

De professionele autonomie van de medisch specialist

Nynke Dijk

**Wenckebach Instituut, UMCG
Master Human Resource Management,
Rijksuniversiteit Groningen**

Groningen, 11 januari 2008

De professionele autonomie van de medisch specialist

Groningen, 11 januari 2008

Auteur
Studentnummer

Nynke Dijk
1384147

Afstudeerscriptie in het kader van

master Human Resource Management,
faculteit Economie en Bedrijfskunde,
Rijksuniversiteit Groningen

Opdrachtgever

mw. drs. A.M.R.R. Stoffels
Wenckebach Instituut, UMCG

Begeleiders onderwijsinstelling

prof.dr. H.B.M. Molleman
mw. dr. H. Broekhuis
faculteit Economie en Bedrijfskunde,
Rijksuniversiteit Groningen

Begeleider UMCG

mw. drs. A.M.R.R. Stoffels
Wenckebach Instituut

ISBN 978-90-8827-016-1

NUR 807

Trefw accountability, klinische autonomie, domeinautonomie

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2008 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Deze scriptie is geschreven naar aanleiding van mijn afstudeeronderzoek voor de master Human Resources Management voor de studie Bedrijfskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. In deze scriptie wordt ingegaan op de antecedenten van de professionele autonomie van de medisch specialist. Dit onderzoek heb ik uitgevoerd in opdracht van het Wenckebach Instituut van het Universitair Medisch Centrum in Groningen. De invulling van mijn onderzoek heb ik samen met mijn begeleider vanuit het UMCG, mevr. Stoffels en mijn begeleider vanuit de faculteit bedrijfskunde dhr. Molleman, vormgegeven. Hiervoor wil ik beide personen hartelijk bedanken. Medewerkers van het Wenckebach Instituut en het UMCG, die op welke wijze ook, hebben bijgedragen aan mijn onderzoek, wil ik eveneens bedanken. Tevens bedank mevr. Broekhuis, die naast dhr. Molleman de beoordeling van deze scriptie op zich heeft genomen. Tot slot wil ik mijn familie, vriend en vrienden bedanken voor hun steun, leerzame inzichten en de nodige ontspanning tijdens mijn afstudeerperiode.

Nynke Dijk
Groningen, 11 januari 2008

Inhoudsopgave

SAMENVATTING	1
1. INLEIDING	3
2. DE INVLOED VAN DE VIJF STAKEHOLDERS OP DE PROFESSIONELE AUTONOMIE	5
2.1 DE PATIËNT EN DE PROFESSIONELE AUTONOMIE VAN DE MEDISCH SPECIALIST	5
2.1.1. Accountability	5
2.1.2. Klinische autonomie.....	5
2.1.3. Domeinautonomie	6
2.2. COLLEGA'S EN DE PROFESSIONELE AUTONOMIE VAN DE MEDISCH SPECIALIST	6
2.2.1. Accountability	6
2.2.2. Klinische autonomie.....	6
2.2.3. Domeinautonomie	6
2.3. DE MANAGER EN DE PROFESSIONELE AUTONOMIE VAN DE MEDISCH SPECIALIST.....	7
2.3.1. Accountability	7
2.3.2. Klinische autonomie.....	7
2.3.3. Domeinautonomie	7
2.4. DE INVLOED VAN DE OVERHEID OP DE PROFESSIONELE AUTONOMIE	8
2.4.1. Accountability	8
2.4.2. Klinische autonomie.....	8
2.4.3. Domeinautonomie	9
2.5. VERZEKERAARS EN DE PROFESSIONELE AUTONOMIE.....	9
2.5.1. Accountability	9
2.5.2. Klinische autonomie.....	9
2.5.3. Domeinautonomie	9
3. METHODE	11
3.1. PROCEDURE.....	11
3.2. RESPONDENTEN	11
3.3. ANALYSE.....	12
4. RESULTATEN	13
4.1. ACCOUNTABILITY	13
4.1.1. Patiënt.....	13
4.1.2. Collega's.....	13
4.1.3. Manager.....	14
4.1.4. Overheid.....	14
4.1.5. Verzekeraar	14

4.2. KLINISCHE AUTONOMIE EN DOMEINAUTONOMIE.....	14
4.3. KLINISCHE AUTONOMIE	17
4.3.1. Patiënt.....	17
4.3.2. Collega's.....	17
4.3.3. Manager.....	17
4.3.4. Overheid.....	17
4.3.5. Verzekeraar.....	17
4.4. DOMEINAUTONOMIE	18
4.4.1. Patiënt.....	18
4.4.2. Collega's.....	18
4.4.3. Manager.....	18
4.4.4. Overheid.....	18
4.4.5. Verzekeraar.....	18
5. DISCUSSIE	21
5.1. CONCLUSIE	21
5.2. TEKORTKOMINGEN EN TOEKOMSTIG ONDERZOEK	22
5.3. IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK	22
6. REFERENTIES	23

Samenvatting

Medisch specialisten zijn de laatste tijd steeds meer gebonden aan regels en registratiemethoden. In dit onderzoek is de invloed van vijf stakeholders op de professionele autonomie van de medisch specialist onderzocht, met behulp van interviews volgens de Delphi methode, met tien personen met vijf verschillende achtergronden. Dit is gedaan aan de hand van het accountability model van Emanuel en Emanuel (1996). Hierin worden verscheidene stakeholders genoemd waar tegenover de medisch specialist op bepaalde terreinen verantwoording af moet leggen. De vijf stakeholders die onderzocht werden in dit onderzoek zijn: de overheid, het ziekenhuis, de medisch specialist, patiënten en verzekeraars. Voor het onderzoek is de professionele autonomie onderverdeeld in klinische autonomie en domeinautonomie en daarnaast is er gekeken naar de professionele accountability, wat zeer verwant is aan professionele autonomie. Uit de resultaten bleek dat alle stakeholders van invloed zijn op de accountability en op de klinische autonomie van de medisch specialist. Verder kwam naar voren dat de collega medisch specialisten, de manager en de verzekeraar van invloed zijn op de domeinautonomie. Doordat er slechts twee interviewrondes waren, is het mogelijk dat het onderzoek niet alle meningen van de stakeholders omvat, dit was misschien wel mogelijk geweest met meerdere interviewrondes. In de toekomst zou de invloed van de verzekeraar op de domeinautonomie verder onderzocht kunnen worden omdat deze invloed vrij nieuw is.

1. Inleiding

Medisch specialisten zijn de laatste tijd steeds meer gebonden aan regels en registratiemethoden. In hun dagelijkse uitvoering van hun werk worden ze geconfronteerd met meer regels en afspraken waaraan men moet voldoen. Om hieraan te kunnen voldoen wordt er verlangd dat men bepaalde handelingen en beslissingen registreert (Bunce, 2005). Nieuwe ontwikkelingen in de zorg (bijvoorbeeld de regels die de vrijheid van de medisch specialist aantasten) zorgen ervoor dat medisch specialisten vinden dat hun vrijheid in handelen beperkt wordt. Bijvoorbeeld door nieuwe registratiemethoden (Diagnose Behandel Combinaties) en het moeten voldoen aan regels en richtlijnen vinden medisch specialisten dat ze als het ware moeten werken volgens een kookboek; het limiteert hun mogelijkheden om hun eigen probleemoplossende vaardigheden te ontwikkelen (Bunce, 2005). Deze nieuwe methoden zijn niet de enige factoren die van invloed zijn op de professionele autonomie van de medisch specialist. In dit onderzoek wordt gekeken naar welke factoren nog meer van invloed zijn op de professionele autonomie. Hierdoor kunnen we erachter komen waardoor de medisch specialist belemmerd kan worden in zijn of haar uitoefening van het beroep. Het onderhavige onderzoek zal gaan over de antecedenten van de professionele autonomie van de medisch specialist. Deze antecedenten worden omschreven met behulp van het accountability model van Emanuel en Emanuel (1996). In dit onderzoek zullen twee vormen van professionele autonomie onderzocht worden namelijk klinische autonomie en domeinautonomie. Daarnaast zal ook accountability meegenomen worden omdat het sterk gerelateerd is aan professionele autonomie. Accountability staat voor het rechtvaardigen van beslissingen die de medisch specialist neemt tegenover verschillende groepen (Frink & Klimoski, 1998). Deze groepen zijn bijvoorbeeld het management van het ziekenhuis, patiënten en andere medisch specialisten. Accountability en 'verantwoording afleggen' zullen in dit

verslag door elkaar heen gebruikt worden om dit begrip aan te duiden.

Klinische autonomie wordt omschreven als de autoriteit van een medisch specialist om beslissingen te maken omtrent diagnose, behandeling en evaluatie van zorg, zonder betrokkenheid van anderen (Freidson, 1970; Harrison & Ahmed, 2000). Klinische autonomie heeft veel overeenkomsten met de autonomie in werk in de organisatie theorie (Breugh, 1985; Molleman, 2000). Domeinautonomie wordt omschreven als het gebied waarop de medisch specialist kennis en vaardigheden heeft die door andere medisch specialisten wordt erkend als het gebied waarin die medisch specialist het exclusieve en respectieve recht heeft om beslissingen te maken en te handelen naar eigen inzicht (Freidson, 1970; Abbott, 1988). In de bedrijfskundige theorie wordt autonomie vaak gezien als een onafhankelijke variabele die andere variabelen zoals motivatie en uitvoering beïnvloedt (Hackman & Oldham, 1980; Langfred & Moye, 2004; Parker, Wall & Cordery, 2001). In dit onderzoek zijn we juist benieuwd naar de antecedenten van professionele autonomie; hierbij is autonomie een afhankelijke variabele.

De basis voor dit onderzoek is het model van Emanuel en Emanuel (1996). Dit model heet het 'accountability of the physician' model (figuur 1). De medisch specialist heeft in dit model verantwoordelijkheden ten opzichte van negen partijen. Deze verantwoordelijkheden kunnen verspreid worden over zes terreinen, namelijk; professionele competentie (de medisch specialist moet bevoegd zijn en de juiste papieren hebben), legaal en ethisch gedrag (de medisch specialist moet op de juiste manier handelen), financiële uitvoering (de medisch specialist moet goede kwaliteit bieden tegen een zo laag mogelijke prijs), toegankelijkheid (de zorg moet voor iedereen toegankelijk zijn), voortgang van de zorg (de medisch specialist moet leren en innovatieve behandelingen ontwikkelen en/of toepassen) en de zorg moet ten goede komen van de samenleving (er moeten ook innovaties uit

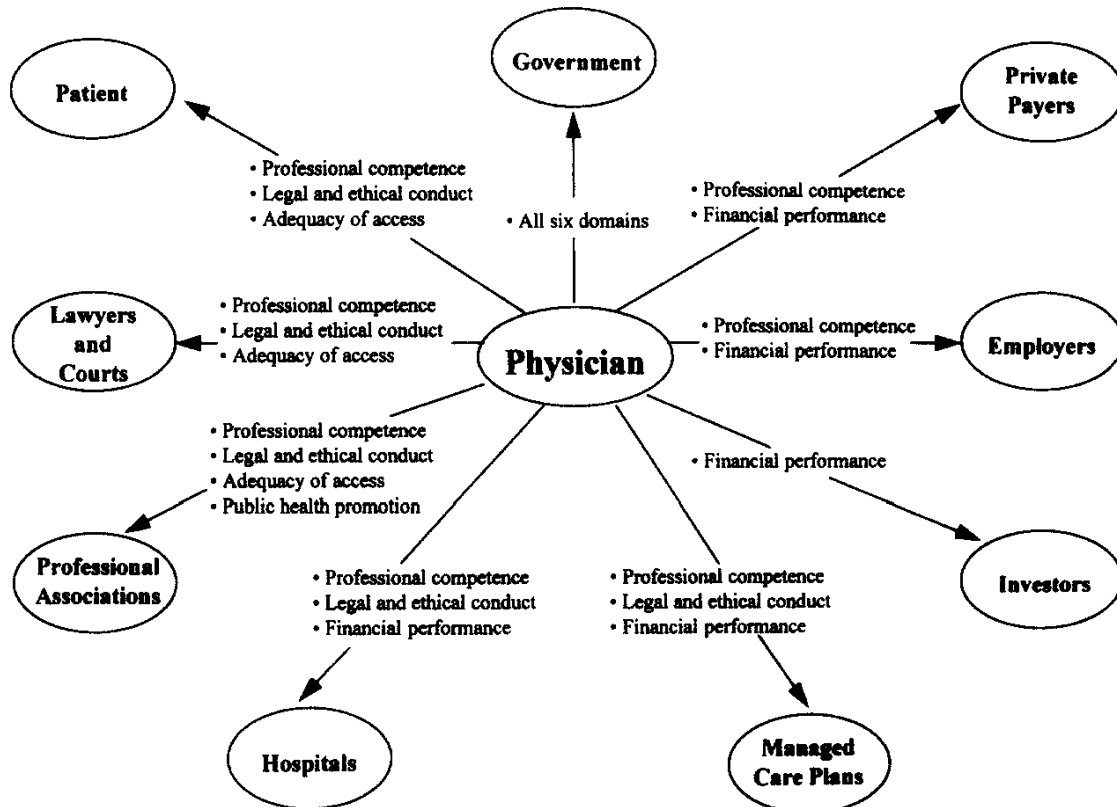
voortkomen) (Emanuel en Emanuel, 1996). Tegenover de negen partijen is de medisch specialist op één of meerdere van deze terreinen verantwoordig verschuldigd.

De negen partijen worden gezien als de stakeholders van de medisch specialist. Aan de zes terreinen moet de medisch specialist voldoen zodat de relatie met de

verschillende stakeholders goed blijft. Dit is nodig voor een goede uitvoering van het werk van de medisch specialist.

Doordat de medisch specialist ten opzichte van deze negen stakeholders verantwoording moet kunnen afleggen wordt zijn of haar professionele autonomie in meer of mindere mate beperkt. In de volgende paragraaf worden de antecedenten per stakeholder verder toegelicht.

4



2. De invloed van de vijf stakeholders op de professionele autonomie

Professionele autonomie wordt beïnvloed door verscheidene factoren. De vraag in dit onderzoek is welke factoren nu daadwerkelijk van invloed op de professionele autonomie van de medisch specialist zijn. De stakeholders uit het model van Emanuel en Emanuel (1996) zijn samengevoegd tot vijf stakeholdergroepen omdat in de Nederlandse context van de gezondheidszorg bepaalde stakeholders goed onder een noemer vallen. Ten eerste zijn de patiënten, de patiëntenverenigingen en advocaten samengevoegd omdat deze partijen handelen vanuit de belangen van de patiënten. Als tweede groep is de groep 'collega's' vastgesteld, deze houden we apart van de groep management omdat beide groepen een verschillende invloed hebben op de medisch specialist. Het management heeft namelijk meer invloed van boven af en met de collega's werkt de medisch specialist nauw samen. Ten derde zijn de ziekenhuizen en werkgevers tot één groep samengevoegd namelijk als het management. In de vierde groep worden de overheid en de wet onder één noemer genomen. Dit is gedaan omdat de regelgeving betreffende de wet vanuit de overheid geregeld wordt. Ten slotte wordt de groep verzekeraars beschreven; voor de medisch specialist komen hier de geldstromen vandaan. De verwachte antecedenten van de professionele autonomie van de medisch specialist worden hieronder per stakeholder omschreven en zijn samengevat in tabel 1, onderaan deze sectie.

2.1 De patiënt en de professionele autonomie van de medisch specialist

2.1.1. Accountability

De autonomie van de patiënt wordt van steeds grotere ethische waarde (Sacchini & Antico, 2000). Hier moet de

medisch specialist rekening mee houden. De patiënt krijgt tegenwoordig steeds meer erkenning, er wordt meer naar de patiënt geluisterd en hij of zij wordt meer betrokken bij de behandeling. De medisch specialist en de patiënt moeten hun autonomie op elkaar afstemmen in die zin dat ze rekening moeten houden met elkaars behoeften. Hierbij staan de behoeften van de patiënt centraal. Ook moet hierbij de wet en regelgeving die van kracht is zoals de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, wordt verder behandeld onder het kopje 'overheid') worden nageleefd. De mondigheid van de patiënt is een issue dat ook steeds meer wordt besproken als zijnde van invloed op de accountability van de medisch specialist (Furer, 2002). De patiënt wil mee kunnen praten en betrokken worden bij de besluitvorming, terwijl hij of zij de medisch specialist tegelijkertijd verantwoordelijk stelt voor een juiste aanpak. De medisch specialist zal meer moeten toelichten in het gesprek met de patiënt om de patiënt te kunnen overtuigen van de juiste behandeling. Hij of zij zal zijn of haar keuzes goed moeten toelichten. De patiënt stelt zich op als een kritische consument die vindt dat hij of zij het recht heeft op een adequate en snelle behandeling en ook het recht op een snel herstel. Wanneer behandelingen niet goed zijn verlopen, kan een patiënt een klacht uiten dat uiteindelijk kan uitmonden in een klacht bij het medisch tuchtcollege. De mogelijkheid tot een klacht bij het tuchtcollege kan zorgen voor een hoger verantwoordelijkheidsgevoel voor de medisch specialist. Op basis van het bovenstaande wordt verwacht dat de medisch specialist voor de professionele competentie verantwoordelijk is ten opzichte van de patiënt.

2.1.2. Klinische autonomie

Daarnaast moet de medisch specialist rekening houden met de kennis van de te behandelen patiënt (Furer, 2002). Door informatie vanuit de media en naasten kan een patiënt beter geïnformeerd op een afspraak komen waardoor hij of zij van tevoren al kan weten welke behandeling hij of zij wil ondergaan. De klinische

autonomie van de medisch specialist kan hierdoor aangetast worden. De patiënt weet dat hij of zij het probleem waarmee hij of zij kampt beter kan overlaten aan een deskundige maar verdiept zich toch in alle informatie die beschikbaar is over de behandeling die gevolgd kan worden. De medisch specialist wordt hierdoor al enige keuzevrijheid ontnomen doordat de patiënt van te voren al weet wat hij of zij voor behandeling wil. De medisch specialist zal meer moeten toelichten in het gesprek met de patiënt om de patiënt te kunnen overtuigen van de juiste behandeling.

2.1.3. Domeinautonomie

Domeinautonomie geeft aan hoe een specialisatie duidelijk afgebakend is ten opzichte van andere specialisaties en geeft de mate aan waarin de domeinen van andere specialisten niet overlappen met de eerder genoemde specialisatie. Op basis van deze definitie zou de domeinautonomie van de medisch specialist beïnvloed kunnen worden doordat de patiënt voor een second opinion kiest of voor andere behandelmethoden dan de reguliere geneeswijzen. Het domein van de medisch specialist wordt dan aangetast doordat de patiënt naar een andere specialist gaat.

Hypothese 1a: de patiënt vergroot de accountability van de medisch specialist.

Hypothese 1b: de kritische houding van de patiënt heeft een negatieve invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist.

Hypothese 1c: de mogelijkheid van de patiënt om naar een andere behandelaar te gaan beïnvloedt de domeinautonomie van de medisch specialist.

2.2. Collega's en de professionele autonomie van de medisch specialist

Binnen het ziekenhuis heeft de medisch specialist te maken met collega's die in meer of mindere mate zijn of haar professionele autonomie kunnen beïnvloeden. Naar deze

relatie is al onderzoek gedaan (Molleman, Stoffels, Broekhuis & Jaspers, 2006). Hierbij werd gekeken naar welke invloed het werken in multidisciplinaire teams heeft op de accountability ten opzichte van collega's van andere medisch specialisten, de domeinautonomie en de klinische autonomie van de medisch specialist.

2.2.1. Accountability

Uit het bovengenoemde onderzoek blijkt dat het werken in teams het gevoel van accountability vergroot. De specialisten ervaren de patiëntbesprekingen in een team als een moment waarop met collega's wordt besproken wat elkaars bevindingen zijn. Binnen dergelijke besprekingen wordt ook aan elkaar gevraagd naar de motieven of argumenten voor een bepaalde keuze. Op die manier ervaart men in zekere zin dat men verantwoording moet kunnen afleggen over de eigen beslissingen en dat collega's feedback geven.

2.2.2. Klinische autonomie

Uit voorgaand onderzoek (Molleman e.a., 2006) is naar voren gekomen dat het werken in multidisciplinaire teams negatief gerelateerd is aan klinische autonomie; de medisch specialist ervaart dus minder klinische autonomie wanneer hij of zij in multidisciplinaire teams participeert.

2.2.3. Domeinautonomie

Tussen domeinautonomie en het werken in multidisciplinaire teams bestaat geen relatie (Molleman, e.a., 2006). Uit het onderzoek van Molleman e.a (2006) is naar voren gekomen dat door het werken in multidisciplinaire teams de medisch specialisten van elkaar leren, hierdoor kan hun domein vergroot worden, hetgeen als positief kan worden ervaren. Echter, de domeinen van de verschillende specialisten kunnen hierdoor ook meer met elkaar gaan overlappen, dat kan leiden tot negatieve ervaringen. Immers, andere medisch specialisten worden bekwaam op het domein van een medisch specialist die daardoor mogelijk minder scherp zijn bijdrage vanuit zijn eigen domein kan ervaren. Kortom, de positieve effecten kunnen de negatieve effecten teniet doen. Daarom kan het

zijn dat er in het voorgaande onderzoek geen significante relatie gevonden is tussen het werken in multidisciplinaire teams en de gepercipieerde domeinautonomie van de medisch specialist.

Hypothese 2a: Het samenwerken in teams met collega's van ander specialismen vergroot de accountability van de medisch specialist.

Hypothese 2b: Het samenwerken in teams met collega's van ander specialismen heeft een negatieve invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist.

Hypothese 2c: Het samenwerken met collega's van ander specialismen heeft geen invloed op de domeinautonomie van medisch specialist.

2.3. De manager en de professionele autonomie van de medisch specialist

2.3.1. Accountability

Ten opzichte van de manager moet de medisch specialist verantwoording afleggen op drie terreinen namelijk professionele competentie, legaal en ethisch gedrag en financiële uitvoering. De kwaliteit van de zorg moet hoog zijn. Op het niveau van een ziekenhuis wordt het leveren van een adequate kwaliteit zorg geborgd door het ontwikkelen van kwaliteitssystemen en accreditatie van deze systemen. Het ziekenhuis wordt regelmatig geaccrediteerd (Pawson & O'Kane, 2002). De medisch specialisten moeten gebruik maken van hun professionele competentie om kwaliteit te leveren. Hierbij is het ook van belang dat ze legaal en ethisch handelen. De accountability van de medisch specialist ten opzichte van de manager wordt waarschijnlijk beïnvloed door de kwaliteitseisen vanuit het ziekenhuis.

2.3.2. Klinische autonomie

De financiële uitvoering wordt getoetst aan de hand van de DBC's. Volgens de DBC's kan de medisch specialist voor een bepaald bedrag een behandeling uitvoeren. Binnen dit

budget moet de medisch specialist behandelen. De manager zorgt ervoor dat de medisch specialist op de hoogte wordt gesteld van de verschillende richtlijnen die vanuit de overheid worden opgelegd en stelt voor deze richtlijnen ook de randvoorwaarden op. Uit onderzoek is echter gebleken dat sommige van veel richtlijnen het gedrag van de medisch specialist in termen van efficiëntie niet verbeteren (Timmermans, 2005). Als eerste reden wordt genoemd dat medisch specialisten niet goed op de hoogte zijn van de richtlijnen. Wanneer de richtlijnen wel bekend zijn bij de medisch specialisten veranderen ze weinig in het gedrag van de medisch specialisten. Deze richtlijnen zouden invloed moeten hebben op het handelen van de medisch specialist, beslissingen zouden niet meer alleen gebaseerd moeten worden op eigen interpretaties. Wanneer de richtlijnen wel invloed hebben dan beïnvloeden ze dus waarschijnlijk de klinische autonomie van de medisch specialist.

2.3.3. Domeinautonomie

De invloed van het management op de domeinautonomie zou voort kunnen komen in de veranderende rol die van de medisch specialist wordt verwacht (Kitchener, 2000). Doordat van de medisch specialist steeds meer verlangd wordt dat hij of zij zich bezig houdt met niet-medische zaken kan de domeinautonomie van de medisch specialist aangetast worden. De medisch specialist moet zich dan veel meer met taken bezighouden die zich niet enkel en alleen op zijn of haar eigen medisch domein bevinden, maar ook op niet-medische domeinen zoals administratie.

Hypothese3a: De kwaliteitseisen die het ziekenhuis opstelt vergroten de accountability van de medisch specialist.

Hypothese 3b: De financiële richtlijnen die opgesteld zijn door het ziekenhuis hebben een negatieve invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist.

Hypothese 3c: Door het toevoegen van taken van niet-medisch domeinen kan de manager op een negatieve manier van invloed zijn op de domeinautonomie van de medisch specialist.

2.4. De invloed van de overheid op de professionele autonomie

In de jaren '70 en '90 speelde er tussen de overheid en de medische beroepsgroep een conflict over het inkomensbeleid en de inkomenspolitiek van de medische beroepsgroep (Cramer-Cornelissens, 2002). Ook wilde de overheid meer grip krijgen op de beslissingen van de medisch specialisten omdat de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen steeg en door nieuwe medisch technische mogelijkheden die de collectieve uitgaven van de overheid lieten toenemen.

2.4.1. Accountability

De medisch specialist is op alle zes in de inleiding beschreven terreinen verantwoordelijk ten opzichte van de overheid. De medisch specialist moet professioneel competent zijn, legaal en ethisch handelen, de zorg toegankelijk houden, zorgen voor de voortgang van de zorg, zorgen dat de zorg ten goede komt van de samenleving en de financiële uitvoering in de gaten houden. De verantwoordelijkheid op alle terreinen komt vooral doordat de overheid er is voor het welzijn van alle burgers. Zij stelt wet- en regelgeving op om de burger te beschermen. Deze wetgeving kan de medisch specialist limiteren in zijn of haar behandelingen, de wetgeving zorgt voor een groter verantwoordelijkheids gevoel van de medisch specialist. Relevante wetgeving zal hierna besproken worden.

2.4.2. Klinische autonomie

Bij het uitvoeren van hun werkzaamheden hebben medisch specialisten te maken met verschillende regels vanuit de overheid. Hierbij kan men denken aan wetgeving maar ook aan richtlijnen die als verplicht worden opgelegd. Beiden zullen hierna worden besproken.

In de eerste plaats zal de wetgeving omtrent de privacybescherming van de patiënt behandeld worden. Dit is geregeld in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De WBP heeft als

doel dat de gegevensverwerking en registratie van persoonsgegevens voor de patiënt duidelijk moeten zijn. De patiënt moet weten waarom bepaalde gegevens van hem of haar gevraagd worden en wat er mee wordt gedaan. De WGBO regelt de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen beide. In de WGBO zijn een aantal wettelijk vastgelegde bepalingen vastgelegd. Hierin staan bijvoorbeeld het recht van de patiënt op informatie, het recht van de patiënt op inzage in zijn of haar dossier, het recht van de patiënt op bescherming van zijn of haar privacy en de regel dat voor iedere behandeling toestemming van de patiënt nodig is. Door deze wetgeving kan de klinische autonomie van de medisch specialist aangetast worden, omdat de medisch specialist zijn of haar vaktaal om moet zetten naar begrijpelijke taal voor de patiënt en omdat de medisch specialist voordat hij of zij een behandeling uit wil voeren toestemming aan de patiënt moet vragen.

Naast deze wetgeving bestaan er regels over de financiering van de zorg, waarbij de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) een belangrijke rol spelen. Een DBC is een medische procesbeschrijving en geeft de combinatie aan van zorgvraag, de gestelde diagnose en de bijbehorende reeks van acties die door de specialisten uitgevoerd worden om de patiënt te behandelen (intranet UMCG). Een DBC wordt gekoppeld aan een prijs, en de prijs bepaalt onder meer hoeveel tijd een specialist aan een patiënt met een bepaalde DBC kan besteden. Overschrijding van deze tijd leidt ertoe dat het ziekenhuis deze uren niet vergoed krijgt. De DBC's zijn opgelegd vanuit de overheid opdat de verzekeraars de geldstromen beter in de hand kunnen houden. DBC's beperken de keuzevrijheid van de medisch specialist en dus de klinische autonomie. We gaan verder in op de DBC's in de paragraaf 'verzekeraars en de professionele autonomie van de medisch specialist'.

2.4.3. Domeinautonomie

De overheid lijkt niet van invloed te zijn op autonomie van de medisch specialist. De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg lijkt de domeinautonomie te regelen omdat deze wet de zorgverlening door medisch specialisten regelt (wet BIG, art. 1). 'De Wet BIG noemt een aantal voorbehouden handelingen. Deze handelingen mogen alleen verricht worden door de daartoe bevoegde medisch specialisten. Dit is om te voorkomen dat door ondeskundig handelen onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de patiënt ontstaan.' Deze wetgeving is vooral van toepassing voordat een medisch specialist wordt aangesteld en geregistreerd als specialist en daarom niet van invloed op de domeinautonomie tijdens de werkzaamheden van de medisch specialist.

Hypothese 4a: wet en regelgeving vanuit de overheid vergroten de accountability van de medisch specialist.

Hypothese 4b: wet en regelgeving vanuit de overheid hebben een negatieve invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist.

Hypothese 4c: de overheid is niet van invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist.

2.5. Verzekeraars en de professionele autonomie

2.5.1. Accountability

Ten opzichte van de verzekeraars is de medisch specialist op twee terreinen verantwoordelijk namelijk professionele competentie en financiële uitvoering. Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat verzekeraars en de overheid niet alleen de inhoud van de zorg bepalen door de DBC's in te voeren, maar ook in zekere mate invloed uitoefenen op bureaucratische richtlijnen door deze te koppelen aan het

Doordat de medisch specialist zo goedkoop mogelijk moet voorschrijven en behandelen zodat de zorg niet te duur wordt, kan zijn of haar klinische autonomie aangetast worden.

inkomen en budget van de medisch specialisten (McKinlay and Stoeckle, 1988; Hillman, Pauly & Kerstein, 1989; Marone, 1993).

Eén van de belangrijkste terreinen waarop de medisch specialist verantwoording af moet leggen tegenover de verzekeraars is de financiële uitvoering. De verzekeraar wil het beste zorgpakket voor zijn cliënten afsluiten maar wel zo goedkoop mogelijk. Daarom moet de medisch specialist zo goedkoop mogelijk voorschrijven en behandelen zodat de zorg niet te duur wordt voor de verzekeraar en patiënt. De vraag naar een goede prijs/kwaliteit verhouding is een van de oorzaken die leiden tot de invoering van de DBC's. Er zijn verscheidene redenen waarom DBC's gebruikt worden (www.minvws.nl). Ten eerste worden DBC's gebruikt voor de verantwoordingsplicht. Er wordt meer transparantie in de zorg gevraagd door twijfels over de effectiviteit van de zorg, bijwerkingen van medicaties, emancipatie van de patiënt en de toenemende spanning tussen wat de zorgklanten verwachten en de medici kunnen waarmaken. Ten tweede worden DBC's gebruikt voor de efficiëntie. Degenen die verantwoordelijk zijn voor een budget, zoals de overheid en de werkgever, willen meetbare instrumenten om de kosten voor personeel en materialen te kunnen verantwoorden. Door de invoering van de DBC's vergroten de verzekeraars waarschijnlijk de accountability van de medisch specialist.

2.5.2. Klinische autonomie

Soms moet de medisch specialist toestemming vragen van de verzekeraar voordat hij of zij een patiënt mag behandelen. Wanneer de zorgverzekeraar de ingreep niet nodig vindt dan zal de patiënt de behandeling zelf moeten betalen. De hierboven genoemde DBC's zijn ook van invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist (Hayward, Guyatt, Moore, McKibbin, Carter, 1997).

2.5.3. Domeinautonomie

Uit eerdere literatuur zijn geen aanwijzingen gevonden dat de verzekeraar van invloed is op de domeinautonomie

(Hayward, e.a.,1997; McKinlay and Stoeckle, 1988; Hillman, e.a.,1989; Marone, 1993).

Hypothese 5a: door de invoering van de DBC's vergroten de zorgverzekeraars de accountability van de medisch specialist.

Hypothese 5b: door kostenbesparing hebben zorgverzekeraars een negatieve invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist.

Hypothese 5c: zorgverzekeraars hebben geen invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist.

		Van invloed op:		
		Accountability	Klinische autonomie	Domeinautonomie
S T A K E H O L D E R	Patiënt	Door mondigheid wordt de accountability vergroot	Door de kritische houding van de patiënt een negatieve invloed	Door de mogelijkheid om naar een andere behandelaar te gaan een negatieve invloed.
	Collega's	Door het werken in teams een hoger accountability niveau.	Door het werken in multidisciplinaire teams een negatieve invloed.	Door het werken in teams een positieve invloed, er wordt van elkaar geleerd.
	Manager	De kwaliteitseisen vergoten de accountability van de medisch specialist.	Door financiële richtlijnen een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Door de organisatiestructuur te veranderen een negatieve invloed.
	Overheid	Door wet en regelgeving wordt de accountability vergroot.	Wet en regelgeving hebben een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Niet van invloed op de domeinautonomie.
	Verzekeraar	Door de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties een vergroot accountability niveau.	Door het vragen van toestemming een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Niet van invloed op de domeinautonomie.

Tabel 1: de verwachte antecedenten van de professionele autonomie van de medisch specialist

3. Methode

3.1. Procedure

Dit onderzoek is gedaan naar aanleiding van het promotie onderzoek van Renee Stoffels waarin onderzoek gedaan wordt naar de invloed van het werken in teams op de professionele autonomie van de medisch specialist. Voor het huidige onderzoek werd gebruik gemaakt van de Delphi methode. Deze methode wordt vaak gebruikt om bij besluitvorming tot consensus te komen. Consensus is niet het einddoel van dit onderzoek maar de Delphi methode is een mooie manier om de professionele autonomie van de medisch specialist te onderzoeken, omdat de geïnterviewden niet bijeen hoeven te komen, en zij niet door elkaar beïnvloed kunnen worden bij het geven van hun antwoorden. De Delphi methode bestond oorspronkelijk uit drie tot vier interview rondes (Fisher, 1978), maar tegenwoordig ook wel uit twee rondes (Story, Hurdley, Smith & Saker, 2001). De eerste ronde van de Delphi methode kan namelijk ook bestaan uit literatuuronderzoek. Hierin worden de aspecten die onderzocht worden afgebakend en gedefinieerd. Dat is in dit onderzoek ook gedaan. Hierbij is in het eerste interview nog wel aan de geïnterviewden gevraagd of ze de vragen die behandeld werden compleet vonden. Na deze eerste onderzoeksrunde in de literatuur volgden dus twee interviewrondes.

Van elke stakeholdergroep zijn twee personen geïnterviewd. Deze personen zijn willekeurig gekozen. De geïnterviewden werden telefonisch benaderd om te vragen of zij deel wilden nemen aan het onderzoek, hierna volgde een brief met informatie over het onderzoek. Wanneer zij hun medewerking wilden verlenen werd een eerste afspraak gemaakt om een interview af te nemen. Deze eerste ronde interviews resulteerde in percepties over de accountability van de medisch specialist ten opzichte van de vijf stakeholdergroepen. Deze resultaten werden direct verwerkt. Ook werd door deze interviews een eerste beeld

verkregen over de domeinautonomie en klinische autonomie. Over deze twee concepten ontstond nog geen consensus omdat de verschillende stakeholders over hun eigen invloed op de professionele autonomie een beter zicht hadden dan over de invloed van andere stakeholders. Er werd een korte samenvatting gemaakt van de resultaten betreffende de domeinautonomie en de klinische autonomie. Deze samenvatting werd opgestuurd naar alle tien geïnterviewden, waarna een tweede interview volgde om reacties op bovengenoemde resultaten te horen. In het tweede interview werd toegewerkt naar consensus tussen de geïnterviewden, hierdoor kon een eenduidig beeld van de resultaten weergegeven worden.

3.2. Respondenten

De interviews voor het onderzoek werden afgenomen bij tien personen. Volgens Okoli en Pawlowski (2004) is dit aantal voldoende om een betrouwbaar Delphi onderzoek te kunnen voltooien. De leeftijd van de respondenten liep uiteen van 33 tot 62 jaar. De gemiddelde leeftijd is 50 jaar. Het gemiddelde aantal jaren in de huidige functie was 8.77 jaren en liep uiteen van anderhalf jaar tot 27 jaren. Er is voor gekozen om mensen te interviewen die vooral te maken hebben met de gang van zaken in een Universitair Medisch Centrum zodat er geen verwarring kwam tussen het werken in een maatschap of algemeen ziekenhuis en het werken in een Universitair Medisch Centrum. De situatie in een academisch ziekenhuis is namelijk anders dan die in een algemeen ziekenhuis, daarom is gekozen om ons alleen te beperken tot een academisch ziekenhuis. In een algemeen ziekenhuis zijn specialisten vaak zelfstandig, de specialist is hierbij in principe niet afhankelijk van het ziekenhuis voor zijn of haar inkomsten. Dit zorgt er voor dat het ziekenhuis weinig grip heeft op de specialist. De specialisten zijn hierbij niet in loondienst, in aan Universitair Medisch Centrum is dit vaak wel het geval.

3.3. Analyse

De uitkomsten van de eerste interviews werden samengevat en in een tabel gezet. Zo ontstond een duidelijk overzicht van de meningen van de geïnterviewden. Over de punten waarop men het niet met elkaar eens was werd in het tweede interview dieper ingegaan. Hierbij werd vooral aandacht gegeven aan de uitspraken die een stakeholder deed over zijn of haar eigen invloed. Nadat deze resultaten verzameld waren, werden de overeenkomsten samengevoegd en de conclusies geformuleerd.

4. Resultaten

4.1. Accountability

Uit de eerste interviewronde kwam naar voren op welke punten de medisch specialist verantwoordelijk is ten opzichte van de verschillende stakeholders. Deze gegevens zijn in de tweede ronde niet nog een keer getoetst omdat

er bijna gehele overeenstemming was over de punten waarop de medisch specialist verantwoordelijk is ten opzichte van de verschillende stakeholders. De resultaten betreffende de accountability staan weergegeven in tabel 2, hierbij wordt gerefereerd aan de genoemde terreinen uit het model van Emanuel en Emanuel (1996). In de onderstaande paragrafen worden de uitspraken van de geïnterviewden, betreffende de accountability van de medisch specialist, per stakeholder achtereenvolgens besproken.

		Accountability op de volgende terreinen
S T A K E H O L D E R	Patiënten	Professionele competentie, legaal en ethisch handelen, toegankelijkheid
	Artsen	Professionele competentie
	Managers	Professionele competentie, financiële uitvoering, legaal en ethisch handelen.
	Overheid	Professionele competentie, financiële uitvoering, legaal en ethisch handelen, toegankelijkheid, zorgen voor de voortgang van de zorg, zorg moet ten goede komen van de samenleving.
	Verzekeraar	Professionele competentie, financiële uitvoering

Tabel 2: accountability van de medisch specialist ten opzichte van de verschillende stakeholders

4.1.1. Patiënt

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist ten opzichte van de patiënt komt voor op de volgende punten: de medisch specialist moet op de juiste manier medisch handelen (legaal en ethisch handelen), de medisch specialist moet ervoor zorgen dat de juiste medicatie wordt voorgeschreven, de juiste faciliteiten moeten aanwezig zijn (toegankelijkheid) en bij nieuwe medicatie moet de

medisch specialist extra controle houden op de patiënt zodat er geen nare bijwerkingen plaatsvinden

(professionele competentie). Ook moet de medisch specialist goed kunnen communiceren, zowel met de patiënt als met de familie en naasten van de patiënt en ook

met andere medische specialisten zodat de juiste informatie over de patiënt wordt doorgegeven.

4.1.2. Collega's

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist ten opzichte van zijn of haar collega's komt voor op de volgende punten: door het werken in teams hebben medisch specialisten een hoge mate van

verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar. Ze moeten goed met elkaar communiceren, vooral wanneer ze elkaars patiënten zien, ze moeten als een spiegel voor elkaar dienen en ruimte bieden voor feedback. Ook moeten de medisch specialisten voldoen aan de normen en richtlijnen op beroepsniveau, dit wordt door intercollegiale toetsing gecontroleerd. Deze verantwoordelijkheden zijn allemaal van invloed op de professionele competentie uit het model van Emanuel en Emanuel (1996).

4.1.3. Manager

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist ten opzichte van de manager komt voor op de volgende punten: de medisch specialist heeft een financiële verantwoordelijkheid door middel van budgetafspraken waar de medisch specialist zich aan moet houden (financiële uitvoering). Ook moet hij of zij werken volgens de kwaliteitsnormen die bereikt moeten worden; de gehele uitvoering van het vak en de veiligheid van de patiënt moeten hierbij voorop staan (professionele competentie & ethisch handelen).

4.1.4. Overheid

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist ten opzichte van de overheid komt voor op de volgende punten; de medisch specialist moet zijn of haar professie uitoefenen volgens de eed die hij of zij heeft afgelegd. Hij of zij moet verantwoorde zorg verlenen en voldoen aan de wetgeving voor kwaliteit, efficiency en kostenbeheersing. Ook moet de medisch specialist ethisch handelen, wanneer er iets mis is gegaan dan moet de medisch specialist dat voor de tuchtrechter verantwoorden. De inspectie voor de gezondheidszorg kan hierbij ook een rol spelen. Deze punten komen overeen met de zes terreinen uit het model van Emanuel en Emanuel (1996).

4.1.5. Verzekeraar

De verantwoordelijkheid van de medisch specialist ten opzichte van de verzekeraar komt voor op de volgende punten: de medisch specialist is verantwoordelijk ten

opzichte van de verzekeraar op basis van de afspraken die zijn gemaakt. Dit geldt vooral op financieel terrein door middel van de Diagnose Behandel Combinaties (financiële uitvoering). De medisch specialist moet behandelingen tegen zo laag mogelijke kosten uitvoeren en medicatie goedkoop voorschrijven.

4.2. Klinische autonomie en domeinautonomie

De resultaten betreffende de invloed van de vijf stakeholders op de klinische autonomie van de medisch specialist na de eerste interviewronde staan weergegeven in tabel 3. Over het algemeen is er al veel overeenstemming in de meningen wat betreft de invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist. Over één punt was men het direct al met elkaar eens; de collega medisch specialisten zijn van invloed op de klinische autonomie door de samenwerking. Hierdoor krijgt de medisch specialist te maken met veel overlegmomenten waarbij hij of zij soms de mening van andere specialisten moet accepteren en niet alleen zijn of haar eigen behandelmethode door kan zetten. De gegevens over klinische autonomie en domeinautonomie zijn in twee interview rondes verzameld.

De resultaten betreffende de invloed van de vijf stakeholders op de domeinautonomie van de medisch specialist na de eerste interviewronde staan weergegeven in tabel 4. Hierbij was wederom overeenstemming wat betreft de invloed van collega medisch specialisten op de domeinautonomie. De collega's hebben namelijk door de uitwisseling van kennis en door samenwerking invloed op autonomie van de medisch specialist. Maar over de invloed van de andere stakeholders was men het niet met elkaar eens.

De gegevens over klinische autonomie en domeinautonomie zijn in twee interview rondes verzameld. De resultaten betreffende de klinische autonomie en de domeinautonomie na de tweede interviewronde worden in onderstaande paragrafen per stakeholder behandeld.

		Op welke manier is de stakeholder groep van invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist?				
		Patiënten	Collega's	Manager	Overheid	Verzekeraar
R E S P O N D E N T	Mening Patiënten	Kan kennisdomein arts vergroten (vooral chronische patiënten zijn ervaringsdeskundige)	Door uitwisseling van kennis en samenwerking gaan domeinen meer overlappen.	Geen invloed	De scholing van de specialist wordt in overleg met de overheid gedaan.	Geen invloed
	Mening Artsen	Geen invloed	Door uitwisseling van kennis en samenwerking.	Indirecte invloed, wanneer het budget voor een bepaalde behandeling niet toereikend is dan moet de specialist op zoek gaan naar een goedkopere manier om de patiënt toch te kunnen behandelen. Of de patiënt wordt dan doorverwezen naar een ander ziekenhuis	Geen invloed	Door marktwerking, de verzekeraar beloont efficiëntie waardoor 'superspecialisatie' ontstaat. Bijvoorbeeld speciale poli's of klinieken waar patiënten met gelijke aandoeningen (kunstheup, staar etc) snel en goedkoop en zeer geprotocolleerd/gestandaardiseerd behandeld worden
	Mening Managers	Geen invloed	Door uitwisseling van kennis en samenwerking. Veel overleg bij grensvlakken	Geen invloed	Geen invloed	Geen invloed
	Mening Overheid	Door second opinions en doordat verwijzen niet alleen meer via de huisarts hoeft te gaan.	Door uitwisseling van kennis en samenwerking.	Geen invloed	Geen invloed	Geen invloed
	Mening Verzekeraar	Geen invloed	Door uitwisseling van kennis en samenwerking.	Geen invloed	Kan het domein verruimen en inperken door sancties	Geen invloed

Tabel 4: Op welke manier is de stakeholder groep van invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist?

4.3. Klinische autonomie

De resultaten van de invloed van verschillende stakeholders op de klinische autonomie (tabel 5) worden hieronder toegelicht, met een citaat (melding stakeholder erachter).

4.3.1. Patiënt

De behandeling vindt plaats in overleg met de patiënt. Door internet en de mondigheid kan de patiënt enige invloed hebben op de klinische autonomie, de behandeld arts blijft de keuzes toelichten en helpt de patiënt om de informatie te plaatsen.

‘De patiënt heeft altijd het laatste woord bij de behandeling.’ (Medisch specialist & Patiënt)

4.3.2. Collega’s

Door samenwerking zijn collega’s van invloed op de klinische autonomie. Door deze samenwerking krijgt de medisch specialist te maken met veel overlegmomenten waarbij hij of zij soms de mening van andere specialisten moet accepteren en niet alleen zijn of haar eigen behandelmethode door kan zetten. ‘We moeten ons aan elkaar spiegelen, er is wekelijks contact met elkaar over de patiënten.’ (Medisch specialist)

4.3.3. Manager

Door druk uit te oefenen op het budget en meer productie te verlangen heeft de manager invloed op de klinische autonomie van de medisch specialist. ‘De manager kan hameren op de protocollering en dat er binnen de kwaliteitseisen wordt gewerkt.’ (Manager)

4.3.4. Overheid

Door de wetgeving heeft de overheid een directe invloed op de klinische autonomie en door de financiering een indirecte invloed. Deze financiering wordt door de verzekeraar en manager uitgewerkt en vastgesteld. Bij incidenten kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingrijpen, nadat zij hiervan op de hoogte is gesteld. ‘Wetgeving is in beperkte mate van invloed, namelijk met de wet BIG over de bekwaamheden en bevoegdheden en de voorbehouden handelingen. Dit is niet heel erg limiterend, wanneer je vaardigheden opdoet blijf je bevoegd omdat je bekwaam bent.’ (Overheid)

4.3.5. Verzekeraar

De verzekeraar heeft indirecte invloed op de klinische autonomie door budgetafspraken met ziekenhuis of manager. ‘Voor een deel wanneer het budget bijvoorbeeld niet toereikend is. Dan heeft de zorgverzekeraar zeker wel invloed op de klinische autonomie. Dit zou niet moeten maar dit komt wel voor.’ (Manager)

		Op welke manier van invloed op de klinische autonomie?
S T A K E H O L D E R	Patiënten	De behandeling wordt in overleg met de patiënt gedaan. Door internet en de mondigheid van de patiënt kan deze enige invloed hebben maar de behandelend arts blijft wel de keuzes toelichten en helpt de patiënt om informatie te kunnen plaatsen.
	Artsen	Door samenwerking
	Managers	Door druk uit te oefenen op het budget en door meer productie te verlangen.
	Overheid	Door wetgeving directe invloed en indirecte invloed door de financiering, wat door de verzekeraar en manager verder wordt vastgesteld. Bij incidenten kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg ingrijpen.
	Verzekeraar	Indirecte invloed door de budgetafspraken die gemaakt zijn met het ziekenhuis of de manager.

Tabel 5: de invloed van de stakeholders op de klinische autonomie

4.4. Domeinautonomie

De resultaten betreffende de invloed van de verschillende stakeholders op de domeinautonomie staan in tabel 6 en worden in onderstaande secties toegelicht.

4.4.1. Patiënt

De patiënt heeft geen invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist. Chronisch zieke patiënten (die ervaringsdeskundigen zijn) kunnen de kennis over hun ziekte doorgeven aan de medisch specialist. Maar doordat de specialist bijna alles wel over zijn of haar vakgebied weet, zal dit niet snel tot een uitbreiding van de domeinautonomie leiden. Ook werd de aanvraag van een second opinion niet gezien als van invloed zijnde op de domeinautonomie. ‘Een second opinion is geen aantasting. Maar de patiënt heeft daar wel recht op.’ (Medisch specialist).

4.4.2. Collega's

Door de uitwisseling van kennis met elkaar en samenwerking hebben collega's invloed op de domeinautonomie. ‘Collega's hebben invloed door interactie. Doordat je wat uitstraalt kan je invloed hebben op anderen. Je moet je mond open doen en laten weten waar jij kennis van hebt.’ ‘Verschillende specialismen die ergens mee bezig zijn (bijvoorbeeld de halsslagader) wandelen over elkaars terrein, ze moeten op elkaar afstemmen.’ (Medisch specialist)

4.4.3. Manager

Op de domeinautonomie heeft de manager een indirecte invloed, wanneer het budget voor een bepaalde behandeling niet toereikend is dan moet de specialist op zoek gaan naar een goedkopere manier om de patiënt toch te kunnen behandelen of de patiënt wordt dan doorverwezen naar een ander ziekenhuis.

‘Een manager kan de domeinautonomie verkleinen door bijvoorbeeld te zeggen dat er meer geproduceerd moet worden of dat er sneller gewerkt moet worden, wanneer dit niet haalbaar is dan moet de patiënt wel naar een ander ziekenhuis worden door verwezen.’ (Manager)

4.4.4. Overheid

Volgens de geïnterviewden heeft de overheid geen invloed op de domeinautonomie. Hiernaar werd gevraagd omdat in het eerste interview aangegeven werd door één van de ondervraagden dat de overheid door middel van het willen verkleinen van de wachtlijsten van invloed kan zijn op de domeinautonomie van de medisch specialist. Reacties hierop waren:

‘De dokter wordt niet afgerekend op de wachtlijst, dit is niet van groot belang. De kosten lopen niet hoog op, ik twijfel aan het effect.’ (Overheid) ‘De organisatie wordt er op afgerekend en niet een individuele arts, een wachtlijst is afhankelijk van zoveel factoren. Het ligt er niet aan dat de dokter niet wil opereren.’ (Manager) ‘Niet overtuigend. Bepaalde behandelingen kunnen maar door een beperkt aantal specialisten uitgevoerd worden. Op wachttijd wordt vaak niet meer afgerekend.’ (Medisch specialist)

4.4.5. Verzekeraar

Door marktwerking is de verzekeraar van invloed op de domeinautonomie, de verzekeraar beloont werkvormen die zeer efficiënt zijn, zoals focused factories. Hierdoor ontstaan in feite ‘superspecialisaties’. Dit is bijvoorbeeld te zien in klinieken waar patiënten met gelijke aandoeningen (bijvoorbeeld een kunstheup of staar) snel en goedkoop zeer geprotocolleerd en gestandaardiseerd behandeld kunnen worden.

‘Door de marktwerking heeft de verzekeraar invloed op de domeinautonomie. Ze vragen van de artsen superspecialisatie. Wanneer je maar één ding kunt, dan kan je dat hartstikke goed, dit is dan lopende band werk. Hierdoor krijg je een hoge throughput. De verzekeraar

speelt in op specialisatie en krijgt hierin steeds meer macht.' (Medisch specialist)

		Op welke manier van invloed op de domeinautonomie?
S T A K E H O L D E R	Patiënten	Geen invloed. Chronische patiënten (die ervaringsdeskundige zijn) kunnen de kennis over hun ziekte doorgeven aan de medisch specialist. Maar doordat de specialist bijna alles wel over zijn of haar vakgebied weet, zal dit niet snel tot een uitbreiding van de domeinautonomie leiden.
	Artsen	Door de uitwisseling van kennis met elkaar en samenwerking.
	Managers	Indirecte invloed, wanneer het budget voor een bepaalde behandeling niet toereikend is dan moet de specialist op zoek gaan naar een goedkopere manier om de patiënt toch te kunnen behandelen. De patiënt kan dan doorverwezen worden naar een ander ziekenhuis
	Overheid	Geen invloed
	Verzekeraar	Door marktwerking, de verzekeraar beloont efficiëntie waardoor 'superspecialisatie' ontstaat. Dit is bijvoorbeeld te zien in klinieken waar patiënten met gelijke aandoeningen (bijvoorbeeld een kunstheup of staar) snel en goedkoop zeer geprotocolleerd en gestandaardiseerd behandeld kunnen worden.

Tabel 6: de invloed van de stakeholders op de domeinautonomie

5. Discussie

In dit onderzoek werd gekeken naar de invloed van vijf stakeholders op de accountability, de klinische autonomie en de domeinautonomie van de medisch specialist. Verwacht werd dat de overheid, de patiënt, de collega medisch specialisten, de manager en de verzekeraar

allemaal van invloed zouden zijn op de accountability en op de klinische autonomie van de medisch specialist. Ook werd verwacht dat de patiënt en de collega medisch specialisten van invloed zouden zijn op de domeinautonomie. Hieronder worden de conclusies met betrekking tot de vraagstelling besproken, waarna de tekortkomingen, implicaties voor de toekomst en implicaties voor de praktijk worden genoemd.

		Van invloed op:		
		Accountability	Klinische autonomie	Domeinautonomie
S T A K E H O L D E R	Patiënt	Door mondigheid wordt de accountability vergroot	Door de kritische houding van de patiënt een negatieve invloed	Door de mogelijkheid om naar een andere behandelaar te gaan een negatieve invloed.
	Collega's	Door het werken in teams een hoger accountability niveau.	Door het werken in multidisciplinaire teams een negatieve invloed.	Door het werken in teams een positieve invloed, er wordt van elkaar geleerd.
	Manager	De kwaliteitseisen vergoten de accountability van de medisch specialist.	Door financiële richtlijnen een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Door de organisatiestructuur te veranderen een negatieve invloed.
	Overheid	Door wet en regelgeving wordt de accountability vergroot.	Wet en regelgeving hebben een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Niet van invloed op de domeinautonomie.
	Verzekeraar	Door de invoering van de Diagnose Behandel Combinaties een vergroot accountability niveau.	Door het vragen van toestemming een negatieve invloed op de klinische autonomie.	Niet van invloed op de domeinautonomie.

Tabel 7: verwachtte antecedenten, met discrepanties

5.1. Conclusie

Dat de medisch specialist professioneel competent moet zijn leek alle geïnterviewden vanzelfsprekend. Hiervoor is hij of zij dan ook verantwoordelijk voor ten opzichte van alle stakeholdergroepen (Donaldson, 2001; Emanuel, Cruess, Cruess, Hauser, 2002). Uit de resultaten bleek dat

de accountability van de medisch specialist ten opzichte van alle stakeholders overeenkwam met het accountability model van Emanuel en Emanuel (1996).

De resultaten lieten zien dat alle stakeholders van invloed zijn op de klinische autonomie van de medisch specialist. De patiënt door middel van de inspraak bij de behandeling, de collega medisch specialisten door de samenwerking, de manager door druk uit te oefenen op het budget en meer

productie te verlangen, de overheid door wetgeving en door het ingrijpen van de IGZ bij incidenten en de verzekeraar heeft een indirecte invloed door de budgetafspraken die zijn gemaakt met het management. De resultaten wat betreft de invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist kwamen niet geheel overeen met de bestaande theorie. De patiënt bleek niet van invloed te zijn op de domeinautonomie. De geïnterviewden vonden bijvoorbeeld het aanvragen van een second opinion of het bezoeken van alternatieve geneeswijzen geen aantasting van de domeinautonomie. De collega medisch specialist werd wel gezien als van invloed zijnde op de domeinautonomie van de medisch specialist. Dit gebeurt vooral door de uitwisseling van kennis tijdens de samenwerking waardoor men soms in een andere richting gaat denken dan wanneer ze enkel op hun eigen kennis af zouden zijn gegaan. Het meest opvallende is dat de geïnterviewden vonden dat de manager en de verzekeraar ook van invloed zijn op de domeinautonomie van de medisch specialist. De invloed van de manager zal indirect zijn doordat deze invloed uit kan oefenen via het beschikbare budget en daardoor de medisch specialist een bepaald aantal operaties per jaar uit kan laten voeren. De verzekeraar is vooral via marktwerking van invloed op de domeinautonomie van de medisch specialist. Hierbij wordt van de medisch specialist verlangd dat hij zich ontwikkelt tot een 'superspecialist' waarbij hij of zij een beperkt aantal handelingen snel uit kan voeren.

5.2. Tekortkomingen en toekomstig onderzoek

Er kon niet worden aangegeven of de antecedenten een positieve of negatieve invloed hebben op de accountability, de klinische autonomie en de domeinautonomie. Hiervoor is met te weinig medisch specialisten gesproken. In de toekomst kan onderzoek gedaan worden naar de ervaringen van de medisch specialisten. De antecedenten die in dit onderzoek gebruikt zijn kunnen hiervoor gebruikt worden. Onderzocht zou kunnen worden of de gevonden antecedenten als negatief of positief ervaren worden.

Deze Delphi studie met twee interviewrondes omvat waarschijnlijk niet het geheel van alle meningen. In de tweede interviewronde konden geïnterviewden het nog oneens zijn met de mening van een persoon uit het eerste interview. Wanneer deze persoon ook al voor het tweede interview gesproken was dan kon hij of zij niet meer reageren op de mening van de ander over zijn of haar uitspraken uit het eerste interview. Een volgend onderzoek zou meerdere interviewrondes kunnen gebruiken om dit effect teniet te doen.

De invloed van de verzekeraar op de domeinautonomie van de medisch specialist is redelijk nieuw. Dit komt door de marktwerking, waarbij de verzekeraar efficiëntie belooft waardoor 'superspecialisatie' ontstaat. Respondenten gaven aan dat deze invloed steeds sterker wordt. Hierdoor zou de domeinautonomie aangetast kunnen worden. Het zou interessant zijn om te onderzoeken hoe deze relatie in de toekomst verloopt.

Het huidige onderzoek is vooral gericht op het Universitair Medisch Centrum. Uit eerder onderzoek blijkt dat er verschillen bestaan tussen een ziekenhuis dat is opgezet vanuit een maatschap en een Universitair Medisch Centrum. Vandaar dat het interessant zou zijn om hetzelfde onderzoek ook op een maatschap toe te passen, zodat beide vergeleken kunnen worden.

5.3. Implicaties voor de praktijk

De medisch specialisten die voor dit onderzoek geïnterviewd zijn gaven aan dat vooral de invloed van de verzekeraar er voor zou kunnen zorgen dat ze hun specialisatie niet meer uit zouden kunnen voeren zoals ze geleerd hebben. De specialisatie waarvoor ze gestudeerd hebben zou dan ineens door kleine 'super' specialisaties vervangen worden waardoor hun takenpakket ingrijpend ingekort zou worden. Een belangrijk punt waar in de praktijk rekening mee gehouden moet worden is dat de professionele autonomie niet te ver ingeperkt gaat worden. Dit zal het plezier van de medisch specialist in zijn of haar werk ontnemen.

6. Referenties

Abbott, A. 1988. *The system of professions*. Chicago: The University of Chicago.

Aria, M. 1994. Compensating wage differentials versus efficiency wages: an empirical study of job autonomy and wages. *Industrial relations*, 33 (2): 249-265.

Armstrong, D. 2002. Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour. *Social Science & Medicine*, 55: 1771-1777.

Breaugh, J.A. 1985. The measurement of work autonomy. *Human Relations*, 38, 551-570.

Breaugh, J.A. 1999. Further investigation of the work autonomy scales: two studies. *Journal of Business & Psychology*, 13(3): 357-373.

Bunce, M. 2005. Clinical guidelines: increased quality of care at the expense of clinical autonomy? *Journal of healthcare compliance*, 7(3): 50-52.

Cramer-Cornelissens, L. 2002. Profesionele autonomie: een recht van de patiënt? Onderzoek naar de inhoud, reikwijdte en morele rechtvaardiging van professionele autonomie van de arts.

Donaldson, L.J. 2001. Professional accountability in a changing world. *Postgraduate Medical Journal*, 77 (904): 65-67.

Emanuel, L.L, Cruess, R, Cruess, S, Hauser, J. 2002. Old values, new challenges: what is a professional to do? *International Journal for Quality in Health Care*, 14 (5): 349-351.

Emanuel, E.J., Emanuel L.L. 1997. Preserving community in healthcare. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (1): 147-184.

Emanuel, E.J., Emanuel L.L. 1996. What is accountability in healthcare? *Annals of internal medicine*, 124 (2): 229-239.

Freidson, E. 1970. *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row Publishers.

Frink, D.D. & Klimoski, R.J. 1998. Toward a theory of accountability in organizations and human resource management. In: Ferris, G.R.(Ed.) *Research in personnel and human resources management*, 16, 39-51. Greenwich: JAI Press.

Hackman, J.R. & Oldham, G.R. 1980. *Work redesign*. Reading: Addison-Wesley.

Harrison, S. & Ahmad, W.I.U. 2000. Medical autonomy and the UK state 1975 to 2025. *Sociology*, 34, 129-146.

Hayward, R.S.A., Guyatt, G.H., Moore, K.A., McKibbon, A. and Carter, A.O. 1997. Canadian physicians' attitudes about and preferences regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (12): 1715-1723.

Hillman, A. L., Pauly, M. V. and Kerstein, J. J. 1989. How do financial incentives affect physician's clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations? *New England Journal of Medicine* 321: 86-92.

Kitchener, M. 2000. The "bureaucratization" of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. *Organization*, 7 (1): 129-154.

Klazinga, N. 1994. Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. *Health Policy*, 28: 51-66.

Langfred, C.W. & Moye, N.A. 2004. Effects of task autonomy on performance: An extended model considering motivational, informational, and structural mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, 89, 934-945.

Lewis, J.M., and Marjoribanks, T. 2003. The impact of financial constraints and incentives on professional autonomy. *International journal of health planning and management*, 18:49-61.

Marone, J. A. 1999. The health care bureaucracy: small changes, big consequences. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18: 723-739.

McKinlay, J. B. and Stoeckle, J. D. 1988. Corporatization and the social transformation of doctoring. *International Journal of Health Services* 18: 191-205.

Molleman, E. 2002. Samenwerken: tussen afhankelijkheid en autonomie. Over de kenmerken van teamwerk. *Gedrag en Organisatie*, 15, 255-273.

Parker, S.K., Wall, T.D. & Cordery, J.L. 2001. Future work design research and practice: Towards an elaborated model of work design. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74, 413-440.

Pawlson, L.G., O'Kane, M.E. 2002. Professionalism, regulation, and the market: Impact on accountability for quality of care. *Health Affairs*, 21 (3): 200-207.

Sacchini, D., Antico, L. 2000. The professional autonomy of the medical doctor in Italy. *Theoretical medicine and bioethics*, 21(5): 441-456.

Timmermans, S. 2005. From autonomy to accountability – the role of clinical practice guidelines in professional power. *Perspectives in biology and medicine*, 48 (4): 490-501.