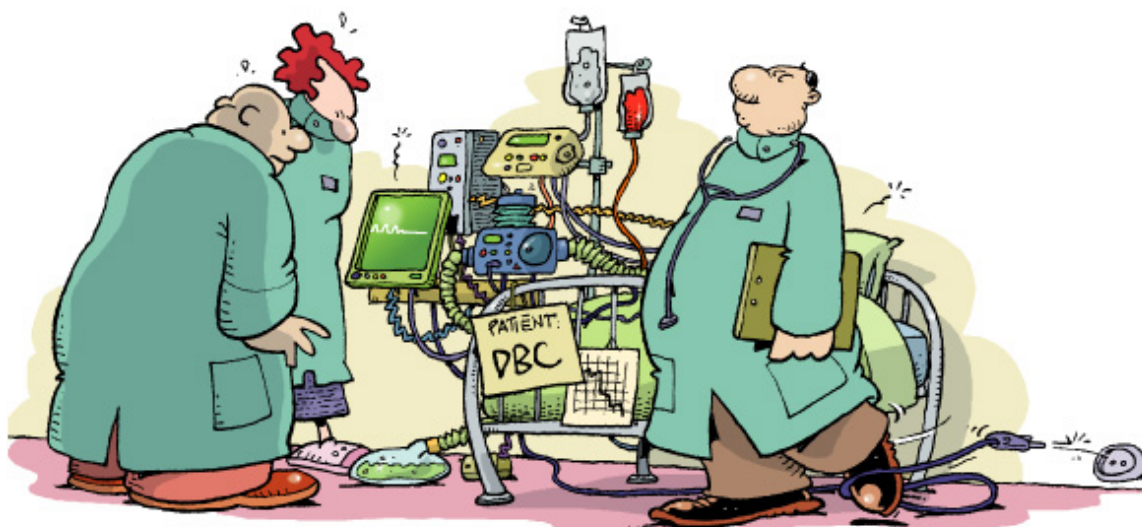




De diagnose gesteld

Een onderzoek naar de betekenisgeving aan de
Diagnose Behandel Combinatie
bij Tergooiziekenhuizen



Leerkring: Dynamiek van organiseren en managen
Cursuscode: USG 07.610

Begeleider: drs. M. van Slobbe
Tweede lezer: dr. J. Vermeulen

Datum: 19 augustus 2008

Master: Organisatie, Verandering en Management
Opleiding: Bestuurs- en Organizationalwetenschap
Universiteit Utrecht

Sebastian Stevens
Studentnummer: 0460354

tergooiziekenhuizen

***Ze zeggen altijd dat de tijd dingen verandert,
maar de waarheid is dat je het zelf moet doen.***

(Andy Warhol)

Ter inleiding

Als student Bestuurs- en Organisationswetenschappen (een sociale wetenschap) heb ik een onderzoek gedaan binnen de medische wereld. Hoewel de sociale wetenschappen en de medische wetenschappen zeer verschillend zijn, kunnen beiden zich bezighouden met de vraag hoe zorg georganiseerd kan worden. Door te onderzoeken welke betekenis er wordt gegeven aan de DBC registratie (waardoor zorg mede georganiseerd wordt), heb ik naar een gemeenschappelijke taal gezocht met mijn respondenten.

De opzet van deze scriptie heb ik in deze gemeenschappelijke taal geschreven. Bij aanvang van het onderzoek heb ik, in samenspraak met de opdrachtgever, een eerste diagnose gesteld en via mijn onderzoek naar een definitieve diagnose gegaan (de conclusie). Dit heeft geleid tot een behandelplan (de aanbevelingen).

Ik bespreek mijn onderzoek dus in termen van een totale behandeling. Niet alleen omdat ik mijn onderzoek 'behandel', maar bovendien omdat er een vraagstelling was vanuit de organisatie die onderzocht (of beter: gediagnosticeerd) moest worden. De definitieve diagnose van de vraagstelling (de conclusie), zou hierdoor leiden tot een behandelplan (wat moet er gebeuren op basis van het onderzoek/de gestelde diagnose). Tot slot zorgt het gebruik van deze gemeenschappelijke taal voor herkenbaarheid bij de respondenten en de opdrachtgever.

Hoewel ik mijn scriptie op een ongebruikelijke manier vormgeef, doet dit niets af aan de inhoud. Zoals gebruikelijk behandel ik alle aspecten van mijn onderzoek (van vraagstelling tot aanbeveling). Zodoende is deze scriptie geworden tot een wetenschappelijk stuk, geschreven in een gemeenschappelijke taal, die daardoor voor iedereen (h)erkenbaar is.

Samenvatting

Deze scriptie behandelt mijn interpretatieve kwalitatieve onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen. De vraag welke betekenis er door medisch specialisten en andere betrokkenen aan de DBC registratie wordt gegeven staat hierin centraal. Door het afnemen van diverse interviews, literatuurstudie en het doen van observaties heb ik mijn onderzoek vormgegeven.

Sinds de invoer van de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) in ziekenhuizen in 2006, blijkt haar belofte van het creëren van marktwerking in de zorg ter voorkoming van een onbetaalbare gezondheidszorg nog niet vervuld te zijn. Het DBC registratiesysteem is te complex om goed mee te kunnen werken, er zijn teveel wijzigingen in korte tijd en het kennisgebrek betreffende DBC's onder medisch specialisten en andere betrokkenen is groot. Daarnaast speelt binnen de onderzoeksorganisatie, Tergooiziekenhuizen, momenteel een fusieproces. Gewenste snelle verbeteringen op bijvoorbeeld ICT gebied, worden door dit fusieproces vertraagd. Door afschaffing van de lumpsumsystematiek (specialisten krijgen nu per gefactureerde DBC betaald), worden specialisten gedwongen om goed te registreren. De voorheen autonome positie van de specialist is door de DBC dan ook veranderd in een afhankelijkheidsrelatie met diverse interne en externe actoren. Desondanks hebben ze voldoende registratievrijheid wat leidt tot het berekenend registreren van DBC's (de meest rendabele DBC's worden geregistreerd). Dit berekenend registreren, zorgt voor hogere kosten bij de zorgverzekeraars, die als reactie de premies mogelijk laten stijgen. De DBC heeft marktwerking in de zorg dan ook nog niet kunnen bewerkstelligen.

Inhoudsopgave

	Pagina
De intake	1
De voorlopige diagnose	2
Deskresearch	5
I. Marktwerking in de zorg; heilige koe of illusie?	5
II. DBC als systeem: macht- en afhankelijkheidsrelaties	6
III. Kennis als machtsbron	8
IV. Veranderende afhankelijkheidsrelaties	10
Prediagnostisch onderzoeksplan	13
I. Geboorte van een onderzoek	13
II. Interpretatief kwalitatief onderzoek	13
III. Doelstelling en vraagstelling	16
IV. Aan de slag: de dataverzameling	16
V. Door de bomen het bos weer zien: dataverwerking en analyse	18
VI. De kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid	19
Resultaten prediagnostisch onderzoek	21
I. ‘Kan het niet wat makkelijker?’	21
§ I.a <i>De complexiteit van DBC’s</i>	22
§ I.b <i>Kennisgebrek over DBC’s</i>	23
§ I.c <i>Bewustwording van het belang van DBC’s</i>	24
II. Het ‘klikken’ van de DBC	26
§ II.a <i>Registratie door de medisch specialist</i>	26
§ II.b <i>De beperkingen van ICT</i>	29
III. ‘En toen werden we Tergooi’	31
§ III.a <i>Het fusieproces: voordelen en verbeterpunten</i>	31
§ III.b <i>Het fusieproces: gevolgen voor de DBC registratie</i>	33
IV. ‘We waren toch twee verschillende ziekenhuizen’	35
§ IV.a <i>Beeldvorming en betekenisgeving</i>	35
§ IV.b <i>Cultuurverschillen volgens de medisch specialisten</i>	36
V. De veranderende afhankelijkheidsrelatie in een complexe zorgsector	38
§ V.a <i>Over autonomie, controle en macht</i>	38
§ V.b <i>Het ‘schommelen’ van de medisch specialist</i>	39
De definitieve diagnose	42
I. Betekenisgeving aan de DBC registratie	42
II. Beantwoording vraagstelling en deelvragen	44
Het behandelplan	46
Dankwoord	48
Literatuurlijst	49

De intake

Dit is geen gewone masterscriptie. Het is het verslag van mijn bewandelde route binnen Tergooiziekenhuizen, gezien vanuit het perspectief van de patiënt, de medisch specialist en alle andere betrokkenen. Ik nodig u, als lezer, uit om met mij mee terug te gaan in de tijd en de route opnieuw te lopen.

En dit is het vertrekpunt; we zijn terug op consult bij Tergooiziekenhuizen. Niet bij een medisch specialist maar bij de opdrachtgever. We kloppen op de deur van een kantoortje waar twee werkruimten zijn, gezien de twee bureaus die tegenover elkaar staan. Achter het bureau het dichtst bij het raam zit, met het gezicht naar de deur, de opdrachtgever. Ze zegt: 'kom binnen, neem plaats, wil je wat drinken?' 'Een glas water, graag', zeg ik. Nadat dit gehaald is komt de vraag: 'Wat wil je gaan onderzoeken?' Het blijkt dat het geen gewoon consult is; ik, die op consult kom, wordt gezien als onderzoeker. En dat klopt, gelukkig. Ik leg één en ander uit over wat ik wil onderzoeken, wat het voor de opdrachtgever kan opleveren, wat de opdrachtgever er zelf van verwacht, enzovoorts. Na een gesprek van een uur, zijn de dingen duidelijk en komt de bevestiging: 'Ok, het ziet er goed uit, succes met je onderzoek.'

'Hoera, het consult is geslaagd!'. Ik heb een fiat gekregen om te mogen beginnen. En na een eerste consult wat volgt er dan? Soms een tweede consult, maar in dit geval kon de diagnose gesteld gaan worden. In het vervolg van dit verslag, neem ik u mee. We vertrekken zometeen eerst naar de voorlopige diagnose en vervolgens naar de deskresearch. Dan volgen het prediagnostische onderzoeksplan en de resultaten van dit onderzoek. Hierna kan de definitieve diagnose gesteld worden. Onze route zullen we eindigen met het behandelplan; welke operaties en behandelingen moeten op basis van de gestelde diagnose uitgevoerd worden?

U hoeft niet veel mee te nemen wanneer u meegaat op reis behalve een lege rugzak of een tasje om de voorlopige diagnose, het prediagnostisch onderzoeksplan en de resultaten van dit onderzoek in mee te nemen. Wanneer we deze bagage bij ons hebben, pas dan kunnen we namelijk kijken wat de definitieve diagnose en het bijbehorende behandelplan zijn.

Ja? Bent u klaar voor vertrek? Volgt u mij, dan gaan we op weg naar het definiëren van de voorlopige diagnose...

De voorlopige diagnose

Een DBC (Diagnose Behandel Combinatie), is een code die de prijs weergeeft van het totale pakket aan behandelingen die een willekeurige patiënt in een willekeurig ziekenhuis heeft ondergaan. Een code die op de ziekenhuisfactuur wordt vermeld en gezonden wordt aan een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar controleert de factuur en, bij goedkeuring, wordt een bepaald percentage van de factuur uitgekeerd aan de patiënt. De patiënt is waarschijnlijk tevreden omdat zijn of haar klachten vermoedelijk zijn verholpen en bovendien de kosten van de behandeling grotendeels betaald worden door de zorgverzekeraar.

Wat is daar verder voor interessants over te vertellen? Of sterker nog: waarom zou iemand naar DBC's onderzoek willen doen? En waarom zouden de uitkomsten van een dergelijk onderzoek voor iemand interessant zijn? Voordat ik deze drie vragen kan beantwoorden, wil ik iets vertellen over hoe ik in aanraking ben gekomen met DBC's en mijn motieven om een onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie uit te voeren.

Van medio oktober tot en met eind december 2007 heb ik binnen een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) DBC's gevalideerd; getoetst of deze DBC's compleet en juist waren ingevuld. Daarvoor had ik nog nooit van DBC's gehoord, maar vanaf het moment dat ik ermee ging werken werd mijn interesse in DBC's steeds groter. Voor mij werd duidelijk dat iedereen in Nederland, bewust of onbewust, direct of indirect, met DBC's te maken heeft. Voor iedereen die met een medische klacht naar de huisarts, het ziekenhuis of een GGZ instelling gaat en ook aan de klacht wordt behandeld, wordt een DBC geopend. Patiëntgegevens, het consult, de diagnose, het behandelplan, de behandeling zelf, de nazorg en de overhead worden vastgelegd in een dossier. Wanneer de patiënt is uitbehandeld (wat om diverse redenen het geval kan zijn), wordt het dossier gesloten, gevalideerd en gefactureerd.

Vrijwel iedereen in Nederland heeft dus met de DBC te maken. Het is niet enkel een code op een factuur die bepaalt welk bedrag de patiënt krijgt uitgekeerd. Er is namelijk nog een andere kant. Over elke DBC zijn afspraken gemaakt tussen een ziekenhuis (of huisarts of GGZ) en een zorgverzekeraar over de inhoud en prijs van een DBC. Er wordt dus onderhandeld tussen de diverse partijen, met als gevolg dat eenzelfde DBC bij verschillende zorgverzekeraars een verschillende prijs kan hebben. Marktwerking in de zorg wordt door de DBC dan ook gestimuleerd. De onbetaalbaarheid van de zorg zou hierdoor voorkomen moeten worden. Een terugtrekkende overheid heeft de (financiële) afhankelijkheid van de zorgverzekeraars dus vergroot.

De DBC's, ingevoerd per 1 januari 2005, zijn nog steeds aan verandering onderhevig. Een belangrijke verandering in het DBC proces is de afschaffing van de zogeheten lumpsum per 1 januari 2008. De lumpsum was een bepaald budget waar medisch maatschapspecialisten uit betaald kregen (artsen in loondienst kenden geen lumpsum, ze moeten echter wel gewoon DBC's registreren). Ongeacht het aantal patiënten dat zij behandelden, kregen zij veelal het totale budget uitgekeerd. Door de afschaffing van de lumpsum is het belang van de DBC voor medisch maatschapspecialisten toegenomen. Voor hun inkomsten zijn zij nu volledig afhankelijk van het aantal juiste, tijdige en compleet ingevulde DBC's; elke DBC die gevalideerd wordt is nu een directe inkomstenbron voor hen. Omdat het invoeren van verrichtingen in de DBC (uitgevoerde behandelingen en dergelijke) vaak gedaan wordt door polimedewerkers of verpleegkundigen, zijn artsen voor hun inkomsten ook van hen afhankelijk.

De DBC heeft dus direct of indirect invloed op vrijwel iedereen in Nederland, of ze zich daar nu bewust van zijn of niet. Het is een systeem dat door mensen is bedacht, maar meer nog mensen bindt aan het systeem. De afhankelijkheid van het systeem zelf en de onderlinge afhankelijkheid

binnen het systeem is enkel toegenomen, waarbij het aspect macht duidelijk herkenbaar is. Dit is geen macht in een negatieve connotatie; eerder is het macht in de zin van afhankelijkheid. Patiënten die voor goede zorg afhankelijk zijn van medisch specialisten, maar eveneens medisch specialisten die afhankelijk zijn van patiënten (elke patiënt (DBC) is nu immers inkomsten voor hen). Duidelijker is deze macht te herkennen in de relatie tussen een zorgverzekeraar en, bijvoorbeeld, een ziekenhuis. Ze moeten met elkaar onderhandelen over de inhoud en prijs van een DBC; een DBC waarvan de medisch maatschapspecialist afhankelijk is voor zijn of haar inkomen. Het DBC systeem heeft dus invloed op iedereen. En dat is wat het interessant maakt.

Deze interesse, nee, verwondering over de invloed van de DBC's op vrijwel iedereen, heeft mij ertoe gebracht dat ik een kwalitatief onderzoek heb gedaan naar betekenisgeving aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen. Ook binnen Tergooiziekenhuizen was er interesse voor een onderzoek naar DBC's, daar zij zelf bezig waren met het opstarten van het project bronregistratie. Dit project heeft tot doel dat op termijn alle medische afdelingen binnen het ziekenhuis decentraal (aan de bron) verrichtingen gaan administreren. Een onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie werd gezien als een geschikte aanvulling op het project bronregistratie. Wanneer duidelijk is hoe betrokkenen betekenis geven aan de DBC registratie, kunnen deze inzichten gebruikt worden ten behoeve van een optimale implementatie van het project bronregistratie.

Naast het primaire doel van dit onderzoek, erachter komen welke betekenis er wordt gegeven aan de DBC registratie, wil ik ook nog een ander doel dienen. Met deze scriptie wil ik aan iedereen die, net als ik eerst, niets van DBC's af wist, inzichtelijk maken wat DBC's zijn, welke betekenis deze hebben voor verschillende betrokkenen en hoe belangrijk een goede, volledige en tijdige registratie van DBC's is om, zoals de overheid beoogt, de onbetaalbaarheid van de zorg te voorkomen. En een betaalbare zorg is, naar mijn mening, in het belang van ons allen.

Naast dat Tergooiziekenhuizen in de opstartfase van het project bronregistratie zat, zitten ze ook midden in een fusieproces. Tergooiziekenhuizen is op 1 januari 2006 ontstaan uit een fusie tussen ziekenhuis Gooi-Noord in Blaricum en ziekenhuis Hilversum. De Raad van Bestuur heeft zich tot doel gesteld om vóór 1 januari 2011 het fusieproces voltooid te hebben. Dit betekent onder andere dat alle maatschappen van beide ziekenhuizen gefuseerd moeten zijn en dat het masterplan is voltooid; locatie Blaricum is dan een ziekenhuis voor acute en intensieve zorg, locatie Hilversum een ziekenhuis voor dagbehandelingen. Poliklinieken blijven op beide locaties bestaan. Omdat zowel de fusie als de DBC systematiek op 1 januari 2006 zijn ingevoerd, en beiden veel tijd en energie vragen, konden deze in het onderzoek niet los van elkaar gezien worden. Omdat het fusieproces en de DBC systematiek hierdoor zo nauw met elkaar samenhangen, is er in het onderzoek met het fusieproces rekening gehouden. De betekenis die door respondenten aan de DBC registratie zou worden gegeven, kon immers beïnvloed zijn door het fusieproces. Betekenisgeving aan de DBC registratie stond in dit onderzoek dus niet op zichzelf. Het project bronregistratie en het fusieproces hingen hier nauw mee samen.

Ondanks dat er dus wel een aantal centrale thema's waren bij aanvang van dit onderzoek, waren deze thema's niet leidend. De toegepaste onderzoeksbenadering, zorgde er namelijk voor dat niet de theorie, maar de onderzoeksdata, leidend waren. De theorie diende hierbij ter verklaring van de verzamelde data en niet andersom. Dit is de kern van het doen van interpretatief kwalitatief onderzoek; de in dit onderzoek toegepaste benadering.

Interpretatief onderzoek houdt in dat ik mijn onderzoek gebaseerd heb op de veronderstelling dat er geen externe werkelijkheid was, maar dat deze werkelijkheid zelf gemaakt werd door middel van betekenisgeving aan verschijnselen. Omdat deze betekenissen door sociale groepen worden uitgewisseld, creëren deze groepen hun eigen werkelijkheid (Boeije, 2006, 20). Voor mijn

onderzoek bij Tergooiziekenhuizen hield dit in dat ik de ‘Tergooiziekenhuizen-werkelijkheid’ moest leren kennen, om zodoende gegronde uitspraken over deze werkelijkheid te kunnen doen. Mijn eigen interpretatiekader en mijn eigen leefwereld heb ik, gedurende de dataverzameling, zoveel mogelijk uit moeten schakelen om zo waarheidsgetrouw mogelijk deze werkelijkheid te leren kennen.

Binnen interpretatief kwalitatief onderzoek, zijn er verschillende typen te onderscheiden. Omdat ik bij Tergooiziekenhuizen onderzoek heb gedaan naar de DBC registratie, was er sprake van een casestudy. Volgens Boeije (2006, 21), zijn er vier belangrijke kenmerken van een casestudy. Ten eerste is er sprake van een diagnose of evaluatie van een praktijkprobleem (welke betekenis werd er gegeven aan de DBC registratie en hoe beïnvloedde dit het handelen?), wordt het onderzoek uitgevoerd op verschillende niveaus (dit onderzoek is uitgevoerd op verschillende organisatieniveaus), worden er verschillende methoden van dataverzameling gebruikt (zie hieronder) en, tot slot, speelt de context een belangrijke rol (in dit onderzoek onder meer gevormd door het project bronregistratie en de fusie).

Voor het verzamelen van alle data heb ik gebruik gemaakt van diverse methoden van dataverzameling. Naast het afnemen van semi-gestructureerde interviews (aan de hand van een topiclijst), heb ik ook groepsinterviews afgenomen, formele en informele observaties gedaan en interne documenten geanalyseerd.

Deze scriptie gaat over een interpretatief kwalitatief onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen. De data zijn door gebruikmaking van verschillende methoden verzameld en dienen tezamen tot de beantwoording van de onderstaande onderzoeksvraag:

Hoe wordt er door medisch specialisten en andere betrokkenen in het DBC proces betekenis gegeven aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen?

Deze onderzoeksvraag geeft niet alleen aanwijzingen over het doel en het centrale thema van het onderzoek (erachter komen hoe er betekenis wordt gegeven aan de DBC registratie), maar geeft eveneens aanwijzingen over de onderzoekspopulatie.

Betekenisgeving kan, volgens Weick (1995), het best omschreven worden als: *‘a developing set of ideas with explanatory possibilities, rather than as a body of knowledge’*. Het gaat dus om ideeën die voor meerdere interpretaties vatbaar zijn. Voor mijn onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie was het dus van belang om die veelheid aan ideeën en interpretaties te ontdekken. Omdat ik het DBC proces heb onderzocht, dus van het begin (inschrijving van een patiënt) tot het einde (de facturatie van de DBC), was het belangrijk dat ik ook alle groepen van actoren in het proces zou betrekken; niet alleen medisch (maatschap)specialisten, maar onder andere ook medewerkers die betrokken zijn bij de validatie of facturatie van een DBC.

In deze scriptie zullen de hiervoor behandelde thema’s en onderdelen verder uitgewerkt worden. In de, hierna volgende, deskresearch zullen de belangrijkste kernconcepten uitgewerkt worden die de resultaten van het prediagnostisch onderzoek kunnen verduidelijken vanuit theoretisch perspectief. Vervolgens zal ik in het prediagnostisch onderzoeksplan de inhoud van en de keuze voor de onderzoeksbenadering, de methoden van dataverzameling, de kwaliteits- en validiteitswaarborgen en de manier van analyseren uitwerken en toelichten. In de daarop volgende sectie zullen de resultaten van het prediagnostisch onderzoek beschreven en geanalyseerd worden. In de onderdelen ‘de definitieve diagnose’ en ‘het behandelplan’ zal het voorgaande worden samengevat, een antwoord gegeven worden op de onderzoeksvraag en zullen aanbevelingen en suggesties beschreven en toegelicht worden.

Deskresearch

Het doen van een interpretatief kwalitatief onderzoek houdt, zoals hiervoor beschreven, onder andere in dat de data leidend zijn en de theorie ondersteunend is. De uit dit onderzoek geanalyseerde data leverden een aantal centrale concepten op die, voor een helder begrip van de resultaten, noodzakelijk zijn om theoretisch uit te werken. In deze sectie zullen deze centrale concepten kritisch tegen een theoretisch licht worden gehouden.

I. Marktwerking in de zorg; heilige koe of illusie?

De angst voor het mogelijk ontstaan van een onbetaalbare zorg kwam midden jaren negentig steeds sterker naar voren in overheidskringen en het maatschappelijk debat. Het doel om kwalitatief hoogwaardige, kostenefficiënte en transparante zorg te garanderen, kon volgens de overheid het beste aan de markt worden overgelaten.¹ Daarnaast was in 1995 door de commissie Biesheuvel een adviesrapport aan de toenmalige regering overhandigd, waarin geadviseerd werd om zowel de ziekenhuis- als specialistenhonorering op basis van geleverde producten in plaats van een van te voren vastgesteld budget te laten plaatsvinden. Dit advies werd door het toenmalige kabinet overgenomen en spoedig werd geïnventariseerd welke combinaties van zorgvraag, diagnose en behandeling er mogelijk waren. Deze productdefinities vormden de eerste DBC's. Omdat er over de inhoud en prijs van DBC's onderhandeld diende te worden tussen een zorgverzekeraar en een ziekenhuis, werd de marktwerking in de zorg steeds concreter zichtbaar. Inmiddels kan over twintig procent van de DBC's vrij onderhandeld worden (het zogeheten B-segment), met de ambitie om dit te laten stijgen naar zeventig procent op de langere termijn.² Dit B-segment betreft de electieve zorg; planbare, niet acute zorg.³

Ondanks dat vrijwel iedereen het erover eens was dat de zorg onbetaalbaar dreigde te worden, is niet iedereen het eens met de oplossing van het creëren van marktwerking in de zorg. Uit een vergelijkende studie van Agnes Kant (in: van Waarden, 2002; 15), blijkt dat marktwerking in de zorg, de zorg alleen maar duurder zou maken en bovendien de kwaliteit zou dalen. In een vergelijking met de volledig geprivatiseerde gezondheidszorg in de Verenigde Staten blijkt dat daar niet alleen de kosten voor de gezondheidszorg ontzettend zijn gestegen, maar bovendien de kwaliteit van zorg drastisch is gedaald omdat er meer aandacht is voor de financiële aspecten van de zorg dan de kwaliteit van zorg.

Maar niet alleen deze studie waarschuwt voor de mogelijke gevaren van meer marktwerking in de zorg. Uit een studie van Folpmers en de Bruijn (2005; 21), blijkt bovendien dat aandacht voor een kwalitatieve registratie teniet gedaan wordt door afschaffing van de lumpsum. Omdat enkel de essentiële verrichtingen geadmistreerd hoeven worden om geld voor de DBC's te krijgen, zouden artsen nonchalant worden in de registratie. Hierdoor ontstaan er geen volledige profielen en kan een doel als transparantie in de zorg nooit verzilverd worden. Omdat daarnaast de lumpsumsystematiek is afgeschaft zouden medisch specialisten juist die DBC's registreren die het meeste opleveren. Een toename van deze dure DBC's zou ertoe kunnen leiden dat zorgverzekeraars de premies voor de zorgverzekeringen laten stijgen om toch deze duurdere DBC's uit te kunnen betalen aan de medisch specialisten.

De implementatie van de DBC systematiek heeft dan ook grote veranderingen met zich meegebracht. Niet alleen is de relatie tussen de zorgverzekeraar, het ziekenhuis en de medisch

¹ http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=187&hoofd=103&pagetitle=Waarom_DBCs?

² <http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=188&hoofd=103&pagetitle=Voorgeschiedenis>

³ http://www.werkenmetdbs.nl/fileadmin/dbc/documenten/Nieuws/dbc_uitleg.pdf

specialist veranderd, maar ook is de interne kracht van het DBC systeem zelf, de invloed van het systeem op de mensen, steeds nadrukkelijker tot uiting gekomen. Zonder het systeem wordt onbetaalbaarheid van de zorg een feit, maar met het systeem zou dit, gezien het voorgaande, ook wel eens kunnen gebeuren.

Marktwerking houdt impliciet in dat er een markt met verschillende actoren betrokken is bij, in dit geval, de DBC registratie. Deze actoren hebben allemaal verschillende belangen, zijn afhankelijk van elkaar, moeten met elkaar samenwerken en hebben allemaal een eigen machtsbasis. De DBC systematiek krijgt door deze macht- en afhankelijkheidsrelaties vorm, wat eveneens een oorzaak is van de complexiteit die de DBC's met zich meenemen.

II. DBC als systeem: macht- en afhankelijkheidsrelaties

Omdat er in het DBC systeem verschillende actoren een rol spelen (onder andere zorgverzekeraars, ziekenhuizen, de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA)), is er voor de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen sprake van sterke externe invloeden op het interne DBC registratiesysteem. Al deze externe actoren geven hierdoor richting aan de organisatie van de DBC registratie. In strategisch opzicht dient Tergooiziekenhuizen dus rekening te houden met niet alleen deze externe actoren, maar eveneens met de interne actoren; niet in de laatste plaats de medisch specialisten. De positionering van het ziekenhuis in deze complexe omgeving met het oog op de vraag: hoe om te gaan met de DBC's?, heeft duidelijk kenmerken van de zogeheten systeembenadering van strategische planning.

'Volgens deze benadering worden strategieën in sterke mate bepaald door de sociaal-maatschappelijke context waarin de organisatie functioneert.' (Mouwen, 2004; 80).

Vertaalt naar het onderzoek binnen Tergooiziekenhuizen kan er gesteld worden dat de wijze van omgaan met DBC's (het volgen van een bepaalde strategie), bepaald wordt door de complexiteit van alle externe en interne actoren. Een complexiteit die niet alleen veroorzaakt wordt door de diversiteit aan actoren, maar eveneens door alle verschillende zienswijzen die zij hanteren. De betekenisgeving aan de DBC's is dus grotendeels de oorzaak van de ontstane complexiteit met betrekking tot deze DBC's. Ashby's *'Law of Requisite Variety'* uit 1983 (in: Mouwen, 2004; 81), verklaart dit soort processen door te stellen dat:

'...om in een complexe omgeving te kunnen opereren systemen nodig zijn die zelf ook voldoende complexiteit bezitten, omdat het anders wel buitengewoon moeilijk is om de externe complexiteit goed te accommoderen.'

Maar met betrekking tot de DBC systematiek is er niet alleen sprake van een complexe omgeving die zorgt voor een complex systeem. Ook de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de organisatie is een krachtig aspect waarmee rekening gehouden moet worden. De legitimatie voor Tergooiziekenhuizen in het algemeen is in de eerste plaats het verlenen van (spoedeisende) gezondheidszorg aan iedereen die daar behoefte aan heeft. Deze gevoelde verantwoordelijkheid voor het functioneren van het ziekenhuis als onderdeel van de samenleving, waardoor de totale samenleving 'op orde' blijft, is uiteraard ook in het belang van het ziekenhuis zelf. Zonder het leveren van goede gezondheidszorg kan zij niet voortbestaan. Ook hierin wordt de complexe relatie met externe actoren duidelijk (Mouwen, 2004; 85).

Met betrekking tot de DBC systematiek is er eveneens sprake van deze maatschappelijke verantwoordelijkheid.

'(...) de mate waarin een organisatie reageert op de eisen van deze externe actoren. Met het reageren op de invloeden hiervan legitimeren zij in meerdere of mindere mate hun bestaan.' (Mouwen, 2004; 86).

De eis van externe actoren (met name omdat de wet een DBC systematiek voorschrijft) om een DBC systematiek te implementeren binnen Tergooiziekenhuizen, is in mindere mate een legitimatie voor het bestaan van het ziekenhuis. De maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt hierdoor wel duidelijk. Op papier althans; door de DBC systematiek te implementeren, draagt het ziekenhuis bij aan marktwerking, waardoor de onbetaalbaarheid van de zorg voorkomen zou moeten worden. Zoals eerder beschreven dient dit in de praktijk nog bewezen te worden.

De complexiteit van het DBC systeem zelf en de veelheid aan externe en interne actoren, maakt dat er sprake is van afhankelijkheidsrelaties. Zo zijn de medisch specialisten afhankelijk van een correct werkend DBC systeem enerzijds, maar anderzijds is het ziekenhuis van hen afhankelijk voor het leveren van goede zorg. Ook extern zijn er afhankelijkheidsrelaties; het meest duidelijke voorbeeld is dat onder andere alle interne actoren zich aan de wet- en regelgeving betreffende de DBC systematiek dienen te houden. Omdat er sprake is van verschillende afhankelijkheidsrelaties kan het besluitvormingsproces met betrekking tot de DBC's binnen het ziekenhuis niet enkel intern afgehandeld worden. Pfeffer (in Handel, 2002; 239), zegt hierover:

'Organizations formulate their own actions in response to the demands placed upon them by other organizations. The extent to which a given organization will respond to the demands of other organizations can be explained (...) focusing on the dependence of the organization on the various external organizations.'

Dit citaat richt zich op organisaties in relatie tot andere organisaties, maar deze kan ook intern toegepast worden. Het thema macht, dat intrinsiek verbonden is met afhankelijkheid, komt dan in beeld. Hierbij gaat het niet om macht in een negatieve connotatie, maar juist om macht door afhankelijkheid.

Omdat een patiënt niet naar het ziekenhuis gaat voor iemand van bijvoorbeeld de Raad van Bestuur, maar juist voor iemand die zijn of haar klachten kan verhelpen, heeft de medisch specialist een machtspositie in het ziekenhuis. Patiënten zijn van hen afhankelijk en juiste daardoor zijn ook veel anderen in het ziekenhuis van hen afhankelijk. Het zorgvuldig behandelen van een patiënt is immers de core business van het ziekenhuis en omdat deze core business grotendeels de verantwoordelijkheid is van de medisch specialist is het ziekenhuis sterk van hen afhankelijk. Pfeffer (in Handel, 2002; 238), noemt dit het concept van gecentraliseerde macht. Deze *'concentrated power'* ontstaat doordat de belangen van een groep of verschillende groepen afhankelijk zijn van een andere groep of groepen. Omdat andere partijen door deze afhankelijkheid niet in staat zijn om een gelijke hoeveelheid macht te vergaren, ontstaat er een concentratie van macht bij één partij of groep partijen. Dit neemt echter niet weg dat deze partij of groep partijen alsnog afhankelijk kan zijn van andere partijen. Voor de medisch specialisten binnen Tergooiziekenhuizen geldt dit ook. Ondanks dat zij verantwoordelijk zijn voor de core business van het ziekenhuis, zijn zij in medisch opzicht afhankelijk van professionele verpleegkundigen die kunnen assisteren en in DBC opzicht onder andere van een goed werkend registratiesysteem. Extern zijn zij ook nog afhankelijk van de afspraken die het ziekenhuis maakt met zorgverzekeraars over de inhoud en prijs van DBC's. Perrow (in Handel, 2002; 238) gaat hierop door, door te zeggen dat:

'The critical issue in organizations is not whether there will be a concentration of control but, rather, whose interests are being served by the organized, coordinated activities.'

Voor Tergooiziekenhuizen is dit echter lastig te zeggen. De DBC registratie (de ‘*organized coordinated activities*’) dient (op papier) vooral het algemeen belang door de belofte van marktwerking en dus op termijn een betaalbare gezondheidszorg. Het belang ligt zo gezien dan ook extern, terwijl de machtsbasis intern bij de medisch specialisten ligt. Sterker nog: het is, zoals eerder beschreven, nog maar de vraag of het belang van de medisch specialisten (door de afschaffing van de lumpsum) en van de Nederlandse bevolking (registratie van dure DBC’s zou mogelijk leiden tot stijging van ziektekostenpremies) gediend wordt door de DBC registratie. Ook hierdoor wordt de complexiteit van het systeem duidelijk en kan er niet met zekerheid gezegd worden wiens belangen gediend worden door de DBC registratie systematiek.

III. Kennis als machtsbron

Omdat het DBC systeem door de hoeveelheid aan betrokken actoren en interne complexiteit niet gemakkelijk te bevatten is, speelt ook het thema kennis een belangrijke rol. Deze kennis over het systeem zou gedeeld moeten worden om zo het systeem meer werkbaar en minder complex te maken. Het zou hierbij kunnen gaan om zogeheten ‘*tacit knowledge*’; kennis die zo ‘ingebakken’ zit bij mensen of in een organisatie dat men zich hier niet bewust van is. Het gaat om routines en automatisch handelingen. Een goed voorbeeld van dit soort onbewust kennis wordt gegeven door Douma en Schreuder (1997; 194):

‘When riding a bike, we normally do not consider all the choice options when we approach a red light. Instead we automatically slow down and come to a halt, if necessary. Similarly, many behaviors in organizations are evoked automatically.’

Vertaald naar de DBC registratie en de kennis hierover zou er inderdaad sprake kunnen zijn van ‘*tacit knowledge*’. De actoren die ontzettend veel met de DBC’s te maken hebben, of zelfs het DBC beleid ontwerpen zoals DBC onderhoud, zijn zich mogelijk niet bewust van het belang van het overdragen van deze kennis. Uiteraard wordt er wel kennis overgedragen; nieuw beleid, nieuwe DBC’s, enzovoorts worden allemaal de sector in gestuurd, maar desondanks zouden er toch aspecten van deze kennis zou vanzelfsprekend kunnen zijn voor hen dat deze niet gedeeld wordt. Kennis die voor vele anderen in de zorgsector van essentieel belang zou kunnen zijn.

Er wordt echter getwijfeld of het niet delen van ‘*tacit knowledge*’, enkel voortkomt uit onwetendheid over het belang van deze kennis voor anderen. Wellicht is er geen sprake van het niet bewust achterhouden van kennis, maar juist van het tegendeel. Lin (2007; 414) geeft aan dat:

‘Organizational commitment is positively related to tacit knowledge sharing.’

En eveneens zegt ze (Lin, 2007; 415):

‘Trust in co-workers is positively related to tacit knowledge sharing.’

Het wel of niet delen van onbewuste kennis is dus afhankelijk van het wel of niet hebben van een sterk verbondenheidsgevoel met de organisatie en het hebben van vertrouwen in collega’s. Vanuit deze visie bezien zou het kunnen zijn dat ‘*tacit knowledge*’ over DBC’s inderdaad bewust niet gedeeld wordt. Gezien de eerder beschreven theorieën over onderlinge afhankelijkheid en de factor macht is het mogelijk een strategische keuze om deze kennis juist niet te delen. De afhankelijkheid van de andere partijen kan immers door het wel of juist niet delen van deze kennis vergroot of verkleind worden. De gevolgen van dit soort gedrag voor de organisatie, in vergelijking met het juist wel delen van kennis, worden door Lin (2007; 416) toegelicht:

'Individuals who behave cooperatively are likely to assist each other and to understand each other's points of view, which help strengthen their trust in others. (...) While individuals with a low disposition to cooperate place priority on maximizing his or her own welfare regardless of others' welfare, individuals with a higher trait of cooperativeness place priority on associating with co-workers or their organization for mutual benefits, gaining social approval, and working closely with co-workers toward a common goal. This results in a strong willingness to commit toward the organization and have trust in co-workers from the perspective of mutual cooperation.'

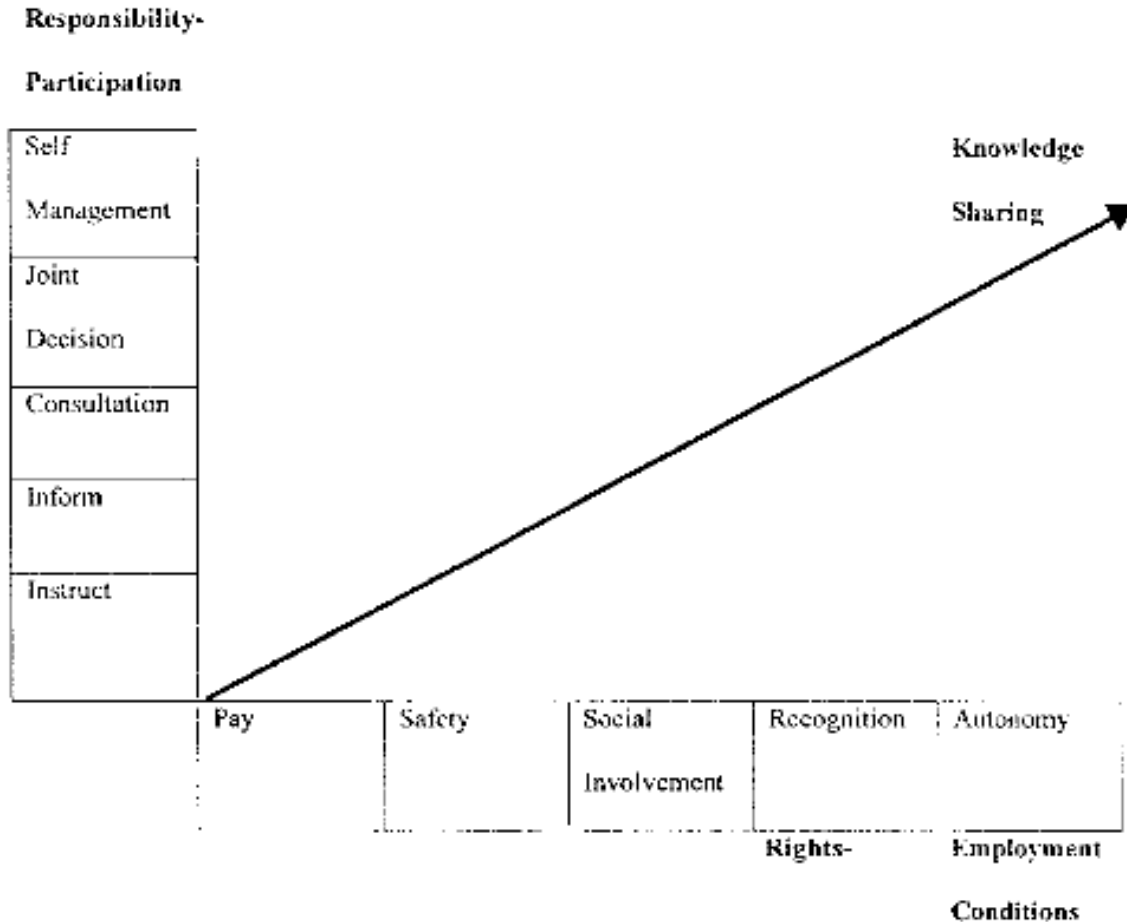
Het delen van kennis zou dus veel positieve gevolgen voor de organisatie (toename van kwaliteit door hoger en breed gedragen kennisniveau), voor de arbeidsmotivatie en –satisfactie en onderlinge samenwerking hebben.

Maar er is meer. Wanneer het concept van *'tacit knowledge'* wordt losgelaten en er enkel gekeken wordt naar kennis an sich, komt kennisdeling betreffende de DBC registratie in een geheel ander licht te staan. Wellicht is de kennis betreffende de DBC's gewoon veel te ingewikkeld om te kunnen bevatten in haar totaliteit. Dit gebrek aan kennis zou dan verklaren waarom de gewenste marktwerking niet van de grond komt. Medisch specialisten zouden dan niet bewust de meest rendabele DBC's registreren, maar dit doen omdat ze zich van geen kwaad bewust zijn. Ze weten niet beter dan dat ze juist zouden handelen. Als ze meer kennis over de DBC registratie zouden hebben dan zou deze registratie ook beter gaan en de marktwerking wel werken. Maar is dit wel een plausibel argument? Als specialisten onvoldoende kennis over DBC's zouden hebben, zou er regelmatig een incorrecte registratie plaatsvinden. Door de afschaffing van de lumpsum, zouden deze incorrecte DBC's niet valideren en dus zouden de medisch specialisten dit direct merken aan hun honorarium. En daar lijkt geen sprake van te zijn. Er is geen significante incorrecte registratie van DBC's.

Spelen dan toch belangen een rol? De uitdrukking 'kennis = macht' staat die dan centraal? Hier valt niet met zekerheid iets over te zeggen. Elke hiervoor beschreven theorie over motieven tot het wel of niet delen van kennis, kan nog uitgebreid worden. Zo zegt Jones (2002) dat het wel of niet delen van kennis beïnvloedt wordt door de rechten en verantwoordelijkheden die een werknemer heeft. Wanneer de verhouding tussen de rechten van een werknemer en zijn of haar verantwoordelijkheden niet in evenwicht zijn, zal kennis niet gemakkelijk vrijwillig gedeeld worden. Een concreet voorbeeld: wanneer een werknemer een hoge werkdruk ervaart met veel hieraan gekoppelde verantwoordelijkheden, maar anderzijds niet voldoende gewaardeerd en beloond wordt, dan zal hij of zij minder snel geneigd zijn om kennis te delen. Andersom geldt dit argument volgens Jones ook. Wanneer een werknemer een gewone werkdruk met standaard verantwoordelijkheden heeft, maar een hoge waardering en beloning krijgt toegekend, dan zal hij of zij uit eigen belang kennis die invloed kan hebben op zijn of haar beloning bewust niet delen. Gebaseerd op haar onderzoek heeft Jones haar analyse grafisch weergegeven (zie volgende pagina).

De medisch specialisten ervaren een hogere werkdruk omdat ze naast hun medische werkzaamheden ook de administratieve taken (de DBC registratie) moeten uitvoeren. Door de afschaffing van de lumpsum zijn zij hiertoe verplicht; het niet registreren van DBC's heeft immers direct gevolgen voor hun honorarium. De analyse van Jones gebruikend, zou gezegd kunnen worden dat de medisch specialisten geïnstrueerd zijn en hun participatie dus laag is. Een kanttekening is echter noodzakelijk. De medisch specialisten hebben immers de gegevens aan moeten dragen over de inhoud van de DBC's en hebben daar dus wel een grote invloed gehad. Bovendien zou er, zoals eerder besproken, sprake zijn van een registratie van voornamelijk

rendabele DBC's en hebben zij een behoorlijke autonomie in hun handelen met betrekking tot de DBC registratie. Wat dat betreft zouden zij er, volgens de analyse van Jones, dus wel een grote motivatie moeten zijn om kennis over DBC's te delen. Er is echter sprake van een paradox; in hoeverre kunnen medisch specialisten kennis delen, wanneer zij deze kennis over het registratiesysteem zelf onvoldoende zouden bezitten?



Afbeelding 1: Relatie kennisdeling – verantwoordelijkheid - rechten

Gewenste marktwerking, complexiteit van het DBC systeem, macht- en afhankelijkheidsrelaties, het wel of niet bewust delen van kennis, allemaal deelthema's die betrekking hebben op het centrale thema van dit onderzoek: een veranderende afhankelijkheidsrelatie tussen medisch specialist en ziekenhuis in een complexe (als gevolg van gewenste marktwerking en DBC systematiek) zorgsector. Daarnaast speelt specifiek voor Tergooiziekenhuizen ook het fusietraject een belangrijke rol binnen dit centrale thema. Hoe deze thema's met elkaar samenhangen, wil ik in het volgende, afsluitende, hoofdstuk bespreken.

IV. Veranderende afhankelijkheidsrelaties

Macht en afhankelijkheidsrelaties zijn er binnen elke organisatie. Er zijn personen of groepen die door functie, kennis of wat dan ook, meer macht of minder afhankelijk zijn van anderen, dan andere personen of groepen dat zijn. Voor een ziekenhuis heeft dit altijd gegolden voor onder andere de relatie tussen de medisch specialist en bijvoorbeeld een Raad van Bestuur. Een patiënt

komt voor een medisch specialist en dus heeft deze specialist automatisch meer macht in een ziekenhuis dan iemand anders. Het ging hierbij niet om macht in een negatieve connotatie, maar om macht in de zin van: minder afhankelijk van anderen.

Door de introductie van marktwerking in de zorg is deze positie van de medisch specialist grotendeels veranderd. Met name externe organisaties zijn een belangrijkere rol gaan spelen. Denk hierbij aan een zorgverzekeraar die afspraken maakt met een ziekenhuis over de prijs van zorg (de DBC). Ziekenhuizen moeten hierdoor gaan concurreren met andere ziekenhuizen en dus bepaalt nu de laagste prijs (in combinatie met de beste zorg) waar een patiënt naar toe gaat. Wanneer een knieoperatie in Amsterdam goedkoper is dan in Utrecht, zullen veel patiënten naar Amsterdam gaan (vaak omdat hun zorgverzekeraar met het ziekenhuis in Amsterdam een contract heeft). De rol van de medisch specialist is hierdoor veranderd. Hij is afhankelijk geworden van externe partijen voor het uitvoeren van zijn werkzaamheden.

Er is dus sprake van onderlinge afhankelijkheid. Enerzijds is de medisch specialist afhankelijk van externe actoren, maar anderzijds blijft het ziekenhuis afhankelijk van de medische kundigheid van de specialist. Pfeffer (2003; 40) definieert dit begrip 'interdependence' als:

'In social systems and social interactions, interdependence exists whenever one actor does not entirely control all of the conditions necessary for the achievement of an action or for obtaining the outcome desired from the action.'

Het creëren van marktwerking in de zorg heeft dus tot effect gehad dat met name de macht- en onafhankelijkheidspositie van de medisch specialist is beïnvloed. Deze veranderende afhankelijkheidspositie komt uiteraard ook terug in de DBC registratie. De specialist wordt verplicht om DBC's te registreren, want wanneer hij dit niet zorgvuldig doet heeft dit direct financiële consequenties voor zijn honorarium. Afhankelijkheid werkt echter twee kanten op en, zoals Folpmers en de Bruijn (2005) eerder al aangaven, zouden medisch specialisten met name de meeste rendabele DBC's registreren. De zorgverzekeraars worden hierdoor ook afhankelijk van de medisch specialisten. Of dit berekenend registreren, wanneer daar sprake van zou zijn, voortkomt uit kennisgebrek of dat dit bewust gebeurt, dat moet nog blijken. Hun veranderende machtspositie zou echter tot gevolg kunnen hebben dat hun binding met de organisatie (het ziekenhuis in dit geval) verminderd is, door de invoer van de DBC registratie.

Naast deze externe invloeden is de positie van de medisch specialist mogelijk ook veranderd door het fusietraject. De specialisten moeten nu gaan samenwerken met collega's van een voorheen andere locatie. Collega's die mogelijk een andere organisatieculturele achtergrond hebben en daardoor een andere mentaliteit. Door maatschapsintegratie wordt elke maatschapspecialist, of deze nu eerst in Hilversum of in Blaricum werkte, afhankelijker van zijn of haar collega's. Bovendien wordt hij of zij afhankelijk van de nieuwe organisatiestructuur. Concreet betekent dit dat hij op twee locaties moet gaan werken. Hij wordt hierdoor gebonden aan de organisatie.

Organisatiecultureel vinden er ook veranderingen plaats. Voordat ik hiermee verder kan gaan is een definitie van organisatiecultuur noodzakelijk. De definitie van Tennekes (1995; 57-58) biedt inzicht:

'... een samenhangend geheel van werkelijkheidsconcepties, waarden en gedragsregels dat betrekking heeft op het werk dat binnen de organisatie wordt verricht en op de wijze waarop mensen binnen die organisatie met elkaar omgaan. (...) De cultuur die mensen in het kader van hun werk binnen een organisatie voortbrengen is nauw verbonden met de aard van de opgaven waarvoor ze staan en de wijze waarop de onderlinge samenwerking gestalte krijgt in de interactiestructuren van de organisatie.'

Hierop voortbouwend kan gesteld worden dat een organisatiecultuur gecreëerd wordt door de organisatieleden zelf en sterk samenhangt met de aard van de organisatie. De beide ziekenhuizen die nu gefuseerd zijn hadden eenzelfde 'aard'; beiden waren het ziekenhuizen die nagenoeg dezelfde zorg boden aan dezelfde doelgroep. De organisatieleden van beiden ziekenhuizen verschilden echter, waardoor er ook twee verschillende organisatieculturen waren. Bovendien is het zo dat er binnen de beide ziekenhuizen ook verschillende groepen waren. Ze waren weliswaar verbonden door de naam van hetzelfde ziekenhuis, maar de diverse maatschappen bijvoorbeeld kunnen ook gezien worden als aparte organisaties binnen het ziekenhuis (als subculturen).

Het fusietraject heeft dus invloed op de macht- en afhankelijkheidspositie van iedereen, maar met name die van de medisch specialist. Het fusietraject kan gezien worden vanuit organisatieculturele verandering. Organizational culturele verandering kan volgens Bate (2002) op grofweg twee verschillende manieren. Er kan sprake zijn van 'development' of van 'transformation'. Ontwikkeling houdt in (Bate, 2002; 35):

'Doing what you do best, better and more often.'

De tweede manier, transformatie, houdt in dat er niet een verandering 'in' de cultuur plaatsvindt (zoals bij ontwikkeling), maar een verandering 'van' de cultuur. Transformatie is nodig omdat een organisatie te maken heeft met zogeheten 'isms' (Bate, 2002; 124):

'All organizations have 'isms' – vicious circles, maladaptive cultural processes, bad habits of thinking, call them what you will.'

Om niet te blijven hangen in oude patronen, maar om telkens weer bij de tijd te blijven, is het volgens Bate onvoldoende om je organisatiecultuur telkens te updaten. Het is veel belangrijker om alles om te gooien en een volledig nieuwe cultuur te creëren. Het implementeren van dergelijke organisatieculturele veranderingen kan, volgens Bate (2002) op vier verschillende manieren.

De 'aggressive approach' houdt in dat de organisatieculturele verandering getypeerd wordt door machtsspelletjes, onderlinge strijd en win-lose situaties. Deze benadering heeft overeenkomsten met het fragmentatieperspectief van Martin (2002).

De 'conciliative approach' houdt in dat de organisatieculturele verandering getypeerd wordt door een erkenning door de gehele organisatie van een probleem, waarbij iedereen deze gezamenlijk wil oplossen. Win-win situaties zijn kenmerkend. Het integratieperspectief van Martin heeft hier veel overeenkomsten mee.

De 'corrosive approach' wordt getypeerd door politieke spelletjes. Er worden coalities gevormd en netwerken opgebouwd. Deze 'informele' benadering heeft overeenkomsten met het differentiatieperspectief van Martin.

De 'indoctrinative approach', ten slotte, stelt centraal dat cultuurverandering plaatsvindt door te leren en te ontwikkelen. Dit leren vindt gestructureerd plaats en gaat vaak zover dat er sprake is van indoctrinatie, waar men zich moeilijk aan kan onttrekken.

De wijze waarop bijvoorbeeld medisch specialisten tegen het fusieproces aankijken (vanuit het oogpunt van maatschapsintegratie), kan gezien worden vanuit één of meerdere van bovenstaande benaderingen. Een maatschap die zelf het initiatief nam om samen te gaan en problemen die zich voordeden bij de maatschapsintegratie gezamenlijk aanpakten, vertoont overeenkomsten met de 'conciliative approach' op cultuurverandering. Op een soortgelijke wijze kan deze theorie van Bate de onderzoeksresultaten in een perspectief plaatsen en verklaren.

Prediagnostisch onderzoeksplan

Mijn eigen verwondering over de invloed van DBC's op vrijwel iedereen in Nederland, bracht mij ertoe om een onderzoek te doen naar betekenisgeving aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen. Maar waarom juist Tergooiziekenhuizen? En waarom een onderzoek naar specifiek de betekenisgeving die aan de DBC registratie wordt gegeven?

I. Geboorte van het onderzoek

De keuze om juist binnen Tergooiziekenhuizen een interpretatief kwalitatief onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie te doen, kwam voort uit mijn contacten binnen het ziekenhuis. In het kader van mijn opleiding heb ik medio januari 2008 een dag meegelopen met de manager Human Resources (HR) van Tergooiziekenhuizen. Gedurende deze dag kwamen mijn toenmalige werkzaamheden met DBC's binnen een GGZ instelling ter sprake, waardoor de interesse van de manager HR werd gewekt. Op dat moment werd mij duidelijk gemaakt dat, wanneer ik daar zelf behoefte aan had, er mogelijkheden waren voor een onderzoek naar 'iets met DBC's'. Nadat de voorbereidingen voor een interpretatief kwalitatief onderzoek naar DBC's bij een andere onderzoeksplaats vastliepen, heb ik van het aanbod om onderzoek te doen binnen Tergooiziekenhuizen gebruik gemaakt. Niet alleen het aanbod om binnen Tergooiziekenhuizen een onderzoek naar DBC's te doen (een thema wat voor beide partijen erg interessant was), maar ook mijn bekendheid met het ziekenhuis en de mensen droeg aan deze keuze bij; niet alleen werken er familieleden en bekenden in het ziekenhuis, maar tevens is het, het ziekenhuis waar ikzelf een aantal keren ben behandeld.

Zoals geschreven bestond er binnen Tergooiziekenhuizen de behoefte aan onderzoek naar 'iets met DBC's'. Mijn eigen ideeën over de invulling van het begrip 'iets', heb ik naar voren gebracht in de eerste oriënterende gesprekken met mijn directe begeleidster binnen Tergooiziekenhuizen. Spoedig werd duidelijk dat er behoefte was aan een onderzoek naar DBC's, waarbij de uitkomsten mogelijk bruikbaar konden zijn voor het project bronregistratie. Een onderzoek naar betekenisgeving aan de DBC registratie sloot hier goed op aan (zoals ook in de inleiding beschreven).

II. Interpretatief kwalitatief onderzoek

Nu er overeenstemming was over het onderzoeksthema kon er nagedacht worden over de methoden van dataverzameling. Eerst echter, moest de onderzoeksbenadering duidelijk zijn; interpretatief kwalitatief onderzoek. Maar waarom koos ik voor deze onderzoeksbenadering en niet voor een andere? En wat hield deze onderzoeksbenadering precies in?

Simpelweg had ik de keuze tussen het doen van kwalitatief of kwantitatief onderzoek. Zoals in de inleiding beschreven impliceert het thema betekenisgeving dat een idee op verschillende manieren geïnterpreteerd wordt. Om die veelheid aan ideeën te ontdekken, kon ik geen gebruik maken van bijvoorbeeld een enquête, waarna ik de resultaten statistisch kon verwerken. Om die veelheid te ontdekken was het noodzakelijk dat ik respondenten zou interviewen en observaties zou doen. Deze twee methoden zouden mij de mogelijkheden bieden om diep op het thema betekenisgeving aan de DBC registratie in te gaan. Maar was het nu daadwerkelijk zo dat ik, omdat ik ging interviewen en observeren en op zoek was naar betekenisgeving, kwalitatief onderzoek zou doen? Uitgaande van diverse auteurs kon ik hier volmondig ja op zeggen. Zo geven Denzin en Lincoln (Silverman, 2005; 10) aan dat:

'Qualitative researchers stress the socially constructed nature of reality, the intimate relationship between the researcher and what is studied, and the situational constraints that shape inquiry. They seek answers to questions that stress how social experience is created and given meaning. In contrast, quantitative studies emphasize the measurement and analysis of causal relationships between variables, not processes.'

Baarda en de Goede (2001; 364) verstaan onder kwalitatief onderzoek:

'Onderzoek waarbij problemen in en van situaties, gebeurtenissen en personen worden beschreven en geïnterpreteerd worden met behulp van gegevens van kwalitatieve aard, zoals belevingen, ervaringen, betekenisverleningen die verzameld zijn via open interviews en/of participerende observatie en/of gebruik van bestaande documenten.'

Nu inderdaad duidelijk was dat ik een kwalitatief onderzoek zou gaan doen, diende ik mij daarbinnen nog te 'concretiseren'. Kwalitatief onderzoek kan namelijk op diverse wijzen vormgegeven worden. Omdat ik op zoek was naar betekenisgeving, ervaringen, belevingen en gedrag (voortvloeiend uit betekenisgeving), zou ik een interpretatief kwalitatief onderzoek doen. Die belevingen, enzovoorts, zouden een bepaalde werkelijkheid creëren, die binnen de kaders van het onderzoek geldend zouden zijn. Boeije (2006; 20), omschrijft interpretatief kwalitatief onderzoek als volgt:

'Uitgangspunt van de interpretatieve variant van het kwalitatieve onderzoek is het specifieke karakter van de sociale werkelijkheid. Men stelt zich op het standpunt dat er niet zoiets is als een 'externe' werkelijkheid. Er wordt daarentegen vanuit gegaan dat mensen betekenis geven aan verschijnselen en dat ze die betekenissen onderling uitwisselen in hun alledaagse interacties, zodanig dat ze gezamenlijk een werkelijkheid construeren.'

Ook Maxwell (2005; 22) geeft aan dat het thema betekenisgeving centraal staat in interpretatief kwalitatief onderzoek:

'In a qualitative study, you are interested not only in the physical events and behavior that are taking place, but also in how the participants in your study make sense of these, and how their understanding influences their behavior. This focus on meaning is central to what is known as the "interpretative" approach to social science.'

Interpretatief kwalitatief onderzoek heeft dus betrekking op betekenisgeving en interpretaties. Belangrijk is dat het hierbij gaat om de interpretatie die de onderzoeker geeft aan de verzamelde data. In mijn onderzoek heb ik vooral gezocht naar overeenkomsten in betekenisgeving aan de DBC registratie, zonder de verschillen teniet te doen. Mijn visie, de 'bril' die ik opgezet heb als onderzoeker kan het beste verklaard worden aan de hand van Martin (2002). Zij heeft drie verschillende onderzoeksperspectieven (of 'brillen') gedefinieerd. De glazen van de 'bril' verschillen in sterkte; ze kunnen geslepen zijn op het zien van overeenkomsten, het zien van groepsverschillen of het zien van individuele verschillen.

Het integratieperspectief kan getypeerd worden als een hemel van harmonie en homogeniteit, waarin alle neuzen dezelfde kant op staan. De gemeenschappelijke organisatiecultuur wordt gezien als een 'sociale lijm', het zorgt dus voor de onderlinge binding. Er is binnen het integratieperspectief op organisaties sprake van consensus, consistentie en duidelijkheid. Subculturen en ambiguïteit zijn uitgesloten en het formele wordt beschouwd als informeel.

Volgens het differentiatieperspectief is er enkel consensus binnen de subculturen die de organisatie heeft. Er is sprake van een formeel beleid en van informele normen. Bovendien worden er duidelijk partijen en belangentegenstellingen onderscheiden en is er sprake van conflicten tussen de subculturen. Er is bovendien *'een mozaïek van inconsistenties tussen eilanden van duidelijkheid (de subculturen) en ambiguïteit buiten de subculturen.'* Tenslotte wordt dit perspectief gekenmerkt door een onderlinge machtsstrijd tussen afhankelijkheid en autonomie.

In het fragmentatieperspectief is ambiguïteit de essentie van de organisatie. Er is sprake van een turbulente en onvoorspelbare omgeving en bovendien van complexiteit, verscheidenheid en situationeel gedrag. Binnen de verscheidene subculturen zijn er meervoudige identiteiten te onderscheiden. Er is dan ook sprake van sterk individuele verschillen binnen de diverse groepen (subculturen). Tenslotte is er een focus op het 'voelbare' en niet op het 'zichtbare'.

Ondanks dat er drie perspectieven op organisatie(cultuur) te onderscheiden zijn en elke organisatie(cultuur)onderzoeker een voorkeur heeft voor één van de drie perspectieven, heeft Martin (2002) de drie perspectieven samengenomen in het driedimensionale perspectief. Concreet betekent dit, dat wanneer een onderzoeker een organisatie(cultuur) bestudeert, hij of zij elk van de drie perspectieven gebruikt. Omdat deze telkens een verschillende positie hebben ten opzichte van de relaties tussen culturele manifestaties, de oriëntatie tot consensus en de oriëntatie tot ambiguïteit, complementeren de drie perspectieven elkaar op een nauwkeurige manier. Martin (2002; 120) zegt hierover:

'Each perspective has conceptual blind spots that the combination of the three does not.'

Het differentiatieperspectief en het fragmentatieperspectief bijvoorbeeld hebben een *'conceptual blind spot'* voor dat wat door de meeste organisatieleden in een organisatie gedeeld wordt. Ondanks dat een organisatie(cultureel) onderzoeker vaak een zogenaamd *'home-perspective'* heeft, het perspectief dat zijn of haar voorkeur geniet bij het doen van een organisatie(cultureel) onderzoek, betekent dit niet dat de andere perspectieven uitgesloten moeten worden. Onderzoeksmateriaal dat verzameld is met behulp van *'non-home-perspectives'*, geeft namelijk vaak de meest onverwachte en meest interessante inzichten in de onderzochte thema's (Martin, 2002; 121).

Hoewel de focus in dit onderzoek niet op organisatiecultuur lag, boden de verschillende perspectieven van Martin, wel handvatten om de context waarbinnen betekenisgeving aan DBC's wordt ingevuld, beter te begrijpen. Daar ik mij in mijn onderzoek vooral richtte op de overeenkomsten in betekenisgeving heb ik vooral met de 'bril' van het integratieperspectief gekeken, ondanks dat ik het driedimensionale perspectief heb geprobeerd toe te passen.

Uitgaande van het volledige onderzoeksperspectief, wordt de kracht van deze onderzoeksbenadering duidelijk; het bood mogelijkheden om de diepte in te gaan. Alleen op die manier was het mogelijk om betekenisgeving te ontdekken. Dit onderzoek is echter niet herhaalbaar; geen enkel interview of observatie zal een tweede keer exact hetzelfde plaatsvinden. Bij kwantitatief onderzoek is die herhaalbaarheid veel eerder het geval; een enquête kan immers gemakkelijk een tweede keer hetzelfde ingevuld worden. Herhaalbaarheid was echter niet van belang, navolgbaarheid daarentegen wel. In de paragraaf kwaliteitscriteria zal hier dieper op ingegaan worden.

III. Doelstelling en vraagstelling

Nu het thema en de onderzoeksbenadering duidelijk waren, konden de doelstelling en de vraagstelling gespecificeerd worden. Uitgaande van het thema (en hoe zowel Tergooiziekenhuizen als ikzelf dit invulden) en de onderzoeksbenadering, is de onderstaande doelstelling geformuleerd:

Inzicht krijgen in de wijze waarop medisch specialisten en andere betrokkenen in het DBC proces betekenis geven aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen.

Hierop voortgaand konden ook een vraagstelling en deelvragen opgesteld worden. De deelvragen dienden ter 'ondersteuning' van de vraagstelling. Elke beantwoorde deelvraag, is een onderdeel van het antwoord op de vraagstelling. De onderstaande vraagstelling stond in dit onderzoek centraal:

Hoe wordt er door medisch specialisten en andere betrokkenen in het DBC proces betekenis gegeven aan de DBC registratie binnen Tergooiziekenhuizen?

Met als bijbehorende deelvragen:

- Welke betekenis wordt er door de medisch specialisten en de andere betrokkenen gegeven aan het nieuwe DBC proces, waarin tijdigheid, volledigheid en betrouwbaarheid van de DBC's centraal staan?
- Hoe werkt deze betekenisgeving door in hun handelen?
- Wat is er veranderd in de macht- en afhankelijkheidsrelaties binnen Tergooiziekenhuizen als gevolg van het DBC proces?
- Wat kan Tergooiziekenhuizen leren op basis van de betekenisgeving die wordt toegekend aan de DBC registratie, met het oog op het integratieproces van de diverse registratie- en facturatiesystemen binnen Tergooiziekenhuizen?

IV. Aan de slag: de dataverzameling

Wat er onderzocht moest worden en welke vragen beantwoord moesten worden, dat was duidelijk. Maar bij wie konden de antwoorden gehaald worden? En welke methoden kon ik toepassen om de data te verkrijgen?

Omdat het om betekenisgeving aan de DBC registratie ging, was het belangrijk dat alle (groepen van) actoren die bij het DBC proces betrokken zijn ook bij het onderzoek betrokken zouden worden. Het hele DBC proces van begin tot eind zou ik onderzoeken. Duidelijk werd dat ik dan in ieder geval met de volgende actoren moest spreken:

- Medisch specialisten (zowel in loondienst, als in maatschappen), omdat zij DBC's moeten openen en sluiten en de maatschapspecialisten bovendien van DBC's afhankelijk zijn voor hun salaris door de afschaffing van de lumpsum;
- Bedrijfseconomisch adviseurs, omdat zij vanuit financieel oogpunt veel weten over DBC's en het DBC proces;
- Medewerkers van de afdeling validatie, omdat zij DBC's valideren.

Naarmate het onderzoek vorderde en ik bij deze actoren data had verzameld en geanalyseerd, bleek dat het belangrijk was om ook met de volgende actoren te spreken:

- Manager van het bureau inschrijving, omdat deze verantwoordelijk is voor de patiëntenregistratie. Een correcte patiëntenregistratie is van belang omdat deze gegevens in een DBC worden opgenomen;
- Medewerkers van de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH), omdat deze direct moeten registreren (patiënten komen immers niet nog eens terug op de SEH);
- Medewerkers van de afdeling ICT, omdat deze verantwoordelijk zijn voor de technische systemen waarin DBC's worden geregistreerd en gefactureerd;
- Medewerkers van de afdeling Inkoop, Verkoop en Financiering (IVF), omdat deze namens het ziekenhuis veel onderhandelen over de inhoud en prijs van DBC's met de zorgverzekeraars.

In totaal heb ik met twaalf respondenten een interview gehouden en daarnaast één groepsinterview met zes personen. De interviews nam ik af met behulp van een topiclijst; een aantal centrale thema's die aan bod moesten komen om de vraagstelling te kunnen beantwoorden. Op basis van de gegeven antwoorden, kon ik vervolgens doorvragen op door de respondent aangedragen thema's. Omdat ik dus niet werkte met een volledig voorgestructureerde vragenlijst, had ik de mogelijkheid om diepte interviews af te nemen; elk gegeven antwoord bood mogelijkheden om een niveau 'dieper' te gaan.

Naarmate het onderzoek vorderde en ik de verzamelde data tussentijds had geanalyseerd, veranderde ook de topiclijst. Sommige topics vielen af omdat daar nog maar weinig nieuwe dingen over verteld werden, terwijl andere topics juist toegevoegd konden worden omdat er nieuwe interessante thema's naar voren kwamen. Deze flexibiliteit droeg er eveneens aan bij dat het thema betekenisgeving aan de DBC registratie grondig onderzocht kon worden.

Naast het afnemen van interviews heb ik ook observaties gedaan. Hierbij heb ik een onderscheid gemaakt tussen formele en informele observaties. Formele observaties waren observaties tijdens teamvergaderingen, besprekingen en uiteraard ook gedurende de (groeps)interviews. Informele observaties vonden plaats in de wandelgangen, in de kantine, bij de koffieautomaat, enzovoorts. Het maken van afspraken voor de formele observaties ging minder gemakkelijk dan gedacht. Een aantal mogelijke observatiemomenten gingen niet door wegens planningsproblemen of omdat ik niet bij een bepaalde vergadering aanwezig mocht zijn. Dit heeft tot gevolg gehad dat ik maar twee formele observaties heb kunnen doen. Mogelijk heb ik hierdoor minder contextuele informatie kunnen verkrijgen, dan wel ontbrak er een bevestiging of aanvulling op data die verzameld waren door middel van de interviews. Omdat het aantal formele observaties gering is geweest, heeft een documentanalyse meer overwicht gekregen. Niet alleen heb ik interne vakliteratuur en beleidsdocumenten geanalyseerd, maar eveneens notulen van vergaderingen (onder andere van vergaderingen waar observatiemomenten waren, maar niet door konden of mochten gaan).

Bij de keuze voor zowel de respondenten als de observaties, heb ik geen rekening gehouden met een onderscheid of gelijke verdeling van respondenten over de locaties Hilversum en Blaricum. Het keuzecriterium waarop geselecteerd is, betrof de functie-inhoudelijke relevantie voor het onderzoek. Met andere woorden: de vraag 'Heeft deze persoon inhoudelijk iets te maken met de DBC registratie?', diende bevestigend beantwoord te worden.

Bij de keuze voor de medisch specialisten, echter, verliep dit op een afwijkende wijze. Omdat alle medisch specialisten in het ziekenhuis (circa 180 personen) direct met DBC's te maken hebben (ze dienen allemaal DBC's te openen en te sluiten), was het niet mogelijk om alle medisch specialisten te spreken. Hierom is er, in overleg met mijn begeleidster binnen

Tergooiziekenhuizen, gekozen voor de maatschappen die ofwel al gefuseerd waren ofwel gemakkelijk toegankelijk waren. Bovendien waren dit ook de maatschappen die in interviews en gesprekken veelvuldig getypeerd werden als ‘interessante actoren om mee te spreken’.

V. Door de bomen het bos weer zien: dataverwerking en analyse

De verzamelde data waren zo divers dat ik op een gegeven moment het overzicht kwijt raakte. Alles vond ik interessant, maar wat was nu echt relevant voor het onderzoek? En waren er van die diversiteit aan onderwerpen geen centrale thema’s te maken?

Voordat ik met deze analyse aan de slag kon, diende ik eerst de data netjes te verwerken. Voor de interviews hield dit in dat ik de opgenomen data volledig diende te transcriberen. Hiertoe had ik een systeem bedacht zodat elk interview op uniforme wijze zou worden uitgewerkt (bijvoorbeeld het gebruik van letters: R = respondent, O = onderzoeker). Daarnaast heb ik ook alle interviews van regelnummers voorzien, wat vooral voor de analyse handig was; citaten kon ik per thema ordenen door regelnummers te noteren. Voor wat betreft de observaties heb ik de aantekeningen uitgewerkt in een observatienotitie.

Nu de interviews en observaties op papier waren uitgewerkt, was er nog steeds sprake van een veelheid aan interessante onderwerpen. Het was hierom noodzakelijk dat ik de data zou coderen, opdat ik er een aantal centrale thema’s uit zou kunnen destilleren. Dit was echter niet de eerste stap van de analyse. Een belangrijk kenmerk van interpretatief kwalitatief onderzoek is immers dat er tussentijds en bovendien terwijl de data verzameld worden er tegelijkertijd ook geanalyseerd wordt.

Silverman (2005; 150 e.v.) benoemt een aantal stappen bij het analyseren die ik ook heb toegepast. De ‘kickstart’ van het analyseren omvat, volgens Silverman, onder andere het analyseren van data in de publieke sfeer (media en internet bieden veel informatie die bruikbaar is voor de analyse), het vragen van advies aan je begeleider, het analyseren van je data terwijl je deze verzameld en het stellen van ‘key questions’ over je verzamelde data.

Van elk van deze stappen heb ik gebruik gemaakt. Het analyseren van de verzamelde data tijdens de periode van dataverzameling (transcripties schrijven bijvoorbeeld), hing nauw samen met het stellen van ‘key questions’. Na het schrijven van elke transcriptie kwamen er thema’s naar voren waar nog extra informatie over gezocht moest worden, maar anderzijds waren er ook thema’s die niet relevant waren voor het onderzoek. Door mijzelf af te vragen hoe de data met elkaar samenhangen, welke informatie nog nodig was en waarom respondenten vertelden wat ze vertelden (van welke context was sprake?), kon ik telkens weer meer de diepte in gaan en mijn data ‘schiften’ door tussentijdse analyse. Maar dit kon ik zeker niet alleen. Mijn begeleider vanuit de universiteit bood altijd verhelderende inzichten, waardoor ik nieuwe stappen kon zetten in mijn analyse; thema’s en verbanden die ik (nog) niet zag, werden vaak inzichtelijk gemaakt in gesprekken met mijn begeleider.

Ook al hielpen deze stappen van Silverman mij op weg bij de analyse, ze waren onvoldoende om tot een duidelijk inzicht te komen van wat er speelde. Hierom heb ik ook gebruik gemaakt van de drie coderingstypen van Strauss en Corbin (in: Boeije, 2006). De eerste twee coderingstypen zorgden voor de uiteenrafeling van de onderzoeksdata, het laatste type van codering had tot doel om de uiteengerafelde gecodeerde onderzoeksdata te structureren.

Het eerste type van coderen was het zogeheten open coderen. Hierbij werden alle tot dan toe verzamelde onderzoeksdata gelezen door toepassing van ‘close reading’ en in fragmenten ingedeeld. Deze relevante fragmenten kregen een code mee. Hierdoor ontstond er al een overzicht van belangrijke en niet belangrijke fragmenten die uit de verzamelde data naar voren kwamen (Boeije, 2006; 85). De tweede vorm was axiaal coderen. Dit hield in dat de codes die ontwikkeld waren tijdens het open coderen aangevuld of verwijderd werden en dat deze codes geclusterd

werden onder een overkoepelende code. Axiaal coderen diende twee verschillende doelen. Ten eerste ging het erom om uit te zoeken wat belangrijke en minder belangrijke elementen voor het onderzoek waren. Het tweede doel was om de omvang van de verzamelde onderzoeksdata te reduceren en bovendien het aantal codes te verkleinen.

Het coderingstype waarbij de uiteengerafelde onderzoeksdata gestructureerd werden, wordt door Strauss en Corbin getypeerd als selectief coderen (Boeije, 2006; 105). Het selectief coderen had tot doel om verbanden te leggen tussen de verschillende categorieën die bij het axiaal coderen waren geformuleerd. Hierbij werd onder andere gekeken naar terugkerende thema's, welke antwoorden respondenten gegeven hadden met betrekking tot de vraagstelling, de verhoudingen tussen de verschillende antwoorden van de respondenten en soortgelijke thema's. Dit selectief coderen vormde de definitieve grondslag voor dit onderzoeksrapport.

Een groot voordeel van het toepassen van deze drie coderingstypen was dat ik op een hele gestructureerde wijze mijn data kon 'indelen' in centrale thema's. Bovendien waren de data leidend; terugkerende thema's in de interviews, zouden centrale thema's worden. Hierdoor kon ik heel dicht bij de bron blijven.

Een 'nadeel' van het toepassen van deze wijze van analyseren was dat het geen objectieve data opleverde. Mijn eigen interpretatie van de data (wat volgens mijn belangrijk was voor het onderzoek) heeft hier duidelijk aan bijgedragen. Dit komt echter voort uit het onderzoekstype. De waarheid wordt gecreëerd door de onderzoeksdata (die weliswaar onderhevig zijn aan de interpretatie van de onderzoeker). Alle keuzes die ik gemaakt heb tijdens het onderzoek (hier wil ik nog iets van weten, dit is wel belangrijk en dat niet, enzovoorts), maken dat het onderzoek niet herhaalbaar is. De validiteit van het onderzoek en generaliseerbaarheid van de resultaten, worden hierdoor interessante thema's. Welke kwaliteitscriteria heb ik immers toegepast?

VI. De kwaliteitscriteria: betrouwbaarheid, validiteit en bruikbaarheid

Zoals gezegd is dit onderzoek niet herhaalbaar maar wel navolgbaar. Voor de betrouwbaarheid van dit interpretatieve kwalitatieve onderzoek was het dus van belang dat al mijn beslissingen en andere stappen in het onderzoek goed overdacht en beargumenteerd waren. Om deze navolgbaarheid te kunnen garanderen heb ik tijdens dit onderzoek een logboek bijgehouden. In dit logboek heb ik niet alleen alle belangrijke keuzes en stappen die ik voor, tijdens en na de dataverzameling heb gedaan verantwoord, maar ook mijn gedachten en gevoelens over onderzoeksgerelateerde gebeurtenissen vermeld. Door alle keuzes die ik gemaakt heb gedurende dit onderzoek te beargumenteren, wordt de navolgbaarheid (en hierdoor ook de betrouwbaarheid) vergroot. Maar navolgbaarheid alleen was onvoldoende; ook de validiteit moest gewaarborgd zijn.

Validiteit is een begrip waar vele definities aan zijn gegeven. De definitie die ik gebruikt heb, heb ik ontleend aan Maxwell (2005; 106): *'Validity refers to the correctness or credibility of a description, conclusion, explanation, interpretation or other sort of account.'* Aanvullend op deze definitie van validiteit, heb ik bovendien gebruik gemaakt van het onderscheid dat door Boeije (2006; 145) is aangebracht in interne en externe validiteit. Interne validiteit heeft, volgens haar, betrekking op het verkrijgen van een zo compleet mogelijk beeld van datgene wat je onderzoekt. Externe validiteit heeft betrekking op de geldigheid en generaliseerbaarheid van de onderzoeksconclusies. Om de interne validiteit van dit onderzoek te waarborgen heb ik de volgende strategieën voor validiteit toegepast. Deze zijn deels ontleend aan Maxwell (2005; 110):

- Verkrijgen van 'rich'-data

Voor de validiteit van dit onderzoek was het eveneens van belang dat de onderzoeksdata die ik verzamelde zo gedetailleerd en gevarieerd als mogelijk waren, opdat ze een volledig beeld

zouden geven van wat er speelde bij Tergooiziekenhuizen. Deze zogenaamde 'rich'-data heb ik verkregen door gebruik te maken van verschillende manieren van dataverzameling en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de respondenten, waardoor deze meer durfden en konden vertellen over de thema's van dit onderzoek.

- Zoeken naar tegenstrijdige informatie

De 'rich' data die ik verkregen heb, behoeften niet de enige waarheid te zijn. Datgene wat een respondent mij verteld heeft is uiteraard subjectief gekleurd en werd door mij bovendien subjectief geïnterpreteerd, bewust of onbewust. Om toch een zo goed en volledig mogelijk beeld te verkrijgen van wat er werkelijk speelde, ben ik op zoek gegaan naar tegenstrijdige informatie. Dit gebeurde ten eerste onbedoeld tijdens observaties en interviews. Ten tweede ben ik ook bewust op zoek gegaan naar tegenstrijdige informatie. Hiervoor heb ik eveneens gebruik gemaakt van interviews en documentanalyse.

- Triangulatie

Een van de belangrijkste strategieën voor interne validiteit die ik toegepast heb in dit onderzoek is triangulatie. Dit houdt in dat ik gebruik heb gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden en strategieën om een zo compleet en representatief mogelijk beeld te verkrijgen. Concreet houdt dit in dat ik gebruik heb gemaakt van diepgaande topic-interviews, interne documenten, observaties in verschillende settings en wetenschappelijke literatuur. Daarnaast heb ik ook op verschillende afdelingen mijn onderzoek uitgevoerd. De verschillende strategieën om interne validiteit te waarborgen, die ik hier beschrijf, zijn eveneens voorbeelden van triangulatie.

- Terugkoppeling

De laatste strategie voor interne validiteit die ik toegepast heb is de terugkoppeling van mijn interpretatie van wat ik heb gehoord en heb gezien. Niet alleen tijdens de interviews vond dit plaats ('U bedoelt dat...?'-vragen gesteld), maar eveneens gedurende tussentijdse terugkoppelmomenten met de opdrachtgever. Eveneens hebben een aantal respondenten hun eigen transcriptie ingezien, wat soms nog aanvullende informatie opleverde.

De externe validiteit is ook gewaarborgd. De geldigheid van mijn onderzoeksconclusies en het antwoord op de vraagstelling, zullen vermoedelijk niet problematisch zijn nu de interne validiteit goed gewaarborgd is. De punten genoemd bij de interne validiteit hebben immers gezorgd voor een zo waarheidsgetrouw en compleet mogelijk beeld van de thema's die ik onderzocht heb. Hierdoor zal de geldigheid van de te trekken conclusies hoog zijn.

De generaliseerbaarheid van deze conclusies is echter problematisch. Omdat ik lang niet iedereen die met de DBC's te maken hebben gesproken heb (een goed voorbeeld is het kleine percentage medisch specialisten), is er geen sprake van een externe generaliseerbaarheid (dus buiten de groep respondenten) van de onderzoeksresultaten. Ondanks dat er verschillende opvattingen waren bij de respondenten zijn de onderzoeksresultaten, juist omdat deze diversiteit aan opvattingen terug komt, voor deze groep representatief.

Hoe zit het dan met de bruikbaarheid van de resultaten? Zijn die wel bruikbaar, ondanks de problematische generaliseerbaarheid? Omdat ik gesproken heb met verschillende respondenten op verschillende niveaus, gezien over het gehele DBC proces van begin tot eind, zijn de onderzoeksresultaten zeer bruikbaar. Ondanks dat er thema's waren waar verschillend over gedacht werd, waren er ook veel thema's waar wel hetzelfde over gedacht werd. Juist deze thema's bieden aanknopingspunten om mee verder te gaan.

Resultaten prediagnostisch onderzoek

Het prediagnostisch onderzoeksplan sloot ik af met een stukje over de bruikbaarheid van de resultaten. Vol zelfvertrouwen beschreef ik dat er thema's waren die aanknopingspunten boden om mee verder te gaan. Maar wat zijn die thema's dan? In deze sectie zal ik de resultaten 'uit het veld' presenteren en analyseren en zo naar de eindconclusie toewerken.

I. 'Kan het niet wat makkelijker?'

Het voorkomen van een onbetaalbare zorg leidde tot de introductie van de DBC. Het DBC instrument zou alle zorgen over de onbetaalbare zorg wegnemen en bovendien de kwaliteit van zorg en transparantie over de kosten doen toenemen. Bovendien zou het voor iedereen die met DBC's moest werken een gebruiksvriendelijk instrument worden. Dat is mooi al die beloften maar, zoals zo vaak, blijkt de praktijk anders te zijn. Een drietal berichten uit de begintijd van de DBC:

Een normaal mens verzint dit niet

DBC's leiden in de praktijk tot bizarre situaties

Het wordt niets met de DBC's en het zal ook nooit iets worden. Hoe een 'navelbreuk' administratief een 'flapoor' werd. En een patiënt op papier werd ontslagen om direct daarna weer te worden opgenomen.

Bron: Medisch Contact, 5 augustus 2005

Een rammelend systeem

DBC's zijn ongeschikt voor gecompliceerde en multidisciplinaire zorg

Zonder maatschappelijk debat over de wenselijkheid en noodzaak ervan heeft de overheid het DBC/marktprincipe in de zorg doorgedrukt. Duidelijk is inmiddels dat het systeem wel redelijk voldoet bij eenvoudige ingrepen, maar bij complexe zorg kan niemand er meer een touw aan vastknopen.

Bron: Medisch Contact, 27 januari 2006

DBC's kunnen veel simpeler

In vijf stappen terug naar effectieve productfinanciering

In zijn huidige gedaante is het DBC-systeem veel te gedetailleerd. Maar met een vrij eenvoudig stappenplan is het te hervormen tot een bruikbaar systeem waarmee op basis van productfinanciering de kosten van de zorg zijn te beheersen en de kwaliteit wordt gestimuleerd.

Bron: Medisch Contact, 3 februari 2006

Krachtige koppen zijn het, maar goed, dat was in de begintijd van de DBC. Elk nieuw product heeft kinderziektes die verholpen dienen te worden. Nu is het vast het instrument geworden dat men voor ogen had, toch?

Mijn onderzoek binnen Tergooiziekenhuizen toont, bijna drie jaar na de eerste berichten, aan dat de DBC's nog niet volledig doen wat ze beloofd hebben. In dit hoofdstuk zal ik achtereenvolgens de complexiteit van de DBC, het kennisgebrek over de DBC en het belang van bewustwording over de DBC bespreken en toelichten aan de hand van de verzamelde data.

§ I.a De complexiteit van DBC's

Het woord DBC geeft impliciet aan dat het geen gemakkelijke en gebruiksvriendelijke materie is. Het gaat om een Diagnose Behandel Combinatie. De hoeveelheid aan diagnoses die gesteld kunnen worden en de even grote hoeveelheid aan behandelmogelijkheden, kan niets anders betekenen dan dat er heel veel verschillende soorten DBC's mogelijk zijn. Bij één diagnose kunnen al verschillende behandelingen toegepast worden en eveneens kan een behandeling toegepast worden bij verschillende diagnoses. Een van de gesproken artsen zegt hierover:

'Momenteel zijn er rond de 30.000 verschillende DBC's, dat maakt het voor ons niet makkelijk. Omdat het zulke complexe materie is, leidt dit in het gebruik tot interpretatieverschillen'

Omdat er ruim 30.000 verschillende DBC's zijn en een DBC niet volledig concreet gedefinieerd is, bieden de DBC's ook ruimte voor interpretatieverschillen. Een knieoperatie kan hierdoor bijvoorbeeld door de ene arts in een DBC geregistreerd worden als knieoperatie A en door een andere arts als knieoperatie B, terwijl het om exact dezelfde diagnose en behandeling gaat. De eerste twee, hierboven beschreven, artikelen uit Medisch Contact geven ook iets over deze complexiteit aan. De zinsnede *'Hoe een 'navelbreuk' administratief een 'flapoor' werd.'*, uit het eerste artikel, heeft betrekking op zowel de complexiteit van het systeem als de multi-interpretabelheid van een DBC. Het tweede artikel geeft aan dat de complexiteit van DBC's vooral tot uiting komt bij multidisciplinaire en complexe zorg.

Maar niet alleen artsen herkennen de complexiteit van DBC's in de grote hoeveelheid aan DBC's. Een niet-medisch medewerker vertelt hierover:

'Dus uiteindelijk moet je met oneindige aantallen DBC's gaan werken. Waarvoor ze ook lang niet meer makkelijk in zorgprofielen zijn te proppen.'

De reden waarom er uiteindelijk met oneindige aantallen DBC's gewerkt moet gaan worden, zit in het onderscheid tussen het zogenaamde A en B-segment. De DBC's in het B segment zijn vrij onderhandelbaar en had in het begin een omvang van tien procent. Volgens deze respondent waren dat ongeveer 80 DBC's die ook nog redelijk gemakkelijk waren. Inmiddels is het B segment verruimd naar twintig procent en zijn er steeds complexere DBC's in dit segment opgenomen, waardoor het B segment nu ongeveer vier à vijfhonderd DBC's omvat. Omdat het B segment, in het kader van marktwerking, uiteindelijk zou moeten doorgroeien naar zo'n zeventig à tachtig procent, zou dit in de praktijk neerkomen op oneindige aantallen DBC's. De huidige 30.000 DBC's omvatten zowel het A als het B segment.

De complexiteit van DBC's heeft echter meer oorzaken dan enkel de grote hoeveelheid DBC's. De constante veranderingen in het DBC beleid maken het vooral voor medisch specialisten niet gemakkelijker in het gebruik van DBC's. Een van de specialisten zegt hierover:

'Het beleid wijzigt voortdurend. Heb je net de ene wijze van registreren in je vingers, moet het vervolgens weer op een andere manier. Dat werkt frustrerend, zeker als je gewoon bezig wilt zijn met patiënten behandelen.'

Onder ander de constante veranderingen en het tijdsbeslag dat de DBC's op medisch specialisten leggen, maken dat zij 'een haat-liefdeverhouding' met DBC's hebben. Enerzijds willen zij vooral bezig zijn met het behandelen van patiënten (het uitoefenen van hun gekozen beroep), maar anderzijds kunnen ze niet zonder de DBC's omdat ze, door de afschaffing van de lumpsum, voor hun beloning hiervan afhankelijk zijn.

Hierop aanvullend zegt een andere medisch specialist:

'De DBC's zijn complex omdat ze multi-interpretabel zijn. Toen dachten ze het makkelijker te maken en hebben ze een spoorboekje uitgegeven. Dat maakt het niet gemakkelijker of aantrekkelijker, zelfs nog lastiger. Ik heb geen tijd om al die regeltjes door te nemen. Het zou zichzelf moeten wijzen, daar moeten ze iets aan gaan doen!'

Een niet medische respondent zegt over deze veranderingen:

'Ze hebben inderdaad ook wel een boekje uitgebracht van welke verbeteringen ze nog allemaal kunnen doorvoeren, dat, dat wel wat beter wordt. Ik heb het nog niet heel goed gelezen, maar ik houdt mijn hart wel een beetje vast. Want volgens mij kan het voor een groot gedeelte helemaal niet. Dat het gewoon veel complexer is dan dat het in pakketjes valt in te pakken.'

De oplossingen die bedacht worden door DBC Onderhoud om de DBC's voor medisch specialisten minder complex te maken, blijken in de praktijk vaak het tegenovergestelde te bereiken. Een systeem dat zo gebruiksvriendelijk is dat het zichzelf wijst, wat iedereen, maar bovenal de medisch specialisten wensen, blijkt in de praktijk telkens niet haalbaar. Vrijwel elke verandering of aangekondigde verbetering blijkt in de praktijk de complexiteit te doen toenemen.

Een laatste punt waardoor de complexiteit van DBC's zou worden veroorzaakt is extern gericht. Omdat er zoveel verschillende actoren betrokken zijn bij het DBC beleid (DBC Onderhoud, de Rijksoverheid, zorgverzekeraars, de NVZ, de NZA, individuele ziekenhuizen), rijst de vraag binnen Tergooiziekenhuizen of deze externe partijen het zelf nog wel weten. Een niet medische respondent verwoordde dit als volgt:

'Dat je een nogal vage rol hebt voor DBC onderhoud en de NZA als organisaties. Dus inderdaad DBC onderhoud die over de DBC's gaat. Maar dan ook nog weer een NZA die over de hele zorg gaat. En dan heb je ook nog weer een NVZ die dan weer de belangen van de ziekenhuizen behartigd. Maar voor de rest moet inderdaad alles via de wetenschappelijke verenigingen. En dan heb je ook nog een zorgverzekeraar met de nodige meningen.'

Het in de toekomst toenemende aantal DBC's en de vermoedelijk blijvende pogingen om het systeem te 'optimaliseren', maken dat de complexiteit van de DBC's enkel versterkt wordt. Een groot gevolg van deze complexiteit is dat er veel kennisgebrek is over de DBC's op de werkvloer.

§ I.b Kennisgebrek over DBC's

Vraag een willekeurige verpleegkundige wat een DBC is en in de meeste gevallen zullen ze je het antwoord schuldig blijven, zo werd mij verteld. Daarom heb ik de proef op de som genomen en aan een aantal verpleegkundigen en baliemedewerkers gevraagd of ze wisten wat een DBC was. En inderdaad allemaal bleven ze mij het antwoord schuldig. Opvallend is dat voor een juiste registratie van DBC's (al dan niet via het invullen van formulieren op bijvoorbeeld de Spoedeisende Eerste Hulp (SEH)), er bij deze baliemedewerkers en verpleegkundigen kennis

dient te zijn over de DBC. Eveneens geldt dit voor anderen in het ziekenhuis, zoals medewerkers van de afdeling inschrijving. Een afdelingsmanager vertelt over het kennisgebrek aan DBC's:

'Nou, DBC vind ik een hele lastige. Een hele lastige in de zin van dat de DBC volgens mij niets zegt bij mijn medewerkers. Ze kennen de kreet.'

De oorzaken hiervan zijn veelzijdig; het niet dagelijks hoeven werken met DBC's, de complexiteit van de materie, telkens nieuwe veranderingen in het DBC beleid, tijdgebrek en in enkele gevallen ook desinteresse. Dit verschil in belang dat gehecht wordt aan DBC's werd als volgt verwoord door een niet medisch medewerker:

'... eigenlijk dat iedereen het erover eens is dat het wel erg lastig is. Maar er zijn ook verschillen. (...) En ook de ene teammanager vind dat hij allemaal niets hoeft te weten van DBC's en een ander vindt inderdaad dat, dat een onderdeel is van zijn pakkie aan.'

Deze verschillen in mentaliteit zijn deels te koppelen aan de eerder genoemde theorie van Jones (2002), die schrijft dat kennisdeling afhankelijk is van de rechten en verantwoordelijkheden van de werknemer. De context van de fusie speelt hierbij een belangrijke rol. Door de fusie zijn er afdelingen en clusters samengevoegd waardoor er managers zijn vertrokken. Eveneens zijn er takenpakketten veranderd en heeft één en ander persoonlijke gevolgen gehad voor (huidige) managers. Volgens deze respondent zijn er een aantal managers, die door de nieuwe clustervorming taken opnieuw moeten gaan uitvoeren; taken waar ze eigenlijk geen zin in hebben. Hierdoor is de weerstand/desinteresse ten opzichte van de DBC's vergroot. Bovendien is het fusieproces nog steeds aan de gang en zijn er managers die vrezen voor hun baan. Door een minder sterke binding met de organisatie, neemt het opnemen en verspreiden van DBC kennis bij deze managers af.

Het kennisgebrek wordt dus ook veroorzaakt door het fusieproces en een gebrekkige communicatie (deels doordat communicatiestructuren gewijzigd zijn en worden als gevolg van het fusieproces). Een respondent zegt hierover:

'Op het moment dat je steeds meer had moeten focussen op DBC's en er inderdaad steeds meer over had moeten rapporteren en steeds meer kennis had moeten bijbrengen bij de managers, om het goed te laten werken (...) dat je daar dan met die fusie eigenlijk alles overhoop hebt gegooid. En dat je dat nu echt jaren voor je uit hebt geschoven voordat je daar aan gaat werken. Dat wordt ook in het jaarplan wel gezegd als een bedreiging voor het ziekenhuis.'

Wanneer Tergooziekenhuizen zelf aangeeft dat kennisgebrek over DBC's een bedreiging is voor het ziekenhuis, wat betekent dit dan voor de bewustwording of het bewustzijn van DBC's? Is het immers niet zo dat wanneer men zich bewust is van het belang van een DBC, de kennisdeling hierover eigenlijk als vanzelf zou moeten verlopen?

§ I.c Bewustwording van het belang van DBC's

Het ontbreken van kennis over DBC's wordt door vrijwel alle respondenten erkend. Velen noemen ook dat dit gebrek aan kennis gevolgen heeft voor het registratiegedrag. Het nieuwe DBC beleid waarin de tijdigheid, volledigheid en juistheid van de DBC registratie centraal staat, is nog lang niet overal goed doorgedrongen. Dit heeft tot gevolg dat er niet overal op eenduidige wijze (en volgens het nieuwe DBC beleid) wordt geregistreerd. In het volgende fragment wordt de bewustwording van het belang van een goede registratie en de positieve gevolgen hiervan, door een respondent toegelicht:

‘Respondent: ... sowieso omtrent de zorgvuldigheid van het registreren, daar hameren ze allemaal op. Maar ik denk dat je ook meer bereikt als mensen ook weten waarom de noodzaak om te registreren zo groot is.

Onderzoeker: Dus het is een stukje bewustwordingsproces?

Respondent: Ja.’

Wanneer de onderliggende redenen voor een goede registratie duidelijk zijn (kostenefficiëntie, transparante zorg, enz.), zou deze bewustwording automatisch leiden tot het juist registreren van DBC’s, aldus deze respondent. Een andere, niet medische, respondent zegt echter:

‘Mensen begrijpen heel goed het belang daarvan, van die goede registratie, merk ik. Of ze het allemaal even goed doen is iets anders.’

Ten opzichte van de eerste respondent is hier een duidelijk verschil, maar wellicht ook een overeenkomst te zien. Het verschil zit in het wel of niet bewustzijn van het belang van DBC’s; de eerste respondent zegt dat dit bewustzijn nog meer gecreëerd moet worden, terwijl de tweede respondent aangeeft dat dit bewustzijn reeds aanwezig is. De vermoedelijke overeenkomst is het daadwerkelijk onvoldoende of niet goed registreren van DBC’s. Hier zit het grote verschil in tussen weten en kunnen. Men weet het belang van een DBC, maar kan dit bewustzijn niet of onvoldoende omzetten in het daadwerkelijk correct registreren van DBC’s. Naast bewustwording van een DBC zou er volgens de laatstgenoemde respondent dan ook ondersteuning in de vorm van concrete uitleg moeten zijn om een goede registratie te kunnen bewerkstelligen. Deze respondent geeft dit als volgt treffend weer:

‘Je krijgt gegevens (red: hoe geregistreerd moet worden) en dat is wat er is. Dat is de waarheid en zo is het. Maar wij hebben een andere waarheid (red: hoe geregistreerd wordt) en daar zit heel wat tussen. Dat zou ik graag wat beter uitgezocht hebben en daar hulp bij krijgen. Laat dan ook zien hoe we het moeten doen.’

De botsing tussen de waarheden ‘weten’ en ‘kunnen’, geldt niet alleen voor administratieve afdelingen op bijvoorbeeld poli’s, maar eveneens voor medisch specialisten zelf. Een van deze specialisten vertelde dat het belang van de DBC wel gezien moet worden omdat deze directe consequenties heeft voor het honorarium van de medisch specialist. Hierbij gaat het echter om het zien van een ander belang, dan het belang dat gezien zou moeten worden; een zorgvuldige registratie opdat de kosten in de zorg (op termijn) niet verder zullen stijgen of mogelijk zelfs dalen. Door de afschaffing van de lumpsum worden medisch specialisten gedwongen om het nut van een DBC te zien en goed te registreren. Wat betreft het inzicht verkrijgen in DBC’s geeft deze medisch specialisten aan:

‘Het verkrijgen van inzicht in DBC’s moeten we zelf doen; er is onvoldoende informatie van buitenaf om de systematiek helder en werkbaar te maken.’

Het verkrijgen van inzicht in DBC’s (het ‘kunnen’) en het duidelijk maken van het belang van een goede DBC registratie (het ‘weten’), is volledig afhankelijk van een heldere communicatie. Het eerder genoemde spoorboekje voor DBC registratie, is weliswaar een communicatiemiddel, maar het is de vraag of dit het juiste middel is geweest, gezien de reacties van de respondenten (met name de medisch specialisten) hierop.

De mooie beloften die de DBC kwam brengen bij haar introductie, blijken nog lang niet verwezenlijkt te zijn. De blijvende roep (schreeuw?) om een gebruiksvriendelijk en inzichtelijk instrument te ontwikkelen, blijft momenteel nog steeds klinken: ‘Kan het niet wat makkelijker?’

II. Het ‘klikken’ van de DBC

In het vorige hoofdstuk heb ik voornamelijk het ‘weten’ over de DBC behandeld. De kennis en het bewustzijn van de DBC, lijken één thema centraal te stellen: complexiteit. Het is moeilijke materie, niet gebruiksvriendelijk en, ondanks verschillende pogingen, wordt het er nog steeds niet makkelijker op (wellicht zelfs moeilijker). In dit hoofdstuk wil ik het ‘kunnen’ van de DBC behandelen; het registreren, of zoals de respondenten het noemen: het ‘klikken’, van de DBC.

§ II.a Registratie door de medisch specialist

In deze paragraaf zal ik niet beschrijven welke procedure de medisch specialist doorloopt bij het registreren van de DBC. Hoewel dat ook interessante materie is, heeft dat niets van doen met het onderzoeksthema betekenisgeving aan de DBC registratie. Het gaat daarbij immers om de voorgeschreven handelingen die een specialist moet uitvoeren voor een goede registratie van DBC’s. Welke betekenis er wordt gegeven aan deze voorgeschreven handelingen, is waar deze paragraaf wel over gaat. De focus ligt hierbij op het registratiegedrag van de medisch specialist na afschaffing van de lumpsumsystematiek per 1 januari 2008. Alvorens ik dat thema zal behandelen, wil ik eerst het verschil tussen medisch specialisten in loondienst en in een maatschap toelichten met betrekking tot de DBC systematiek.

Binnen Tergooiziekenhuizen zijn er twee verschillende medisch specialisten te onderscheiden. Enerzijds de specialisten die in loondienst zijn van het ziekenhuis en anderzijds de specialisten die werkzaam zijn in een maatschap. Beide groepen dienen DBC’s te registreren op een tijdige, juiste en volledige wijze. De specialisten die in loondienst zijn van het ziekenhuis zijn echter niet van deze DBC’s afhankelijk voor hun honorarium; ze krijgen immers betaald door het ziekenhuis. De druk voor het bewerkstelligen van een correcte DBC registratie voelen deze ‘loondienstspecialisten’ dan ook minder, wat (volgens henzelf) niet wegneemt dat zij eveneens correct willen registreren. Enerzijds is dit omdat alle niet-valideerbare DBC’s (kort gezegd: DBC’s die niet tijdig, juist of volledig zijn ingevuld) terug gaan naar de medisch specialist. Het niet correct registreren levert hem of haar dus extra werk op. Anderzijds zeggen zij ook een maatschappelijke bijdrage te willen leveren aan het bereiken van een betaalbare zorg voor iedereen in Nederland.

Het moge duidelijk zijn dat de afschaffing van de lumpsumsystematiek voor medisch maatschapspecialisten veel heeft betekend. Wat betekent dit echter voor hun registratiegedrag. Is het inderdaad zoals Folpmers en de Bruijn (zie theoretisch kader) schreven, dat medisch specialisten berekenend registreren door afschaffing van de lumpsumsystematiek?

Verschillende niet medisch respondenten deden uitspraken over het registratiegedrag van medisch maatschapspecialisten. Een aantal van deze respondenten merkt dit ook bij hun eigen werkzaamheden. Zo vertelt een respondent:

‘Wat je merkt is dat artsen er meer achterheen zitten; of het wel klopt en of ze wel valideren. Dus dat merk je wel. En waarom? Omdat de lumpsum is afgeschaft en ze daar nu dus meer op worden afgerekend. Dat ga je merken.’

Omdat een medisch specialist de diagnose stelt en de enige is die inhoudelijk iets aan een DBC mag wijzigen op medisch gebied, is de medisch specialist hoofdverantwoordelijk voor de DBC’s. Door afschaffing van de lumpsum is deze verantwoordelijkheid enkel toegenomen. Een valide DBC heeft immers niet alleen een positieve invloed op het honorarium van de medisch specialist maar ook op de inkomsten van het Tergooiziekenhuizen. Elke gevalideerde DBC brengt namelijk ook geld in het laatje van Tergooiziekenhuizen. Een niet medisch respondent vertelt hierover dat

er hierbij sprake is van twee verschillende belangen waar een arts mee te maken heeft. Enerzijds het belang van het ziekenhuis en anderzijds het belang van de medisch specialist zelf. Soms lopen deze belangen gelijk, maar even vaak verschillen deze belangen. Een DBC kan voor een specialist dan meer opleveren dan voor het ziekenhuis. Deze respondent zegt hierover:

‘Als het honorarium voor de ene DBC hoog is ingesteld en dus makkelijk te verdienen is, dan willen ze vaak dat gaan uitbreiden en waar ze zeg maar te weinig van betaald krijgen, daar doen ze dan wat minder van.’

Dit citaat lijkt te bevestigen wat Folpmers en de Bruijn over berekenend registreren schreven. Medisch maatschapspecialisten hebben ruimte in de keuze van DBC's (doordat deze niet allemaal specifiek zijn gedefinieerd) en kiezen hierdoor voor de voor hen zelf meest rendabele DBC, zo lijkt het. Andere niet medisch respondenten hebben soortgelijke uitspraken gedaan:

‘Nou... en dan heb je een andere DBC en die levert dan 120 euro op. En wat ik dokters dan zie doen is dat ze patiënten dan gewoon twee keer laten komen. Voor iets anders, wat eigenlijk misschien hetzelfde is.’

‘Dus dit tarief is nog gewoon heel lekker hoog en daar klikken ze ontzettend veel van. Dat kan eigenlijk geen toeval zijn. Volgens mij weten ze gewoon precies van: oh dat is een lekkere DBC die flink wat oplevert, daar klikken we een hoop van.’

‘En ik heb ook wel inderdaad de eerste geluiden gehoord dat ze wel druk met elkaar praten over hoe ze kunnen klikken om inderdaad meer inkomen te genereren. Maar sommige specialisten doen dat inderdaad al een aantal jaar. Ondanks dat het ze niet direct heel veel opleverde in honorarium, doen ze dat echt al jaren. Nu beginnen alleen te kijken van: is dat nou echt nog een grijs gebied of is dat echt fraude? Want zodra het een grijs gebied is willen ze het inderdaad allemaal. Maar zodra het fraude is zijn er, denk ik, nog sommige met gewetensbezwaren [lachend].’

De ervaringen en de beeldvorming die de niet medische respondenten hebben over het registratiegedrag van medisch maatschapspecialisten, geven allemaal hetzelfde beeld: er wordt berekenend geregistreerd. Een zeer interessante vraag was nu, hoe de artsen hier zelf over denken? Geven ze inderdaad aan dat ze de grijze gebieden opzoeken of zien ze het als laster en als aantasting van hun integriteit? Gevoelige materie voor mij als onderzoeker in mijn relatie met de medisch specialisten. Maar het bleek anders te lopen dan verwacht. De medisch maatschapspecialisten vertelden uit zichzelf dat zij de grijze gebieden opzochten en inderdaad berekenend registreerden. Opvallend is echter dat zij dit duidelijk als ‘interpretatieruimte’ met betrekking tot de DBC's zien (grijze gebieden) dan als bewust en moedwillig frauderen.

In het theoretisch kader schreef ik dat er, omdat er geen significante incorrecte registratie van DBC's is, er eigenlijk ook geen sprake zou kunnen zijn van het niet bewust berekenend registreren van DBC's. Voortkomende uit de verzamelde data is deze uitspraak maar deels waar. Er is namelijk wel degelijk sprake van een kennisgebrek bij medisch specialisten op het terrein van DBC registratie. Zoals eerder beschreven zien ook artsen de DBC's als complexe materie en begrijpen de meesten vaak maar een klein deel van de materie. Bovendien willen de meeste artsen het liefst bezig zijn met het behandelen van patiënten en niet met administratieve taken als de DBC registratie. Of zoals een van de niet medisch respondenten het zei:

‘Wat betreft de DBC's is het een goed iets wanneer een specialist liever met het behandelen van patiënten bezig is dan met de DBC's.’

Ook het eerder genoemde, meer complexiteit genererende spoorboekje, en de constante vraag naar gebruiksvriendelijke, niet complexe DBC's maakt het grotendeels een waarheid dat de meeste medisch maatschapspecialisten een kennisgebrek hebben op DBC gebied. Maar het is deels waar. Zowel door niet medisch respondenten als door de medisch specialisten zelf wordt erkend dat er bewust berekenend wordt geregistreerd. Een van de specialisten zegt hierover:

'De grenzen worden opgezocht. Door de interpretatieruimte registreert iedere specialist berekenend. Dit is echter niet verstandig. Het is verstandiger om terughoudend te registreren met het oog op de mogelijk stijgende kosten van de gezondheidszorg.'

Interessant. Deze specialist erkent dat hij en zijn collega's berekenend registreren, maar geeft



eveneens aan dat dit niet verstandig is om te doen. De theorie van Folpmers en de Bruijn komt in deze uitspraak terug, omdat zij schrijven dat een registratietoename van dure DBC's, zal leiden tot een duurder gezondheidszorg en dus hogere ziektekostenpremies. Het berekenend registreren zou hierdoor op termijn maar één slachtoffer kennen: de burger. De specialisten geven echter ook een oplossing aan om dit te voorkomen. Wanneer DBC's beter worden gedefinieerd (in overleg met de medisch maatschapspecialisten zelf; zij kennen immers de materie), zal de interpretatieruimte verdwijnen en zal er altijd de goede DBC worden geregistreerd. Onjuist geregistreerde DBC's zullen dan immers niet meer door de validatie heen komen.

Specialisten die elkaar beconcurreren voor eigen honorarium: gevolg afschaffing lumpsumsystematiek?

Bron: Medisch Contact, 2006, 14

De afschaffing van de lumpsumsystematiek heeft bovendien een rolverschuiving teweeggebracht voor de specialisten. Een van de medisch maatschapspecialisten zegt hierover:

'Wij zijn van dokter naar pandjesbaas gegaan (...). We moeten nu de kassa bedienen als in de winkel.'

De door deze respondent gebruikte term 'moeten' duidt op een afkeer van de DBC systematiek. Zeker wanneer deze respondent aangeeft dat medisch specialisten een haat-liefdeverhouding hebben met de DBC's en dat hij de DBC's ziet als:

'... een administratieve last die op ons bordje is geschoven. Een vol bordje dat we niet kunnen weigeren.'

De betekenis die vrijwel alle medisch maatschapspecialisten toekennen aan de DBC wordt met deze laatste uitspraak treffend gedefinieerd. Het is een last, terwijl het een lust zou moeten zijn. De oorzaken van deze 'last' zijn grotendeels besproken: het is complex, er is weinig kennis over, het belang is niet duidelijk en er is interpretatieruimte (hoewel dit een persoonlijke 'lust' is voor vele medisch maatschapspecialisten). Er is echter nog een laatste oorzaak te noemen: problemen met het ICT systeem.

§ II.b De beperkingen van ICT

In het tijdperk van automatisering is een computer niet meer weg te denken van een bureau op kantoor. Zo ook binnen Tergooiziekenhuizen. Elke medisch specialist heeft zijn of haar eigen computer om, naast vele andere werkzaamheden, ook zijn of haar DBC registratie te kunnen verwerken. Verschillende registratiesystemen en een Ziekenhuis Informatie Systeem (ZIS) moeten ervoor zorgen dat de DBC registratie (nog) gemakkelijker wordt gemaakt. Voorwaarde is dan wel dat een dergelijk computersysteem optimaal functioneert om zo efficiënt en effectief een DBC registratie te kunnen verwerken. Tot aan de fusie hadden beide afzonderlijke locaties een eigen ZIS waar decentraal of centraal DBC's in werden geregistreerd, al dan niet via afzonderlijke deelsystemen. De fusie, echter, maakte dat computersystemen geïntegreerd moesten worden (bijvoorbeeld dat beide afzonderlijke ZIS'en in elkaar geschoven zouden worden), zodat, ongeacht op welke locatie men bezig is, men in het systeem kan werken. Voor de DBC's zou dit een groot positief effect hebben omdat medewerkers dan niet meer in verschillende systemen tegelijk hoeven te werken wanneer ze DBC's van verschillende locaties moeten verwerken. Dit zou dus de overzichtelijkheid vergroten en de (kans op) fouten verminderen.

Een fusieproces is echter een traag proces en de bijbehorende integratie van de ICT systemen hierdoor eveneens. Vrijwel alle respondenten geven aan dat een snelle en goede integratie van de ICT systemen een correcte registratie van DBC's enkel goed kan doen. Het 'klikken' van de DBC wordt in het dagelijks gebruik onoverzichtelijk en niet gebruiksvriendelijk gemaakt doordat registratiesystemen nog niet geïntegreerd zijn. De complexe manier van werken die hierdoor ontstaat, wordt door een niet medische respondent als volgt omschreven:

'...dat moet je uit twee systemen halen. En er is niemand die kan lezen en schrijven met de twee systemen tegelijk. Dus ik moet bij de één zijn voor Blaricum en bij de ander voor Hilversum. Die van Hilversum is overwerkt, dus die kan het niet leveren. Dus ja, dan houdt het op. ICT is natuurlijk ook een probleem dat ontstaan is door de fusie, grotendeels.'

De ICT problematiek is een zeer belangrijk thema, voor het goed kunnen registreren van voornamelijk DBC's. De oplossing is duidelijk, volgens de respondenten: het integreren van allereerst de beide ZIS'en en vervolgens het hieraan koppelen van zo weinig mogelijk deelregistratiesystemen. Met name de snelheid van de integratie wordt door verschillende respondenten benadrukt:

'De twee ZIS systemen moeten gewoon ontsloten worden in een datawarehouse. Heel snel. Schrijf maar op: heel snel.'

De 'kwaliteitsslag' die gemaakt zal worden wanneer de beide ICT systemen geïntegreerd worden is volgens een aantal respondenten 'immens'. Niet alleen kan het werk veel sneller gedaan worden, ook zal het aantal fouten afnemen en heeft dit dus voordelige (financiële) effecten voor Tergooiziekenhuizen. Het integreren van alle ICT (deel)systemen is echter de tweede stap van de oplossing. Voordat er een oplossing geïmplementeerd kan worden, dient er een gedegen voorbereiding plaats te vinden. Een eerste stap van deze voorbereiding is al voltooid. Patiënten die eerst in beide afzonderlijke ziekenhuizen kwamen, hebben nu één identiek patiëntnummer. Dubbele inschrijvingen en overlappende DBC's zijn hierdoor (in principe) niet meer mogelijk. Een tweede stap is dat er gekeken moet worden of op alle formulieren die de beide afzonderlijke ziekenhuizen hanteerden (en eveneens in hun systemen) wel dezelfde informatie wordt gevraagd en geleverd. Een deelregistratiesysteem die op beide locaties gebruikt wordt, maar waar

verschillend in geregistreerd wordt, kan na de fusie niet meer bestaan. Een identieke registratie is dan van groot belang. Eén niet medische respondent zegt hierover:

'Wij zijn in overleg met de collega's van Hilversum om te kijken, bijvoorbeeld in het Ziekenhuis Informatie Systeem, of wij hetzelfde registreren als wat Hilversum doet. Eén voorbeeld, en dat kwam toevallig gisteren ter sprake: wij registreren bijvoorbeeld niet de mede behandelaar of degene die in consult is. Hilversum wel. En al pratende blijkt dat het geen enkele zin heeft om de mede behandelaar of degene die in consult is te registreren. En wij proberen op deze manier, onze werkwijze op elkaar af te stemmen.'

De betekenis van het huidige ICT probleem voor de DBC registratie, is niet alleen dat het registreren lastig is omdat er met verschillende systemen gewerkt dient te worden. Dit is wellicht meer te typeren als een ongemak en een integratie zou het werk gemakkelijker maken. Er is namelijk een veel belangrijker bijdrage die een integratie van de ICT systemen biedt aan de DBC registratie, getuige het volgende citaat:

'De kans bestaat dat een specialist uit Hilversum een DBC in Blaricum registreert, maar het contact nog in Hilversum plaatsvindt. Kortom: je krijgt een onmogelijk validatie daardoor. Omgekeerd kan het natuurlijk ook. Maar een nog groter gevaar is, dat een DBC voor dezelfde zorgvraag op twee locaties wordt geregistreerd. Ja, dan heb je dus dubbele DBC's. Die je heel moeilijk zichtbaar kan maken.'

Een dubbele registratie leidt niet alleen tot vervuiling in het systeem maar, wanneer deze vervuiling niet ontdekt wordt, uiteindelijk ook tot twee rekeningen voor dezelfde DBC die ingediend worden bij een zorgverzekeraar (en afhankelijk van het soort behandeling wellicht ook twee rekeningen bij de patiënt). Het risico op het maken van deze fouten blijft dus aanwezig totdat er een goede en werkbare integratie van ICT systemen is gerealiseerd.

In dit hoofdstuk heb ik het 'kunnen' van de DBC behandeld. Het al dan niet bewust berekenend registreren van DBC's door medisch specialisten en de ICT problematiek geven aan dat het 'klikken' van de DBC beter en gemakkelijker gemaakt kunnen en moeten worden. Het blijkt dat de ICT problematiek met name voortkomt uit het fusieproces. Zoals eerder aangegeven is de fusie een sterke contextuele factor waarbinnen betekenisgeving aan de DBC registratie begrepen kan worden. In het volgende hoofdstuk wil ik daarom de betekenisgeving die aan het fusieproces wordt gegeven behandelen.

III. 'En toen werden we Tergooi'

Wanneer ik vroeger naar het ziekenhuis moest ging ik altijd naar Gooi Noord. Tegenwoordig ga ik naar Tergooiziekenhuizen locatie Blaricum. Voor mijzelf is er verder niets veranderd. Wanneer ik als patiënt daar zou komen verwacht ik nog steeds dezelfde deskundige zorg die ik gewend ben. Dit geldt vermoedelijk voor elke 'ex Gooi Noord patiënt' of 'ex Ziekenhuis Hilversum patiënt'. Maar voor de medewerkers zelf zijn de veranderingen veel beter merkbaar, voor de één meer dan voor de ander. Dit kan zitten in kleine dingen (zoals het dragen van een ander pak met een ander logo) of in zeer grote ingrijpende gebeurtenissen (zoals een verandering van functie of het moeten werken op een andere locatie).

In dit hoofdstuk wil ik de invloed van de fusie bespreken en de betekenis die de respondenten aan deze fusie geven. Hierbij zal ik vanzelfsprekend ook ingaan op de betekenis die de fusie heeft (gehad) voor de betekenis die aan de DBC registratie wordt gegeven.

§ III.a Het fusieproces: voordelen en verbeterpunten

De motieven voor de fusie (onder andere het beter ingericht zijn voor opleidingen en een efficiëntere allocatie van zorg), worden door alle respondenten begrepen en ondersteunt. Ook het te implementeren masterplan (locatie Hilversum wordt een zorghotel met dagbehandelingen, locatie Blaricum een ziekenhuis voor spoedeisende hulp), wordt door iedereen als positief ervaren. Dit algemene gevoel werd het beste omschreven door een niet medische respondent:

'Ik sta heel positief ten aanzien van die fusie. Omdat ik denk van: ja, je vergroot je slagkracht... nou, ja... al die redenen waarom we moesten gaan fuseren, waren mij wel duidelijk. Ik denk ook dat je voor kwetsbare afdelingen ook veel beter schaalvergroting kunt doen. Het is ook leuk om weer eens ergens anders te gaan kijken. Om eens in een ander ziekenhuis te komen. Dus wat dat betreft vond ik het.... vind ik het prima.'

Alle 'managementmotieven' waarom een fusie gunstig is, worden door de respondenten dus begrepen en bovendien ook ondersteund. Verschillende respondenten merken al voordelen door de fusie. Een voordeel dat door een aantal respondenten genoemd wordt is het thema kennisuitwisseling. Omdat medewerkers van voorheen afzonderlijke locaties nu door afdelingsintegratie intensief gaan samenwerken, worden werkervaringen en arbeidsgerelateerde kennis sneller uitgewisseld. Dit heeft niet alleen positieve gevolgen voor de onderlinge samenwerking, maar eveneens draagt het bij aan een efficiëntere en effectievere werkhouding. Bij problemen of ontbrekende kennis hoeven medewerkers niet meer zelf het wiel uit te vinden, maar kunnen zij bij collega's om advies vragen.

Hierop aansluitend wordt door een aantal respondenten aangegeven dat de communicatie verbeterd is als gevolg van de fusie. De lijnen zijn korter en er is meer onderling overleg over bijvoorbeeld werkmethoden (met het oog op het creëren van universele werkmethoden in de beide locaties). Eén van de niet medische respondenten zegt hierover:

'Ik vind het ook positief dat we overleg hebben met Hilversum om naar al die werkprocessen te kijken. Dat geeft toch weer een heldere blik, want je krijgt op een gegeven moment toch blinde vlekken.'

Door het onderling overleg wordt het werk, zowel op detailniveau als op de grote lijnen, wederzijds gecomplementeerd. Ook dit leidt uiteindelijk tot een universele wijze van werken. Niet alleen de niet medische medewerkers bemerken deze positieve neveneffecten van de fusie, ook de medisch specialisten zien ze. Zo geven zij aan dat er meer kennisdeling is als gevolg van de fusie. Daarbij komt dat er van de maatschappen verwacht wordt dat zij fuseren. Een aantal maatschappen is al gefuseerd (veelal door eigen inbreng) en binnen een aantal van deze

maatschappen staat ‘de gezamenlijkheid’ nu centraal. Deze gezamenlijkheid is niet alleen sfeerverhogend, maar draagt dus ook bij aan kennisdeling en daardoor een hoger kennisniveau (waardoor er geïnvesteerd wordt in de kwaliteit van zorg).

Ondanks dat er al een aantal voordelen van de fusie in de dagelijkse werkzaamheden gemerkt worden, worden er ook veel verbeterpunten genoemd. Een universeel thema dat in dit kader genoemd wordt is de traagheid van het fusieproces. Men begrijpt dat een fusie niet van vandaag op morgen gerealiseerd is, maar er zijn serieuze twijfels of het fusieproces desondanks toch niet sneller kan verlopen. De traagheid van de verandering brengt bij een aantal respondenten ergernissen en irritaties met zich mee. Vooral het werken met tijdelijke instrumenten en werkprocessen roept deze irritaties op. Zo zegt één van de niet medische respondenten:

‘En dat gaat niet snel genoeg. Maar dat geeft ook niet, want ik weet ook dat daar jaren overheen gaan. Maar ik moet wel steeds opletten van dat het allemaal tijdelijk is: dan moet de registratie even zo en dan weer even zo. Dan krijg je weer een nieuwe instructie en dan wordt die weer teruggehaald.’

Deze constante tijdelijke maatregelen en werkwijzen vergroten bovendien de kans op het maken van fouten. Een goed overdachte wijziging op papier, die vervolgens snel geïmplementeerd wordt, kan deze tijdelijke maatregelen voorkomen. Een tweede thema komt hierbij naar voren: de voorbereiding is niet altijd even goed. In de praktijk blijkt deze niet goed doordachte voorbereiding gevolgen te hebben voor de dagelijkse werkzaamheden. Een voorbeeld van beide thema’s wordt gegeven door een niet medische respondent:

‘Maar ik denk dat, als je... dat het belangrijk is dat als je gaat verschuiven al, of gaat samenvoegen, dat je in een vroegtijdig stadium afdelingen bij dat proces betreft om eventuele knelpunten al boven tafel te krijgen. En dan kan je ook in een vroegtijdig stadium, als een afdeling die daar consequenties van gaat ondervinden, al maatregelen op ondernemen. En nu loop je soms wat achter de feiten aan.’

Als antwoord op de vraag om welke ‘feiten’ het dan gaat, wordt geantwoord:

‘Eh... als je kijkt naar bijvoorbeeld kindergeneeskunde of neurologie, die zijn dus al verschoven. Dat betekent dus voor de andere locatie dat zij veel meer patiëntenaantallen krijgen, ook voor die groep. En het fysiek ook qua aantal brancards en dergelijke ook niet meer aankunnen. (...) Maar als je de fysieke ruimte niet hebt om patiëntenaantallen op te vangen, dan is dat een knelpunt. En ik denk dat als je eerder betrokken zou zijn bij dat proces en eerder in beeld had kunnen krijgen van: wat betekent dat dan per dag aan aantal patiënten meer?, dat je ook al eerder eventueel naar een tijdelijke verbouwing had kunnen kijken. Waarbij dat dan mogelijk al gerealiseerd had kunnen zijn op het moment dat die afdelingen gaan verschuiven. En dat is in deze serie zeg maar niet gebeurd en dus moeten er nu maatregelen genomen worden om dat gerealiseerd te krijgen.’

Er lijkt zich in het fusieproces dan ook een tegenstrijdigheid voor te doen. Enerzijds vinden respondenten dat de snelheid omhoog moet en anderzijds wordt er ook gezegd dat de voorbereiding van een verandering wel eens te wensen overlaat (terwijl deze wel snel is geïmplementeerd). Deze tegenstrijdigheid wordt toegelicht door een niet medische respondent, wanneer deze zegt dat de ambitie van het ziekenhuis gelijk moet lopen met (het overdenken van) de inhoud van de verandering. Daar is volgens deze respondent momenteel echter geen sprake

van. De ambitie is te snel en dient wat *'teruggeschroefd'* te worden, omdat er te weinig naar de inhoud gekeken wordt en het daardoor *'aan alle kanten kraakt in de voegen'*.

Het niet goed nadenken over de inhoud komt echter ook op een nog persoonlijker vlak voor; op functie inhoudelijk niveau. Zo zijn er een aantal respondenten die, als gevolg van de fusie, een nieuwe functie hebben gekregen, maar geen enkele inhoudelijke omschrijving hebben gekregen van wat deze functie inhoudt. Dit heeft tot gevolg dat deze respondenten hun functie zelf gaan invullen op basis van hun eigen ideeën over wat de functie in zou houden.

Tot slot worden er nog een aantal andere opvallende thema's genoemd. Het meest opvallende thema is dat er nauwelijks geïnvesteerd wordt in opleiding en training, terwijl dit één van de redenen was om de fusie aan te gaan. Zo werd er voor de laatste begroting bepaald dat er € 300,- per FTE uitgegeven mocht worden aan opleiding en training. Over de reacties hierop door teammanagers zegt een niet medische respondent:

'Dus alle teammanagers werden daar helemaal pissed off van, van: nou ja, € 300,- daar kun je helemaal niets voor doen. Maar de praktijk is gewoon dat het ook niet eens uitgegeven wordt. Er wordt zelfs minder uitgegeven dan die € 300,-. Het is echt schrijnend. Er is veel te weinig aandacht voor opleiding, terwijl opleiding echt ontzettend belangrijk is. Het kennisniveau moet echt op peil blijven.'

De onvoldoende investering in opleiding en training, tot uiting komend in het niet volledig benutten van het beschikbare opleidingsbudget, draagt mogelijk bij aan het eerder genoemde kennisgebrek over DBC's. Naast de eerder genoemde oorzaken voor het kennisgebrek, is deze factor van het niet volledig benutten van het opleidingsbudget, de minst aantoonbare oorzaak. De complexiteit van het DBC systeem is daarom een veel meer voor de hand liggende oorzaak voor het kennisgebrek.

De laatste twee thema's die in verband met de fusie genoemd worden zijn enerzijds de persoonlijke gevolgen voor de medewerkers en anderzijds het thema ICT. Naast de eerder genoemde persoonlijke gevolgen (andere werkzaamheden, het werken met tijdelijke maatregelen, etcetera), is er ook nog een ander mogelijk persoonlijk gevolg. Dit wordt toegelicht door een niet medische respondent:

'Maar voor degene die nu met z'n kind naar de crèche in Hilversum gaat en die straks een half uur verder met z'n fietsje over de hei moet, heeft het consequenties. En die ga je dan pas voelen. En dan komen ook de problemen op dat vlak, bij medewerkers.'

Hoe het thema ICT samenhangt met de fusie en de DBC systematiek heb ik hiervoor behandeld. In de volgende paragraaf wil ik echter nog kort ingaan op de overige gevolgen die de fusie heeft gehad voor de DBC registratie.

§ III.b Het fusieproces: gevolgen voor de DBC registratie

In het voorgaande zijn al verschillende gevolgen voor de DBC registratie genoemd, veroorzaakt door het fusieproces. De ICT problematiek is hiervan de voornaamste. Er worden echter nog een aantal andere gevolgen genoemd. Omdat er een aantal maatschappen nog niet gefuseerd zijn, zijn er nog steeds grote en kleine verschillen in de registratiewijze van DBC's. In de onderhandelingen met bijvoorbeeld zorgverzekeraars over de inhoud en prijs van DBC's, kan een (nog) niet gefuseerde maatschap deze onderhandelingen bemoeilijken. De beide afzonderlijke maatschappen hanteren dan bijvoorbeeld verschillende zienswijzen over de inhoud en prijs van DBC's. Zoals eerder genoemd veroorzaken deze verschillende zienswijzen hobbels op het pad naar maatschap- en afdelingsintegratie. De verschillende formulieren en registratiesystemen

bijvoorbeeld dienen eerst in onderhandelingen uniform en voor iedereen werkbaar gemaakt te worden, voordat een maatschap of afdeling goed gefuseerd kan worden.

Het tweede en tevens laatste gevolg is dat, volgens een aantal respondenten, de fusie het DBC proces *'in de war heeft geschopt'*. In paragraaf I.b kwam dit ook naar voren met betrekking tot het kennisgebrek. Daar werd duidelijk dat op het moment dat er meer kennis over de DBC registratie bijgebracht had moeten worden, de fusie prioriteit kreeg en daardoor de kennis over DBC's en een goede inrichting van de DBC structuur op de achtergrond geraakte. Dit heeft echter nog een extra gevolg gehad. Doordat de DBC's door de fusie naar de achtergrond werden verschoven, kon er ook niet gewerkt worden aan het bewustzijn en daardoor de acceptatie van DBC's. Dit heeft er, volgens deze respondenten, vrijwel zeker aan bijgedragen dat de weerstand onder een aantal medisch specialisten om met DBC's te werken is vergroot. Eén van de respondenten verwoordde dit als volgt:

'Dus je zit echt een beetje in een spagaat; men weet wel dat het zou moeten, maar het wordt allemaal een beetje op de lange baan geschoven. Dus ik denk ook voor de acceptatie van DBC's en dat specialisten ook een meerwaarde gaan zien in DBC's, dat ze het ook echt leuk gaan vinden om het onderling te vergelijken en iets met die verschillen te gaan doen, ja... daarin heb je nu een paar jaar achterstand opgelopen. Dus dat is echt specifiek door de fusie.'

De acceptatie van DBC's door medisch specialisten (en wellicht geldt dit wel voor iedereen die met DBC's moet werken) is, volgens deze respondent dus direct afhankelijk van de kennis over deze DBC's. De in hoofdstuk I beschreven thema's bevestigen dit. De complexiteit van, het kennisgebrek over en het gebrekkige bewustzijn van het belang van DBC's, dragen allen bij aan de weerstand tegen DBC's door met name medisch specialisten.

In dit hoofdstuk heb ik de ervaren voordelen en verbeterpunten van de fusie benoemd, evenals de gevolgen van de fusie voor de DBC registratie. In het volgende hoofdstuk wil ik verder gaan met het thema fusie en ingaan op de wederzijdse beeldvorming die bestaat tussen de twee locaties, cultuurverschillen en de gevolgen hiervan voor zowel de fusie als mogelijk voor de DBC registratie.

IV. 'We waren toch twee verschillende ziekenhuizen'

Ieder mens vormt op basis van opvoeding, scholing en levenservaringen een beeld over andere (nieuwe) situaties en personen, wanneer men hiermee geconfronteerd wordt. Dit beeld is bepalend voor hoe men de situatie of persoon benaderd, maar kan wanneer men meer bekend raakt met de situatie of persoon bijgesteld worden. Het fusieproces waar de medewerkers van de voormalige afzonderlijke ziekenhuizen mee geconfronteerd worden, is zo'n nieuwe situatie waar deze beelden (betekenissen) gevormd worden. Het hieruit voortkomende gedrag beïnvloedt het verloop van de fusie en de mate van succesvolheid van het veranderproces. In dit hoofdstuk wil ik ingaan op deze betekenissen, cultuurverschillen en de gevolgen hiervan voor zowel het fusieproces als de mogelijke gevolgen voor het proces van betekenisgeving aan de DBC registratie.

§ IV.a Beeldvorming en betekenisgeving

Wanneer er door respondenten gesproken werd over verschillen tussen de voormalige afzonderlijke ziekenhuizen, ging dit vrijwel altijd over verschillen die er in het verleden waren of bestaande verschillen die gedurende het fusietraject overbrugd zullen worden. Bovendien werd er vrijwel nooit gesproken over verschillen tussen de twee ziekenhuizen, maar altijd over verschillen op maatschap of individueel niveau. Een van de niet medische respondenten zegt hierover:

'Ik merk zelf geen verschillen in cultuur. Het zijn meer individuele verschillen tussen maatschappen of afdelingen en clusters. Maar het is niet zo dat je kan zeggen van: in Blaricum denkt men zus en in Hilversum denkt men zo. Dat zie ik niet.'

Vanuit de literatuur bezien is dit citaat eigenlijk tegenstrijdig. Ook individuele verschillen tussen maatschappen of afdelingen en clusters, zijn cultuurverschillen. Allereerst omdat deze maatschappen, etcetera, onderdeel uitmaken van de organisatie en de organisatie en haar cultuur dus vormen. Ten tweede geeft Martin (2002) aan dat er drie verschillende perspectieven op organisaties/organisatiecultuur zijn. Wanneer het gaat om individuele verschillen tussen maatschappen en dergelijke past een dergelijke opvatting heel goed binnen het differentiatieperspectief. Zoals eerder beschreven heeft dit perspectief haar focus op verschillen tussen groepen binnen een organisatie; de zogeheten subculturen. Betekent dit dan dat er binnen Tergooiziekenhuizen voornamelijk gedacht wordt vanuit het differentiatieperspectief? Ik vind deze vraag lastig te beantwoorden omdat mijn onderzoek zich niet op dit cultuuraspect heeft gericht. Op basis van de verzamelde data kan hier wel een uitspraak over gedaan worden. Het woordgebruik dat door veel respondenten gehanteerd wordt, wanneer gesproken wordt over beeldvorming en de betekenisgeving hieraan, uit zich in tegenstellingen als sommigen – anderen, de ene – de andere, zoals het hier gaat – zoals het daar gaat, wij – zij, enzovoorts. Dit lijkt erop te duiden dat er een differentiatieperspectief gehanteerd wordt. Er is echter ook sprake van gemeenschappelijkheid. Zo wordt er gesproken over *'als de fusie afgerond is, zijn wij een ziekenhuis die uitstekend zorg kunnen bieden op alle terreinen.'* Er wordt hier gesproken over één ziekenhuis als de fusie klaar is en over één wij, ondanks dat het ziekenhuis bestaat uit twee voormalige afzonderlijke locaties.

Op basis van de verzamelde data kan ik dan ook stellen dat er wanneer er over het verleden wordt gesproken vaak een differentiatieperspectief gehanteerd wordt, maar wanneer er naar de toekomst gekeken wordt er meer in een integratieperspectief gedacht wordt. Mogelijk zal deze perspectiefverschuiving doorzetten, naarmate het fusieproces steeds concreter gestalte krijgt (door bijvoorbeeld een volledige maatschapsintegratie).

Veel verschillen die ervaren worden en die door de wederzijdse beeldvorming mogelijk ook versterkt worden, hebben betrekking op de werkzaamheden. Eerder heb ik in dit opzicht al

gesproken over bijvoorbeeld verschillende wijzen van registreren van DBC's. Deze verschillen zullen echter gedurende het fusieproces overbrugd worden en er zullen uniforme handelwijzen voor in de plaats komen. Er worden echter ook verschillen genoemd die meer met mentaliteit en de cultuur te maken hebben. Eenduidigheid is hier echter niet in. Om een typerend voorbeeld te geven, twee citaten:

'Hilversum is veel meer hiërarchisch ingesteld dan hier in Blaricum.'

'Het lijkt in Blaricum iets meer hiërarchie te zijn. Dat is wat ik zo aan cultuurverschil kan zeggen.'

Het gaat er nu niet om welk van de twee locaties hiërarchischer is ingesteld en welk respondent gelijk zou hebben. Er is namelijk geen sprake van één waarheid. Beide respondenten geven hun beeld weer dat zij hebben over de andere locatie en dus zijn beide uitspraken per definitie waar. Een veel belangrijker thema kan hieruit afgeleid worden. De verschillen die respondenten zien zijn persoonlijk en deze persoonlijke invulling bepaalt hun gedrag naar buiten toe. Bovendien wordt er door beide respondenten ook geen waarde toegekend aan het meer of minder hiërarchisch zijn van een locatie. Het is voor hen een constatering en daar houdt het mee op; of meer hiërarchie beter is dan minder hiërarchie daar wordt geen uitspraak over gedaan. Dit zou kunnen betekenen dat de betekenis die aan dit verschil wordt toegekend niet dusdanig van belang is, dat dit verschil belemmerend zou kunnen werken voor de fusie of toekomstige samenwerking. Dit geeft de algemene tendens aan onder de respondenten; er waren en er zijn nog steeds verschillen tussen beide locaties, maar deze verschillen zullen of van weinig betekenis zijn wanneer ze blijven bestaan of ze zijn overbrugbaar gedurende het fusieproces. Ondanks de eerder genoemde irritaties over bijvoorbeeld de traagheid van het fusieproces, ziet bijna iedereen een rooskleurige toekomst voor Tergooiziekenhuizen en zijn of haar eigen rol daarbinnen.

Er zijn meer van deze schijnbare tegenstellingen te vinden in de verzamelde data. Zo spreekt de ene respondent over *'de mensen spreken niet dezelfde taal.'*, en de andere respondent over *'een vaak sterke verbondenheid tussen maatschappen en afdelingen onderling.'* Ook hier gaat het om persoonlijk ervaren verschillen en bovendien om verschillen die overbrugbaar zijn. Het niet spreken van dezelfde taal, kan volgens deze respondent opgelost worden door veel te communiceren en uitleg over handelwijzen te geven. Hierdoor ontstaat een beter begrip van de verschillende zienswijzen en kan er gewerkt worden aan een eenduidig begrip.

De beeldvorming en bijbehorende betekenisgeving over de andere locatie leidt in de huidige werkzaamheden tot verschillen (bijvoorbeeld de verschillende registratiewijzen), maar wordt door veel respondenten ook meteen afgezwakt. Zo geven ze vrijwel allemaal aan dat ze midden in een fusieproces zitten en *'dit soort dingen'* er gewoon bij horen. Men moet wennen aan verschillende invalshoeken en tast elkaar af om te kijken hoe men tot de beste samenwerking kan komen. De toekomst ziet men echter rooskleurig in of, zoals één van de respondenten het vertelde:

'Uiteindelijk komt alles op zijn pootjes terecht.'

§ IV.b Cultuurverschillen volgens de medisch specialisten

In de vorige paragraaf heb ik voornamelijk geschreven vanuit het perspectief van de niet medische respondenten. In deze paragraaf wil ik kort ingaan op de cultuurverschillen zoals de medisch specialisten deze zien. Hierbij zal ik zowel ingaan op de betekenis hiervan voor de fusie (maatschapsintegratie) als de mogelijke betekenis voor de DBC registratie.

Ondanks dat ik met de medisch specialisten voornamelijk gesproken heb over de DBC registratie en de betekenis die zij hieraan geven, zijn ook de thema's fusie en organisatiecultuur kort besproken. De medisch specialisten geven aan dat er duidelijk verschillende culturen zijn tussen de twee ziekenhuizen op medisch gebied. Zo wordt voormalig ziekenhuis Hilversum getypeerd als een *'assistentenbolwerk'*, en voormalig ziekenhuis Gooi Noord als een *'specialistenbolwerk'*. Op locatie Hilversum werken dan ook voornamelijk jongere medisch specialisten of artsen in opleiding, terwijl op locatie Blaricum vooral oudere medisch specialisten werkzaam zijn. Voor het fusieproces betekent dit, volgens de gesproken medisch specialisten, dat de medisch specialisten in Blaricum minder gemakkelijk meedingen/meegaan in de verandering dan de medisch specialisten in Hilversum. Locatie Hilversum wordt hierdoor gezien als een *'dynamischer'* ziekenhuis, dan locatie Blaricum. Over deze verschillen zei één van de medisch specialisten:

'De oudere specialisten, die vooral in Blaricum zitten, moeten zich conformeren aan de veranderingen.'

Hoewel deze uitspraak lijkt te insinueren dat de oudere specialisten zich niet kunnen vinden in het fusietraject is dit niet volledig waar. Vrijwel alle specialisten begrijpen de verandering en erkennen ook de voordelen die de fusie met zich mee zal brengen, aldus de gesproken respondenten. Wel is het zo dat de oudere specialisten het lastiger vinden om een oude vertrouwde wijze van werken los te laten en op een nieuwe manier verder dienen te gaan. Dat wil zeggen dat ze door maatschapsintegratie samen moeten gaan werken met collega's van de andere locatie, over locaties heen moeten werken en daarbij ook nog (naast deze veranderingen) de DBC's moeten verwerken.

De betekenis die aan de DBC registratie wordt toegekend wordt dus mogelijk ook beïnvloedt door de cultuurverschillen of concreter gezegd de verschillende denkwijzen die gehanteerd worden. Ook al zijn alle tot nog toe gedane uitspraken door medisch specialisten over DBC's waar (te complex, te veel veranderingen, extra taken, enzovoorts), lijkt het erop dat de jongere specialisten gemakkelijker met deze verandering (want ook de implementatie van de DBC systematiek is een verandering geweest) omgaan dan de oudere medisch specialisten. Hoewel het verzamelde materiaal hier geen uitsluitend geeft en de groep gesproken medisch respondenten niet representatief genoeg is om hier valide uitspraken over te doen, is het wel opvallend dat met name de jongere medisch specialisten betrokken zijn bij het meedenken over verbeteringen in de DBC registratie.

In de voorgaande hoofdstukken heb ik alle thema's die naar voren kwamen betreffende betekenisgeving aan de DBC registratie behandeld. In het volgende, afsluitende, hoofdstuk wil ik de verzamelde data terugkoppelen aan de literatuur en me terugtrekken uit het detailniveau, waar ik tot nog toe op heb gezeten. Op deze manier kan ik het centrale thema dat uit de data naar voren komt bespreken: de onderlinge relaties die veranderen door de betekenis die aan de DBC registratie gegeven wordt.

V. De veranderende afhankelijkheidsrelatie in een complexe zorgsector

In hoofdstuk IV van de deskresearch heb ik, met behulp van onder andere Pfeffer, duidelijk gemaakt dat de relatie tussen de medisch specialist en het ziekenhuis veranderd is, als gevolg van het creëren van meer marktwerking in de zorgsector. De introductie van de DBC systematiek heeft deze zorgsector nog complexer gemaakt dan deze was. Maar hoe kijken de respondenten aan tegen deze veranderende relatie? Is er volgens hen eigenlijk wel sprake van een veranderende relatie? In dit hoofdstuk zal ik deze thema's bespreken met behulp van zowel de literatuur als de verzamelde data.

§ V.a Over autonomie, controle en macht

In paragraaf II.a beschreef ik dat er als gevolg van de afschaffing van de lumpsumsystematiek een rolverschuiving heeft plaatsgevonden onder medisch specialisten. Een van de respondenten typeerde dit als een rolverschuiving *'van dokter naar pandjesbaas'* en dat *'de kassa bediend moet worden als in de winkel.'* Deze rolverschuiving heeft echter meer gevolgen dan enkel de onvrede die door deze opmerkingen wordt geuit over de afschaffing van de lumpsumsystematiek en de invoer van de DBC's.

Er is volgens de medisch specialisten namelijk sprake van een verschuiving van autonomie naar controle van bovenaf. Waar medisch specialisten eerst nog autonomie hadden in hun handelen en enkel jaarlijks verantwoording hoefden af te leggen over behaalde omzetten, is dit nu volledig omgegooid. De Raad van Bestuur en verschillende financiële en administratieve afdelingen hebben, volgens de medisch specialisten, sinds de invoer van de DBC systematiek de focus gelegd op de financiële verantwoording. Medisch specialisten worden van bovenaf gecontroleerd of ze voldoende presteren (of de financiële targets gehaald worden) en of ze juist, tijdig en volledig DBC's registreren. Een van de specialisten zegt hierover:

'Er is veel dwang van bovenaf. Het gaat tegenwoordig om de waarde van de winkel.'

De autonome positie van de medisch specialisten lijkt hierdoor verdwenen te zijn. Naast de interne dwang om financieel goed te presteren en de DBC's goed te registreren, is de onafhankelijkheidspositie van de medisch specialisten eveneens veranderd door de invloed van buitenaf. Eerder heb ik al de grote rol van de zorgverzekeraars genoemd. Maar daarnaast spelen ook instanties als DBC onderhoud en de NZA een invloedrijke rol. Niet alleen specifiek op de medisch specialisten, maar bovendien op het ziekenhuis in het algemeen. DBC onderhoud is verantwoordelijk voor de DBC systematiek en komt, al dan niet na overleg met andere instanties, met nieuwe regels en richtlijnen voor de registratie (zoals het eerder genoemde spoorboekje). Ook hierdoor wordt de autonome positie van de medisch specialist aangetast.

De eerder genoemde theorie over gecentraliseerde macht van Pfeffer, lijkt door deze veranderende afhankelijkheidsrelatie niet meer op te gaan. Waar de medisch specialisten vóór de invoer van de DBC systematiek (en vooral vóór de afschaffing van de lumpsumsystematiek) de meest belangrijke actoren met de meeste autonomie in het ziekenhuis waren, is daar nu geen sprake meer van. Er is gecentraliseerde macht meer bij de medisch specialisten, maar deze macht moet gedeeld worden met anderen, zowel intern als extern. Vanuit democratisch oogpunt zou betoogd kunnen worden dat deze verdeling van macht en de bijbehorende onderlinge afhankelijkheid, beter is dan *'concentrated power'*. Dit is echter maar de vraag. De invloed van buiten en bovenaf op de medisch specialisten, waarbij er vooral met een financiële bril gekeken lijkt te worden, heeft volgens de medisch specialisten mogelijk vergaande gevolgen voor de kwaliteit van zorg. Een van de medisch specialisten zegt hierover:

‘Er wordt gedictieerd in het medisch handelen. Wij als specialisten moeten daardoor waken voor de kwaliteit van zorg. Ik heb namelijk het gevoel dat er wordt geknepen op zorg.’

Het dicteren in het medisch handelen heeft betrekking op de focus die ligt op de DBC's en het zorgvuldig registreren. Externe actoren (zowel binnen als buiten het ziekenhuis) gaan zich hierdoor bemoeien met de te leveren zorg, vanuit financieel oogpunt. Wanneer niet medische actoren zich gaan mengen in medisch zaken, kan de kwaliteit van zorg sterk verminderen, aldus de medisch specialisten.

Het knijpen in de zorg heeft betrekking op de beschikbare budgetten die er zijn voor bijvoorbeeld innovaties in de zorg. Eén van de medisch specialisten zegt hierover:

‘Men hamert op het leveren van kwalitatieve zorg. Maar kwaliteit kost geld; geld dat niet uitgegeven mag worden.’

Hierdoor komen specialisten in een spagaat terecht. Wanneer je wel de verantwoordelijkheid hebt om kwaliteit van zorg te leveren, maar anderzijds niet over de middelen beschikt om deze kwaliteit te leveren, dan is het vrijwel onmogelijk om je verantwoordelijkheid vol op je te nemen. Dit geldt eveneens voor de DBC's. Enerzijds wordt er van medisch specialisten geëist dat ze tijdig, volledig en betrouwbaar DBC's registreren, maar anderzijds beschikken zij niet over de juiste kennis en middelen om dit goed te kunnen doen. Het kennisgebrek met betrekking tot DBC's en het eerder genoemde niet volledig benutte budget van € 300,- per FTE voor opleiding en training zijn een duidelijk voorbeeld hiervan. Uiteraard is het niet zo dat het volledig benutten van het budget de DBC's simpeler zal maken. Ze kunnen echter wel beter begrijpbaar gemaakt worden. Investerings in ICT verbeteringen (die gedurende het fusieproces voltooid zullen worden) en het zoeken naar een manier om DBC's minder complex en beter begrijpbaar en bewerkbaar te maken, blijven echter de twee belangrijkste middelen om het kennisgebrek zoveel mogelijk te verminderen.

De medisch specialisten ervaren een ingeperkte autonomie (ook op medisch gebied) en meer controle van buiten- en bovenaf. Van gecentraliseerde macht is geen sprake meer, maar er is macht die gedeeld moet worden met andere actoren. Door dit alles lijkt het alsof de medisch specialisten het zwaar te verduren hebben als gevolg van de invoer van de DBC- en de afschaffing van de lumpsumsystematiek. Dit is het beeld dat de specialisten van zichzelf schetsen. Maar hoe zien de niet medische respondenten deze veranderende afhankelijkheidsrelatie? Is het inderdaad grotendeels zoals de medisch specialisten het beschrijven?

§ V.b Het ‘schommelen’ van de medisch specialist

De niet medische respondenten vertellen allerlei verschillende dingen over de veranderende rol van de medisch specialist als gevolg van de invoer van de DBC en de afschaffing van de lumpsumsystematiek. Uit al deze verschillende opvattingen kan ik één ding duidelijk concluderen: de medisch specialist ‘schommelt’ tussen het oude vertrouwde en het nieuwe. Het blijkt dat het voor veel specialisten een gewenningsproces is om met de nieuwe afhankelijke rol om te gaan. Dit lijkt voor de oudere medisch specialisten meer te gelden dan voor de jongere specialisten. In het vervolg van deze paragraaf wil ik de belangrijkste opvattingen van niet medische respondenten over de veranderingen voor de medisch specialist beschrijven en verklaren.

Ondanks de afschaffing van de lumpsumsystematiek en de introductie van de DBC's, zijn er respondenten die van mening zijn dat deze veranderingen geen enkele invloed hebben gehad op

de onafhankelijkheidspositie van de medisch specialisten binnen Tergooiziekenhuizen. Een respondent zegt hierover:

'Je hebt elkaar nodig en de dokter is natuurlijk toch wel heel machtig want, en dat weet de Raad van Bestuur natuurlijk ook, die patiënt komt niet voor mij of voor de directeur of wie dan ook, die komt voor de dokter en die dokter die weet dat. Dus die is heel machtig. En als de Raad van Bestuur zijn oren erg veel naar die dokter laat hangen... ja, daar kunnen die dokters wel gebruik van maken. Om niet te zeggen: misbruik van maken.'

Opvallend is echter dat dit de enige respondent is die aangeeft dat de medisch specialist nog steeds een significante machtspositie heeft ondanks alle veranderingen. Dit neemt niet weg dat het nog steeds het geval is dat een patiënt komt voor de specialist en niet voor iemand anders. De meeste respondenten, echter, geven aan dat er toch wel wat veranderd is, met name na de afschaffing van de lumpsumsystematiek. Op de vraag of de verhoudingen veranderd zijn tussen de specialisten en andere niet medische afdelingen, zegt een respondent:

'Ik denk dat... als ik medisch specialist was, dan zou ik toch wel behoorlijke waarde hechten aan de adviezen die gegeven werden. Dus ja, anders gezegd, denk ik dat je dat wel zo zou mogen formuleren ja.'

De respondent legt vervolgens uit dat er nog veel medisch specialisten zijn die adviezen over bijvoorbeeld de beste DBC registratie niet opvolgen. Er wordt zelfs gesproken over *'eigenwijs gedrag.'* Hoewel dit gedrag lang niet voor alle medisch specialisten geldt, zijn er volgens de respondent toch veel die wel dit gedrag vertonen. Hij betwijfelt of dit verstandig is. Niet alleen voor henzelf (gezien extra werk bij incorrecte registratie en gevolgen voor hun honorarium), maar eveneens voor de verhoudingen tussen de medisch specialisten en de andere afdelingen (kan leiden tot *'ik heb het je toch gezegd gedrag'* bij andere afdelingen en irritaties bij specialisten).

Deze verschillende mentaliteiten onder specialisten (*'eigenwijs'* of *'niet eigenwijs'*), worden door meer respondenten gezien. Deze verschillende mentaliteiten worden treffend verwoord door een respondent:

'Kijk, het is wel interessant. Sommige vakgroepen zeggen: wij zijn specialist en het ziekenhuis moet ondersteunen, klaar. En wij bepalen hoe er ondersteund moet worden. Maar anderen zeggen: wij maken samen de zorg. Zowel mijn medisch inhoudelijke kunnen, als de verpleging en de ontvangst. Dus daar wordt veel meer nagedacht over het totaal en zie je elkaar dus veel meer als één organisatie. Want feitelijk zijn wij één organisatie die een product aflevert.'

Hierop aansluitend wordt door de respondent verteld dat de medisch specialisten ook wel moeten samenwerken. Sommigen zien dat nog niet of willen dat nog niet zien. Maar uiteindelijk zullen ze gedwongen worden om het te zien. Juist vanwege hun wederzijdse afhankelijke positie en in het bijzonder de lumpsumafschaffing (*'geld is altijd een belangrijk pressiemiddel'*), zullen ze niet anders kunnen.

Tot slot wordt aangegeven dat specialisten gedwongen worden om het nut van de DBC te zien, getuige het volgende citaat:

'Een DBC op zich leeft meer bij een specialist omdat hij er, denk ik, behoorlijke last van heeft. Hij wordt verplicht het bij te houden, hij wordt achter zijn broek gezeten, hoeveel'

DBC's staan er open?, zoveel moeten er afgesloten zijn, je score is maar dit. Er komen ook lijstjes met hoe goed en hoe slecht sommigen scoren.'

De druk van boven (Raad van Bestuur), die medisch specialisten ervaren op DBC gebied, wordt dus ook door niet medische respondenten gezien. Gezien de hiervoor genoemde opvattingen kan ik dan ook stellen dat de positie van de medisch specialist veranderd is. Hij is meer afhankelijk geworden van andere interne en externe actoren, zijn gecentraliseerde machtsbasis is grotendeels vervaagd en hij wordt (of hij het nu wilt of niet) gedwongen om samen te werken met de andere afdelingen in zijn eigen belang. De DBC blijkt een pressiemiddel te zijn (bewust of onbewust) om marktwerking te forceren.

We hebben nu het grootste stuk van mijn route herlopen. In onze rugzak zitten nu een voorlopige diagnose, de uitkomsten van mijn deskresearch, een prediagnostisch onderzoeksplan en de resultaten van dit onderzoek. Met al deze gegevens kunnen we nu de definitieve diagnose stellen.

De definitieve diagnose

In deze sectie zal ik eerst een samenvatting geven van het voorgaande en aldoende werken aan een antwoord op de deelvragen. Vervolgens zal ik een antwoord formuleren op de deelvragen en de hoofdvraag. Kortom: de definitieve diagnose kan gesteld worden. In de hierna volgende, afsluitende sectie, volgt het behandelplan; de aanbevelingen die voortkomen uit mijn onderzoek.

I. Betekenisgeving aan de DBC registratie

Voor de medisch specialisten binnen Tergooiziekenhuizen zijn de DBC's zeer betekenisvol. Ten eerste omdat ze gedwongen worden om het nut van de DBC en van een correcte registratie van DBC's te zien. Wanneer ze deze niet zien of tenminste niet naar dit nut handelen, dan heeft dit directe consequenties voor hun honorarium. Ten tweede is de DBC ook zeer betekenisvol omdat het de medisch specialisten bezig houdt. In de meeste gevallen gaat het hierbij om een wat meer negatieve betekenisgeving aan de DBC. Ze zijn te complex, er verandert te veel, het registratiesysteem laat te wensen over, het is ongewenste taakverruiming, enzovoorts. De DBC's zijn echter ook in positieve zin betekenisvol voor de medisch specialisten. Zo zegt één van hen:

'Ik vind de DBC betekenisvol in de zin van dat het inzicht geeft in het werk. Het draagt mijn inziens bij aan transparantie in de zorg.'

Ondanks dat veel van de beloften die de DBC bij haar introductie meebracht (een gemakkelijk hanteerbaar product, is hét middel voor marktwerking de zorg, etcetera), grote verwachtingen schepten in de zorg, zijn de verwachtingen inmiddels getemperd. Marktwerking blijkt onvoldoende van de grond te komen, doordat medisch specialisten in hun DBC registratie de grijze gebieden opzoeken en daardoor berekenend registreren. Dit is enkel gunstig voor hun eigen honorarium. Ondanks dat het kennisgebrek over DBC's en de algehele complexiteit van het systeem, algemeen erkend worden onder de respondenten, is het maar de vraag of dit legitieme redenen zijn voor het berekenend registreren (bewust dan wel onbewust). De belofte van de DBC is dus (nog) niet waargemaakt. Onderstaande uitspraak van een niet medische respondent verwoordt dit treffend:

'Dus ik ben wat dat betreft wel echt een voorstander van marktwerking en transparantie. Maar de DBC's hebben dat in elk geval nog niet gebracht. Dat is wel een ding wat zeker is.'

Uit het verzamelde data blijkt dan ook dat er een aantal voordelen van de DBC's worden gezien (draagt bij aan transparantie, zorg wordt erdoor verbeterd, belofte van marktwerking), maar dat deze voordelen zich of nog moeten bewijzen of dat men blijvend pessimistisch is over de DBC's. Voor de medisch specialisten geldt hierom dat zij een haat-liefdeverhouding hebben met de DBC's. Enerzijds kunnen zij niet zonder de DBC's vanwege de afschaffing van de lumpsumsystematiek, maar anderzijds kunnen ze ook niet met de DBC's vanwege het gevoel dat de DBC's ze in de maag gesplitst zijn, de complexiteit van het systeem, het vele extra werk, etcetera.

Deze (voornamelijk negatieve) betekenisgeving roept de vraag op of de DBC wel het juiste middel is om marktwerking in de zorg te bewerkstelligen en een onbetaalbare gezondheidszorg te voorkomen. Wellicht is er enkel sprake van kinderziektes onder de DBC's en zullen de DBC's op termijn het beloofde brengen voor iedereen in het belang van iedereen. Dat is iets wat de tijd zal

moeten uitwijzen. Desondanks blijft ook onder respondenten de vraag leven wat het nut van de DBC is. Een van de niet medische respondenten maakt in dit opzicht de volgende vergelijking:

'En ik vind het nog steeds heel moeilijk om te begrijpen wat DBC's nou toevoegen ten opzichte van de oude verrichtingen. Ik snap dat het gaat om eh... om inderdaad een pakketje van een bepaalde diagnose en behandeling te hebben. Dat je daar inderdaad die en die verrichtingen in doet en dat je, je dan kunt onderscheiden door het kwalitatief heel mooi te doen of kwalitatief minder mooi, maar wel goedkoop te doen. Ik snap het idee wel, maar toch doet het me meer denken aan... nou ja, als bij een garage. Daar breng je, je auto voor een onderhoudsbeurt en dan komt er een hele rits aan verrichtingen te staan. Want de ene keer doen ze inderdaad dit en de andere keer doen ze inderdaad dat. En zo is het toch eigenlijk ook met de specialisten. Ik bedoel: de patiënt komt binnen heeft die diagnose, maar ja, bij de ene patiënt doen ze dit en bij de andere patiënt doen ze dat. En het voelt nog helemaal niet alsof we al een zinvol pakketje hebben.'

Zoals in hoofdstuk I van de deskresearch beschreven, komen deze twijfels over het nut van de DBC overeen met de kritiek die Agnes Kant en Folpmers en de Bruijn hebben op de DBC systematiek. Enerzijds wijst Agnes Kant op de negatieve effecten van volledige marktwerking in de zorg in de Verenigde Staten die hier ook zouden kunnen ontstaan, wanneer marktwerking volledig doorzet in de Nederlandse zorg. Anderzijds wijzen Folpmers en de Bruijn onder andere op het gevaar van het berekenend registreren door medisch specialisten. Dit lijkt een concreet gevaar te zijn, nu uit dit onderzoek blijkt dat er inderdaad door veel medisch specialisten (volgens een van de gesproken specialisten zelfs door allemaal) berekenend wordt geregistreerd.

Naast de betekenis die aan de DBC wordt gegeven, speelde ook het fusieproces een belangrijke rol in dit onderzoek. Het blijkt dat het fusieproces de DBC's belemmert. Het merendeel van de respondenten spreekt in dit opzicht over de ICT problematiek. Omdat registratiesystemen geïntegreerd moeten worden als gevolg van de fusie en dit nog niet gebeurd is, moet men in verschillende systemen tegelijk werken voor de registratie van DBC's. Soms blijkt het zelfs niet eens mogelijk om verschillende systemen naast elkaar te gebruiken waardoor ook hierdoor de registratie (maar ook andere werkzaamheden) belemmerd worden. Nu zal de ICT problematiek opgelost worden gedurende het fusieproces, waardoor ook deze deeloplossing voor de huidige problemen rondom de DBC registratie in de toekomst ligt.

Veel deelthema's met betrekking tot de DBC en de fusie heb ik in dit verslag besproken. Er zijn echter twee samenhangende thema's die centraal naar voren komen. Allereerst is het zo dat de medisch specialisten kostenbewuster zijn geworden (wat één van de doelen van de DBC is). Door afschaffing van de lumpsumsystematiek worden ze hiertoe ook gedwongen. Dit brengt echter wel een spanningsveld met zich mee. Door het berekenend registreren van DBC's zijn specialisten wel kostenbewuster geworden, maar op één andere wijze dan de ontwerpers van de DBC voor ogen hebben. Een aantal specialisten zien echter dat het berekenend registreren op onbepaalde termijn voor henzelf niet meer zal helpen. De zorgverzekeraar zal patiënten naar een kwalitatief gelijkwaardig ziekenhuis verwijzen, wanneer de behandelkosten in een ander ziekenhuis lager zijn. Het berekenend registreren kan dus leiden tot een afname van patiëntenaantallen of het weglopen van zorgverzekeraars. Dit is niet alleen voor henzelf nadelig, maar eveneens voor het ziekenhuis.

Het tweede centrale punt sluit hierop aan. De voorheen grotendeels autonome positie van de medisch specialist is veranderd. Door de inmenging van buitenaf (onder andere zorgverzekeraars die DBC afspraken maken) en druk van binnenuit (zoals de Raad van Bestuur die specialisten dwingt om DBC's te registreren), is de relatie tussen de specialist en de andere interne en externe actoren veranderd. Zijn voorheen grotendeels autonome machtspositie is grotendeels verdwenen;

deze macht moet hij nu delen, waardoor alle actoren van elkaar afhankelijk zijn geworden. De specialist is afhankelijk van de afspraken die een zorgverzekeraar op prijs en inhoudsgebied van DBC's met het ziekenhuis maakt, maar anderzijds zijn zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar afhankelijk van de specialist omdat deze bepaalt welke DBC er wordt ingediend. De 'external control of organizations' zoals Pfeffer en Salancik dit noemen is vooral voor de medisch specialisten erg voelbaar. Hun maatschappen zijn immers ook organisaties die van buitenaf beïnvloed worden.

Tot slot wil ik een blik werpen in deze toekomst. Hoewel de uitkomsten van dit onderzoek suggereren dat een aantal oplossingen voor het verbeteren van de DBC registratie in de toekomst liggen (bijvoorbeeld de integratie van ICT systemen), wordt er door een aantal respondenten gewaarschuwd voor een duurdere zorg in de toekomst. Een medisch specialist zegt hierover:

'Door de vergrijzing, zeker in deze regio, zullen de zorgkosten toenemen. Zoals het nu gaat zie ik niet dat de DBC's of de gewenste marktwerking op deze ontwikkeling zullen anticiperen. Daar moet nu al over nagedacht worden, anders zullen de kosten blijven stijgen.'

Het blijft momenteel dus gissen of er een afdoend middel zal komen die marktwerking kan bewerkstelligen en behouden, voordat de vergrijzing haar invloed zal laten gelden op de verwachte stijging van de zorgkosten. Wellicht is dit middel een verdere doorontwikkeling van de DBC; een DBC die niet complex en makkelijk hanteerbaar is en waar geen ruimte is om de grijze gebieden te betreden. Die DBC zal vermoedelijk wel de gewenste effecten behalen en uiteindelijk in het belang zijn van alle Nederlanders. Een blijvende kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg voor een betaalbare prijs, is immers in ieders belang.

II. Beantwoording vraagstelling en deelvragen

Aan het begin van mijn onderzoeksroute heb ik mijzelf een hoofdvraag en een viertal deelvragen gesteld, beschreven in het prediagnostisch onderzoeksplan, die de leidraad zouden zijn van dit onderzoek. Nu het onderzoek is afgerond en alle resultaten van het prediagnostisch onderzoek zijn beschreven, is het nu het moment om de deelvragen en de vraagstelling te beantwoorden.

Deelvraag 1: *Welke betekenis wordt er door de medisch specialisten en de andere betrokkenen gegeven aan het nieuwe DBC proces, waarin tijdigheid, volledigheid en betrouwbaarheid van de DBC's centraal staan?*

Het nieuwe DBC proces van tijdigheid, volledigheid en betrouwbaarheid, wordt als gevolg van kennisgebrek en complexiteit van het DBC systeem, onvoldoende nageleefd. Veel medisch specialisten registreren niet betrouwbaar, gezien het berekenend registreren van DBC's. De niet medische respondenten uiten eveneens hun onvrede over de complexiteit van en het kennisgebrek over de DBC, maar voor hen is dit, doordat ze minder met DBC's hoeven te werken, minder van belang dan voor de medisch specialisten. In het algemeen is men dan ook grotendeels negatief over de huidige DBC registratie.

Deelvraag 2: *Hoe werkt deze betekenisgeving door in hun handelen?*

Voor medisch specialisten komt de betekenisgeving het duidelijkst tot uiting in het berekenend registreren van DBC's. Omdat de andere betrokkenen minder met DBC's te maken hebben of het kennisgebrek minder ervaren, komt bij hen de betekenisgeving minder terug in hun handelen. Daarnaast zijn er een aantal medisch specialisten die, in wetenschappelijke verenigingen, meedenken over verbeteringen in het DBC beleid.

Deelvraag 3: *Wat is er veranderd in de macht- en afhankelijkheidsrelaties binnen Tergooi-ziekenhuizen als gevolg van het DBC proces?*

Door de afschaffing van de lumpsumsystematiek worden medisch specialisten verplicht tot het correct registreren van DBC's. Hun voorheen grotendeels autonome positie is verdwenen. Controle en opdrachten van bovenaf (Raad van Bestuur) en inmenging (ook in medisch handelen) van boven en van buitenaf (zorgverzekeraars), hebben geleid tot een onderlinge afhankelijkheidsrelatie tussen de medisch specialist en andere betrokkenen binnen en buiten het ziekenhuis.

Deelvraag 4: *Wat kan Tergooi-ziekenhuizen leren op basis van de betekenisgeving die wordt toegekend aan de DBC registratie, met het oog op het integratieproces van de diverse registratie- en facturatiesystemen binnen Tergooi-ziekenhuizen?*

Gezien de betekenisgeving aan de DBC registratie en het fusieproces, verlangt men naar een registratiesysteem dat gemakkelijk hanteerbaar is. Voor het integratieproces betekent dit dat er een zo volledig mogelijk systeem zou moeten komen dat zichzelf wijst. Vanuit de medisch specialisten bezien bovendien een systeem dat fouten in de registratie automatisch herkent, zodat medisch specialisten deze niet later alsnog hoeven te verbeteren (dubbel werk voorkomen). Daarnaast verlangt iedereen naar een zeer snelle integratie van de systemen, zodat het werk gemakkelijker wordt gemaakt en er daardoor minder fouten gemaakt kunnen worden (bijvoorbeeld een dubbele registratie van dezelfde DBC, maar op verschillende locaties).

Nu de deelvragen beantwoordt zijn kan ook de vraagstelling beantwoord worden, deze luidde als volgt:

Hoe wordt er door medisch specialisten en andere betrokkenen in het DBC proces betekenis gegeven aan de DBC registratie binnen Tergooi-ziekenhuizen?

Ondanks dat de DBC's door een aantal respondenten als betekenisvol worden getypeerd (leidt tot transparantie in de zorg, inzichtgevend in het werk), kampt men momenteel met een kennisgebrek over DBC's en wordt het systeem algemeen beschouwd als te complex. Dit uit zich onder medisch specialisten in het, bewust of onbewust, berekenend registreren van DBC's.

Er kan dan ook gezegd worden dat men de definitieve diagnose heeft gesteld: de DBC's doen niet wat ze beloofd hebben en zijn vooral lastig om mee te werken en lastig om te begrijpen. Vooral onder medisch specialisten leeft deze diagnose (ook omdat ze het gevoel hebben dat de DBC op hun bordje is geschoven). De cartoon op de voorpagina beeldt hun gestelde diagnose het beste uit: ze willen momenteel het liefst de stekker uit de DBC trekken.

Het behandelplan

Het is niet gemakkelijk om concrete aanbevelingen te doen of nieuwe aanbevelingen te doen. Veel van de gewenste verbeteringen zijn bekend (zoals de snelle integratie van ICT systemen) en daarnaast zijn er ook veel aanbevelingen waar Tergooiziekenhuizen weinig mee kan (zoals het minder complex maken van het DBC systeem). Desondanks heb ik toch een aantal aanbevelingen voor Tergooiziekenhuizen zelf.

A. Creëer een intern controle systeem

De gewenste marktwerking als gevolg van de implementatie van de DBC systematiek is er momenteel niet. Dit heeft voornamelijk te maken met het berekenend registreren door medisch specialisten, waardoor de zorg niet goedkoper wordt. Door het instellen van een intern controle orgaan (bijvoorbeeld een onafhankelijke DBC specialist met medische kennis), kan er gecontroleerd worden of in te dienen DBC's bij zorgverzekeraars overeenkomen met de behandel DBC. Heeft een patiënt een knieoperatie ondergaan van een X bedrag, maar wordt er een DBC ingediend met een hoger Y bedrag, dan moeten deze foute DBC's eruit gehaald moeten worden. Gezien het grote aantal DBC's is dit wellicht een onmogelijke taak voor één of een kleine groep personen. Daarom is een investering in een registratiesysteem die automatisch dit soort fouten detecteert en ze niet valideert voordat ze correct zijn, wellicht een betere oplossing. De Raad van Bestuur dient hiertoe het initiatief toe te nemen in samenspraak met de afdelingen ICT, F&C (waaronder ook validatie) en maatschappen. Een projectteam waar deze actoren in vertegenwoordigd zijn (die eveneens het intern controle orgaan kan zijn), is voor het verder uitdenken en implementeren van dit punt een goede actor.

B. Investeer in opleiding en training

Een kennisgebrek over DBC's wordt door alle respondenten genoemd. Daarnaast is ook duidelijk geworden dat het opleidingsbudget van € 300,- per FTE niet volledig benut wordt. Hoewel dit budget niet enkel voor DBC's bedoeld is, kan een deel van dit budget wel gebruikt worden om opleiding en training op DBC gebied te realiseren. Zeker met betrekking tot het project bronregistratie zou dit een verstandige investering zijn. Wanneer straks aan de bron door medewerkers geregistreerd moet gaan worden, is het van groot belang dat deze medewerkers het belang van een DBC kennen en foutloos kunnen registreren. Beiden bestaan bij hen momenteel niet. Bovendien is het wellicht een idee als een aantal mensen zich verdiepen in de veranderingen betreffende de DBC's en deze in begrijpelijke taal en concreet verwoordden en distribueren naar de andere medewerkers. Zodoende hoeft niet iedereen bijvoorbeeld het spoorboekje met wijzigingen door te nemen, maar weet wel iedereen hoe hij/zij correct moet registreren. De uitvoering van deze aanbeveling past het beste in handen van de afdelingsmanagers. Het initiatief en de regels hieromtrent blijft een zaak van de Raad van Bestuur.

C. Neem het initiatief

Klagen is altijd makkelijker dan een oplossing bedenken. Ondanks dat er een aantal medisch specialisten van Tergooiziekenhuizen zijn die in wetenschappelijke verenigingen meedenken over verbeteringen op DBC gebied, kan hier meer aan gedaan worden. Neem intern het initiatief om samen met specialisten, medewerkers van afdelingen validatie en ICT en anderen, te brainstormen over oplossingen die wellicht zelf geïmplementeerd kunnen worden. Gezamenlijkheid is hierbij het kernwoord voor een breed gedragen verbeterproces op DBC gebied. Denk daarbij ook na over verbeteringen in het DBC systeem die van bovenaf

geïmplementeerd moeten worden. Zo kan het ziekenhuis een voorbeeldfunctie aannemen en het algemeen belang dienen. Het erkennen van vergrijzing en de daarmee gepaard gaande duurdere zorg is één ding, maar het bedenken van structurele oplossingen is een ander. Ook daarin kan Tergooiziekenhuizen een rol spelen.

Hoewel deze drie aanbevelingen voor een buitenstaander gemakkelijk op te schrijven staan, ben ik mij er zeker van bewust dat deze tijd, geld en veel energie kosten. Tijd die vrijgemaakt moet worden, maar die er momenteel niet is. Maar misschien moet Tergooiziekenhuizen wel denken aan de tijdsbesparing die het oplevert, wanneer er direct een goede registratie plaatsvindt en er geen dubbel werk meer plaatsvindt. En tijd is geld. Dus een tijdsbesparing is ook een geldbesparing. Daarnaast ben ik één belangrijk argument vergeten. Wanneer medisch specialisten berekenend blijven registreren, zal een zorgverzekeraar op onbepaalde termijn gaan denken: ‘hé, de knieoperaties in Blaricum zijn duurder dan in Utrecht. Ik ga afspraken maken met Utrecht dat mijn verzekerden daar naartoe gaan, die zijn goedkoper.’ Het berekenend registreren kan dus grote gevolgen hebben voor de patiëntenaantallen en daardoor voor de inkomsten van het ziekenhuis. Ook door de medisch specialisten is dit erkend. Zo heb ik beschreven dat één van de specialisten adviseerde dat *‘het beter is om terughoudend te registreren in verband met stijgende kosten van de zorg.’*

Een nadeel van mijn onderzoek is dat ik in verhouding maar drie specialisten heb gesproken. Hoewel dit aantal wel representatief is door triangulatie in dit onderzoek (meerdere respondenten die hetzelfde zeggen als de specialisten, literatuur en studies van bijvoorbeeld Folpmers en de Bruijn), wil ik toch adviseren om ook met andere specialisten te spreken over de betekenis die zij geven aan de DBC registratie. Wellicht komen daar nog concrete aanbevelingen uit naar voren. Dit zou bijvoorbeeld heel goed gecombineerd kunnen worden met brainstormsessies over verbeteringen in het DBC beleid.

Zoals eerder beschreven zijn er ook aanbevelingen waar Tergooiziekenhuizen zelf weinig mee kan. Het minder complex maken van de DBC systematiek is grotendeels een taak voor DBC Onderhoud, hoewel Tergooiziekenhuizen wel haar input kan geven. Daarnaast zijn er ook verbeteringen die (vermoedelijk) gerealiseerd zullen zijn aan het einde van het fusietraject (zoals de ICT integratie). Er wordt echter verlangd naar snellere veranderingen, vooral op ICT gebied. Of hier de mogelijkheden voor zijn, daar heb ik mij in dit onderzoek niet op gericht. Een vervolgonderzoek naar de mogelijkheden voor een snellere integratie van ICT systemen en andere fusieonderdelen, is daarom mijn laatste advies.

De behandeling neemt dan nog wel een aantal jaren in beslag, maar vermoedelijk is de DBC tegen die tijd volledig ‘genezen’ en is de neiging onder medisch specialisten om de stekker eruit te trekken dan geweken.

Dankwoord

De route die u met mij gemaakt heeft door Tergooiziekenhuizen, heb ik zelf voor de tweede keer beleefd door deze voor u op schrift te stellen. Ondanks dat ik deze route grotendeels zelf heb doorlopen, waren er veel tussenstops waar passanten aanwijzingen gaven voor het vervolg van mijn route. Zo heb ik mij laten leiden door hun uitspraken en heb ik vaak een mooie route afgelegd. Soms echter kwam ik ook niet vooruit, zoals een auto vast kan komen te zitten in de modder. Gelukkig was er dan altijd wel iemand in de buurt die ‘mijn auto’ los kan halen zodat ik mijn route kon vervolgen.

De eerste, en voor de inhoud van dit onderzoek meest belangrijke, groep passanten die ik wil bedanken zijn de respondenten die hun kostbare tijd voor mij vrijmaakten om mijn vragen te beantwoorden. Zonder hen had ik geen resultaten kunnen noteren.

Als tweede wil ik Annet Wolsink, mijn begeleidster en tevens opdrachtgeefster, binnen Tergooiziekenhuizen bedanken voor haar tomeloze inzet. Geen vraag of verzoek van mij was teveel. Als ik weer eens mailde of belde op zoek naar respondenten of informatie, dan maakte ze altijd tijd vrij voor mij en was het binnen zeer korte tijd geregeld.

Als derde wil ik Michel van Slobbe, mijn begeleider vanuit de opleiding, bedanken voor zijn kritische en scherpe blik. Hij was altijd degene die ‘mijn vastzittende auto’ los wist te krijgen en weer op de juiste weg kon zetten. Daarnaast geldt ook voor Michel dat hij altijd tijd voor mij kon vrijmaken en altijd bereid was te helpen. Daarnaast wil ik ook Jeroen Vermeulen, mijn tweede lezer vanuit de opleiding, bedanken voor zijn inzet om ook mijn scriptie nog door te nemen.

Ook mijn ouders zijn een steun en toeverlaat geweest gedurende mijn onderzoek. Hun interesse in mijn onderzoek maakte dat ik, ook op moeilijke momenten, gemotiveerd bleef om toch weer door te gaan wanneer het even niet lukte. Het belangrijkste echter is dat zij ervoor gezorgd hebben, dat ik mij ervan bewust bleef, dat ik een goed leesbaar stuk zou schrijven dat ook voor ‘de leek’ te begrijpen was.

Mijn studiegenoten tenslotte hebben ook aan deze scriptie bijgedragen. Gedurende intervisiebijeenkomsten, hebben hun eigen ervaringen en hun feedback op mijn onderzoek, eraan bijgedragen dat dit verslag geworden is zoals het is.

Een ieder die ik onverhoopt vergeten ben te vermelden, maar eveneens heeft bijgedragen aan dit onderzoek, ook u bedankt.

Literatuurlijst

Boeken:

- Aarts, H.F., (2005), Een normaal mens verzint dit niet, in: *Medisch Contact*, nummer 31/32, 5 augustus 2005
- Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, (2001), *Basisboek Methoden en Technieken*, derde herziene druk, Groningen: Wolters-Noordhoff
- Bate, P.S., (2002), *Strategies for cultural change*, Oxford: Butterworth-Heinemann
- Berg, M., Bos, M.J.A.M., Brom, H.L.F., (2006), DBC's kunnen veel simpeler, in: *Medisch Contact*, nummer 5, 3 februari 2006
- Boeije, H., (2006), *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*, Amsterdam: Boomonderwijs
- Douma, S., Schreuder, H., (1997), *Economic Approaches to Organizations*, Essex: Prentice Hall
- Handel, M.J., (2002), *The sociology of Organizations: Classic, Contemporary, and Critical Readings*, Thousand Oaks: Sage Publications
- Jones, S., (2002), Employee Rights, Employee Responsibilities and Knowledge Sharing in Intelligent Organization, in: *Employee Responsibilities and Rights Journal*, volume 14, number 2
- Kreis, R.W., (2006), Een rammelend systeem, in: *Medisch Contact*, nummer 4, 27 januari 2006
- Lin, C.P., (2006), To Share or Not to Share: Modeling Tacit Knowledge Sharing, Its Mediators and Antecedents, in: *Journal of Business Ethics*, volume 70, number 4
- Martin, J., (2002), *Organizational Culture. Mapping the Terrain*, Thousand Oaks: Sage Publications
- Maxwell, J.A., (2005), *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*, second edition, Thousand Oaks: Sage Publications
- Mouwen, C.A.M., (2004), *Strategische planning voor de moderne non-profitorganisatie*, Assen: Koninklijke van Gorcum
- Pfeffer, J., Salancik, G.R., (2003), *The External Control of Organizations. A Resource Dependence Perspective*, Stanford: University Press
- Silverman, D., (2005), *Doing Qualitative Research*, Thousand Oaks: Sage Publications
- Tennekes, J., (1995), *Organisatiecultuur: een antropologische visie*, Leuven/Apeldoorn: Garant
- Waarden, F. van, (2002), Privatisering: Macht, Cultuur en Rationaliteit, in: Ru, H.J. de, Peters, J.A.F., (2002), *Verzelfstandiging en marktwerking. Stand van zaken en perspectieven*, (pag. 33-55), Den Haag: SDU

Weick, K.E., (1995), *Sensemaking in Organizations*, Thousand Oaks: Sage Publications

Internetbronnen:

DBC Onderhoud, (red. 2008), 'Waarom DBC's?', geraadpleegd: 17 juni 2008

http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=187&hoofdid=103&pagetitle=Waarom_DBCs?

DBC Onderhoud, (red. 2008), 'Voorgeschiedenis', geraadpleegd: 17 juni 2008

<http://www.dbconderhoud.nl/client/1/?websiteid=1&contentid=188&hoofdid=103&pagetitle=Voorgeschiedenis>

Folpmers, M., Bruijn, J. de, (2005), 'Diagnose Behandel Combinaties (DBC's) in de Nederlandse ziekenhuizen', geraadpleegd: 17 juni 2008

http://www.werkenmetdbcs.nl/fileadmin/dbc/documenten/Nieuws/dbc_uitleg.pdf

Overige bronnen:

Medisch Contact, cartoons 2006, nummer 14