

Promotiecommissie

Promotoren: Prof.dr. P.L. Meurs
 Prof.dr. N.S. Klazinga

Overige leden: Prof.dr. H.A. Büller
 Prof.dr. T.E.D. Van der Grinten
 Prof.dr. R.M. Schepers

vormgeving: Hein van Putten, Alkmaar
druk: drukkerij Badoux, Nieuwegein

Deze uitgave werd mede gefinancierd door het
Medisch Centrum Haaglanden, het Vlietland Ziekenhuis,
Zorg Consult Nederland en de Orde van Medisch Specialisten.

Dokterspraktijken

Het dagelijks werk van specialisten en hun aanspraken op zeggenschap in Nederlandse ziekenhuizen

Nederlandse samenvatting van het proefschrift

Doctors' Orders

Specialists' Day to Day Work and their jurisdictional Claims in Dutch Hospitals

Karen Kruijthof, 2005

Deel 1 Het onderzoek: achtergrond, theorieën en methoden

1. Papier en praktijk

Dit onderzoek gaat over het dagelijks werk van specialisten en over hun zeggenschap in het werk.¹ Andere studies over dit onderwerp gaan meestal over het management of over het beleid van ziekenhuizen. Dit onderzoek begint bij het 'echte werk' in de geneeskunde, de patiëntenzorg. De informatie komt direct uit dokterspraktijken.

Het idee voor het onderwerp komt wél uit management en beleid. Alle algemene Nederlandse ziekenhuizen krijgen sinds 1983 elk jaar een budget. Vóór die tijd waren de uitgaven van een ziekenhuis niet gelimiteerd. Om een eind te maken aan de stijgende kosten van ziekenhuizen werd er een budgetsysteem ingevoerd. Voor de medisch specialisten gold het budget niet. Zij werkten in de ziekenhuizen, maar ze waren daar over het algemeen niet in dienst. Hun werk werd betaald per verrichting, op basis van eigen overeenkomsten met ziektekostenverzekeraars. Het budget dwong managers van ziekenhuizen om activiteiten te beperken. Voor de specialisten was er geen reden om terughoudend te zijn. Zij bleven onveranderd een beroep doen op de activiteiten van het ziekenhuis - verpleging, apparatuur, bedden - ter ondersteuning van hun werk. Dit gaf in de ziekenhuizen veel problemen bij het verdelen van de budgetten.

Als oplossing voor de belangentegenstellingen adviseerde de 'Commissie Biesheuvel' in 1994 om de kosten van het werk van specialisten te integreren in het budget van het ziekenhuis. De commissie vond dat ziekenhuizen 'geïntegreerd medisch specialistische bedrijven' zijn, waar specialisten en anderen samen patiënten behandelen en verzorgen. De commissie pleitte ook voor deelname van specialisten in de leiding van afdelingen.

Er volgde een onrustige periode, waarin specialisten, ziekenhuizen, verzekeraars en de overheid het voortdurend met elkaar oneens waren over de uitwerking van de

voorstellen. Uiteindelijk werd in 2000 de financiële en organisatorische 'integratie' van specialisten en het ziekenhuis vastgelegd in de 'Integratiewet'. In deze wet staat dat specialisten niet meer zelf afspraken maken met verzekeraars over behandelingen en vergoedingen. Dat doet het ziekenhuis. De raad van bestuur doet de onderhandelingen. Het ziekenhuis moet wel rekening houden met wat de specialisten nodig hebben voor hun patiëntenzorg, want zij zijn en blijven daarvoor verantwoordelijk. Specialisten, op hun beurt, moeten rekening houden met wat er is afgesproken over het budget.

De integratiewet en de documenten en regels die daarbij horen, vormen het 'kader' voor zeggenschap in het ziekenhuis. Dat is het papier. Maar wat is de praktijk? Wat willen specialisten te zeggen hebben in hun spreekkamer, op de afdeling of in het ziekenhuis? Waarover willen ze zeggenschap hebben in hun dagelijks werk?

Daarover gaat dit onderzoek. Eenenvijftig specialisten van zeven vakgebieden in twee ziekenhuizen deden eraan mee. Ze werden gevolgd in hun dagelijks werk. Bijna zevenhonderd specialisten vulden een vragenlijst in.

Artsen behoren tot een 'professie', een beroepsgroep met een exclusief werkveld, waar abstracte kennis en specialistische vaardigheden voor nodig zijn. Mensen die die kennis en vaardigheden niet hebben, kunnen niet zomaar beslissingen nemen over het werk in een professie. Daarom hebben professionals zelf relatief veel zeggenschap over hun eigen werk.

Specialisten zijn professionals die in ziekenhuizen werken. Ziekenhuizen vormen, net als andere organisaties, 'social orders'² die berusten op regels en afspraken die de personen en partijen in het ziekenhuis met elkaar maken. De vorming van zo'n 'order' is niet toevallig. Het is een

1 In het Engels wordt in het onderzoek de term 'jurisdiction' gebruikt. Deze term combineert begrippen als autonomie, bevoegdheid en 'recht van spreken'. Voor de leesbaarheid wordt in het Nederlands 'zeggenschap' gebruikt.

2 Het begrip 'order' ('social order' en 'negotiated order') is moeilijk in het Nederlands te vertalen. De term combineert begrippen als orde, rangorde, evenwicht, stelsel en systeem. Voor de zorgvuldigheid wordt 'negotiated order' niet vertaald.

proces waarin deelnemers proberen hun belangen te beschermen. Die belangen kunnen tegenstrijdig zijn, en ze kunnen veranderen. Daarom worden 'social orders' bepaald door voortdurende onderhandelingen. Het zijn 'negotiated orders'. Op elk moment in de tijd vormt de uitkomst van de onderhandelingen het begin van de volgende ronde.

Dit onderzoek gaat over de 'negotiated order' in het werk van specialisten. De onderzoeksvraag is: 'Wat is de aard van de onderhandelingen die de 'negotiated order' in het dagelijks werk van specialisten in ziekenhuizen bepalen, en welke aanspraken op zeggenschap liggen ten grondslag aan deze onderhandelingen?'

Voor de aard van de onderhandelingen is het 'wie', 'hoe' en 'wat' belangrijk.

Wie: de rollen van waaruit specialisten onderhandelen in hun dagelijks werk, en de mensen of partijen die zij in die onderhandelingen ontmoeten.

Hoe: de manier waarop specialisten onderhandelen.

Wat: de onderwerpen waar specialisten over onderhandelen.

De aanspraken op zeggenschap zijn niet vanzelf zichtbaar in de onderhandelingen. Om er achter te komen welke aanspraken ten grondslag liggen aan onderhandelingen, moeten eerst de onderwerpen worden onderzocht.

2. Verleden en heden

Specialismen ontstonden in Nederland tussen 1860 en 1930. Vóór die tijd waren er maar twee soorten artsen. De 'doctores medicinae' hadden aan de universiteit gestudeerd. Zij stelden diagnoses en schreven behandelingen en geneesmiddelen voor. De 'chirurgijns' hadden hun vaardigheden in de praktijk geleerd. Zij behandelden verwondingen en zweren en verwijderden stenen uit de blaas. Vanaf 1865 moest elke arts aan de universiteit zijn opgeleid. Daarna was er een snelle ontwikkeling van kennis en technologie. Er kwamen diagnostische mogelijkheden in radiologie, klinische chemie en pathologie. De kennis over bacteriën en infecties nam snel toe. Huisartsen bleven als

algemeen arts werken. Uit de doctores medicinae kwamen 'beschouwende' specialisten voort, zoals internisten en cardiologen. De chirurgijns werden 'snijdende' specialisten. Voorbeelden daarvan zijn chirurgen en gynaecologen. De beschouwende en snijdende specialismen ontwikkelden zich doordat ze gebruik konden maken van nieuwe kennis en technieken - en die leidden tot een derde groep specialisten: 'ondersteuners', bijvoorbeeld anesthesiologen en radiologen.

De technologie werd vanaf het begin van de twintigste eeuw ondergebracht in ziekenhuizen. Daardoor veranderden de 'gasthuizen' in moderne behandelcentra, waar steeds meer specialisten gingen werken.

'Integratie' en 'participatie' zijn belangrijke woorden in de ziekenhuizen van nu. De integratiewet, ingevoerd in 2000, geeft de raad van bestuur van een ziekenhuis de verantwoordelijkheid te onderhandelen met zorgverzekeraars over de vergoedingen voor het werk van ziekenhuizen en specialisten samen. De specialisten hebben de taak om in het ziekenhuis na te gaan wat er nodig is voor goede patiëntenzorg en samen met de raad van bestuur regelingen af te spreken over bijvoorbeeld het medisch kwaliteitsbeleid, over het werk van specialisten, over hun 'participatie' in commissies en management, en over de continuïteit van zorg.

De meeste ziekenhuizen hadden tot de jaren negentig een 'centralistische' en 'hiërarchische' structuur. Elke leidinggevende kreeg instructies van een hogere leidinggevende, en elke leidinggevende moest aan die hogere leidinggevende verantwoording afleggen. Alle lijnen kwamen centraal bij elkaar, bij de directie. Door fusies en doordat het werk ingewikkelder werd, werden de ziekenhuizen daar te groot voor. Directies 'decentraliseerden' hun organisaties, en ze werden zelf 'raad van bestuur'. Raden van bestuur spreken nu met hun afdelingen af welke resultaten er moeten komen. Hoe die afdelingen dat doen, mogen ze nu meer zelf bepalen dan vroeger. In de meeste ziekenhuizen staat een afdeling onder

leiding van een manager en een 'medisch manager'. De medisch manager is een specialist die een dag of een dagdeel per week beschikbaar is voor organisatorische activiteiten, 'managementparticipatie'.

Nederlandse ziekenhuizen zijn 'geïntegreerd medisch specialistische bedrijven' geworden. De meeste specialisten werken niet in loondienst van het ziekenhuis - ze zijn 'vrij gevestigd' - maar de regelingen voor hun inkomsten zijn sinds de integratiewet wel onderdeel van ziekenhuisregelingen. Specialisten zijn ook bij de organisatie in het ziekenhuis betrokken, bijvoorbeeld door 'managementparticipatie' en in ziekenhuiscommissies. Dat wil niet zeggen dat de belangen van de verschillende partijen in het 'geïntegreerde bedrijf' vanzelfsprekend ook geïntegreerd zijn. De 'medische staf' - alle specialisten van één ziekenhuis samen - onderhandelt nog steeds met de raad van bestuur over de specialistenbelangen in het ziekenhuis. En voor onderhandelingen over de verdeling van de inkomsten hebben de 'vrijgevestigden' in één ziekenhuis meestal ook een eigen groep, bijvoorbeeld een 'koepelmaatschap'.

Hoe is het in het buitenland? Westerse landen hebben allemaal hun eigen organisatie van gezondheidszorg. In Nederland kunnen de meeste patiënten, behalve in noodgevallen, alleen naar een specialist als de huisarts hen verwijst. Dat is niet overal zo. De vrije vestiging van specialisten in ziekenhuizen is ook niet in elk land bekend. Het systeem waarin specialisten werken verschilt dus per land. Daarom zijn de resultaten van dit onderzoek niet zomaar ergens anders van toepassing. Maar overal wordt gezocht naar mogelijkheden om gezondheidszorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Om dat mogelijk te maken zijn vaak veranderingen nodig, ook in de organisatie van ziekenhuizen. Zulke veranderingen beïnvloeden de 'negotiated order'. Als voorbeeld van een analyse van een 'negotiated order' kan dit onderzoek daarom wel voor andere landen betekenis hebben.

3. Theorieën

Omdat het onderzoek zich afspeelt in de praktijk van specialisten, moet eerst duidelijk worden wat het dagelijks werk van specialisten is. Patiëntenzorg is het belangrijkste. Daar besteden ze de meeste tijd aan in vergelijking met hun

werk voor onderwijs of onderzoek, en ook in vergelijking met hun organisatorische activiteiten, zoals vergaderen, roosters maken en 'managementparticipatie'. Het eerste deel van het theoretisch kader is daarom een model met drie handelingen als afzonderlijke stappen in patiëntenzorg. 'Diagnosticeren' is de stap waarin het probleem van de patiënt wordt vertaald in medische kennis. De uitkomst daarvan is een diagnose, of ideeën over mogelijke diagnoses. 'Behandelen' is de stap waarin medische kennis wordt vertaald in mogelijke oplossingen voor het probleem van de patiënt. Soms bieden geneesmiddelen een oplossing, of leefregels. Soms moeten artsen of anderen, bijvoorbeeld verpleegkundigen of fysiotherapeuten, de behandeling uitvoeren. Operaties zijn de belangrijkste behandelingen in de snijdende specialismen. 'Redeneren' over diagnoses en behandeling, en over de specifieke patiënt en de algemene medische kennis, is de stap waarin alle handelingen en overwegingen bij elkaar komen.

In werkelijkheid zijn de drie stappen of handelingen steeds met elkaar verbonden. Ze hebben geen vaste volgorde, het zijn geen losse stappen in de tijd.

De dagelijkse organisatie van het werk in patiëntenzorg wordt in het onderzoek beschreven door na te gaan op welke plaatsen specialisten werken, hoe hun tijd in patiëntenzorg bepaald wordt, en met wie ze werken.

Er wordt door beschouwende, snijdende en ondersteunende specialisten niet op dezelfde manier gediagnosticeerd, behandeld en geredeneerd. De drie stappen uit het model zijn ook niet voor ieder vakgebied even belangrijk. Daarom is hun werk apart onderzocht.

Het tweede deel van het theoretisch kader gaat over de invulling van het 'wie', 'hoe' en 'wat' in de onderhandelingen die de 'negotiated order' in het werk van specialisten bepalen.

Eerst het 'wie'. Specialisten hebben in hun werk relaties met mensen of groepen om hen heen. Ze kunnen zeven verschillende rollen spelen, afhankelijk van de relatie waar het om gaat. De rol van dokter (1) spelen ze als ze inhoudelijk met patiëntenzorg bezig zijn, als ze direct contact hebben met patiënten, of als ze besprekingen hebben over patiënten. In hun rol van collega (2) werken ze samen met de specialisten van hetzelfde vakgebied. De meeste specialisten zijn niet in dienst van het ziekenhuis. Ze hebben dan samen met de collega's van één vakgebied een

maatschap, en ze verdelen in die maatschap de kosten die ze maken en de inkomsten die ze via het ziekenhuis ontvangen. Als artsen wel in loondienst zijn, hebben ze samen met de collega's van één vakgebied een vakgroep. Ook dan zorgen ze samen voor de organisatie van de patiëntenzorg.

Artsen in ziekenhuizen werken op patiëntenafdelingen en in poliklinieken waar ook anderen werken, verpleegkundigen, doktersassistentes, laboranten. In de rol van afdelingslid (3) hebben specialisten een relatie met die medewerkers, of ze vertegenwoordigen de belangen van de afdeling.

Alle specialisten in één ziekenhuis zijn lid van de medische staf. De medische staf vergadert met de raad van bestuur over onderwerpen die voor alle specialisten of voor het hele ziekenhuis belangrijk zijn. Dan hebben specialisten de rol van staflid (4). De meeste artsen werken in één ziekenhuis. In hun rol van ziekenhuislid (5) zitten ze bijvoorbeeld in een commissie.

Specialisten hebben ook een privé-leven. En ze zijn individuen die van elkaar verschillen in hun manier van werken. Dit bepaalt hun rol van individu (6). Vanuit die rol letten ze bijvoorbeeld op hun werktijden, en door die rol hebben ze verschillende stijlen van omgaan met hun patiënten. En tenslotte is elke arts lid van de medische professie. Specialisten van één vakgebied doen in hun rol van professional (7) bijvoorbeeld mee aan de ontwikkeling van landelijk kwaliteitsbeleid. Of ze vergaderen over nieuwe manieren om de gezondheidszorg te betalen.

Vanuit deze zeven rollen onderhandelen specialisten dagelijks met verschillende mensen en groepen. Soms moeten ze met zichzelf onderhandelen als twee rollen gelijktijdig tegenstrijdige eisen stellen, bijvoorbeeld wanneer ze als dokter het spreekuur rustig willen afronden, maar als individu op tijd thuis willen zijn.

Dan over het 'hoe' van onderhandelingen. Onderhandelingen kunnen klein of groot zijn, ze zijn doelgericht gestart of ze worden juist gevoerd zonder dat de deelnemers zich daar bewust van zijn. Ze gaan vaak samen met andere vormen van interactie, bijvoorbeeld dwang of overreding.

In het onderzoek is informatie verzameld over de verschillende soorten onderhandelingen in de verschillende rollen. Er zijn drie soorten tactieken in onderhandelingen, afhankelijk van de beoogde resultaten. 'Vechten of aanvallen' is nodig als je je belangen wilt verdedigen bij een

aanval of als je ze wilt uitbreiden bij tegenstand. 'Verdedigen of behouden' is gericht op bescherming of op het voorkómen van schade. 'Vluchten of opgeven' betekent dat je het niet langer nodig vindt om in actie te komen, of dat je denkt dat het toch zinloos is.

Tenslotte het 'wat'. De aanspraken op zeggenschap zullen zelden direct zichtbaar zijn in onderhandelingen. Daarom is analyse van de onderwerpen van onderhandelingen nodig, om te ontdekken wat de onderliggende onderwerpen zijn waar specialisten zeggenschap over willen hebben.

Specialisten behoren tot de medische professie. Omdat professionals zelf veel zeggenschap hebben, moet de maatschappij er op kunnen vertrouwen dat professionals hun kennis zo goed mogelijk toepassen en dat ze werken in het belang van wie hun hulp of advies nodig heeft. Daarom stellen professionals strenge eisen aan hun opleidingen en daarom moeten ze zich aan bepaalde gedragsregels houden. Om te begrijpen waarom specialisten over bepaalde onderwerpen iets te zeggen willen hebben, is in het onderzoek gevraagd naar hun 'professionele oriëntatie'. Dit is het derde deel van het theoretisch kader. In hoeverre steunen specialisten het 'professioneel primaat', het uitgangspunt dat patiëntenzorg in het ziekenhuis altijd op de eerste plaats komt, vóór geld en efficiency? Hoe belangrijk is 'autonomie', de vrijheid om te beslissen over de inhoud en de organisatie van hun werk, en over de manier waarop de kwaliteit van het werk bewaakt wordt? Hoe belangrijk is 'egalitarisme', de onderlinge gelijkheid van specialisten in een groep? Voelen specialisten zich goed in hun werkomgeving? En verwachten ze dat hun onderlinge belangenbehartiging, bijvoorbeeld in de medische staf, zal blijven bestaan?

Ook is in het onderzoek gevraagd naar de oriëntatie op het ziekenhuis. Hoe betrokken voelen ze zich bij de organisatie en de besluitvorming in het ziekenhuis, en hoe betrokken willen ze zich voelen? Wat vinden ze van 'integreren' of 'participeren'? Welke rol moeten de specialisten spelen die ook manager zijn?

In elk ziekenhuis vormen de verhoudingen tussen zeggenschap van managers, zeggenschap van patiënten, en zeggenschap van specialisten een bepaald evenwicht. Dit onderzoek maakt dat evenwicht zichtbaar in het dagelijks werk van specialisten.

4. Methoden

Het onderzoek is 'exploratief'. In de verzamelde informatie is naar patronen en verbanden gezocht, zonder dat die vooraf in hypothesen zijn voorspeld. Daarbij zijn kwalitatieve methoden gebruikt, omdat die nuttig zijn voor diepgaand onderzoek bij enkele mensen of groepen. Voor een breder, maar oppervlakkiger beeld van het werk van specialisten zijn kwantitatieve methoden gebruikt. Die zijn geschikt voor het verzamelen van informatie bij veel verschillende mensen tegelijk.

De kwalitatieve methode is een 'meervoudige gevalstudie'. In zeven afzonderlijke specialistengroepen werd informatie verzameld over het dagelijks werk. De twee beschouwende vakgebieden in het onderzoek zijn interne geneeskunde en cardiologie. Er hebben drie snijdende groepen deelgenomen. Gynaecologie heeft in beide ziekenhuizen aan het onderzoek meegedaan, en heelkunde in één ziekenhuis. De ondersteunende vakgebieden zijn anesthesiologie en radiologie.

In totaal werden 51 specialisten tenminste één dagdeel gevolgd. Samen is dat bijna 300 uur met observaties. Aanvullend zijn er 40 afzonderlijke interviews gehouden met specialisten. Schriftelijke bronnen zijn in de loop van elke studie verzameld en geanalyseerd (instructies, roosters, protocollen, agenda's en stukken uit maatschapsvergaderingen). De aantekeningen van observaties en interviews zijn verwerkt in een computerprogramma voor kwalitatieve analyses, 'Atlas/ti'.

De kwantitatieve benadering is een landelijk vragenlijstonderzoek onder een steekproef van 2000 specialisten in algemene ziekenhuizen. De respons is 34%. De vragenlijsten zijn verwerkt in een computerprogramma voor kwantitatieve analyses, 'SPSS'.

De samenstelling van de responsgroep komt bijna helemaal overeen met de samenstelling van de populatie, voor zover het ging om specialisme en geslacht. Er is geen onderzoek gedaan onder de mensen die de vragenlijst niet hebben ingevuld. Daarom zou het toch kunnen dat de meningen van de deelnemers anders zijn dan die van de specialisten die geen reactie hebben gegeven.

De onderzoeker is zelf arts en bestuurskundige. Ze werkt als beleidsmedewerker in één van de deelnemende ziekenhuizen. Deze combinaties van rollen en functies heeft voordelen en nadelen. Er zijn verschillende maatregelen

genomen om de nadelen te beperken en voor iedereen duidelijk te maken wanneer welke rol of functie aan de orde was. De onderzoeker heeft ook een dagboek bijgehouden waarin zij haar eigen rol kritisch volgt.

Door deze maatregelen zijn de voordelen van de verschillende rollen en functies versterkt en waren de onderzoeksomstandigheden gunstig voor het verzamelen van zoveel mogelijk informatie.

Deel 2 Resultaten

5. Het werk in patiëntenzorg

Om onderhandelingen in de 'negotiated order' in het werk van specialisten te kunnen begrijpen, is eerst het belangrijkste werk van specialisten nader onderzocht: de patiëntenzorg. Specialisten besteden het grootste deel van hun tijd aan patiëntenzorg. Tachtig procent, zeggen ze in het vragenlijstonderzoek. Ze verdelen dat over 65% direct contact met de patiënt en 15% activiteiten die met patiëntenzorg te maken hebben, bijvoorbeeld besprekingen en administratie.

In de zeven deelnemende specialistengroepen werd dieper ingegaan op het diagnosticeren, behandelen en redeneren in de verschillende specialismen.

In beschouwende vakgebieden is redeneren vooral argumenteren. Het verband tussen diagnostiek en behandeling wordt steeds zoveel mogelijk gelegd in een sluitend betoog, een verhaal.

In de snijdende vakgebieden worden vooral besluiten genomen. Elke toepassing van chirurgie in diagnostiek of in de behandeling van een patiënt moet voortkomen uit een duidelijke beslissing.

Voor de ondersteunende disciplines is verbanden leggen heel belangrijk in de momenten van redeneren.

Ondersteuners leggen een verbinding tussen aanvraag en uitvoering. Radiologen beoordelen de aanvraag van de hoofdbehandelaar, om te beslissen wat er radiologisch moet gebeuren. Anesthesiologen beoordelen welke anesthesie het beste past bij de operatie. Daarna geven ondersteuners aan wat de aanvragers verder moeten doen, of waar ze op moeten letten. De radiologen maken een verslag van hun bevindingen dat past bij wat aanvragers willen weten. Anesthesiologen geven na de narcose instructies, bijvoorbeeld over wat er moet gebeuren als de patiënt misselijk wordt. Ondersteuners moeten steeds 'dubbel denken': vanuit hun eigen vakgebied en vanuit de vakgebieden van de aanvragers.

Artsen organiseren de tijden en de plaats van hun werk in roosters. In de beschouwende vakken laten de roosters vooral poliklinische spreekuren zien, visites op de afdeling en de supervisie van arts-assistenten. In de snijdende vakken zijn de belangrijkste onderdelen de operatiekamer, de

poliklinische spreekuren, de visites op de afdeling en de supervisie van arts-assistenten. In de ondersteunende specialismen zijn de roosters gebaseerd op de onderlinge verdeling van ruimtes of apparatuur.

Met welke mensen werken specialisten? In alle vakgebieden staan patiënten bovenaan. Daarna komen de collega's uit het eigen vak, de specialisten uit andere vakken, en de verpleegkundigen en andere medewerkers in de patiëntenzorg.

In de beschouwende vakken wordt de arts-patiënt relatie sterker dan in de andere vakken bepaald door een vorm van wederzijds eigendom tussen dokter en patiënt. Patiënten hebben het over 'mijn dokter' en artsen hebben het over 'mijn patiënt'. Dat doen de meeste artsen. De meeste artsen hechten ook belang aan de relatie met 'hun patiënt'. Maar in de beschouwende vakken weegt dat zwaarder dan in de andere vakken. De relaties die beschouwende specialisten met patiënten hebben zijn vaker langdurig omdat er meer chronische patiënten zijn. De aard van de ziektebeelden en het belang van 'het verhaal' leiden ook tot gesprekken die over andere onderwerpen gaan dan alleen over het lichamelijk functioneren.

In de samenwerking tussen beschouwende collega's is het gezamenlijk opbouwen van een betoog van belang. De collega's helpen elkaar met het vinden van argumenten. Dat geldt ook voor de samenwerking met verpleegkundigen op de afdeling. De specialisten vragen de verpleegkundigen om informatie te verzamelen die nodig zou kunnen zijn voor het vervolg van diagnostiek en behandeling.

In de snijdende vakken wordt 'eigendom' in de arts-patiënt-relatie vooral bepaald door wie de patiënt geopereerd heeft. In het contact met de patiënt moet informatie worden verzameld die nodig is voor de beslissing over eventueel opereren. Gesprekken worden meer dan in de beschouwende vakken bepaald worden door feiten. De samenwerking tussen snijdende collega's onderling is vooral gezamenlijke besluitvorming. De specialisten toetsen elkaars redenering die wel of niet leidt tot de beslissing om chirurgisch te handelen. Samenwerking met verpleegkundigen is ook meer gezamenlijke besluitvorming dan in de andere vakken, waardoor discussies en gesprekken zakelijker zijn.

In de ondersteunende vakken hebben de specialisten meestal geen 'eigen' patiënten. Een uitzondering in het onderzoek zijn de patiënten die naar de 'pijnpoli' van de anesthesiologen komen. De andere patiënten zijn van de hoofdbehandelaar, die de patiënt verwijst voor aanvullend onderzoek of voor ondersteuning van de behandeling. Ondersteunende specialisten hebben meer communicatie over de patiënt met de hoofdbehandelaar dan met de patiënt zelf. Het leggen van verbindingen met de patiëntenzorg van de aanvragers werkt door in de onderlinge samenwerking van ondersteunende collega's. Samen moeten ze diensten verlenen aan de aanvragers en ze moeten beschikbaar zijn voor de aanvragers. Hier is dan ook, in vergelijking met de andere vakgebieden, de minste ruimte voor individuele variatie in de technische uitvoering van het werk. Doordat de apparatuur geconcentreerd is op één of enkele afdelingen, zijn de meeste collega's vaak bij elkaar in de buurt. Laboranten en assistenten zijn ook altijd dichtbij. Zij voeren vooral taken uit in het proces van de specialisten. Complexere technieken doen specialisten zelf. De voorbereidingen, de bewaking en de eenvoudiger technieken doen laboranten of assistenten.

Alle specialisten blijken zich veel bezig te houden met logistiek. Vele malen per dag gaan ze na of de planning van patiënten nog klopt, of het werk goed verdeeld is over de specialisten en arts-assistenten, of er genoeg bedden zijn, of de informatie die nodig is wel beschikbaar is. Waar ze dan op letten, verschilt per vakgebied.

Het gaat de beschouwende specialisten vooral om de contacten met individuele patiënten. Op welk moment moet een patiënt terugkomen? Welke informatie moet dan bekend zijn? Welke dokter moet die patiënt spreken? De snijdende specialisten letten vooral op de patiëntenstromen. Gaan er wel genoeg patiënten naar huis vandaag? Kunnen de nieuwe patiënten worden opgenomen? Zijn er bedden beschikbaar? Is er ruimte op de operatiekamers?

In de logistiek van de ondersteunende vakgebieden staat de afstemming met aanvragers centraal. Wanneer zijn er spreekuren van aanvragers die veel mensen doorsturen? Wanneer moet de informatie bekend zijn? Of, voor anesthesiologen, om welke ingreep gaat het en welke vormen van anesthesie zijn dan geschikt?

6. Onderhandelingen in patiëntenzorg

Als specialisten de rol van dokter spelen in hun patiëntenzorg zijn ze bezig met individuele patiënten, of met de belangen van hun patiëntenpopulatie in het algemeen. Als ze de rol van afdelingslid spelen, werken ze in hun patiëntenzorg samen met verpleegkundigen, doktersassistentes, laboranten, arts-assistenten. Specialisten onderhandelen in hun werk in patiëntenzorg vanuit deze twee rollen.

Beschouwende specialisten doen in hun patiëntenzorg aan 'toegangsbewaking'. Zij willen iets te zeggen hebben over de toegang van patiënten en over de problemen waar patiënten mee komen. Het gaat in hun vakken vooral om 'argumenteren'. Medisch inhoudelijk moet het verhaal over elke patiënt kloppen. Daarom moeten de specialisten er bij een nieuwe patiënt op letten dat het verhaal wel aansluit bij hun specialisme. Als het probleem van de patiënt nog niet helemaal duidelijk is, kan de keuze voor het juiste specialisme moeilijk zijn. Specialisten van verschillende vakgebieden onderhandelen dan met elkaar over waar de patiënt het beste terecht kan. Patiënten willen soms ook problemen aan de orde stellen die wel met hun gezondheid te maken hebben, maar niet met het vakgebied van de specialist. Dan onderhandelen arts en patiënt er over. Vaak vinden de specialisten dat zo'n probleem beter met de huisarts kan worden besproken.

Snijdende specialisten doen aan 'verkeersleiding' in hun patiëntenzorg. Meestal wordt één patiënt maar één keer geopereerd. Omdat opereren de essentie van het vakgebied is, moet er geen stagnatie van de patiëntenstroom zijn. Veel onderhandelingen van snijdende specialisten gaan dan ook over opnames en ontslag, over de beschikbaarheid van operatiekamers en bedden, en over de informatie die nodig is in de patiëntenzorg, zoals dossiers, laboratoriumuitslagen of röntgenfoto's. Ze onderhandelen bijvoorbeeld met managers en medewerkers van het opnamebureau. Snijdende specialisten willen iets te zeggen hebben over de logistiek van de patiëntenstromen en over ziekenhuiscapaciteit, omdat ze willen blijven opereren.

In de onderhandelingen in de patiëntenzorg doen ondersteunende specialisten aan 'positiebewaking'. Hun werk ondersteunt de patiëntenzorg van de specialisten die de aanvragen doen. Die hebben de neiging het ondersteunende werk vanzelfsprekend te vinden en soms weinig rekening te houden met de specialistische kennis die

daarvoor nodig is. Ondersteunende specialisten bewaken in de relatie met de aanvragers hun positie en de exclusiviteit van hun werk. Ze willen iets te zeggen hebben over hun eigen patiëntenzorg, en over de exclusieve toepassing van kennis, technieken en apparatuur waarin zij de verbinding leggen tussen hun eigen vakgebied en patiëntenzorg van de aanvrager.

Specialisten steunen het principe van het 'professioneel primaat': ze vinden dat patiëntenzorg in het ziekenhuis altijd op de eerste plaats moet komen. Vóór geld en efficiency. Dat blijkt uit het vragenlijstonderzoek. Ze vinden dat de kwaliteit van hun patiëntenzorg bedreigd wordt doordat ze te veel rekening moeten houden met financiële en organisatorische overwegingen. Als het gaat om autonomie, vinden specialisten dat hun beroepsgroep zelf de kwaliteit van patiëntenzorg moet bewaken. Managers in het ziekenhuis moeten zich niet inhoudelijk bemoeien met de medische beroepsuitoefening. Ze kunnen misschien wel initiatief nemen om af en toe iets aan patiëntenzorg te veranderen.

7. Onderhandelingen in het ziekenhuis

Specialisten spelen in het ziekenhuis de rollen van collega, lid van de afdeling, van de staf en van het ziekenhuis. Er zijn specialisten die óók de rol van 'medisch manager' hebben. In de drie groepen specialismen zijn er, als het om die rollen gaat, accentverschillen in de onderhandelingen. Maar de overeenkomsten zijn groter dan in de onderhandelingen in de patiëntenzorg. In elke rol gaan de onderhandelingen over het organiseren van werk en over het bevestigen of verbeteren van posities en relaties. De rollen van collega en lid van de afdeling zijn het belangrijkste voor het evenwicht in het dagelijks werk van specialisten.

De rol van collega is belangrijk omdat specialisten van één vakgebied niet zonder elkaar kunnen werken. Solo praktijken komen niet meer voor. Specialist laten op elkaar in de patiëntenzorg en ze vullen elkaar aan in besprekingen over individuele patiënten. Ze verdelen ook verschillende aandachtsgebieden in het specialisme. Voor de organisatie van het werk hebben ze elkaar ook nodig. Ze verdelen diensten en taken in onderwijs en onderzoek, of in de organisatie.

In hun onderlinge relaties willen individuele collega's iets te zeggen hebben over de manier waarop het werk wordt georganiseerd, en over de manier waarop ze samenwerken. Maar het evenwicht in de groep staat ten dienste van het gezamenlijke belang. Het gaat niet om de individuele collega. 'Harde' belangen, bijvoorbeeld de verdeling van het inkomen over de collega's, worden wel besproken. Maar over minder concrete onderwerpen, zoals de stijl van patiëntenzorg of de manier van met elkaar omgaan, praten specialisten weinig met elkaar. Omdat collega's intensief samenwerken zonder veel ruimte voor het uitspreken van individuele voorkeuren of meningen, ontstaan er irritaties. Bijna elke specialistengroep kent vroeg of laat een periode waarin onderlinge verhoudingen gespannen of slecht zijn.

In de groep collega's hoort iedereen even veel waard te zijn. De specialisten geven in het vragenlijstonderzoek aan dat ze 'egalitarisme' belangrijk vinden. Alle groepsleden moeten dezelfde mate van zeggenschap hebben. De meeste specialisten zeggen zich thuis te voelen in hun groep collega's.

De collega's komen samen op voor hun belangen in relaties met andere specialistengroepen en managers. De onderhandelingen gaan dan over de positie van de groep in het ziekenhuis, over geld en over de aantallen patiënten die gezien en behandeld worden, de 'productie'.

De zeven specialistengroepen in dit onderzoek werken in ziekenhuizen die recent zijn gefuseerd. De relatie met de collega-specialistengroep in 'het andere ziekenhuis' moet nog in evenwicht komen. Verder letten de collega's op hun positie ten opzichte van het management, ten opzichte van andere specialistengroepen en ten opzichte van andere ziekenhuizen of specialistengroepen in de regio.

De specialisten hebben het vaak over hun 'eigen winkel', als ze het hebben over hun groep collega's van één vakgebied. Samen willen zij het voor het zeggen hebben in hun 'winkel'. Zij willen beslissen over de inhoud van het werk in de patiëntenzorg, over de financiën, en over de organisatie van het werk.

De rol van afdelingslid is belangrijk omdat het werk pas echt begint op afdelingen, in poliklinieken en in operatiekamers. Specialist onderhandelen over de organisatie van het werk op de afdeling. Ze willen een erkende rol spelen in het management. Ze onderhandelen ook over de verdeling van taken tussen hen en anderen op

de afdeling en over 'ruimte en spullen', kamers, apparatuur en instrumenten. In de onderhandelingen hebben de specialisten te maken met managers, en ook met medisch managers als die er zijn, met collega's, en met andere specialistengroepen. In de enquête geven ze aan meer betrokken te willen worden bij beslissingen over de organisatie van de afdeling. Vooral beschouwende specialisten willen zeggenschap over de gang van zaken op de afdeling. Specialist in snijdende vakken willen dat het duidelijk is dat de specialist de baas is in de patiëntenzorg. Zij hebben minder dan anderen behoefte aan invloed op het afdelingsbeleid. De ondersteunende specialisten zijn tevredener over hun invloed op de afdeling dan de anderen.

Als lid van de afdeling onderhandelen specialisten ook over hun positie ten opzichte van de medewerkers. De specialisten zijn niet hun 'gelijken', ze staan in sociaal en functioneel opzicht hoger. Het gaat er niet om dat specialisten zomaar iets te zeggen willen hebben over de mensen op de afdeling. Het gaat er om dat het in de patiëntenzorg duidelijk moet zijn dat de specialist de leiding heeft. In het vragenlijstonderzoek vinden veel specialisten dat zij de baas horen te zijn in de patiëntenzorg. Ze vinden niet dat ze zonder meer de baas horen te zijn van iedereen in het ziekenhuis.

Specialisten voeren ook onderhandelingen over de afdeling. Bijvoorbeeld als het gaat over reorganisaties of verbouwingen, waar specialisten met managers over praten. Ze onderhandelen bij een fusie ook met collega's en managers van de overeenkomstige afdeling in 'het andere ziekenhuis'.

Specialisten letten in hun rol van afdelingslid vooral op de belangen die ze als dokter en collega hebben. Ze willen iets over de afdeling te zeggen hebben, omdat ze daar als dokter en als collega werken. De belangen die ze behartigen hebben bijvoorbeeld te maken met de logistiek en inhoud van de patiëntenzorg, of met 'productie' en de organisatie van het werk van de groep collega's.

Specialisten onderhandelen in hun dagelijks werk weinig als staflid of als ziekenhuislid. Natuurlijk maken ze deel uit van de medische staf en van het ziekenhuis. Maar deze rollen krijgen alleen een eigen vorm wanneer specialisten bijzondere functies hebben, bijvoorbeeld in het stafbestuur, een stafcommissie, of in een ziekenhuiscommissie.

In de enquête geeft 20% van de respondenten aan medisch manager te zijn. In de observaties waren er maar vier medisch managers. Zij onderhandelen over hun positie in relaties met managers, specialisten en specialistengroepen. Ze onderhandelen ook over de organisatie van werk.

Als manager moeten ze leren omgaan met de schaarse middelen in het ziekenhuis en daarom proberen ze ook hun collega's ervan te overtuigen dat ze soms op een andere, efficiëntere manier moeten werken. In onderhandelingen met 'echte' managers proberen medisch managers de patiëntenzorg te beschermen en te voorkómen dat de financiële druk te groot wordt.

De medisch managers lijken hun onderhandelingen te baseren op een 'hybride' grondslag. In hun relatie met managers willen ze iets te zeggen hebben over de organisatie van patiëntenzorg, waarbij ze de patiëntenzorg proberen te beschermen of verbeteren. Wanneer ze hun collega's 'managen', willen ze iets te zeggen hebben over de organisatie van specialistenwerk. Daarbij wijzen ze op schaarste, of op het belang van het ziekenhuis als geheel.

8. De specialist als individu en als professional

Specialisten hebben ook een privé-leven. In het ziekenhuis onderhandelen ze daar vooral met zichzelf over. Ze wegen hun persoonlijk belang, bijvoorbeeld dat ze op tijd thuis zijn, dan af tegen de verplichtingen vanuit andere rollen, vooral die van dokter en die van collega. Wanneer ze met zichzelf onderhandelen zoeken ze naar mogelijkheden waarbij ze niet voor één van de rollen hoeven te kiezen. Als ze op tijd naar huis willen gaan én ze hebben een maatschapsvergadering, dan gaan ze bijvoorbeeld wat eerder weg bij die vergadering. Als dat niet kan, laten ze de belangen die ze als dokter of collega hebben meestal voorgaan.

Specialisten hebben hun eigen ideeën over onderlinge relaties in de groep. Ze hebben persoonlijke voorkeuren voor de stijl van samenwerken en de taakverdeling met collega's. Toch - dat kwam al eerder aan de orde - onderhandelen ze daar weinig over. Ze vinden het zo belangrijk om onderlinge relaties goed te houden, dat ze onderhandelingen over persoonlijke voorkeuren liever vermijden. Het is ook niet gebruikelijk om persoonlijke ambities te bespreken, of loopbaanwensen.

Specialisten willen als individu graag iets te zeggen hebben over de inrichting van het dagelijks werk, over de relaties met collega's en over de individuele loopbaan. Maar de onderhandelingen daarover zijn bescheiden, omdat ze vinden dat de groep belangrijker is dan het individu.

Vrouwen en jongere specialisten zijn de specialisten van de toekomst. Uit de enquête blijkt dat zij autonomie minder belangrijk vinden dan mannen en oudere specialisten. En dat vrouwen vaker van zichzelf vinden dat ze als 'gewone medewerker' moeten meedoen in het ziekenhuis. Vijf procent van de groep specialisten ouder dan 50 jaar is vrouw. In de jongste groep, tot en met 40 jaar, is dat 40%. Omdat zij vaker in deeltijd en in loondienst werken, zal in de toekomst de voltijds werkende, vrij gevestigde specialist minder vaak voorkomen dan nu. In de oudere specialistengroepen werkt 80% in vrije vestiging. In de jongste groep is dat iets meer dan 60%.

Specialisten werken in de Nederlandse gezondheidszorg. Ze zijn lid van de medische professie, de beroepsgroep van artsen. En ze zijn lid van hun eigen specialisme. Op deze drie niveaus spelen ze een rol als professional.

Aan echte onderhandelingen over de Nederlandse gezondheidszorg nemen specialisten alleen deel als ze een formele rol hebben in een landelijke organisatie. Die onderhandelingen spelen zich buiten het ziekenhuis af. Ze zijn niet onderzocht in de observaties. Specialist praten er wel over in het ziekenhuis. Er komt een nieuw financieringssysteem dat gebaseerd is op Diagnose Behandel Combinaties. De meeste specialisten hebben daar weinig vertrouwen in. Ze mopperen er over.

Als professional zijn specialisten ook vertegenwoordigers van de medische beroepsgroep in Nederland. Ze willen samen iets te zeggen hebben over hun werk en daar hebben ze maatschappelijk en juridisch ruimte voor nodig. Daarom hebben ze bijvoorbeeld hun eigen normen in ontmoetingen met niet-specialisten. Specialist vinden het goed dat ze wat meer tot 'gewone mensen' gerekend gaan worden, maar dat moet, vinden ze, niet worden overdreven. Om als dokter enig overwicht te hebben, moet de maatschappij óók blijven opkijken tegen specialisten.

De rol van lid van één bepaald specialisme wordt buiten het ziekenhuis ingevuld als een specialist actief is in een wetenschappelijke vereniging. Ook dat is in het onderzoek niet geobserveerd. In het vragenlijstonderzoek zijn specialisten die actief zijn in een wetenschappelijke

vereniging wat minder 'traditioneel' in hun 'professionele oriëntatie' dan anderen. Ze vinden 'autonomie' en 'egalitarisme' minder belangrijk en ze vinden vaker dat specialisten 'gewoon' mee moeten doen met de rest van het ziekenhuis.

In het ziekenhuis zorgen wetenschappelijke en technische, maar ook maatschappelijke ontwikkelingen ervoor dat patiëntenzorg verandert en dat de verdeling ervan tussen verschillende vakgebieden verandert. Daardoor voeren medische vakgebieden 'onderhandelingen' met elkaar. In de beschouwende vakken zeggen specialisten bijvoorbeeld dat ze ervaren dat de grens met de huisartsgeneeskunde verschuift. Patiënten hebben in toenemende mate psychosociale problemen, naast hun lichamelijke problemen of als gedeeltelijke oorzaak van die lichamelijke problemen.

Alle specialismen ontwikkelen hun kennis en kunde. Ondersteunende specialismen ontwikkelen nieuwe aandachtsgebieden in de patiëntenzorg, bijvoorbeeld pijnbestrijding en intensive care geneeskunde in de anesthesiologie. Of ze gaan hun kennis en vaardigheden toepassen op de patiëntenzorg van andere specialismen. Echoscopische diagnostiek in de radiologie is bijvoorbeeld een belangrijke aanvulling op de diagnostiek van beschouwende vakgebieden. Sommige radiologen denken dat zij de diagnostiek van beschouwende vakgebieden grotendeels zouden kunnen overnemen. Radiologen kunnen ook onder röntgendoorlichting vernauwingen of obstructies in bloedvaten en ingewanden behandelen, bijvoorbeeld door een 'stent' te plaatsen. Operaties zijn dan niet meer nodig, en daarmee komen ze op het terrein van snijdende vakken.

Het gaat in deze verschuivingen meestal niet om letterlijke onderhandelingen tussen artsen van verschillende vakgebieden. Al kunnen specialisten zich wel in strijd bare termen over andere vakken uitspreken. Specialist willen, als professional in hun eigen vak, iets te zeggen hebben over de toepassing van hun kennis en kunde, zo mogelijk ook als het gaat om patiënten en problemen die ergens anders 'horen'. Alleen is in de beschouwende vakken de 'toegangsbewaking' belangrijker dan het 'overnemen' van huisartsgeneeskundige patiëntenzorg. Er wordt dan ook veel gemopperd over de psychosomatische problematiek in de spreekkamer van de specialist.

Deel 3 Conclusie en discussie

9. Conclusies en discussie

Specialisten zijn vooral dokter en collega. Deze rollen zijn het meest bepalend voor de 'negotiated order' in hun werk. Ze onderhandelen omdat ze als dokter iets te zeggen willen hebben over de patiëntenzorg en over de logistiek van patiëntenzorg. Als collega's gaat het ze om de organisatie van de 'winkel' die ze samen hebben.

Specialisten zijn op hun hoede als het gaat om hun positie in verschillende relaties. Als de mogelijkheid zich voordoet, proberen ze in onderhandelingen hun positie ten opzichte van hun omgeving te verbeteren. Deze mogelijkheden kunnen zich onverwacht voordoen. Het is belangrijk om steeds te weten wat de uitgangspositie is in de verschillende relaties, omdat specialisten op elk moment klaar moeten staan om hun positie te verdedigen of te verbeteren.

De 'negotiated order' verdient een nieuw concept als aanvulling: de 'negotiated position'. 'Negotiated order' is de uitkomst van alle onderhandelingen in een groep of in een organisatie. De 'negotiated position' is de uitkomst voor één persoon of partij daarin. Deze uitkomst is tegelijk het begin van nieuwe onderhandelingen.

Nu kan worden vastgesteld wat in het dagelijks werk van specialisten de verhouding is tussen wat managers te zeggen hebben, wat patiënten te zeggen hebben, en wat specialisten te zeggen hebben. In hun dagelijkse werk hebben specialisten het overwegend zelf voor het zeggen. De achtergrond van het werk wordt voor een deel bepaald door 'het management', bijvoorbeeld omdat het management de 'eigenaar' is van de organisatiestructuur van het ziekenhuis en van regels voor beleid en financiële beslissingen. Maar 'het management' bestaat niet alleen uit managers, want ook het stafbestuur is bijvoorbeeld betrokken bij beslissingen over het ziekenhuis. Medisch managers zijn betrokken bij beslissingen over afdelingen. En 70% van de deelnemers aan het vragenlijstonderzoek zit in een ziekenhuiscommissie.

In hoeverre hebben patiënten iets te zeggen? Zij zijn niet als 'georganiseerde' groep zichtbaar in het werk van specialisten. Individuele patiënten onderhandelen wel met de specialisten, over hun afspraken, over hun behandeling

of over de problemen die ze aan de orde kunnen stellen.

Het onderzoek laat zien dat het eigenlijk niet voldoende is om te weten wie het voor het zeggen heeft. Op z'n minst moet óók duidelijk zijn welke criteria de deelnemers gebruiken. Streven ze naar goede patiëntenzorg, naar tevreden klanten, of naar een efficiënte organisatie? En op welke manier doen ze dat? Volgen de verschillende deelnemers dezelfde waarden? Sluiten ze contracten met elkaar af? Of is er gewoon iemand de baas?

Vervolgonderzoek naar zeggenschap in ziekenhuizen zou van deze modelmatige combinaties gebruik moeten maken.

Vervolgstudies kunnen op verschillende manieren een aanvulling geven op dit onderzoek. De andere partijen in de onderhandelingen zouden bijvoorbeeld gevolgd kunnen worden. Of de patiënten zouden gevolgd kunnen worden - voor een andere benadering van het werk in ziekenhuizen. Een systematische vergelijking is in deze studie alleen op het niveau van de groepen specialismen gedaan: beschouwend, snijgend en ondersteunend. Ander onderzoek zou ziekenhuizen kunnen vergelijken, of verschillende vakgebieden binnen de beschouwende, snijgende en ondersteunende specialismen. En uit dit onderzoek kunnen verschillende hypotheses gehaald worden, die getoetst kunnen worden.

'Plezier in het werk' was niet het onderwerp van dit onderzoek. Toch kan voorzichtig worden geconcludeerd dat specialisten zwaar werk hebben en dat grofweg één op de tien daar op één of andere manier last van heeft. Dat heeft met veel verschillende dingen te maken. Dit onderzoek laat drie oorzaken zien: de aard van het werk, de continue onderhandelingen en het belang van de groep.

Ten eerste is het werk van specialisten, vooral in patiëntenzorg, veeleisend en 'gulzig', en het wordt in toenemende mate gestandaardiseerd. Specialisten willen zoveel mogelijk hun eigen werk organiseren. Daarom zijn ze op elk moment beschikbaar in al hun rollen. Wie niet naar de afzonderlijke rollen kijkt, maar naar het dagelijks werk van specialisten als geheel, ziet dat de rollen zich niet laten inroosteren. Daarom is het werk van specialisten gefragmenteerd. 'Serieel' zien ze verschillende patiënten

achter elkaar, en doen ze verschillende activiteiten. 'Parallel' werken ze aan veel tegelijk. Dat betekent dat specialisten tijdens een ontmoeting met patiënt X een vraag kunnen krijgen over patiënt Y, of gebeld kunnen worden over een vergadering met maatschap Z. Specialisten hebben daarom op een dag veel 'seriële en parallelle schakelingen'. Alleen dagdelen met operaties of andere relatief langer durende activiteiten kunnen perioden met meer concentratie geven, als de 'pieper' wordt beantwoord door iemand anders. 'Zelf-management' ontardt op dagelijks niveau nog wel eens in 'geleefd worden' door het rooster, de spreekuurschema's en de pieper. De houding van overgave aan het ritme van de dag is een houding die op termijn het persoonlijke gevoel van controle kan ondermijnen.

Ten tweede is het ziekenhuis een soort arena waarin specialisten elkaar en andere partijen in de gaten houden om het verlies van hun positie te voorkómen. De belangen van de verschillende partijen in het 'geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf' zijn niet geïntegreerd. Specialisten komen vooral elkaar tegen in dagelijkse onderhandelingen, met managers op de tweede plaats. Dat er dagelijks onderhandelingen nodig zijn, kan individuele specialisten het gevoel geven dat ze bedreigd worden.

Ten derde is de groep in de geneeskunde erg belangrijk. Collega's hebben elkaar nodig voor patiëntenzorg en voor zakelijke belangen. Hun inkomen wordt bepaald door formules en afhankelijkheden, en de regels daarvoor zijn sinds de jaren tachtig aan het veranderen. Externe onzekerheid over het inkomen maakt de groep weer belangrijker voor de gezamenlijke belangen. De belangrijke rol van de groep kan specialisten langzamerhand het gevoel geven dat ze er individueel niet zo veel toe doen.

Dit onderzoek leidt tot een aantal aanbevelingen waardoor het werk van specialisten zou kunnen veranderen, en waardoor het misschien minder zwaar zou worden. De eerste aanbevelingen zijn voor specialisten en managers samen. Daarna volgen aanbevelingen voor specialisten en tenslotte voor ziekenhuismanagers.

Hoe moet je in een 'negotiated order' het werk organiseren? Dat moeten specialisten en managers samen doen. Het is duidelijk dat contracten en documenten niet bepalen dat dat goed gaat. Het lijkt erop dat gemeenschappelijke waarden weinig ontwikkeld zijn. Het ziekenhuis is er voor de patiëntenzorg en voor de patiënt. De criteria voor beslissingen van artsen en managers, maar ook van anderen in het ziekenhuis, moeten daarom in de eerste plaats gebaseerd zijn op een idee van wat goede patiëntenzorg is, en van wat patiënten willen. Criteria voor een goede, efficiënte organisatie moeten daar een afgeleide van zijn.

De patiëntenzorg verschilt per soort specialisme. Verschillen die er zijn, moeten worden gerespecteerd. De organisatie van patiëntenzorg zou geen eenheidsworst moeten zijn. Verschillende soorten specialisten hebben ook verschillende manieren waarop ze deelnemen aan de organisatie. Daar moet aandacht voor zijn, want die verschillende manieren hebben te maken met wat er nodig is voor de patiëntenzorg. Snijdende specialisten willen bijvoorbeeld dat hun patiëntenstromen op gang blijven. Ze hebben er minder behoefte aan om zich bezig te houden met de algemene organisatie van de afdeling. Het heeft dan ook geen zin om ze zonder meer daartoe te dwingen. Als hun betrokkenheid toch nodig is, zullen managers specialisten duidelijk moeten maken waarom.

Verschillende soorten specialisten hebben ook verschillende soorten 'blinde vlekken'. Door de kenmerken van hun patiëntenzorg hebben ze voorkeuren voor onderwerpen en voor manieren van communiceren. Managers en specialisten moeten elkaar wijzen op patronen die tot 'blinde vlekken' leiden. En ze moeten elkaar motiveren om van die patronen af te wijken, omdat dat beter is voor de samenwerking.

Specialisten lijken een natuurlijke ruimte te hebben op het niveau van de afdeling. Daar wordt hun werk uitgevoerd. De rol van afdelingslid verdient versterking. Specialisten en managers moeten proberen om vanuit de afdeling te werken aan de organisatie van het werk van specialisten. 'Evidence based medicine', waarin artsen hun beslissingen in patiëntenzorg zoveel mogelijk proberen te baseren op

bewijzen van effectiviteit, moet door de afdeling als geheel worden aangepakt. De komst van nieuwe functies in de patiëntenzorg, zoals 'nurse practitioners' en 'physician assistants' moet worden gekoppeld aan beslissingen over taakverschuivingen van artsen naar verpleegkundigen. De projecten in veel ziekenhuizen, om patiëntenzorg zo te organiseren dat patiënten sneller en zo mogelijk beter geholpen worden, horen gebaseerd te zijn op medisch inhoudelijke en organisatorische argumenten. Als dit per vakgebied op maat wordt aangepakt, kunnen specialisten zeker meer bij de organisatie betrokken zijn, zonder dat het hen meer tijd kost.

De waarde van 'het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf' is beperkt. Specialisten zijn tot op zekere hoogte geïntegreerd in het ziekenhuis. Hun inkomen wordt door het ziekenhuis verstrekt en ze nemen deel aan het management. Maar de belangen zijn niet geïntegreerd. Dat kan ook niet. De criteria voor goede patiëntenzorg, tevreden klanten en een efficiënte organisatie zullen in ziekenhuizen altijd náást elkaar bestaan. 'Integratie van specialisten in de ziekenhuisorganisatie' houdt een tegenstrijdigheid in.

Managementparticipatie lijkt door de specialisten in het onderzoek gesteund te worden. Medisch managers combineren de criteria van goede patiëntenzorg en efficiënt organiseren en daarom zijn ze belangrijk voor het werken in de 'negotiated order'. Maar managementkrachten lijken sterker aan medisch managers te trekken dan krachten vanuit de patiëntenzorg. Het zou goed zijn als medisch managers zich ook in de andere richting ontwikkelen, door zich te buigen over het werk in de patiëntenzorg, en initiatief te nemen tot onderzoek naar dagindeling en tijdsbesteding, en door te praten over andere manieren om patiëntenzorg te organiseren. Zij hoeven dat niet alleen te doen. Specialisten nemen op grote schaal deel aan commissies, en deze betrokkenheid lijkt wel eens onvoldoende gezien te worden.

Enige training in hoe ziekenhuismanagement werkt is misschien handig voor specialisten. Maar als ze moeten kiezen, kunnen ze zich beter verdiepen in het organiseren van hun eigen werk en tijd.

Hoe moeten specialisten werken in de 'negotiated order' van het ziekenhuis? Als zij zich, zoals net aanbevolen, willen verdiepen in de organisatie van hun eigen werk en tijd, zullen ze het evenwichtsspel van het ziekenhuis moeten leren spelen. Het spel van 'geven-en-nemen', van diplomatieke betrekkingen, het spel van afdingen. Ze

kunnen niet inzetten op 'de grootste helft', want als iedereen dat doet houdt iedereen elkaar gevangen. Ze moeten inzetten op het evenwicht, met de onderhandeling als bescheiden middel om dat te bereiken. Dat zou ook voor medisch inhoudelijke ontwikkelingen gunstiger zijn dan 'het onderste uit de kan' willen.

In het evenwicht van dagelijks werk moeten specialisten zich niet overgeven aan het ritme van het spreekuur en de pieper. Hun werk en hun tijd verdienen dat ze er verantwoordelijkheid voor nemen. Het is niet makkelijk om het werk anders te organiseren. Maar er over mopperen lost zeker niks op. Zorgvuldig onderzoek van de logistiek van patiëntenzorg is zeldzaam. Het is misschien ook voor specialisten niet aantrekkelijk om daar hulp bij te vragen. Het feit dat niemand de organisatie van je werk begrijpt is natuurlijk wel interessant. Het helpt in elk geval om het zelf voor het zeggen te hebben - en te houden. Toch zou een betere indeling de inhoud van het werk niet van zijn complexiteit ontdoen. Integendeel. Een betere organisatie kan ruimte creëren voor nieuwe ontwikkelingen.

De specialisten van de toekomst zullen het evenwichtsspel misschien makkelijker spelen dan de specialisten van nu. Vrouwen en jonge specialisten, ook mannen, vinden 'autonomie' minder belangrijk dan mannen en oudere specialisten. Vrouwen gaan er ook vaker vanuit dat specialisten 'gewoon' in de organisatie van het ziekenhuis mee horen te doen. Ze werken vaker in deeltijd, en ze zullen daarom misschien ook minder de neiging hebben om hun energie aan onderhandelingen of positieverbetering te besteden. Vrouwen willen, meer dan mannen, invloed op het niveau van de afdeling. Dit sluit aan bij wat eerder al aan de orde kwam. Specialisten zouden de afdeling moeten accepteren als hun natuurlijke omgeving voor werk. Daar komen de patiënten. Daar begint het werk, en daar moeten dokters leren hun werk te delen met de anderen van de afdeling. Verschillende verantwoordelijkheden, gezamenlijke waarden.

In de groep van collega's mag de gezamenlijkheid juist wel wat minder belangrijk gevonden worden. De groep is zo dominant dat het individu verstikt raakt. De groep zou als 'team' aan kracht winnen wanneer er meer ruimte zou zijn voor individuele ontwikkeling. Gezamenlijke reflectie op het werk, de samenwerking en op het individueel functioneren is relatief onderontwikkeld in vergelijking met gezamenlijke belangenbehartiging. Vormen van intervisie, in de fase van opleiding en daarna, kunnen hier verandering in brengen.

Hoe kunnen managers de 'negotiated order' in balans helpen houden? Specialisten zitten in hun dagelijks werk vaker elkáár dwars dan dat ze worden dwarsgezet door managers. Eigenlijk zijn managers, zeker die van hoger niveau, nauwelijks te zien in het dagelijks werk. Zij ontmoeten de specialisten alleen op formele momenten van besluitvorming, bijna nooit spontaan. Mede daardoor lijken zij beschouwd te worden als de personificatie van schaarste en andere problemen. Er wordt veel over hen gemopperd. Maar er wordt ook over andere dingen veel gemopperd. In het vragenlijstonderzoek waren specialisten positiever over het ziekenhuis als ze de raad van bestuur frequent ontmoetten en spraken. Om het evenwicht in het ziekenhuis te bewaren of te verbeteren wordt leden van raden van bestuur en andere managers daarom aangeraden zich te laten zien in het dagelijks leven van specialisten. Leer de 'negotiated order' van het dagelijks werk eens kennen.

Het nieuwe financieringsstelsel daagt managers en specialisten uit zich samen te onderscheiden van concurrenten. Managers kunnen het competitiegevoel versterken door te erkennen dat specialisten hun eigen zaakjes willen regelen en zo mogelijk hun praktijken willen uitbreiden. Daarbij hebben de artsen wel advies nodig bij het zaken doen, bij het organiseren van werk, en bij het afsluiten van contracten.

Managers en leidinggevenden in ziekenhuizen moeten accepteren dat ze schaarste en voorraden 'managen'. Dat lijkt misschien minder interessant dan 'een ziekenhuis aansturen'. Toch zijn er daarvoor leiders nodig die patiëntenzorg en professionals kunnen koesteren en met visie prioriteiten kunnen stellen, zeker wanneer de schaarste straks gecombineerd wordt met 'gereguleerde concurrentie'.

Specialisten moeten door deze leiders worden uitgenodigd om mee te doen aan de ambities van de organisatie. In ruil voor concrete steun.

Managers en leidinggevenden horen betrouwbare bemiddelaars te zijn, die het evenwichtsspel goed kunnen spelen. Als specialisten en anderen hun onderhandelingen uit de hand laten lopen, moeten de leiders hen kunnen helpen de balans weer te vinden.

Managers kunnen dit alleen maar als ze zich ontwikkelen tot 'dienstbare ondernemers' die de concurrentiepositie van het ziekenhuis verbeteren door te streven naar goede patiëntenzorg en tevreden klanten. Als ze efficiency belangrijker vinden, zullen de andere partijen geen vertrouwen in hen hebben.

De verschillende partijen in ziekenhuizen moeten proberen te zoeken naar gemeenschappelijke waarden. Uiteindelijk werkt iedereen ten dienste van de zorgprocessen en van de individuele patiënten. Daarbij moeten mensen wel accepteren en respecteren dat er verschillen zijn tussen specialismen, en dat verschillende belangen en waarden in het ziekenhuis een rol spelen. Volledige integratie daarvan is niet mogelijk en onderhandelingen zullen altijd noodzakelijk blijven. Wanneer dat geaccepteerd wordt, kunnen onderhandelingen langzamerhand dialogen worden.

Curriculum Vitae

Karen Kruijthof (1967) ging van 1979 tot 1985 naar het Christelijk Gymnasium in Utrecht. Ze studeerde geneeskunde en bestuurskunde aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Als student was ze onder andere lid van het bestuur van de Faculteit Geneeskunde van de Vrije Universiteit en van de eerste Landelijke Visitatiecommissie voor Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen. In 1992 rondde zij bestuurskunde af (doctoraal-examen) en in 1994 geneeskunde (arts-examen).

Tussen 1994 en 1996 werkte ze in het Westfries Gasthuis in Hoorn, als arts-assistent heelkunde (niet-in-opleiding). Dit was een bijzonder assistentschap omdat de functie was ontworpen door de verplegingsdienst, als onderdeel van een kwaliteitsproject. De chirurgen waren verantwoordelijk voor de supervisie in de patiëntenzorg, het etagehoofd was haar organisatorisch leidinggevende.

Toen dit project eindigde in 1996, koos zij ervoor de individuele geneeskunde te verlaten en werd zij stafmedewerker in het Westeinde Ziekenhuis in Den Haag - na de fusie met het Ziekenhuis Antoniushove het Medisch Centrum Haaglanden.

In het Medisch Centrum Haaglanden is Karen Kruijthof nu één van de adviseurs van de Raad van Bestuur en werkt ze onder andere samen met de medische staf als secretaris van de Commissie Medisch Beleidsplan.

Van 2000 tot 2005 combineerde ze het werk in het ziekenhuis met een nul-aanstelling als promovendus aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam. Ze maakte daar deel uit van de sectie Bestuurs- en Organisatie-wetenschappen. Ook bezocht zij de bijeenkomsten van de onderzoeksgroep 'Physician Management Integration' van de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam, en de gezamenlijke vergaderingen met onderzoekers van het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap in Leuven, België.

Als onderzoeker hield ze tweemaal een voordracht in parallelsessies van de jaarlijkse conferentie van de 'European Health Management Association' en werkte ze samen met de Orde van Medisch Specialisten in het beleidsproject 'De Medisch Specialist in Perspectief'.

Karen Kruijthof is lid van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen en ze was tussen 1998 en 2001 redactievoorzitter van het tijdschrift van de vereniging. Sinds 1997 is ze lid van de redactie van het Epidemiologisch Bulletin, Tijdschrift voor Volksgezondheid en Onderzoek in Den Haag (GGD Den Haag), en sinds 2004 maakt ze deel uit van de Raad van Advies van het tijdschrift Medisch Contact.

Vanaf haar co-assistentschappen in 1992 neemt zij deel aan interview in SPG-verband ('Steunende Procesgerichte Groep').