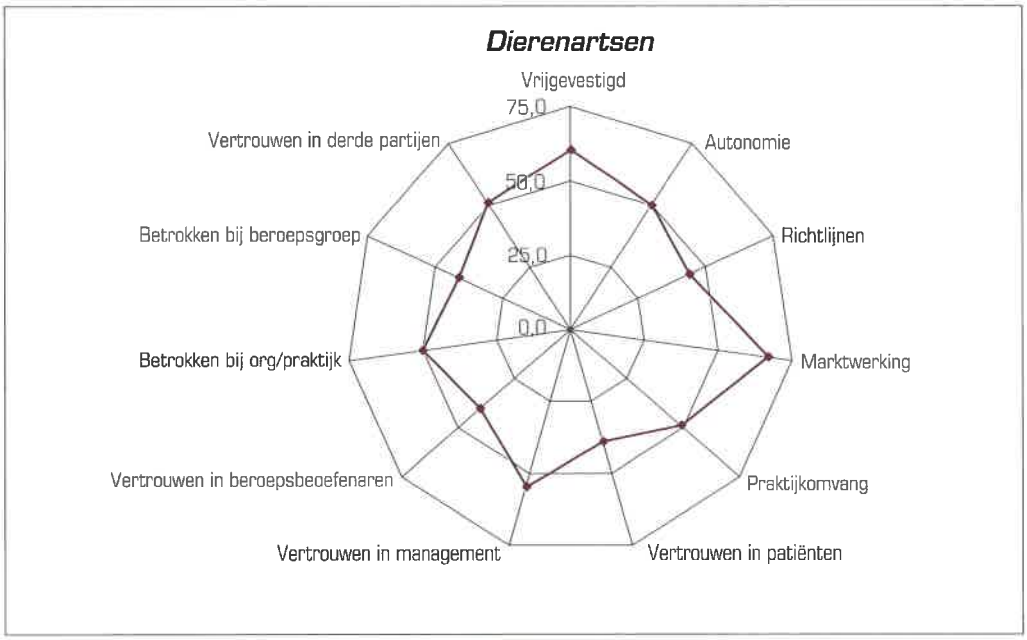
kritischer en mondiger type zorggebruiker ontstaat, zoals ook werd gesuggereerd in ons interview met de vice-voorzitter van de beroepsorganisatie. Dat wordt niet weerspiegeld in de inschatting door tandartsen van de mondigheid van hun patiënten. Van alle zes beroepsgroepen schatten tandartsen de mondigheid van hun patiënten het laagst in. Wel hebben zij relatief veel vertrouwen in hun patiënten. De relatie tussen patiënten en hun tandarts is vaak een langdurige. Tandartsen ervaren weinig concurrentie en marktwerking in hun beroepsuitoefening. Zij hebben relatief weinig vertrouwen in derde partijen. Tandartsen hebben in meerderheid besloten op afstand van de zorgverzekeraars te blijven door geen contracten af te sluiten. Wellicht gerelateerd daaraan, maar ook aan het feit dat zij voornamelijk in het vrije beroep werken, hebben tandartsen een grote autonomie in de indeling van hun werk.

De positie van *fysiotherapeuten* is de afgelopen jaren sterk veranderd. De zelfstandigheid is verschoven van behandeling op aanwijzing van een arts eerst, naar behandeling op verwijzing en nu, sinds kort, vrije toegankelijkheid voor patiënten. Hoe deze zelfstandigheid in de praktijk uitwerkt, valt nog te bezien. Immers, zorgverzekeraars zullen in het kader van de aanvullende verzekering beperkingen aan hun verzekerden opleggen die zich doorvertalen naar beperkingen voor fysiotherapeuten. Fysiotherapeuten zijn de eerste beroepsgroep voor wie de tarieven zijn vrijgelaten.
Een andere opvallende ontwikkeling is de opkomst van fysiofitness als nevenactiviteit van fysiotherapiepraktijken. Uit oogpunt van marketing kan deze ontwikkeling bijdragen aan ketenvorming.
In vergelijking met andere professionals in de gezondheidszorg hebben fysiotherapeuten minder binding aan de professie als geheel en aan de eigen beroepsorganisatie. Het percentage actieve leden van de beroepsorganisatie is dan ook laag. Fysiotherapeuten hebben een minder lange traditie als zelfstandige professie dan de andere professies in ons onderzoek, ook al is de eerste beroepsvereniging van toen nog heilgymnastmasseurs al meer dan 100 jaar oud. Zij ervaren (nog) relatief weinig invloed van richtlijnen op hun beroepsuitoefening en veel autonomie bij de indeling van hun werk.

Figuur 8.5 De positie van fysiotherapeuten op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



Figuur 8.6 De positie van dierenartsen op een aantal dimensies ten opzichte van het gemiddelde van alle zes professies



Dierenartsen vormen een speciale groep binnen ons onderzoek. De diergezondheidszorg heeft nauwelijks raakvlakken met de humane gezondheidszorg (daarbij afziende van de vraag of dat verstandig is gezien de ervaringen met vogelgriep en andere zoönosen). Hun rol ten opzichte van de 'baasjes' van gezelschapsdieren verschilt van de relatie met (intensieve) veeteeltbedrijven. Tegelijkertijd geldt dat dierenartsen die met beide type cliënten te maken hebben, relatief eenduidig zijn in hun opvattingen.
Dierenartsen hebben relatief weinig vertrouwen in hun cliënten. Ze ervaren de omgeving waarin zij hun beroep uitoefenen als meer competitief dan de andere beroepsbeoefenaren in ons onderzoek. Dit lijkt ook te worden gereflecteerd in het maatschappelijk aanzien van dierenartsen. Dit is vergeleken met de overige professies gedaald. Ook hebben ze weinig vertrouwen in hun collega's buiten de eigen praktijk. Net als fysiotherapeuten zijn ze relatief minder betrokken bij de beroepsgroep en de beroepsorganisatie, maar wel sterk bij de eigen praktijk. Het percentage actieve leden van de beroepsvereniging lijkt ook laag. Redenen om lid te zijn van een beroepsorganisatie worden door hen over de hele linie minder onderschreven dan door de andere professies. Het is niet verrassend dat zij het minst gemeenschappelijkheid voelen met andere gezondheidszorgberoepen.

8.5 Slot

In het publieke debat over de positie van professionals, hun verhouding tot het management van instellingen en de rol van de markt worden vaak extreme posities ingenomen. Het pleidooi om eens een einde te maken aan de 'managementterreur' en de professionals hun vrijheid en verantwoordelijkheid terug te geven, is iets te makkelijk.
Ten eerste zijn de veranderingen die we hebben gezien er niet voor niets geweest. Een al te sterke nadruk op een professioneel sturingsmodel verhult reëel bestaande verschillen in kwaliteit tussen beroepsbeoefenaren. De gebruikers van professionele dienstverlening willen graag uitgaan van een basaal hoge kwaliteit van dienstverlening, omdat zij zelf de kwaliteit niet goed kunnen beoordelen. Professionals zelf willen daar ook van uitgaan, omdat daardoor het vertrouwen van potentiële gebruikers van hun diensten in stand blijft en de vraag naar diensten

blijft bestaan. Tegelijkertijd leren systematisch onderzoek, incidenten en de ervaringen van professionals zelf dat er wel degelijk verschillen in kwaliteit zijn.
Ten tweede hebben de veranderingen in de positie van professionals hun oorzaken in algemene maatschappelijke ontwikkelingen.
Veranderingen in de positie van professionals zijn daarom niet zomaar terug te draaien. Allerlei omstandigheden zijn ondertussen veranderd. Ziekenhuizen zijn groter dan vroeger, de omloopsnelheid van kennis is toegenomen, nieuwe technologie maakt standaardisering van bepaalde processen mogelijk en kan tot betere resultaten leiden. Al die veranderde omstandigheden zijn niet verenigbaar met een stap terug.

Er is daarom veeleer behoefte aan een nieuwe invulling van professionele autonomie en verantwoordelijkheid. Die nieuwe invulling moet plaatsvinden tegen de achtergrond van een veranderende balans tussen professionele sturing, marktsturing en hiërarchische sturing.
De kern van het werk van professionals – binnen de relatie met patiënt of cliënt wordt algemene theoretische kennis toegepast op het specifieke geval – onttrekt zich voor een belangrijk deel aan waarneming van buitenaf. Beslissingen moeten ter plekke worden genomen door professionals die kunnen en durven beslissen. De richting van beslissingen wordt idealiter gestuurd door de belangen van de patiënt op dat moment en niet door externe overwegingen. Daarom is intrinsieke motivatie van groot belang. Professionals moeten hun werk leuk en uitdagend vinden en patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat het handelen van professionals op de belangen van de patiënten is gericht. Sterke sturing met financiële prikkels, gericht op de individuele professionals, brengt het gevaar met zich mee dat intrinsieke motivatie wordt verdrongen en wantrouwen bij patiënten ontstaat.
Tegelijkertijd weten we ook dat beslissingen rond een individuele patiënt beslag leggen op tijd en middelen. Daardoor zijn ze ook van invloed op de beschikbaarheid ervan voor andere patiënten. Het is dan ook van belang dat professionals verantwoording afleggen over hun beslissingen. Het vraagt tevens op andere niveaus dan de individuele patiënten om afwegingen van kosten (in brede zin) en opbrengsten van professioneel handelen en om integratie van belangen.

Door toenemende complexiteit van processen is er meer onderlinge afhankelijkheid van professionals. De tijd dat gezegd kon worden "over wat je niet ziet, praat je niet" is voorbij. De volgende schakel in de keten ziet immers de gevolgen. Dat is een van de redenen dat normen met betrekking tot het professioneel handelen onverminderd van belang zijn. De bron van professionele normen zal naar verwachting verschuiven van de beroepsgemeenschap naar de organisatie waarin wordt gewerkt, met als risico dat ook verantwoordelijkheid verschuift. Daarom wordt leiderschap van professionals binnen organisaties belangrijker. Ook moeten methoden van kwaliteitsbewaking binnen zorgketens verder worden ontwikkeld.
Het verzwakken van de normatieve gemeenschap van professionals kan leiden tot gefragmenteerde normen voor professioneel handelen langs lijnen die worden beïnvloed door de (markt)omstandigheden waaronder professionals werken. De organisatie van zorgprocessen wordt steeds meer gericht op de gang van patiënten door het systeem. Ook het handelen van professionals moet zich binnen de veranderde verhoudingen in de gezondheidszorg meer richten op de patiënten. 'Patient-centred professionalism' wordt in de Engelse discussie als term gebruikt voor een nieuwe balans tussen professionele ethiek en belangen van patiënten, waarin de preferenties van patiënten worden meegewogen in behandelvoorstellen en waarin beslissingen gezamenlijk worden genomen.

De discussie over de verhouding tussen professionals en management en de autonomie van professionals is niet dat management niet nodig is, maar veeleer wat voor soort management zich het best verhoudt tot de aard van het werk van professionals. De aansturing van professionals kan via de inhoud lopen of meer op afstand, via managementtechnieken die los van de inhoud staan. Aansturing via de inhoud vraagt vanwege de beperkte 'span of control' om kleinschaligheid of decentralisatie. Aansturing via managementtechnieken op afstand vereist interne verantwoordingsinformatie die gebaseerd is op de koppeling van (financiële) inputs en outputs. Door de toepassing van deze technieken op processen die eigenlijk lastig te kwantificeren zijn, zoals het werk van professionals (althans volgens

hun eigen claims), bestaat het gevaar dat onbedoeld de activiteiten van professionals verschuiven. Zowel bij interne verantwoording als bij externe verantwoording bestaat het gevaar dat indicatoren en doelen een eigen leven gaan leiden. Daardoor kan bij professionals het gevoel ontstaan dat er naast hun ervaren professionele werkelijkheid een managementwerkelijkheid bestaat en dat die twee sterk van elkaar verschillen. Dit kan worden voorkomen door ruimte te geven aan management waarin de inhoud van het werk centraal staat.

In een situatie waarin markt en hiërarchie belangrijker zijn (geworden) in vergelijking tot professionele sturing, is de toedeling van verantwoordelijkheid van groot belang.
Schaalvergroting en toenemende nadruk op kiezende patiënten kunnen ertoe leiden dat verantwoordelijkheid verschuift van persoonlijke verantwoordelijkheid van professionals naar verantwoordelijkheid van een team of organisatie, naar verantwoordelijkheid van de opstellers van standaarden en protocollen en naar verantwoordelijkheid van patiënten zelf. Ondanks het feit dat er terecht kan worden gewezen op verantwoordelijkheden op deze niveaus, brengen dergelijke verschuivingen het risico met zich mee dat verantwoordelijkheid diffuser wordt en niet alleen verschoven maar ook op anderen afgeschoven wordt. Daarom moet individuele verantwoordelijkheid onderdeel van de professionele cultuur zijn en blijven. Tegelijkertijd moet de professionele cultuur zijn gildenachtige gesloten-heid verlaten om aan moderne vereisten van het afleggen van verantwoording te voldoen.

Een nieuwe invulling van professionele autonomie en verantwoordelijkheid is alleen mogelijk als er voldoende wederzijds vertrouwen is in alle geledingen in de gezondheidszorg en als er oplossingen worden gezocht voor de vertrouwensproblemen die voortkomen uit de veranderende verhoudingen tussen professionals en hun patiënten, de onderlinge verhoudingen tussen professionals en de verhoudingen met derden.

Literatuur

Abbott A. *The system of professions: an essay on the division of expert labor.* Chicago: University of Chicago Press, 1988

Aegon. *Rekenschap en transparantie moet je omarmen. Eindrapportage Sneller Beter.* Den Haag: Aegon, 2005

Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen.* Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Baan CA, Smits JPJM, Limburg LCM. *Risico's Verkend. Naar een risicomodel voor toezichtstrategie van IGZ.* Bilthoven: RIVM. 2001.

Baarda R, Smets P. *Arbeidsmarktverkenning medische techniek.* Den Haag: Smetshover, 2004

Bakker DH de, Polder JJ, Sluijs EM e.a. *Op één lijn: toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020.* Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2005

Batenburg R, Groenewegen PP. Vrije beroepen in Europa: de verschuivende grenzen van de nationale mededingingswetgeving. In: Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen.* Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Beck U. *Risk society. Towards a new modernity.* London: Sage, 1992

Bemmel J van. *Whisky met een rietje: dagboek van een zieke huisarts.* Amsterdam: Boom/Belvédère, 1998

Bennekom I van. Interview in: *Imago en identiteit. Jaarbericht Zorgverzekeraars Nederland 2005.* Zeist: Zorgverzekeraars Nederland, 2006

Bensing JM. *De rotonde van lichaam en geest. Psychologische aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg.* Oratie. Utrecht: NIVEL/UU, 1994

Bensing JM, Tromp F, Dulmen S van, Brink-Muinen A van den, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*, 2006; 7:62

Berg MJ van den, Bakker DH de. *Meta-analyse introductie praktijkondersteuning op HBO-niveau in de huisartspraktijk in Nederland.* Utrecht: NIVEL, 2003

Berg MJ van den, ED Kolthof ED, Bakker DH de, Zee J van der. *De werkbelasting van huisartsen. Tweede Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.* Utrecht: NIVEL, 2004

Blaauwbroek H. *Patiëntenorganisaties en patiëntenrechten in de Nederlandse gezondheidszorg.* 1996. Geraadpleegd op www.bbvz.nl. November 2006

Blank JLT, Hulst BL van. *Verspreiding van vernieuwing. Een empirische diagnose van de verspreiding van innovaties in Nederlandse ziekenhuizen.* Achtergrondstudie bij het RVZ-rapport 'Van weten naar doen'. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005

Blendon RJ, Brodie M, Benson JM, Altman DE, Levitt L, Hoff T, Hugick L. Understanding the managed care backlash. *Health Affairs*, 1998; 17:80-94

Blok R de. De grote school en de kleine schaal. *Onderwijsmagazine*, januari 2005

Boerma L, Tijssen I. *Artsen over beroep en organisatie.* Nijmegen: Instituut Sociale Geneeskunde, 1983

Boon W. *Interim-management en professionalisering: een beroepsgroep op zoek naar kwaliteit.* Proefschrift. Tilburg: Universiteit van Tilburg, 2005

Bos F, Douven R, Mot E. *Vier toekomstscenario's voor overheid en zorg.* CPB Document nr. 72. Den Haag: Centraal Planbureau, 2004

Brink G van den, Jansen T, Pressers D (red.). *Beroepszeer: waarom Nederland niet goed werkt.* Amsterdam: Boom, 2005

Broadbent J, Laughlin R. Public service professionals and the new public management: control of the professions in the public services. In: McLaughlin K, Osborne SP, Ferlie E (red.). *New public management: current trends and future prospects*. London: Routledge, 2002; 95-108

Brock D, Powell M, Hinings CR (red.). *Restructuring the professional organization: accounting, health care and law*. London: Routledge, 1999

Bruijn H de, Bruijne M de, Heuvelhof E ten, Stoug H, Zalinge K van. *Samenloop bij toezicht*. Delft: Kenniscentrum ICT en recht, 2001

Bureau Noordam & De Vries. *Onderzoek contractering HA - ZV*. 2006. Geraadpleegd op www.devrijehuisarts.nl. November 2006

Cancrinus-Matthijsse A. *Tussen hulpverlening en koopmanschap: beroepsuitoefening en taakopvattingen van openbare apothekers in een aantal West-Europese landen*. Proefschrift. Amsterdam: Thesis Publishers, 1995

Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2005 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde*. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2005

CBS. *Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland*. Heerlen/Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003.

CBS. *Gezondheid en zorg in cijfers 2005*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2005

CBS. *Statline*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd op www.cbs.nl. November 2006

Commissie Innovatie Mondzorg. *Innovatie in de mondzorg. Advies*. Leiden: Commissie Innovatie Mondzorg / IOO, 2006

Commissie Stevens. *Het gezicht van toezicht. Aanbevelingen tot vermindering van de toezichtlast*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, 2006

Consumentenbond. *Beginselverklaring. Veranderingen en dilemma's*. Geraadpleegd op www.consumentenbond.nl. November 2006

CTG. *Jaarverslag 2005*. Den Haag: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2006

CTG/ZAio. *Oriënterende monitor fysiotherapie; analyse van de contractonderhandelingen voor het jaar 2005*. Utrecht: CTG/ZAio, 2005

CTG/ZAio. *Visiedocument ziekenhuiszorg*. Utrecht: CTG/Zaio, 2005

CTZ, CTG. *Consultatiedocument Monitor zorgverzekeringsmarkt*. Utrecht: CTG/Zaio, 2005

Damme M van, Haan J de, Kraan K, Kwakkelstein T, Leede J de, Steijn B, Tijdens K. *Verzonken technologie. ICT en arbeidsmarkt*. SCP-werkdocument 114. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005

Delnoij DMJ, Rooijen APN van, Wigersma L, Groenewegen PP. Botsingen in de spreekkamer: publiek en artsen oordelen over vraaggestuurde inrichting van de zorg. *Medisch Contact*, 2003; 58: 419-422

DNB. De gevolgen van het nieuwe stelsel van gezondheidszorg. *Kwartaalbericht September 2004*. Amsterdam: De Nederlandsche Bank, 2004

Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. *Int J Technol Assess Health Care*, 1993; 9: 505-513

Dulmen S van, Bensing JM. In en uit de witte jas. *Medisch Contact*, 2002; 57: 1900-1903

Engelen E. Zin en onzin van marktwerking. In: Hurenkamp M, Kremer M (red.). *Vrijheid verplicht: over tevredenheid en de grenzen van keuzevrijheid*. Amsterdam: Van Gennip, 2005, 43-56

Evans RG. *Strained mercy: the economics of Canadian health care*. Toronto: Butterworths, 1984.

Everdingen JJE van. 'Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard': oordelen van artsen over richtlijnen. *Medisch Contact*, 2003; 58: 473-476

Flap H. Professies als probleem: sociaal-wetenschappelijke vraagstellingen op het terrein van de vrije beroepen. In: Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Flierman HA. *Changing the payment system of general practitioners*. Proefschrift. Utrecht: NIVEL, 1991

Fouarge D, Gielen A, Grim R, Kerkhofs M, Román A, Schippers J, Wilthagen T. *Trendrapport Aanbod van Arbeid 2005*. Tilburg: Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek, 2006

Freidson E. *Professonal dominance.* New York: Atherton, 1970

Fuchs V. Physician-induced demand: a parable. *J Health Economics*, 1986; 5: 367

Gijsberts M, Hartgers M. Minderheden in het onderwijs. In: *Jaarrapport integratie 2005.* Den Haag: SCP/WODC/CBS, 2005

Groenewegen PP, Dixon J, Boerma WGW. The regulatory environment of general practice: an international perspective. In: Saltman R, Busse R, Mossialos E (red.). *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems.* Buckingham: Open University Press, 2002; 200-214

Groenewegen PP, Delnoij DMJ. *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts.* Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997

Groenewegen PP, Hofland S. Maatschappen van specialisten: ontwikkeling in omvang en samenstelling. *TSG*, 2003; 81: 27-33

Groenewegen PP, Lindert H van. Vrij beroep in afhankelijkheid: de veranderende positie van medisch specialisten in de Nederlandse algemene ziekenhuizen. In: Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen.* Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Groenewegen PP, Marangos A. Maat gevraagd: eisen aan nieuwe leden van een maatschap. *Medisch Contact*, 2004; 59: 278-281

Gunst J. Advocatuur in Nederland (1970-2000): externe ontwikkelingen en organisatorische aanpassing. In: Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen.* Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Halpern D. *Social Capital.* Cambridge: Polity, 2005

Hart J de (red.). *Zekere banden: sociale cohesie, leefbaarheid en veiligheid.* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2002

Haug MR. A re-examination of the hypothesis of physician deprofessionalization. *Milbank Quarterly*, 1988; 66(suppl 2): 48-56

Heilbron J, Vries G de. *De draagbare De Swaan.* Amsterdam: Prometheus, 1999

Heiligers PJM, Jong JD de, Hingstman L, Lugtenberg M, Groenewegen PP. *Integratie deeltijdwerken medisch specialisten.* Utrecht: NIVEL, 2006

Heiligers PJM, Hingstman L. Loopbaanplanning door medisch specialisten: sekseverschillen in de balans van werk- en zorgtaken. *TSG*, 2002; 80: 5-92

Heinz J, Nelson RL, Sandefur RL, Laumann EO. *Urban Lawyers: the new social structure of the bar.* Chicago: University of Chicago Press, 2005

Holland P. Toespraak op KNMG-jaarcongres 2005 "*Blijft de dokter overeind?*". Geraadpleegd op www.knmg.nl. November 2006

Hoogervorst H. Toespraak op KNMG-jaarcongres 2005 "*Blijft de dokter overeind?*". Geraadpleegd op www.knmg.nl. November 2006.

Hout FAG. *The Dutch disciplinary system for health care: an empirical study.* Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2006

Hukkelhoven CWPM, Burgers JS, Everdingen JJE van, Duyn CD van. Snelheid in de richtlijnproductie: tijdrovende procedures doen de actualiteit teniet. *Medisch Contact*, 2006; 61: 1548-1551

IGZ. *Missie van de Inspectie van de Gezondheidszorg.* Geraadpleegd op www.igz.nl. November 2006

Jagt EJ van der. Eisend gedrag en agressie van zorgvragers. In: *Rapport Signalering Ethiek en Gezondheid 2003.* Den Haag/Zoetermeer: Gezondheidsraad/RVZ, 2003

Janse AFC, Hutten JBF, Spreeuwenberg P. *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen.* Utrecht: NIVEL, 2002

Jong J de, Heiligers P, Hingstman L. *Tabellenboek integratie deeltijdwerken medisch specialisten fase 1: problemen en knelpunten bij het invoeren van deeltijdwerken.* Utrecht: NIVEL 2005

Jong J de, Delnoij D, Groenewegen PP. *Verzekerdenmobiliteit is hoog. Ook ouderen zijn overgestapt.* Utrecht: NIVEL, 2006a

Jong J de, Delnoij D, Groenewegen PP. *Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe zorgstelsel.* Utrecht: NIVEL, 2006b

Kao AC, Green DC, Zaslavsky AM, Koplan JP, Cleary PD. The relationship between method of physician payment and patient trust. *J Am Medical Association*, 1998; 280: 1708-1714

Kenens RJ, Hingstman L. *Cijfers uit de registratie van verloskundigen - peiling 2005*. Utrecht: NIVEL, 2005

Kersten JWET, Zee J van der, Abrahamse HPH, Sixma HJM. Fysiotherapeuten kijken vooruit! Beroep en beroepsuitoefening. *Nederlands Tijdschrift voor Fysioterapie*, 1996; 4: 82-88

Keuzenkamp H, Kok L. *Hobbels op het speelveld van zorgverzekeraars*. SEO-rapport nr. 692. Amsterdam: SEO, 2003

Kleiboer MA, Huls NJH. *Tuchtrecht op de terugtocht? Wettelijk niet-hiërarchisch tuchtrecht: een vergelijkende analyse*. Utrecht: Lemma, 2001

KNMG. *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. I.s.m. DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2002

KNMG. Brief aan de deelnemende politieke partijen van de Tweede Kamer verkiezingen in 2006 met als onderwerp '*Voor kwaliteit, professionaliteit en volksgezondheid. Verkiezingsthema's gezondheidszorg van de artsenfederatie KNMG*'. 14 augustus 2006. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2006

KNMG. *Gedragsregels voor artsen*. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1978

KNMG. Rapport van de associatiecommissie. *Medisch Contact*, 1958; 13: 652-9

KNMP. *Leden- en adressenlijst*. Den Haag: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, 2006

KNMvD. *KNMvD Jaarverslag 2004*. De KNMvD is mensenwerk. Houten: Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde, 2005

KNMvD. *Diergeneeskundig adresboek*. Houten: Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde, 2006

Koning P, Canton E, Cornet M, Pomp M, Ven J van de, Venniker R, Vollaard B, Webbink D. *Centrale doelen, decentrale uitvoering. Over de do's en don'ts van prestatieprikkels voor semi-publieke instellingen*. CPB Document nr. 45. Den Haag: Centraal Planbureau, 2004

Kooiker SE. 'Je gezondheid is je kostbaarste bezit': de veranderde waarde van gezondheid in de periode 1966-1993. In: Kooiker SE, Mootz M (red.). *Patiënt en professie: culturele determinanten van medische consumptie*. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1996; 63-96

Kortenhoeven D. *Honderd jaar fysiotherapie: ontwikkeling van het wettelijk en economisch kader van een paramedische beroepsgroep*. Arnhem: Gouda Quint, 1989

Krause EA. *Death of the guilds: professions, states, and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven: Yale University Press, 1996

Krogt ThPWM van der. *Professionalisering en collectieve macht*. Den Haag: VUGA, 1981

KSU. Persbericht '*De stand van het Notariaat 2005*'. Geraadpleegd op www.advocatie.nl. November 2006.

Lamkaddem M, Bakker DH de, Nijland A, Haan J de. *De invloed van praktijkondersteuning op de werklast van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL, 2004

Larson MS. *The rise of professionalism: a sociological analysis*. Berkeley: University of California Press, 1977

Lazega E. *The collegial phenomenon: the social mechanisms of cooperation among peers in a corporate law partnership*. Oxford: Oxford University Press, 2002

Lindert H van, Friele RD, Verweij JA. Evaluatie van de WGBO vanuit patiëntenperspectief. In: Dute JCJ, Gevers JKM, Hubben JH, Leegemaate J, Roskam-Abbing HDC, Sluijters B, Widdershoven GAM, Wijmen FCB van (red.). *Evaluatie van de WGBO*. Den Haag: ZonMw, 2000

Lips JP, Janson EJ, Roumen FJME, Willems M. Ongrijpbare zorg: ontwikkelen van externe kwaliteitsindicatoren vereist inspanning. *Medisch Contact*, 2002; 57: 1860-1863

Lugtenberg M, Velden LFJ van der, Hingstman L. *Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in de huisartspraktijk*. Utrecht: NIVEL, 2006

Lugtenberg M, Heiligers P, Hingstman L. *Artsen en hun carrièrewensen. Een literatuurstudie*. Utrecht: NIVEL, 2005

Lulofs JG. Professies en de markt voor vertrouwensgoederen. In: Lindenberg S, Stokman FN (red.). *Modellen in de sociologie*. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1983

M'charek A, Willems D (red.). *Alledaagse zorg: de politiek van gewone medische praktijken.* Den Haag: Rathenau Instituut, 2005

Marketresponse. *Zorgverzekerde en huisarts negatief over fusies zorgverzekeraars.* 2006. Geraadpleegd op www.marketresponse.nl. November 2006.

McMurray JE, Heiligers PJM, Shugerman RP, Douglas JA, Gangnon RE. Part-time medical practice: where is it headed? *Am J Medicine*, 2005; 118: 87-92

Medisch Contact. Marktwerking alleen bij enkelvoudige zorg. *NieuwsReflex*, nr 8. 2004

Melchior M. 'Collega's vonden ons rare idealisten': Arend Pasma over oprichting eerste chirurgische maatschap. *Medisch Contact*, 2006; 61: 666-668

Meloen J, Groenewegen PP, Hingstman L. *De toekomst van het algemene ziekenhuis: een achtergrondstudie naar de criteria voor spreiding van het ziekenhuisaanbod.* Utrecht: NIVEL, 2000

Meuwissen R, Bröcheler V. Accountant als beroep: veranderende markten en organisaties. In: Arts W, Batenburg R, Groenewegen PP (red.). *Een kwestie van vertrouwen: over veranderingen op de markt voor professionele diensten en in de organisatie van vrije beroepen.* Amsterdam: Amsterdam University Press, 2001

Miedema, M. Zorg op de schop. *Onderwijsmagazine december 2005.* Den Haag: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2005

Ministerie van BZK. *Minder last. Meer effect. Zes principes van goed toezicht. Kaderstellende Visie op Toezicht 2005.* Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, 2005

Ministerie van EZ. *Eindrapportage departementale takenanalyse Ministerie van Economische Zaken.* Den Haag: Ministerie van Economische Zaken, 2005

Ministerie van Justitie. Persbericht Ministerraad. *Kabinet maakt regeling voor notaris in dienstbetrekking.* Den Haag: Ministerie van Justitie, 24 juni 2005

Ministerie van VWS en Ministerie van OCW. *De zorg van morgen. Flexibiliteit en samenhang. Rapport van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking.* Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, 2003

Ministerie van VWS. *Informatiedossier Wet marktordening gezondheidszorg.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op www.minvws.nl. November 2006

Ministerie van VWS. *Elektronisch patiëntendossier. Vragen en antwoorden.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Geraadpleegd op www.minvws.nl. November 2006

Mintzberg H. *Mintzberg over management.* Amsterdam, Business Contact, 1994

MOBG. *Eenheid in verscheidenheid. Naar samenhang, flexibiliteit en transparantie in het stelsel van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.* Utrecht: Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg, 2005

Moorsel H van, Piekaar E, Revenboer AJM, Stam-Hooft EM. *Toezicht valt te prijzen. Inzicht in de kosten van de administratieve lasten van het toezicht op de zorgverzekeraars.* Den Haag: Ernst & Young, 2005

Nahuis R, Noailly J. *Competition and quality in the notary profession.* CPB Document nr. 94. Den Haag: Centraal Planbureau, 2005

Nederlandse Orde van Advocaten. *Jaarverslag 1996.* Den Haag: Nederlandse Orde van Advocaten, 1997

Nederlandse Orde van Advocaten. *Jaarverslag 2005.* Den Haag: Nederlandse Orde van Advocaten, 2006a

Nederlandse Orde van Advocaten. *Brief Algemene Raad aan de Commissie Advocatuur. Betreft Rapport SEO.* Geraadpleegd op www.advocatenorde.nl. Den Haag: Nederlandse Orde van Advocaten, 2006b.

NIVEL. *Cijfers uit de registratie van fysiotherapeuten. Peiling 1 januari 2005.* Utrecht: NIVEL, 2006a

NIVEL. *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2005.* Utrecht: NIVEL, 2006b

NIVRA. *Jaaroverzicht 2000/2001.* Amsterdam: Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants, 2001

NIVRA. *Jaaroverzicht 2004/2005.* Amsterdam: Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants, 2005

NMa. *Maatstafconcurrentie regionale netbedrijven elektriciteit. Informatie- en consultatiedocu-*

Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2006

Vianen GJ, Schreuder RF, Terwiel C. *Gezond ouder worden. Deelrapportage 4. Toekomstverkenning Patiëntenorganisaties.* Leiden: STG/Health Management Forum, 2005

Visser J, Wilthagen T, Beltzer E, Putte E van der. Part-time Employment in the Netherlands: From atypicaly to a typicality. In: Sciarra S, Davies P, Freedland M. *Discourses in Labour Law: Employment policy and labour law in the EU.* Cambridge: Cambridge University Press, 2004

Wee S van der. *Differentiatie en adaptatie: het draagvlak voor integratie in de organisatie onder medisch specialisten in algemene en academische ziekenhuizen in Nederland.* Proefschrift. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2000

Weeden K. Why do some occupations pay more than others? Social closure and earnings inequality in the United States. *American Journal of Sociology,* 2002; 108: 55-101

Werkgroep andere toezichtinstrumenten. *Vreemde ogen. Naar een andere kijk op toezichtarrangementen.* Bijlage bij Kamerstuk 29279, nr. 13. 2004

Westert GP, Verkleij H (red.). *Zorgbalans: de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004.* Bilthoven: RIVM, 2006

Westert GP. Artsen en de 'couleur locale': over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *TSG,* 1996; 74:52-70

WHO. *World health report 2000.* Geneva: World Health Organisation, 2000

Wigersma L. *De invloed van zorgverzekeraars op voorschrijven. Impressie van een seminar op 27 april 2006.* Geraadpleegd op knmg.artsennet.nl. November 2006

Wijck P van. No cure, no pay: een goed idee? *ESB,* 1999; 84: 244-248

Wilde AAM, Peters RJG. *Menzis wint kort geding over bonusregeling. De slag gewonnen, de oorlog verloren?* 2006. Opinie-artikel geraadpleegd op www.cardiology.nl. November 2006

WRR. *De komende vijfentwintig jaar.* Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1977

Zorgverzekeraars Nederland. Aanbiedingsbrief "*Rapportage Ernst & Young inzake toezicht op de zorgverzekeraars*" aan de leden van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 23 november 2005. Zeist Zorgverzekeraars Nederland, 2005

Zorgverzekeraars Nederland. *Dossier DBC's ziekenhuizen. Achtergrond.* Geraadpleegd op www.zn.nl. November 2006

Dankwoord

Het onderzoek waarop dit boek is gebaseerd, is grotendeels gefinancierd door de VVAA. De uitgave is door de VVAA mogelijk gemaakt. Wij danken deze organisatie voor het vertrouwen dat zij in ons heeft gesteld. Het initiatief tot dit onderzoek is indertijd genomen door de toenmalige voorzitter, prof. A. Casparie.
Het onderzoek dat in hoofdstuk 4 is beschreven, is gefinancierd uit eigen middelen van het NIVEL voor strategisch en verdiepend onderzoek.

Voor het onderzoek was door de VVAA een begeleidingscommissie ingesteld, bestaande uit J.H.A.M. van den Bergh (longarts en voorzitter van de VVAA), L.H. de Vries (huisarts en lid van het bestuur van de VVAA), H.L.C. Logtenberg (dierenarts en secretaris van de VVAA), M.M. Wijnen (hoofd verenigingszaken van de VVAA) en W.A. Arts (emeritus hoogleraar sociologie). Wij bedanken hen voor de vele adviezen in de loop van het onderzoek en het commentaar op eerdere versies van de tekst.

Het deel van het onderzoek over het maatschappelijk aanzien van professies en beroepen in het algemeen is uitgevoerd in samenwerking met W. C. Ultee (hoogleraar sociologie Radboud Universiteit), H. Sixma (NIVEL), T. van der Weegen (statisticus Radboud Universiteit) en M. Krol (student sociologie Radboud Universiteit).

Conform het kwaliteitssysteem van het NIVEL is de tekst van dit boek voorgelegd aan een toetsingsvergadering. Wij danken J. van der Zee, J, van den Heuvel, J. de Jong, L. Hingstman en R. Friele voor hun commentaar op de tekst.

Ten slotte danken wij de professionals en zorggebruikers die de moeite hebben genomen onze vragenlijsten in te vullen en de sleutelpersonen die wij geïnterviewd hebben.

Utrecht, november 2006
Peter Groenewegen
Johan Hansen
Susan ter Bekke

Over de auteurs

Peter Groenewegen is socioloog. Hij is hoofd van een van de onderzoeksafdelingen van het NIVEL en hoogleraar ruimtelijke en sociale aspecten van gezondheid en gezondheidszorg aan de Universiteit Utrecht. Hij publiceerde eerder onder meer (samen met Diana Delnoij) *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* (Elsevier, 1997).

Johan Hansen is socioloog. Hij werkt als onderzoeker in de sectie 'Beroepen in de zorg' van het NIVEL. Hij is gepromoveerd op een onderzoek naar de invloed van organisaties op de carrières van hun werknemers.

Susan ter Bekke is demograaf. Zij werkt als assistent-onderzoeker in de sectie 'Beroepen in de zorg' van het NIVEL.

Bijlage 1

Lijst van gesprekspartners interviews

dhr. dr. H.J.J.M. Berden, Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
dhr. dr. A. Boer, College voor zorgverzekeringen
dhr. M.A.J.M. Bos, Zorgverzekeraars Nederland
dhr. prof. dr. C.J. de Blaey, Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers (WINAp)
dhr. O.A. van Dobbenburgh, dierenarts, Dierenartsencoöperatie AUV
dhr. C.A. Geldof, arts, Bureau MOBG (Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg)
dhr. F.C. Krapels, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
mw. M. Rompa, Koninklijke Vereniging MKB-Nederland, ActiZ
dhr. T. de Ruijter, dierenarts, ten tijde van het interview voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde
dhr. dr. F.B.M. Sanders, radioloog, Diakonessenhuis Utrecht, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten, ex-voorzitter RVZ
dhr. J.F. van Santen, huisarts, ten tijde van het interview vice-voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging
dhr. R.C. Sardeman, arts, Inspectie voor de Gezondheidszorg
mw. A. Schipaanboord, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
dhr. L.J. Schmit Jongbloed, arts, LSJ Medisch Projectbureau v.o.f.
dhr. dr. R.M. Valentijn, internist, HagaZiekenhuis - Locatie Rode Kruis, ex-voorzitter Orde van Medisch Specialisten
dhr. H. van Vliet, College tarieven gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.; inmiddels Nederlandse Zorgautoriteit
dhr. N. Vos, tandarts, vice-voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
dhr. P. Van der Wees, fysiotherapeut, Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
dhr. E.D. Wiebes, Ministerie van Economische Zaken
dhr. dr. L. Wigersma, arts, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

Bijlage 2

Onderzoeksverantwoording: steekproeftrekking, respons en weging

De steekproeftrekking

Voor het onderzoek onder de professionals zijn in juni 2006 vragenlijsten verstuurd naar beroepsbeoefenaren uit zes professies. Om een beeld te krijgen van deze zes professies zijn aselecte steekproeven getrokken, waarbij gestratificeerd is naar de werksituatie van de professional. Dit wil zeggen dat er binnen een bepaalde beroepsgroep niet een algemene steekproef is getrokken maar deelsteekproeven naar werksituatie. Hiervoor is gekozen, omdat meningen omtrent autonomie en taakverschuiving kunnen verschillen al naar gelang de werksituatie. Daarnaast zijn er relevante ontwikkelingen gaande in de verschillende werksituaties van de beroepsgroepen, zoals de opkomst van franchiseorganisaties, de schaalvergroting van organisaties, en de opkomst van andere marktpartijen (zoals farmaceutische bedrijven of zorgverzekeraars) die een deel van het aanbod van zorg gaan verzorgen. Door deze stratificatie is het mogelijk gerichter vragen te stellen omtrent de invloed van organisatie- en vestigingsvormen op de manier waarop men het werk uitoefent en hoe men de eigen positie beziet. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om verschuivingen in beroepsuitoefening en beroepsrollen, oriëntatie op de werkorganisatie dan wel de beroepsorganisatie, en percepties van gemeenschappelijkheid.
Voor elke beroepsgroep is een steekproef getrokken van 200 personen, behalve voor de medisch specialisten, waar de steekproefgrootte 400 is. Per beroepsgroep zijn andere criteria gekozen waarop is gestratificeerd, vandaar dat per beroepsgroep de steekproeftrekking wordt besproken.

Medisch specialisten

Aangezien de aard van werkzaamheden en positie in de organisatie tussen de beschouwende, snijdende en ondersteunende medisch specialisten sterk kan verschillen is gekozen voor een gestratificeerde steekproef naar medisch specialisme en soort ziekenhuis. Om een statistisch verantwoord onderscheid te kunnen maken naar specialisme is een steekproef getrokken van 400 personen uit 10 medisch specialismen, dat wil zeggen 40 personen per specialisme. De 10 medisch specialismen zijn onderverdeeld in 4 beschouwende (Cardiologie, Dermatologie, Inwendige geneeskunde, Neurologie), 3 snijdende (Heelkunde, KNO-heelkunde, Gynaecologie) en 3 ondersteunende specialismen (Anesthesiologie, Pathologie, Radiologie). De 40 personen per specialisme zijn verdeeld over 40 ziekenhuizen, oftewel 1 vertegenwoordiger van een specialisme per ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn geselecteerd op basis van de website www.kiesbeter.nl, waarin nagenoeg alle ziekenhuizen vertegenwoordigd zijn. Vervolgens is willekeurig een steekproef getrokken van 5 Universitair Medisch Centra (UMC), 10 Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) en 25 overige algemene ziekenhuizen. Daarna zijn via de websites van de ziekenhuizen de namen verzameld van de daar werkzame specialisten. Ontbrekende namen zijn afkomstig uit jaarverslagen van de betreffende ziekenhuizen of het Geneeskundig Adresboek. Hieruit is willekeurig één persoon per specialisme gekozen.

Apothekers

Voor de apothekers is een gestratificeerde steekproef getrokken van 200 personen: 120 leden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), 40 niet-leden en 40 ziekenhuisapothekers. De leden en niet-leden van de KNMP (tezamen de openbare apothekers) zijn verkregen door middel van de KNMP Leden- en adressenlijst 2006. De ziekenhuisapothekers zijn willekeurig getrokken uit dezelfde ziekenhuizen als waar de geselecteerde medisch specialisten werkzaam zijn.

Fysiotherapeuten

Voor de fysiotherapeuten is een gestratificeerde steekproef getrokken van 200 personen: 40 ziekenhuisfysiotherapeuten, 71 fysiotherapeuten in

loondienst en 89 fysiotherapeuten die eigenaar zijn van de praktijk. De 160 extramuraal werkzame fysiotherapeuten zijn verkregen via de NIVEL-beroepenregistratie. De ziekenhuisfysiotherapeuten zijn ook hier, net als de ziekenhuisapothekers, geselecteerd uit dezelfde ziekenhuizen als waar de geselecteerde medisch specialisten werkzaam zijn.

Tandartsen

Voor de tandartsen is een gestratificeerde steekproef getrokken van 200 personen: 80 tandartsen in een solopraktijk, 80 in een groepspraktijk en 40 praktijkmedewerkers. Deze gegevens zijn verkregen via de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT).

Huisartsen

Voor de huisartsen is een gestratificeerde steekproef getrokken van 200 personen, waarvan 40 huisartsen werkzaam zijn in gezondheidscentra, 120 huisartsen zelfstandig gevestigd zijn en 40 werken als HIDHA (Huisarts In Dienst van een HuisArts). Uit de ledenlijst van de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) zijn aselect 40 gezondheidscentra getrokken. De 120 zelfstandige gevestigde huisartsen en 40 HIDHA's zijn verkregen via de NIVEL-beroepenregistratie.

Dierenartsen

In het geval van dierenartsen is een gestratificeerde steekproef getrokken van 200 personen: 85 dierenartsen werkzaam in een gemengde praktijk, 30 in een landbouwhuisdierenpraktijk en 85 in een gezelschapsdierenpraktijk. Deze gegevens zijn verkregen via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde (KNMvD).

De respons

Volgende tabel geeft een overzicht van de respons per beroepsgroep. In totaal zijn 1400 vragenlijsten verstuurd. Omdat enkele hiervan onbestelbaar bleken (bijvoorbeeld vanwege verhuizingen of door onbekende adressen), zijn deze buiten beschouwing gelaten bij het bepalen van het responspercentage. Hierdoor is het totale steekproefkader 1359. Aangezien 544 ingevulde vragenlijst zijn geretourneerd is het totale responspercentage over de zes professies 40 procent. De tabellen erna laten de respons zien per beroepsgroep naar de criteria waarop gestratificeerd is.

Tabel B2.1 Totale respons voor de zes verschillende professies

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Medisch specialisten	389	144	37%
Apothekers	197	58	29%
Fysiotherapeuten	193	110	57%
Tandartsen	188	52	28%
Huisartsen	195	82	42%
Dierenartsen	196	98	50%
Totaal	1359	544	40%

Tabel B2.2 Respons medisch specialisten

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
UMC	47	22	47%
STZ	98	23	23%
Algemeen ziekenhuis	244	99	41%
Totaal	389	144	37%

Tabel B2.3 Respons apothekers

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Openbare apotheker	157	44	31%
Ziekenhuisapotheker	40	14	28%
Totaal	197	58	29%

Tabel B2.4 Respons fysiotherapeuten

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Eigenaar praktijk	86	50	58%
Loondienst	70	33	47%
Ziekenhuisfysiotherapeut	37	27	73%
Totaal	193	110	57%

Tabel B2.5 Respons tandartsen

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Solo praktijk	80	23	29%
Groepspraktijk	79	27	34%
Praktijkmedewerker	29	2	7%
Totaal	188	52	28%

Tabel B2.6 Respons huisartsen

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Gezondheidscentrum	40	20	50%
Zelfstandig gevestigd	119	44	37%
HIDHA	36	18	50%
Totaal	195	82	42%

Tabel B2.7 Respons dierenartsen

	Totale steekproefkader	Respons	Responspercentage
Gemengde praktijk	81	43	52%
Landbouwhuisdierenpraktijk	30	17	55%
Gezelschapsdierenpraktijk	85	38	45%
Totaal	196	98	50%

Weging

Om algemene uitspraken te kunnen doen over de zes professies moeten de respondenten 'gewogen' worden wanneer de verhoudingen op populatieniveau niet overeenkomen met die van het respondentenniveau. Elke respondent krijgt in dat geval een wegingsfactor: de respondent telt zwaarder of minder zwaar mee in de berekening. De volgende tabellen laten zien hoe groot de wegingsfactoren per beroepsgroep zijn, naar de criteria waarop gestratificeerd is.

Medisch specialisten

Voor de medisch specialisten is gekozen de wegingsfactoren te bepalen voor het soort ziekenhuis, namelijk werkzaam in een UMC of in een algemeen ziekenhuis/STZ. Via het NIVEL zijn gegevens geschat op populatieniveau waardoor de volgende wegingsfactoren zijn berekend.

Tabel B2.8 Wegingsfactor medisch specialisten

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
UMC	25,0%	15,3%	1,64
Algemeen ziekenhuis/STZ	75,0%	84,7%	0,89

Apothekers

Gegevens op populatieniveau voor de apothekers zijn verkregen via de KNMP-apothekenlijst (2006).

Voor de apothekers zijn de volgende wegingsfactoren berekend voor openbare en ziekenhuisapothekers

Tabel B2.9 Wegingsfactor apothekers

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
Openbare apotheker	85,5%	75,9%	1,13
Ziekenhuisapotheker	14,5%	24,1%	0,60

Fysiotherapeuten

Voor de fysiotherapeuten zijn gegevens op populatieniveau verkregen via de NIVEL-beroepenregistratie (2006a) en zijn de volgende wegingsfactoren berekend.

Tabel B2.10 Wegingsfactor fysiotherapeuten

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
Eigenaar praktijk	52,9%	45,5%	1,16
Loondienst	33,5%	30,0%	1,12
Ziekenhuisfysiotherapeut	13,5%	24,5%	0,55

Tandartsen

Om de wegingsfactoren te bepalen voor de tandartsen is gekozen voor de tweedeling werkzaam in een solopraktijk en werkzaam in een groepspraktijk, aangezien er maar 2 van de 29 aangeschreven praktijkmedewerkers hebben gerespondeerd. Een wegingsfactor voor zo'n kleine groep zou dan namelijk te groot worden. Vandaar dat ervoor is gekozen de praktijkmedewerkers buiten beschouwing te laten. Gegevens op populatieniveau zijn verkregen via de NMT en de volgende wegingsfactoren zijn berekend.

Tabel B2.11 Wegingsfactor tandartsen

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
Solopraktijk	58,3%	46,0%	1,27
Groepspraktijk	41,7%	54,0%	0,77

Huisartsen

De gegevens op populatieniveau van de huisartsen zijn verkregen via de NIVEL-beroepenregistratie (2006b). Op basis van de populatieverdeling zijn de volgende wegingsfactoren berekend.

Tabel B2.12 Wegingsfactor huisartsen

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
Gezondheidscentrum	9,7%	24,4%	0,40
Zelfstandig gevestigd	80,5%	53,7%	1,50
HIDHA	9,9%	22,0%	0,45

Dierenartsen

De gegevens op populatieniveau voor de dierenartsen zijn verkregen via de KNMvD. De volgende wegingsfactoren zijn berekend.

Tabel B2.13 Wegingsfactor dierenartsen

	Populatie	Respons	Wegingsfactor
Gemengde praktijk	51,1%	43,9%	1,16
Landbouwhuisdieren praktijk	4,0%	17,3%	0,23
Gezelschapsdieren praktijk	45,0%	38,8%	1,16

Bijlage 3

Tabellen met verklarende analyses hoofdstuk 4 tot en met 7

Op basis van de gehouden enquêtes onder consumenten (in hoofdstuk 4) en onder professionals (in hoofdstuk 4 tot en met 7) zijn verschillende zogenaamde multivariate analyses uitgevoerd. Deze zijn besproken in boxen in de betreffende hoofdstukken. In deze bijlage worden de precieze resultaten getoond, vergezeld van een korte uitleg. Aan de hand van multivariate analyse worden verschillende kenmerken opgenomen in een model, ter verklaring van één ander kenmerk. Hierdoor kan de statistische invloed van een kenmerk onderzocht worden, gecontroleerd voor alle andere kenmerken in het model. Wel geldt hierbij als kanttekening dat een dergelijke analyse niet noodzakelijk in termen van oorzaak en gevolg kan worden uitgelegd. Hiervoor is namelijk onderzoek door de tijd heen vereist. Wel laten de coëfficiënten in de tabellen zien wat de samenhang is tussen het te verklaren kenmerk en de opgenomen kenmerken.
In de tabellen zijn zogenaamde gestandaardiseerde effecten opgenomen. Deze kunnen een minimumwaarde van -1 en een maximumwaarde van +1 aannemen. Hierdoor kunnen effectgroottes met elkaar vergeleken worden. Een negatieve coëfficiënt laat zien dat het betreffende kenmerk negatief samenhangt met het onderwerp van studie. Bijvoorbeeld, in tabel B3.1 wordt de mate van vertrouwen van consumenten verklaard. De coëfficiënt van leeftijd is negatief, oftewel naarmate men een hogere leeftijd heeft, is het vertrouwen lager. Daarnaast is van belang of dit effect binnen de steekproef groot genoeg is om met een bepaalde waarschijnlijkheid ook in de hele populatie gevonden te worden. Dit is af te lezen aan de t-waarde en de bijbehorende significantiewaarde. Voor de significantie wordt veelal uitgegaan van een betrouwbaarheidsniveau van 95%. Als de significantie in de rechterkolom kleiner is dan 0,05 betekent dit, dat er een grote kans is dat ook in een volgende steekproef uit dezelfde populatie een effect wordt gevonden dat afwijkt van 0. Bij een significantie van kleiner dan 0,01 is deze betrouwbaarheid nog groter, namelijk 99%. Tot slot staat onderaan elke tabel de zogenaamde verklaarde variantie (R^2) vermeld. Deze heeft een minimumwaarde van 0 en een maximumwaarde van 1. Hoe hoger de verklaarde variantie, des te beter zijn de opgenomen kenmerken in staat om de variatie in het onderzochte kenmerk te verklaren.

Tabel B3.1 Verklaring van de mate van vertrouwen van consumenten in professionals, lineaire regressie (Hoofdstuk 4, box p. 85)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijdscategorie t/m 35 jaar (vs. 66 jaar of ouder)	0,100	2,396	0,017
Leeftijdscategorie 36 t/m 50 jaar (vs. 66 jaar of ouder)	0,046	1,050	0,294
Leeftijdscategorie 51 t/m 65 jaar (vs. 66 jaar of ouder)	-0,036	-0,847	0,397
Vrouw (vs. man)	0,007	0,196	0,844
Hoogst voltooide opleiding in jaren	-0,011	-0,309	0,758
Mate van mondigheid	0,054	1,678	0,094
Heeft gezondheidszorginformatie gezocht	-0,084	-2,495	0,013
Wel eens gebruik gemaakt van exit gedrag gezondheidszorg (second opinions etc.)	-0,078	-2,372	0,018
Werkt in gezondheidszorgberoep	-0,019	-0,549	0,583
Heeft geen bekenden in de zorg	-0,057	-1,685	0,092

R^2 = 0,032 (adjusted R^2 = 0,021)

Tabel B3.2a Verklaring van de mate van vertrouwen van professionals dat patiënten alle informatie geven, voor alle zes professies, aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 4, box p. 88)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,097	2,051	0,041
Vrouw (vs. man)	-0,047	-1,028	0,304
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	-0,007	-0,137	0,891
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	0,224	-4,165	0,000
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,073	1,229	0,220
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	-0,059	-1,139	0,255
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	-0,080	-1,507	0,132
Werkt als dierenarts (vs. medisch specialist)	-0,149	-2,550	0,011
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	-0,009	0,173	0,862
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	-0,079	-1,566	0,118
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,079	1,728	0,085
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	0,079	1,615	0,107

R^2 = 0,096 (adjusted R^2 = 0,075)

Tabel B3.2b Verklaring van de mate van vertrouwen van professionals dat patiënten bij een conflict niet weglopen, voor alle zes professies, aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 4, box p. 88)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,042	0,899	0,369
Vrouw (vs. man)	0,010	0,216	0,829
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	-0,036	-0,730	0,466
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	0,007	0,136	0,892
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,059	1,003	0,316
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	0,143	2,747	0,006
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,198	3,737	0,000
Werkt als dierenarts (vs. medisch specialist)	-0,119	-2,042	0,042
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	0,073	1,402	0,162
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,049	0,974	0,331
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,103	2,257	0,024
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	0,020	0,411	0,681

R^2 = 0,100 (adjusted R^2 = 0,078)

Tabel B3.2c Verklaring van de mate van vertrouwen van professionals dat patiënten niet zonder te zeggen een second opinion aanvragen, voor alle zes professies, aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 4, box p. 88)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,059	1,294	0,196
Vrouw (vs. man)	0,138	3,051	0,002
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	0,060	1,222	0,222
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	-0,179	-3,409	0,001
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,083	1,435	0,152
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	0,217	4,286	0,000
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,002	0,045	0,964
Werkt als dierenarts (vs. medisch specialist)	-0,077	-1,360	0,174
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	0,018	0,356	0,722
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,055	1,115	0,265
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,036	0,811	0,418
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,045	-0,946	0,344

R^2 = 0,136 (adjusted R^2 = 0,116)

Tabel B3.3 Verklaring van de mate van autonomie bij de indeling van het werk, voor vijf professies (behalve dierenartsen), aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 5, box p. 105)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,126	2,801	0,005
Vrouw (vs. man)	-0,045	-0,997	0,319
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	0,131	2,747	0,006
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	0,236	4,625	0,000
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,468	8,468	0,000
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	0,279	5,612	0,000
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,035	0,683	0,495
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	-0,186	-3,730	0,000
Mate van invloed van patiënten- en consumentenverenigingen	-0,118	-2,589	0,010
Mate van invloed van de eigen beroepsorganisatie	0,007	0,156	0,876
Mate van invloed van de org./praktijk waarin men werkt	-0,073	-1,647	0,100
Mate van invloed van de zorgverzekeraars op de professie	-0,085	-1,687	0,092
Mate van invloed van toezichthouders op de professie	0,028	0,609	0,543
Mate van invloed van de overheid op de professie	-0,014	-0,307	0,759
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,014	0,318	0,751
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,019	-0,413	0,680

R^2 = 0,330 (adjusted R^2 = 0,303)

Tabel B3.4 Verklaring van de mate van vertrouwen in andere beroepsbeoefenaren buiten de eigen praktijk/organisatie, voor alle zes professies, aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 5, box, p. 112)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	-0,140	-3,059	0,002
Vrouw (vs. man)	0,025	0,561	0,575
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	0,048	0,996	0,320
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	-0,120	-2,301	0,022
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	-0,131	-2,272	0,024
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	-0,160	-3,164	0,002
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,043	0,847	0,397
Werkt als dierenarts (vs. medisch specialist)	-0,307	-5,437	0,000
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	0,005	0,106	0,916
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,009	0,185	0,853
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,058	1,304	0,193
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,109	-2,296	0,022

$R^2 = 0,152$ (adjusted $R^2 = 0,132$)

Tabel B3.5 Verklaring van de mate van positieve houding t.o.v. het management, voor medisch specialisten, aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 5 box p. 115)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,006	0,071	0,943
Vrouw (vs. man)	0,094	1,122	0,264
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	-0,163	-1,839	0,068
Aantal collega artsen werkzaam binnen de afdeling	-0,045	-0,464	0,643
Aantal bedden	-0,204	-2,072	0,040
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,297	3,404	0,001
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,088	1,033	0,304
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,145	-1,654	0,101

$R^2 = 0,188$ (adjusted $R^2 = 0,137$)

Tabel B3.6 Verklaring van de tweedeling 'sterkere mate van betrokkenheid bij organisatie/praktijk dan bij beroepsgroep' versus 'met beiden even grote mate van betrokkenheid', voor alle zes professies, aan de hand van logistische regressie-analyse (Hoofdstuk 6, box, p. 130)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	0,022	0,476	0,634
Vrouw (vs. man)	-0,041	-0,896	0,371
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	0,085	1,719	0,086
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	0,172	3,194	0,001
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,278	4,734	0,000
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	0,206	3,980	0,000
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,305	5,752	0,000
Werkt als dierenarts (vs. medisch specialist)	0,362	6,197	0,000
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	-0,029	-0,560	0,576
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,012	0,242	0,809
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,007	0,148	0,882
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,023	-0,468	0,640

$R^2 = 0,137$ (adjusted $R^2 = 0,116$)

Tabel B3.7 Verklaring van de mate van vertrouwen in derde partijen, voor vijf professies (behalve dierenartsen), aan de hand van lineaire regressie-analyse (Hoofdstuk 7, box, p. 151)

	Coëfficiënt	t-waarde	Significantie
Leeftijd in jaren	-0,107	-2,093	0,037
Vrouw (vs. man)	0,015	0,304	0,761
Vrijgevestigd (vs. loondienst)	-0,088	-1,636	0,103
Werkt als apotheker (vs. medisch specialist)	0,257	4,362	0,000
Werkt als fysiotherapeut (vs. medisch specialist)	0,147	2,284	0,023
Werkt als tandarts (vs. medisch specialist)	0,033	0,582	0,561
Werkt als huisarts (vs. medisch specialist)	0,023	0,412	0,681
Omvang praktijk (aantal beroepsgenoten in praktijk)	0,177	3,129	0,002
Mate van autonomie in beroepsuitoefening	0,035	0,630	0,529
Mate van gebruik van richtlijnen binnen de beroepsuitoefening	0,053	1,051	0,294
Mate van concurrentie en marktwerking binnen de beroepsuitoefening	-0,079	-1,526	0,128

$R^2 = 0,125$ (adjusted $R^2 = 0,101$)