

## **“Omgaan met administratie? Dat moeten wij gewoon nog leren!”**

Een kwalitatief onderzoek naar de betekenis van administratieve lasten voor zorgprofessionals in zelfsturende teams.

**Juli 2018**

**Naam:** Onno Boelo Feith  
**Studentnummer:** 4011260  
**Studie:** Organisaties, Verandering & Management

**Begeleider:** dr. Jeroen Vermeulen, Universiteit Utrecht

**Opdrachtgever:** Nico Moleman, BuurtzorgT



**Universiteit Utrecht**

## Samenvatting

Deze scriptie gaat in op de volgende hoofdvraag: 'welke betekenis geven zorgprofessionals in zelfsturende teams aan hun administratieve lasten?'. Hoewel administratieve lasten in toenemende mate voorkomen bij werk in de publieke sector, is weinig bekend wat deze lasten voor (zorg)professionals betekenen en hoe zij ermee omgaan. In deze kwalitatieve casestudie wordt theorie samengebracht omtrent administratieve lasten, professionaliteit en zelfsturende teams. Zorgprofessionals in dit onderzoek zijn ambigue in hun uitspraken over administratieve lasten. Enerzijds zijn zij zich bewust van de verantwoordelijkheid die zij hebben voor en het belang van het dragen van administratieve lasten. Anderzijds worden deze administratieve lasten niet gezien als behorend tot de kunde en vaardigheid van een zorgprofessional en identificeren zij zich er niet mee. Hoewel van zelfsturende zorgprofessionals wordt verwacht dat zij zelfstandig verbinding maken met en afwegingen maken tussen de verschillende belangen die hun werk omgeven, zullen zij bij eventueel te maken *trade-offs* tussen deze belangen het belang van cliënten het zwaarst laten wegen. Dit kan worden verklaard vanuit de ethiek die zorgprofessionals kenmerkt. Daarnaast zijn er verschillende factoren die bij het uitvoeren van administratieve handelingen de ervaring beïnvloeden en maken dat zorgprofessionals deze als last zien. Professionals in zelfsturende teams zien administratieve handelingen vooral als last, wanneer zij onvoldoende opgeleid zijn in het verrichten van deze taak, te weinig routine hebben kunnen opbouwen en zich onvoldoende ondersteund voelen.



## Voorwoord

Beste lezer,

Voor u ligt mijn masterscriptie. Het resultaat van een bijzonder traject. De overeenkomsten tussen de inhoud van dit slotstuk van mijn studententijd en het onderzoeksproces daar naartoe zijn opmerkelijk. Zonder al te veel prijs te geven kan ik stellen dat zelfsturend werken, of dat nou als professional in de zorg of als student aan een universiteit is, bepaalde vaardigheden vraagt. Het nauwkeurig vastleggen van wat je doet – als zorgverlener of onderzoeker – is daarbij van onmiskenbaar belang, ondanks dit soms niet de meest urgente of leuke taak is.

Ik ben velen dank verschuldigd. Allereerst Jeroen Vermeulen, mijn begeleider en coördinator van de opleiding Organisaties, Verandering en Management. Ik ben je dankbaar voor de interessante colleges, de gesprekken die we hadden, het vertrouwen dat je immer uitsprak en de nodige houvast die je me hebt geboden om deze masterstudie met succes af te ronden.

Ook bedank ik alle betrokkenen bij BuurtzorgT. Allereerst de zorgverleners, die openhartig waren tijdens de interviews tijdens hun kostbare werkuurtjes. Daarnaast bedank ik Nico Moleman voor de kans om een kijkje te nemen in een wel heel bijzondere organisatie. Maarten Meulbroek voorzag mij daarbij van de nodige sturing en connecties om tot een gericht onderzoek te komen. Joyce, Kim en Monique gaven mij een rijk beeld van de organisatie. Jullie waren allen van onschatbare waarde.

Daarnaast zijn er anderen die mij op uiteenlopende manieren hebben ondersteund gedurende dit onderzoek. Jan-Boelo hield me bij de les, Henk bracht kritische en creatieve inzichten en Geert en Monique stonden altijd met raad en daad voor me klaar. Ten slotte noem ik nog Josta, Anna, Thom, Julius, Ruben, Sjoerd en Joran, op eigen wijze waren jullie in verschillende fasen onmisbaar voor dit onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier!

Onno Boelo Feith



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>Voorwoord</b> .....	<b>4</b>
<b>Inhoudsopgave</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>6</b>
1.1 De aanloop .....	6
1.2 De casus: zelfsturende teams & administratie .....	6
1.3 Administratie in de zorg .....	7
1.4 Betekenis van administratie .....	8
1.5 Terug naar de casus .....	9
1.6 Probleemstelling .....	10
1.7 Doelstellingen .....	10
1.8 Vraagstelling .....	11
1.9 Leeswijzer .....	12
<b>2 Theorie</b> .....	<b>13</b>
2.1 Administratieve lasten .....	13
2.2 De publieke professional .....	18
2.3 Zelfsturende teams .....	27
2.4 Samenvatting .....	31
<b>3 Methode</b> .....	<b>33</b>
3.1 Onderzoeksbenadering .....	33
3.2 Onderzoeksontwerp .....	34
3.3 Analyse .....	38
3.4 Kwaliteit en validiteit .....	38
3.5 Samenvatting .....	41
<b>4 Resultaten</b> .....	<b>42</b>
4.1 "Zoals in de zelfsturing, doe je alles zelf" .....	42
4.2 "Ik vind het een soort wiskunde" .....	49
4.3 "Uiteindelijk kies je toch voor de cliënt" .....	56
4.4 Samenvatting .....	61
<b>5 Analyse</b> .....	<b>62</b>
5.1 Administratieve handelingen .....	62
5.2 Ervaren administratieve lasten .....	63
5.3 Administratie en zorg als spanningsveld .....	64
5.4 Betekenis van administratieve lasten .....	65
<b>6 Conclusie, discussie en implicaties</b> .....	<b>66</b>
6.1 Beantwoording onderzoeksvraag .....	66
6.2 Discussie .....	67
6.3 Implicaties .....	67
<b>Literatuurlijst</b> .....	<b>69</b>
<b>Bijlagen</b> .....	<b>72</b>
A. Foto-opdracht (voorbeeldemail) .....	72
B: Interviewprotocol semigestructureerde interviews .....	72

# 1 Inleiding

## 1.1 De aanloop

Tijdens mijn master Organisaties, Verandering en Management kwam ik in aanraking met het concept van zelfsturende teams. En ook bij het organisatieadviesbureau waar ik een bijbaan had, kwam de term veelvuldig ter tafel. Ik ben op het internet en met behulp van (wetenschappelijke) literatuur gaan onderzoeken wat het concept inhoudt, en waar het zoal ingezet wordt. De kern van zelfsturende teams bestaat uit het feit dat deze teams in organisaties zelfstandig – lees: zonder aansturing van een manager – hun takenpakket uitvoeren, deze taken plannen, en coördinatie- en nevenactiviteiten uitvoeren (Tjepkema, 2003).

In mijn zoektocht kwam ik diverse organisaties tegen die werken met zelfsturende teams, onder ander in de industrie (Nedap Healthcare, Aldowa) en de consultancy (Finext en Effectory). Ook in de publieke sector wordt met het concept gewerkt. Zo werkt Gemeente Hollands Kroon in Noord-Holland sinds 2012 met zelfsturende teams (Anja van der Horst, 2016). Het lijkt erop dat zelfsturende teams steeds vaker en op meer verschillende organisaties worden ingezet. Een ander voorbeeld is Stichting Buurtzorg Nederland. Dit is een thuiszorgorganisatie, die in 2006 door verpleegkundige Jos de Blok werd opgericht (De Blok en Pool, 2010). Met inmiddels meer dan 14.000 medewerkers en verschillende zusterorganisaties is Buurtzorg waarschijnlijk de meest bekende organisatie die werkt met zelfsturende teams. Gepaard aan de groei van de afgelopen jaren is in binnen- en buitenland steeds meer aandacht besteed aan het succes en de opzet van deze organisatie (Kiers, 2012). Buurtzorg Nederland wordt meer en meer als voorbeeld gebruikt door andere organisaties (Bregman, 2016).

Ook in de geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) wordt gewerkt met zelfsturende teams. In 2013 richtte psychiater Nico Moleman samen met Jos de Blok BuurtzorgT op, een GGZ-instelling waar op vergelijkbare wijze als bij Buurtzorg Nederland wordt gewerkt. De organisatie onderscheidt zich van andere GGZ-instellingen door de wijze waarop zorg wordt georganiseerd. De zorgverleners van BuurtzorgT werken bij de cliënten thuis of in hun directe omgeving, en de zorg kent dus een ambulante, in plaats van klinisch karakter. Zij werken in kleine zelfsturende teams van twee tot acht medewerkers, die dagelijks gezamenlijk hun taken plannen en bepalen, en de zorg voor hun cliënten coördineren (Klaassen, 2016). Naast de taken rondom de cliëntenzorg, zijn de medewerkers eveneens verantwoordelijk voor de administratieve handelingen die hiermee gepaard gaan.

## 1.2 De casus: zelfsturende teams & administratie

Tijdens mijn zoektocht naar een geschikte organisatie voor mijn onderzoek raakte ik in gesprek met BuurtzorgT bestuurder Moleman. Tijdens dit gesprek werd van gedachten gewisseld over een mogelijke stage en een onderzoeksthema waar ik mij voor mijn scriptie op kon richten. Moleman gaf aan dat hij met een vraagstuk zat met betrekking tot 'de administratie' binnen de organisatie. Volgens de bestuurder voerden de zorgverleners in de zelfsturende teams hun administratieve taken onvoldoende uit, waardoor financiële tekort dreigde te ontstaan. De vraag rees: hoe komt dat?

BuurtzorgT is als GGZ-instelling qua inkomsten afhankelijk van cliënten en zorgverzekeraars. De cliënten onder behandeling van zorgverleners bij BuurtzorgT zijn doorverwezen door een huisarts of specialist voor een

specialistische psychiatrische behandeling. De financiering van deze zorgverlening is gebaseerd op en afhankelijk van de administratie rondom de cliënten, en is georganiseerd via zogenoemde *diagnose-behandel combinaties* (hierna: DBC's). Een DBC is een digitaal gegevensbestand en beschrijft *“het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt”* (DBC Onderhoud, 2017). In dit bestand worden alle gegevens opgeslagen die door wet- en regelgeving en andere partijen worden vereist (Janssen & Soeters, 2010). Bij dit soort gegevens kan gedacht worden aan de door de zorgverlener verrichte handelingen, de hoeveelheid tijd die daaraan besteed is en verschillende formulieren en verklaringen. Op basis van de gegevens in een DBC-dossier wordt na afloop van een behandeling bepaald welke vergoeding de zorgverzekeraar van een cliënt aan BuurtzorgT verschuldigd is (ik kom hier in meer detail op terug in hoofdstuk 2). Wanneer een DBC-dossier fouten bevat, wordt deze niet geaccepteerd door de zorgverzekeraar, en kan BuurtzorgT de geleverde zorg niet factureren.

Problemen met en discussies rondom administratie in de zorg zijn niet uniek. Voordat ik dieper in ga op bovenstaande casus, bespreek ik eerst het thema 'administratie' in de context van publieke dienstverlening. Vooral in relatie tot de zorgsector (waarbinnen dit onderzoek zich afspeelt) wordt hierover veel in de media gemeld.

### 1.3 Administratie in de zorg

De Volkskrant kopt over 'regeldruk in de zorg' (van der Geest, 2018), brancheorganisatie GGZ Nederland organiseert een 'Regelgekte4daagse' (Karadarevic, 2018) en Trouw spreekt van een 'klaagzang over toenemende regeldruk' en burn-outs door 'personeelstekort gecombineerd met hoge administratielast' (Oosterom, 2017). De NOS bericht over een interview met een psycholoog die uren besteedt aan het registreren en controleren van zijn 'administratieve rompslomp' (Van de Wiel, 2017). Binnen de publieke sector spreekt men niet alleen over administratie, maar ook over administratieve *verplichtingen*, administratieve *lasten* of *regeldruk*. Volgens Brancheorganisatie GGZ Nederland hebben de huidige *lasten* en *druk* nare gevolgen:

In Nederland zijn er tienduizenden mensen met psychische problemen die niet de juiste zorg krijgen. Dit komt omdat hulpverleners, door allerlei regels, te veel bezig moeten zijn met administratieve verplichtingen. Papierwerk krijgt voorrang op mensenwerk. (GGZ Nederland, 2018)

Volgens GGZ Nederland moet *“de patiënt terug op één”*, en zijn zorgverleners noodgedwongen te veel bezig met hun 'administratieve verplichtingen' die hen worden opgelegd door overheid en andere partijen. Een onderzoek van consultancybureau Berenschot bracht een vergelijkbare conclusie naar buiten. Zorgprofessionals zouden in de langdurige zorg gemiddeld 25% van hun tijd kwijt zijn aan administratieve lasten: *“zij ervaren dit als belastend, omdat het ten koste gaat van de directe zorg voor bewoners en cliënten”* (Berenschot, 2017). De administratieve lasten worden in de ogen van hulpverleners veroorzaakt door (onnodige) regels en voorschriften, die zij verplicht moeten naleven. Zij moeten bijvoorbeeld alle cliëntcontacten minutieus bijhouden: *“wie niet registreert, kan niet declareren en krijgt geen geld”* (Oosterom, 2017). Administratie lijkt voor zorgverleners enerzijds een storende *last* – die bijgehouden wordt 'ten koste' van de zorg – maar is anderzijds ook van levensbelang. Zonder geld; geen zorg!

## 1.4 Betekenis van administratie

In bovenstaande citaten uit de media wordt niet duidelijk wát er precies onder administratie verstaan wordt. ‘Administratie’ heeft betrekking op het nakomen van ‘informatieverplichtingen’ (Nijsen, 2003 in: Ministerie van Financiën, 2007). Deze informatie dient vastgelegd te worden, vroeger vooral analoog – tegenwoordig met name digitaal. In het Engels wordt ‘administratie’ ook wel *paperwork* genoemd: het voldoen aan de informatieverplichtingen kent nog steeds een schriftelijk karakter. De Nederlandse overheid spreekt in haar communicatie richting organisaties niet over ‘administratie’, maar over administratieve lasten. Deze worden door de overheid als volgt gedefinieerd:

Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. (Ministerie van Financiën, 2007)

Deze kosten gelden niet alleen voor het bedrijfsleven, maar ook voor overheidsinstellingen, en ontstaan door het te verzetten werk dat gedaan moet worden: *“er moeten een aantal handelingen verricht worden – die een bepaalde hoeveelheid tijd kosten – om aan de wettelijke verplichtingen te voldoen”* (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 235). Voor de uiteindelijke dragers van deze administratieve lasten – organisaties en medewerkers daarbinnen – gaat het in de praktijk om de handelingen die hiermee gemoeid zijn. De informatieverplichtingen hebben betrekking op *“handelingen en gedragingen ten aanzien van een maatschappelijk waardevol geachte norm”* (Nijsen, 2003 in: Ministerie van Financiën, 2007). Met deze handelingen en gedragingen wordt verwezen naar het dagelijkse werk dat medewerkers in (publieke) organisaties verrichten, in verhouding tot wat door de overheid als wenselijk wordt beschouwd. Vanuit een breder perspectief bezien vormen administratieve lasten een onderdeel van de verantwoording die professionals in het publieke domein moeten afleggen over hun werkzaamheden (Bovens & Schillemans, 2009). De administratieve handelingen die professionals verrichten hebben daarbij niet alleen betrekking op publieke verantwoording, maar geschieden ook ten behoeve van de beroepsbeoefening en derden, zoals zorgverzekeraars.

Administratieve lasten hebben de laatste decennia een hoge vlucht genomen. Een van de belangrijkste aan te wijzen oorzaken daarvoor is het *New Public Management*, een managementfilosofie die vanaf de jaren '80 van grote invloed is geweest op overheidsbeleid ten aanzien van aansturing van en controle op publieke diensten (Hood, 1991; Pollitt & Bouckaert, 2004). Deze filosofie kenmerkt zich door het toepassen van bedrijfsmatige principes, met als doel de meetbaarheid en effectiviteit van publieke prestaties te vergroten. Om dit doel te bereiken, dienen publieke prestaties transparant te zijn, en hiervoor wordt de door professionals verrichte administratie als basis gebruikt (De Bruijn, 2011, p. 22). De toename in administratieve lasten is eveneens te verklaren vanuit de toegenomen *regeldruk* en *bureaucratie*. Onder regeldruk wordt de hoeveelheid regels met administratieve gevolgen bedoeld, en de bureaucratiesering bestaat uit het standaardiseren van werkprocessen. Deze bureaucratiesering gaat volgens Noordegraaf & Sterrenburg gepaard met een *“ervaren wereld van formulieren, bureauwerk en registratiesystemen”* (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 235).

Administratieve verplichtingen kunnen weerstand opleveren bij hen die ermee geconfronteerd worden. In de voorbeelden uit de media hierboven worden bijvoorbeeld artsen, docenten en verpleegkundigen genoemd.

Sommige van deze professionals die in het publieke domein werken beklagen zich over het feit dat ze zich 'beklemd' of het 'slachtoffer van sturing' voelen (M. Noordegraaf, van Loon, Heerema, & Weggemans, 2015) of in hun *beroepstrots* zijn aangetast (Jansen, van den Brink, & Kole, 2010). Ze zouden door de hoge administratieve lasten niet meer goed in staat zijn om *hun werk* te kunnen doen. Overigens onderschrijven professionals tegelijkertijd wel het belang van transparante publieke dienstverlening. Lars Tummers beschrijft in zijn proefschrift dat professionals aan de ene kant *vervreemd* kunnen raken van beleid, wat resulteert in lage medewerkerstevredenheid en hoge weerstand tegen veranderingen onder publieke professionals (Tummers, 2012, p. 24). Aan de andere kant concludeert hij ook:

*85 procent van de zorgprofessionals [is] het (zeer) eens met de stelling "Ik vind het bevorderen van transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit een heel goed doel". Ook onderschrijven zorgprofessionals de doelstellingen op het gebied van efficiëntie (75 procent eens of zeer eens) (Tummers, 2012, p. 313)*

Ook Noordegraaf en Sterrenburg (2009a) stellen dat sommige professionals weinig of geen moeite hebben met de administratieve lasten die zij moeten dragen, bijvoorbeeld wanneer deze grotendeels onderdeel zijn van hun beroepspraktijk (BRONPAGINA). Het beeld ten aanzien van administratieve lasten is overwegend negatief, maar zeker niet eenduidig. Dat roept vraagtekens op.

## 1.5 Terug naar de casus

Jos de Blok stelt in het boek *Menselijkheid boven Bureaucratie* dat Buurtzorg Nederland werd opgericht uit onvrede met de status quo in de thuiszorg. Volgens De Blok waren in zorginstellingen in Nederland te veel managers, was er te weinig aandacht voor cliënten, en moesten zorgverleners te veel administreren (De Blok en Pool, 2010). De (thuis)zorg kon volgens De Blok anders, simpeler en vooral beter georganiseerd worden. BuurtzorgT is vanuit eenzelfde visie ontstaan. BuurtzorgT werkt zoals gezegd met zelfsturende teams, waarin de zorgverleners verantwoordelijk zijn voor de zorgverlening aan cliënten, en alle taken daaromheen: het *managen* van zichzelf. Vanuit het hoofdkantoor in Almere worden de teams ondersteund bij hun dagelijks werk. Te denken valt hierbij aan een teamcoach die de teams kan begeleiden, en een team dat de de zorgverleners ondersteunt bij vragen rondom hun administratieve taken.

In de GGZ is het gangbaar dat zorgaanbieders vaste contracten hebben met zorgverzekeraars, waarin afspraken zijn opgenomen over behandeltrajecten bij bepaalde diagnoses, en de daaraan gekoppelde vergoedingen. BuurtzorgT heeft echter geen vaste contracten met zorgverzekeraars, en daarmee staat het verloop van de behandelingen (qua handelingen en tijd) niet vast. Zorgverleners bepalen in overleg met psychiaters en cliënten samen hoe het zorgtraject eruitziet. BuurtzorgT factureert na afloop van een behandeling de gemaakte kosten. Om deze kosten inzichtelijk te maken, dienen de zorgverleners in de DBC-systematiek nauwkeurig bij te houden waar en wanneer zij werken. Dit betekent dat ze verslaglegging doen van bezoeken aan cliënten, en de benodigde gegevens verzamelen en invoeren in het Elektronisch Patiënten Dossier (hierna: EPD). Zorgverleners leggen alle tijd die ze besteden aan een cliënt vast, zowel de *directe* tijd (face-to-face, email- en telefooncontact) als *indirecte* tijd (contact met andere professionals, tijd voor verslaglegging etc.) (Janssen & Soeters, 2010, p. 41). Daarnaast moeten zij alle benodigde formulieren en verklaringen invoeren in het EPD, zoals een verwijfsbrief van een (huis)arts en een toestemmingsverklaring van de cliënt om de gemaakte kosten bij de

zorgverzekeraar van een cliënt te vorderen. Daarbij moeten zorgverleners rekening houden met de regels rondom registratie die enerzijds door de NZa zijn opgesteld (*wat* moet er gebeuren) en anderzijds door BuurtzorgT hieraan verbonden zijn (*hoe* moet dit gebeuren).

## 1.6 Probleemstelling

De bestuurder van BuurtzorgT constateert medio 2017 dat de administratieve praktijken achterblijven bij de zorg die verleend wordt aan cliënten. Bij het validatieproces blijkt dat sommige DBC-dossiers (veel) fouten bevatten en daarnaast komt het voor dat afgesloten dossiers onvolledig zijn, en bepaalde documenten die vereist zijn ontbreken. Ook constateert de bestuurder dat er DBC-dossiers zijn die wel afgesloten *kunnen* worden niet daadwerkelijk zijn afgesloten. Kortom: er blijft administratief werk liggen, maar waarom is onduidelijk. Ondanks herhaald verzoek van de bestuurder om voldoende aandacht en tijd te besteden aan dit administratieve werk, blijft het resultaat vooralsnog onvoldoende: de organisatie dreigt in een financieel penibele situatie te geraken wanneer er niet een betere en vollediger administratie aangeleverd wordt door de zorgverleners, waardoor een groter aantal DBC's, waarvoor wel het werk is verricht, tijdig gedeclareerd kunnen worden.

Bij eerdere pogingen dit probleem aan te pakken heeft de bestuurder de zorgverleners gewezen op het belang van een correcte administratie, en hen gevraagd hieraan meer aandacht te besteden, daar zij zelf verantwoordelijk zijn voor deze taak – zo staat ook beschreven in hun contract en taakomschrijving. Ook heeft hij het administratieve team dat dossiers controleert ondersteunend materiaal laten maken, zoals FAQ-lijsten (frequently asked questions) bij de administratieve taken, instructiefilmpjes bij het EPD en meer. Tot op heden leiden deze acties nog tot onvoldoende resultaat en het is de bestuurder onduidelijk waarom. Voor sommige teams of teamleden blijkt de administratieve taak geen probleem, terwijl andere zorgverleners erg veel fouten (blijven) maken binnen het systeem en chronisch achterlopen. De oorzaak voor deze verschillen laat zich raden. Omdat de bestuurder het centrale principe van zelfsturende teams – de vrijheid van medewerkers – onaangetast wil laten, wil hij niet hiërarchisch ingrijpen. Volgens hem zit de kracht van de organisatie juist in het feit dat professionals zelfstandig bepalen hoe ze hun werkdagen en –taken invullen. Het is de bestuurder onduidelijk welke redenen ten grondslag liggen aan de ontstane situatie; zo vraagt hij zich bijvoorbeeld hardop af of de zorgverleners hun administratieve taken niet kunnen of willen uitvoeren.

Medewerkers erkennen volgens de bestuurder in gesprekken het belang van administratie, maar uit hun doen en (vooral) laten blijkt over het algemeen iets anders. Dat administratie geen favoriete bezigheid van zorgverleners is werd al duidelijk door bovenstaande citaten uit de media, maar gezien het (nota bene door de zorgverleners erkende) belang van administratie voor het voortbestaan van de organisatie, is er een opmerkelijke situatie ontstaan. Er moet iets veranderen, maar het is onduidelijk wat. Het is onduidelijk hoe de zorgverleners bij BuurtzorgT precies hun administratieve werk zien en uitvoeren, en wat de redenen zijn dat dit achterblijft.

## 1.7 Doelstellingen

### 1.7.1 Persoonlijke doelstellingen

In dit onderzoek wil ik graag leren over werken in zelfsturende teams. Mijn aandacht voor BuurtzorgT werd getrokken door de manier waarop de instelling georganiseerd is. Het concept van zelfsturende teams vind ik zeer

interessant, en ik ben daarom erg benieuwd naar de dynamieken binnen deze teams. Ook wil ik graag meer leren over de rol die administratie speelt in professioneel werk, en wat bepaalt hoe zorgverleners ermee omgaan.

### 1.7.2 Wetenschappelijk doelstelling

Het wetenschappelijke doel van dit onderzoek is het vergaren van inzicht in de betekenisgeving door zorgprofessionals in zelfsturende teams aan hun administratieve lasten. Dit onderzoek zal hier aandacht aan besteden, mede om de suggestie van Freeman e.a. te volgen: *In future research, it will be important to understand the similarities and differences in how health professionals (...) enact their accountability obligations* (Freeman, McWilliam, MacKinnon, DeLuca, & Rappolt, 2009, p. 1070).

Ik ga dieper in op de betekenis die zorgverleners bij BuurtzorgT geven aan hun administratieve lasten, mede om te kijken of deze betekenisgeving zich heeft ontwikkeld sinds het onderzoek van Noordegraaf & Sterrenburg (2009). Want ondanks dat er veel over administratieve lasten wordt gesproken, wordt er na het verschijnen van de artikelen van Noordegraaf & Sterrenburg (2009, 2009a) en Freeman et al. (2009) betrekkelijk weinig wetenschappelijke aandacht aan gegeven (Burden, Canon, Mayer, & Moynihan, 2012). Nu, een klein decennium later, is een mooi moment aangebroken om te kijken of en hoe de betekenis van administratieve lasten voor zorgverleners zich heeft ontwikkeld en hoe zorgverleners ermee omgaan.

### 1.7.3 Praktische doelstelling

Graag wil ik middels dit onderzoek een bijdrage leveren aan de oplossing van het probleem bij BuurtzorgT. Met de kennis die opgedaan wordt in dit onderzoek, kunnen mogelijk acties ondernomen worden om het aantal gebreken in administratie tot het minimum te beperken, en het werk wellicht gemakkelijker voor zorgverleners te maken. Recent is onderzoek gedaan naar “alle administratieve lasten in het primaire proces en de bedrijfsvoering” voor GGZ-aanbieders (GGZ Nederland, 2017). In het rapport van dat onderzoek is een macrobeeld geschetst, terwijl ik juist geïnteresseerd ben naar de individuele ervaringen aangaande de administratieve lasten. Een hopelijk vollediger beeld van de verschillende ervaringen onder zorgverleners van de administratieve lasten zal de organisatie in staat stellen beter actie te ondernemen ten aanzien van het beschreven probleem.

## 1.8 Vraagstelling

Om bovenstaande doelstellingen te behalen, hanteer ik in deze scriptie de volgende onderzoeksvraag:

**Welke betekenis geven zorgprofessionals in zelfsturende teams bij BuurtzorgT aan hun administratieve lasten?**

Bovenstaande vraag is gericht op de betekenisgeving door zorgprofessionals, en kwalitatieve onderzoeksmethoden lenen zich daar goed voor (Bryman, 2016). Vanuit een interpretatieve benadering richt ik me op de betekenissen, gedragingen en handelingen van mijn onderzoeksobjecten. Deze benadering gaat ervan uit dat er geen extern kenbare werkelijkheid bestaat, maar dat de wereld om ons heen alleen begrepen kan

worden vanuit de betekenis die mensen er zelf aan geven (Boeije, 2016). Ik maakte bij mijn dataverzameling gebruik van semigestructureerde interviews, observaties, respondent-geleide fotografie en documenten. Daarnaast hield ik een *file* bij, een aantekeningenboek waarin ik doorlopend reflecteerde op het onderzoek (Wright Mills, 2000). Ik kom in het derde hoofdstuk uitgebreid terug op methodologische keuzes.

## 1.9 Leeswijzer

Nu de context en de vraag- en doelstellingen van dit onderzoek bekend zijn, ga ik in het volgende hoofdstuk verder met het theoretisch kader. In dit hoofdstuk ga ik dieper in op theorie over het hoofdthema administratieve lasten, en de context waarbinnen deze een plek krijgen: professioneel werk en zelfsturende teams. De theoretische concepten zullen helpen de onderzoeksresultaten te duiden en analyseren. In het derde hoofdstuk bespreek ik de onderzoeksmethode die ik heb gehanteerd, en geef ik inzicht in het onderzoeksproces. In hoofdstuk vier presenteer ik de resultaten van mijn onderzoek. In hoofdstuk vijf leg ik de verbinding tussen de de theorie en resultaten, en presenteer ik mijn analyse. Ten slotte beantwoord ik in hoofdstuk zes de onderzoeksvraag van dit onderzoek, bediscussieer ik de resultaten en het verloop van het onderzoek en ga ik op de mogelijke implicaties van mijn bevindingen.



## 2 Theorie

In dit hoofdstuk ga ik in op de belangrijkste theoretische concepten voor dit onderzoek. De theorie in dit hoofdstuk zal inzicht geven in de betekenis van administratieve lasten, en de context waarbinnen deze voorkomen (zelfsturende teams en professioneel werk in de GGZ) en mogelijke onderlinge verbanden. Ik zal deze theorie daarnaast gebruiken bij de vormgeving van de resultaten in hoofdstuk 4 en de analyse in hoofdstuk 5.

Allereerst bespreek ik in paragraaf 2.1 wat administratieve lasten zijn, hoe die ontstaan en met welke administratieve lasten organisaties in de GGZ te maken hebben. Deze administratieve lasten worden in dit onderzoek gedragen door de zorgverleners van BuurtzorgT. Om een helder beeld te krijgen van wat deze administratieve lasten voor zorgverleners betekenen, is het van belang om de specifieke kenmerken en context van hun werk te kennen. Zorgverleners worden in wetenschappelijke literatuur ook wel aangeduid als ‘publieke professionals’. Deze professionals onderscheiden zich van andere arbeidskrachten door specifieke kenmerken en vaardigheden en werken in de complexe publieke sector. In paragraaf 2.2 ga ik in op deze kenmerken en bespreek ik ontwikkelingen in de publieke sector. Ook bespreek ik hoe professionals in deze complexe omgeving in theorie omgaan met administratieve lasten. Uit de theorie over professionals blijkt dat de organisatiecontext waarbinnen zij werken eveneens belangrijk is om hun denken en doen te begrijpen. De zorgverleners bij BuurtzorgT werken in zelfsturende teams, en daarom ga ik in paragraaf 2.3 in op wat dit theoretisch gezien voor hen zou kunnen betekenen. Ten slotte presenteer ik een conceptueel model, waarin ik bovenstaande theorieën samenbreng.

### 2.1 Administratieve lasten

In deze paragraaf ga ik dieper in op de betekenis van administratieve lasten, en de context waarin deze voorkomen. Allereerst bespreek ik verschillende definities en vervolgens ga ik in op administratie als vorm van ‘publieke verantwoording’. Ook ga ik in op het verschil tussen objectieve en ervaren lasten en beschrijf ik de administratieve lasten in de GGZ.

#### 2.1.1 Administratie in de taal

In het Groot Woordenboek der Nederlandse Taal wordt ‘administratie’ als volgt gedefinieerd:

1 het verkrijgen, vastleggen, verwerken en verstrekken van informatie ten behoeve van het besturen en doen functioneren van een huishouden; 2 wat in akten, stukken, formulieren e.d. wordt neergelegd, m.n. voor zover dit technische aangelegenheden betreft; 3 de personen met de administratie (1) belast (Den Boon & Geeraerts, 2005).

De beschrijvingen van administratie als ‘vastgelegde informatie’ of wat in akten en formulieren staat, sluit aan bij wat ik in de inleiding *paperwork* noemde. Administratie gaat over het vastleggen van bepaalde informatie, die later (mogelijk) nodig is. Ook het etymologisch perspectief is veelzeggend: de term administratie komt van het Latijnse *administrāre*, wat evenzeer betekent als ‘verzorgen, beheren’. Vanuit taalkundig perspectief gaat administratie dus om het beheren – wellicht zelfs beheersen – en verzorgen van bepaalde vastgelegde informatie. Het woord werd vroeger vooral in (stads)bestuurlijke context gebruikt (Philippa & Debrabandere, 2007).

### 2.1.2 Administratie in bestuurlijke context

In de wetenschappelijke literatuur wordt niet zozeer over administratie, als wel administratieve lasten<sup>1</sup> gesproken (Burden et al., 2012; Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b). Noordegraaf & Sterrenburg verwijzen naar de definitie van administratieve lasten van het Ministerie van Financiën: “*Administratieve lasten zijn de kosten voor het bedrijfsleven om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid*”<sup>2</sup> (Ministerie van Financiën, 2007). Deze kosten worden in praktijk gevormd door de handelingen en tijd die gemoeid zijn met het voldoen aan deze informatieverplichtingen. Administratieve lasten kunnen gezien worden als onderdeel van het proces dat Bovens & Schillemans beschrijven als ‘verantwoording’ (Bovens & Schillemans, 2009). Voordat ik verder in ga op administratieve lasten, bespreek ik eerst dit overkoepelende thema.

Verantwoording is door Bovens en Schillemans onderzocht in de publieke sector vanuit bestuurskundig perspectief, en zij definiëren het begrip als volgt:

Er is sprake van verantwoording wanneer er een *relatie* is tussen een *actor* en een *forum*, waarbij de actor zich *verplicht* voelt om *informatie* en uitleg te geven over zijn optreden, het forum *nadere vragen* kan stellen, een *oordeel* uit kan spreken en dit oordeel *consequenties* kan hebben voor de actor (Bovens & Schillemans, 2009, p. 20).

Bij deze definitie moet verantwoording niet verward worden met verantwoordelijkheid. Verantwoordelijkheid is een stand van zaken die voorafgaat aan verantwoording als proces en gaat over de taken, bevoegdheden en plichten waarover verantwoording afgelegd moet worden (Bovens & Schillemans, 2009, p. 20). Professionals die (gedeeltelijk) in het publieke domein werken – zoals een zorginstelling – hebben een publieke verantwoordingsplicht, omdat ze werken in organisaties die publieke middelen besteden of publieke bevoegdheden uitoefenen (Bovens & Schillemans, 2009, p. 24).<sup>3</sup> Middels het verantwoordingsproces leggen zij rekenschap af over de wijze waarop zij dat doen.<sup>4</sup> Volgens Bovens & Schillemans kent publieke verantwoording drie fasen: de informatiefase, de debatfase en de beoordelingsfase (Bovens & Schillemans, 2009, p. 21). In de eerste fase dient een actor informatie te delen aan het forum aangaande zijn of haar handelen. Tijdens de debatfase kan het forum de actor nadere vragen stellen en met hem debatteren. Ten slotte zal het forum in de beoordelingsfase een oordeel vellen met eventuele gevolgen.

### 2.1.3 Administratieve lasten

Omwille van de publieke verantwoordingsplicht, dienen organisaties en professionals informatie te leveren aan het forum. Een informatieverplichting is een “*verplichting tot het informeren over handelingen en gedragingen ten aanzien van een maatschappelijk waardevol geachte norm*” (Nijsen, 2003 in: Ministerie van Financiën, 2007). Deze informatie krijgt vaak vorm in (digitale) documenten (de ‘stukken’ of ‘formulieren’ waar ik eerder over

---

<sup>1</sup> Engels: *administrative burdens*

<sup>2</sup> Deze definitie is niet alleen geldig voor het bedrijfsleven, maar ook voor andere (overheids)organisaties.

<sup>3</sup> Zowel professionals als organisaties zijn in deze definitie als *actoren* aan te merken. Strikt genomen is in deze definitie een zorgverlener in een zorginstelling zelfs een actor-in-een-actor, die verantwoording aflegt aan het forum. In dit onderzoek schouw ik de zorgprofessionals als actoren.

<sup>4</sup> N.B.: Het ‘publieke’ aspect van verantwoording hoeft niet per sé te betekenen dat dit in openbaarheid geschiedt; het kan evenwel richting een gedelegeerde of gespecialiseerde afvaardiging van de volksvertegenwoordiging zijn (het *forum* in de definitie van publieke verantwoording).

sprak) die overlegd worden met het forum; het zijn precies deze documenten die de ‘administratie’ vormen. De werkzaamheden om in deze informatie te voorzien, is wat er verstaan wordt onder *administratieve lasten* (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b). Het Ministerie van Financiën drukt deze administratieve lasten uit in kosten, maar in de praktijk ontstaan deze kosten door de tijd en handelingen die ermee gemoeid zijn (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 235). Daarnaast komen administratieve verplichtingen niet alleen voort uit de overheid, maar kunnen deze ook door derden (zoals zorgverzekeraars) worden opgelegd. Daarnaast hebben niet alle administratieve lasten betrekking op verantwoording, maar zijn sommige lasten ook inherent aan de beroepsbeoefening. Zo zal een arts altijd enige verslaglegging doen, niet omdat hij verantwoording aan een ander wil of moet afleggen, maar omdat dit hem of haar helpt bij het behandelen van een casus. Noordegraaf en Sterrenburg definiëren het begrip daarom breder dan het Ministerie van Financiën:

*Administratieve lasten voor professionals zijn de door regels en standaarden veroorzaakte administratieve handelingen die ten behoeve van de overheid, derden en de eigen beroepsbeoefening moeten worden verricht, waarbij de omvang bepaald wordt door het aantal handelingen, hun tijdsbeslag en de administratieve beleving* (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 236).

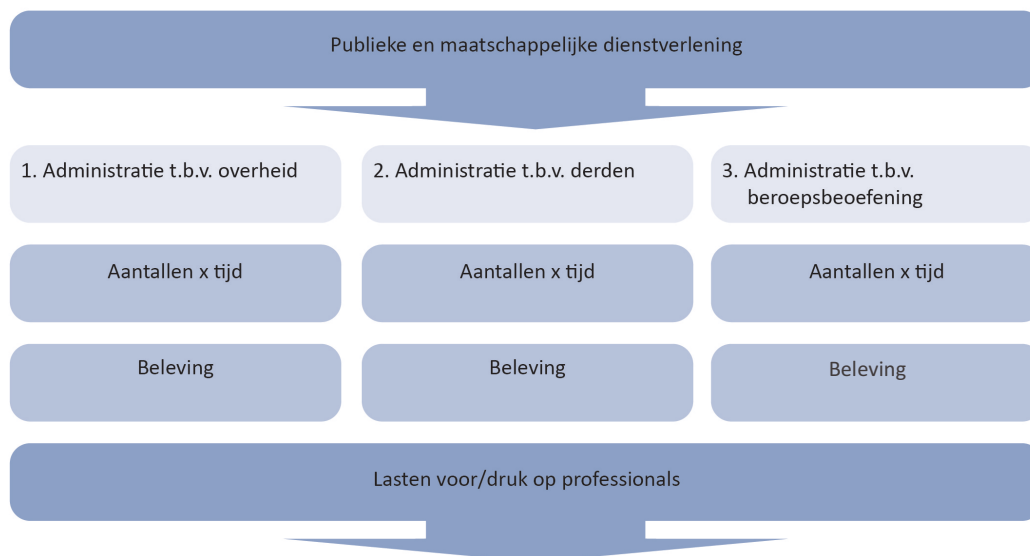
De hoeveelheid administratieve lasten waarmee publieke professionals worden geconfronteerd verschilt sterk per beroepsdomein (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009a). De lasten in bovenstaande definitie kennen niet alleen een objectief karakter, maar bestaan ook uit de de subjectieve ervaring van deze lasten door hen die ze dragen. Noordegraaf en Sterrenburg wijzen op dit verschil tussen handelingen en tijd enerzijds en *ervaren* lasten anderzijds (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, pp. 242–244). Ervaren lasten hebben betrekking op de beleving van de administratieve werkzaamheden, die ontstaat door bijvoorbeeld irritaties die door regels en administratie worden opgeroepen of de vraag wat het exacte nut is van de administratieve lasten (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 235). Andere definiëren het concept administratieve lasten uitsluitend vanuit het ervaringsperspectief, en zien administratieve lasten als “*an individual’s experience of policy implementation as onerous*” (vb. Burden et al., 2012, p. 742).

Noordegraaf & Sterrenburg noemen verschillende factoren die het ervaren van administratieve lasten kunnen beïnvloeden (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, pp. 243–244). Allereerst hebben de hoeveel *tijd* en het aantal *handelingen* die gepaard gaan met de administratieve lasten invloed op de ervaring daarvan. Daarnaast is ook de *manier waarop* geadmistreerd wordt relevant: ervaringen zullen verschillen wanneer professionals administratieve handelingen veelal *handmatig* moeten doen, in plaats van dat deze *automatisch* door ICT-systemen worden gedaan. Wanneer professionals de mogelijkheid hebben om hun taken digitaal uit te voeren in goed werkende systemen, kan dit de administratieve lasten verlichten. Een potentiële bron van frustratie is het bij herhaling invoeren van identieke gegevens, waardoor professionals geconfronteerd worden met een gevoel van tijdsverspilling. *Incidenteel administratief werk*, zoals begrotingen, jaarrekeningen of -plannen, kunnen voor een piekbelasting zorgen bij professionals, wanneer zij die moeten doen naast hun dagelijks werk.

Bij het verrichten van administratieve taken kan *ondersteuning* professionals helpen. Ondersteuning kan op verschillende wijze gegeven worden, bijvoorbeeld door professionals te helpen bij het kopiëren van documenten, of ondersteuning bij de invoer van gegevens in systemen aan te bieden. Hierbij vormt ondersteuning als het ware een ‘hitteschild’ tegen administratieve lasten (Weggeman, 2007). Burden e.a. stellen

eveneens dat de beschikbare middelen – zoals ondersteuning – van professionals de ervaring van administratieve lasten zullen beïnvloeden (Burden et al., 2012, p. 749). Daarnaast kan het inzien van nut en noodzaak van administratieve lasten ook de zwaarte van ervaren administratieve lasten verlichten. Noordegraaf & Sterrenburg zien bij de bewustwording hiervan vooral een taak voor het management weggelegd (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 247). Naast het nut van administratieve taken, kan ook het idee dat de administratieve taak onderdeel is van de taakopvatting de beleving van een professional beïnvloeden (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009a, p. 124).

Wanneer er in termen van handelingen, tijd en ervaring veel lasten bestaan wordt over verantwoordings- of lastendruk gesproken (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 235). Opgemerkt moet worden dat een als hoog *ervaren* administratieve of verantwoordingsdruk niet per definitie gelijk staat aan de daadwerkelijke eisen die aan professionals gesteld worden (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009a). Ook wanneer er weinig verantwoordingsdruk is, kan een professional wel verantwoordingsdruk *ervaren*. Deze druk kan op verschillende manieren ontstaan. Ten eerste kan er *regeldruk* zijn, wat inhoudt dat er (te) veel regels met administratieve gevolgen gelden (Gestel & Hertogh, 2006). Ten tweede zorgt *bureaucratie* als organisatiestructuur ervoor dat professionals op een wereld van formulieren, registratiesystemen en gestandaardiseerde werkprocessen stuiten, waardoor het ‘echte’ werk naar de achtergrond gedrukt wordt (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009a, p. 235). Ten derde kan druk ontstaan door administratieve werkzaamheden ten behoeve van *derden*, die aanvullende eisen stellen naast de overheid (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, pp. 235–236). Visueel kan het ontstaan van administratieve lasten(druk) als volgt worden weergegeven:



Figuur 1: Factoren in ontstaan administratieve lasten of druk (zie: Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 236).

Wanneer professionals blootgesteld worden aan administratieve lasten(druk), kan dit negatieve gevolgen hebben voor publieke dienstverlening. Zo beschrijven McCloskey & Diers hoe het herontwerp van een zorgstelsel – met een hogere verantwoordingsdruk – tot lagere kwaliteit van patiëntenzorg leidde (McCloskey & Diers,

2005). Wanneer professionals de lastendruk als hoog ervaren, kan dit gepaard met ontwijkingsgedrag en weerstand tegen beleidsinnovaties (Burden et al., 2012). Lipsky wijst er daarnaast op dat wanneer administratieve lasten (te) hoog worden, professionals gedemoraliseerd kunnen raken (Lipsky, 2010, p. 30). Nu duidelijk is hoe (ervaren) administratieve lasten eruit zien, ga ik in op de manier waarop deze vorm krijgen binnen de GGZ.

#### 2.1.4 Administratie in de GGZ

Sinds 2006 verloopt het administratieve proces in de GGZ via diagnose-behandelcombinaties (Janssen & Soeters, 2010). Hieronder beschrijf ik hoe dit administratieve proces eruitziet. Zoals in de inleiding al gesteld werd is een DBC een digitaal gegevensbestand. Een DBC beschrijft *“het traject tot maximaal 365 kalenderdagen dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde ggz-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt”* (DBC Onderhoud, 2017). Deze bestanden worden aangemaakt en gevuld met informatie, en na afloop van een traject ook weer afgesloten. Deze handelingen moeten gedaan worden door de zorg verlenende instantie of professional. De DBC-systematiek volgt een proces van registratie, validatie, afleiding en declaratie:



Figuur 2: Verloop verantwoordingsproces via DBC-systematiek (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

In de registratiefase dienen zorgverleners een primaire diagnose vast te stellen bij cliënten en deze vast te leggen in de DBC. Daarnaast moeten zij gedurende het verloop van de behandeling de volgende gegevens vastleggen: *“patiëntgerichte activiteiten, verblijfsdagen, dagbesteding en verrichtingen en de daaraan bestede tijd of aantallen”* (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017). Deze gegevens moeten tegenwoordig digitaal vastgelegd worden via elektronische patiëntendossiers. Wanneer de behandeling van een cliënt klaar is of de maximale looptijd van 365 dagen heeft bereikt, wordt een DBC gesloten. Daarmee komt de registratiefase ten einde. Deze fase is ook wel te zien als de informatiefase van verantwoording (Bovens & Schillemans, 2009). Vervolgens volgt de validatie van de DBC. Dit is een softwarematige controle die zorgorganisaties verplicht in hun registratie- en declaratiesoftware moeten integreren. Middels deze controle wordt de betrouwbaarheid van de DBC getoetst en de juistheid van de registratie geverifieerd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2018). Wanneer er fouten of onvolledigheden worden ontdekt in een DBC, zal dit gemeld worden aan de zorgverlener. De validatie is vergelijkbaar met de debatfase van verantwoording. De laatste stap voordat de geleverde zorg kan worden gedeclareerd is de afleiding. Ook deze stap behelst een softwarematig proces, waarbij door een algoritme bepaald wordt onder welke ‘behandelprestatie’ of ‘productgroep’ een DBC valt, en welke beloning (lees: de bijbehorende geldelijke vergoeding) hiertegenover staat. Dit is een geautomatiseerde beoordelingsfase (Bovens & Schillemans, 2009). Dit bedrag wordt vervolgens gefactureerd door de zorgverlener aan de zorgverzekeraar, en de gegevens worden doorgestuurd naar het DBC Informatie Systeem (DIS) van de NZa. Met behulp van het

DIS probeert de NZa de totale geleverde zorg in Nederland inzichtelijk te maken en de zorgprestaties te verbeteren (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

Middels de DBC-systematiek wordt verleende geestelijke gezondheidszorg vastgelegd en gevalideerd en bepaald welke vergoeding voor de zorgverlener hiertegenover staat. De DBC-systematiek geeft betrokken partijen – overheid<sup>5</sup>, zorgverzekeraars en zorgverleners – inzicht in kosten en verloop van de geleverde zorg (Janssen & Soeters, 2010).

### 2.1.5 Samenvatting

In deze paragraaf besprak ik theorie rondom administratieve lasten. Administratieve lasten vormen een onderdeel van de verantwoordingsplicht die professionals in de publieke sector moeten vervullen en hebben betrekking op de handelingen en de tijd die gemoeid zijn om te voldoen aan informatievoorzieningen ten behoeve van overheid, derden en beroepsbeoefening. Wanneer er gesproken wordt over administratieve lasten, kan er een onderscheid gemaakt worden tussen objectieve en ervaren lasten. Er zijn diverse factoren die het ervaren van administratieve lasten door professionals beïnvloeden. In de GGZ hebben administratieve lasten hoofdzakelijk betrekking op de DBC-systematiek. In de volgende paragraaf ga ik verder in op de ‘dragere’ van deze administratieve lasten: publieke professionals.

## 2.2 De publieke professional

In deze paragraaf ga ik in op de kenmerken van professionals in de publieke sector. Allereerst beschrijf ik het klassieke perspectief op professionaliteit. Daarna bespreek ik enkele ontwikkelingen die maken dat dit perspectief onvolledig de verwachtingen ten aanzien van hedendaagse professionals kan vatten. Daarom ga ik in op een tweede perspectief: de organiserende professionaliteit. Nadat duidelijk is geworden wat in dit onderzoek verstaan wordt onder professionaliteit, ga ik in op de omgang van professionals met administratieve lasten.

### 2.2.1 Klassiek professionaliteit

In het *klassieke* perspectief op professionaliteit, ook het *pure* professionaliteit genoemd, onderscheid een professie en de uitvoerende professional zich door *controlled content* (Mirko Noordegraaf, 2007, p. 768). De ‘inhoud’ van een professie bestaat uit wat de ‘technische basis’ Wilensky noemde (het rationele element van kennis) en een ethische component: de *service ideal* (Wilensky, 1964). De ‘controle’ van een professie gaat om het behalen en behouden van een geïnstitutionaliseerde plek in de samenleving die de professie legitimeert, controleert en reguleert. Trappenburg vat professionaliteit op vergelijkbare wijze samen, en wijst op drie elementen: vakinhoudelijke, specialistische kennis; een zekere ideologie en verschillende vormen van autonomie (Trappenburg, 2011). Hieronder ga ik verder in op deze elementen.

---

<sup>5</sup> In dit geval vallen onder de term ‘overheid’ de volgende partijen: het Ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, het College voor zorgverzekeringen (inmiddels Zorginstituut Nederland), het Centraal Bureau voor de Statistiek en DBC Onderhoud (inmiddels onderdeel van de NZa). (Soeters & Janssen, 2010: 41)

Een professional onderscheidt zich in dit perspectief ten eerste door de technische basis die hij of zij heeft verworven en vervolgens inzet om het werk te kunnen verrichten. Deze ‘specialized bodies of knowledge’ worden ingezet om *inferences* te maken: “*they treat individual clients, make specific decisions, analyze specific cases, or give specific advice on the basis of learned, abstract insights*” (Mirko Noordegraaf, 2007, p. 766). Deze technische kennis omvat niet alleen de opleiding en training, maar ook meer impliciete kennis en ervaring van professionals. Deze kennis wordt ook wel *tacit knowledge* genoemd, en kent een ongrijpbaar, onbewust karakter (Nonaka & Takeuchi, 1995). Deze vorm van kennis komt tot stand door een langdurig proces van socialisatie en internalisering van bepaalde normen en waarden en doorlopend leren in de praktijk. Hierdoor is deze kennis lastig te codificeren en moeilijk overdraagbaar (De Bruijn, 2011). De Bruijn illustreert wat *tacit knowledge* inhoudt met het voorbeeld van een arts:

The surgeon just operates and is often unaware of the fact that he is learning continuously. In addition, the knowledge that he gains is so natural to him, so intimately connected to his person, that he often doesn’t even know all the things he knows. (...) it [tacit knowledge] has slowly grown by continuous professional action, and a professional often finds it hard to make this knowledge explicit and explain to others what he knows and why he acts the way he does (De Bruijn, 2011, p. 6).

Dit *tacit* element is overeenkomstig met de ‘*learned, abstract insights*’ waar Noordegraaf aan refereert, die de basis vormen voor het behandelen van individuele en complexe casussen. Naast het kenniselement, typeert een zekere dienstverlenende ethiek de professionaliteit (Wilensky, 1964). Deze ethiek, terugkomend in bepaalde normatieve idealen en richtlijnen, geven richting aan het handelen en de belangen van professionals (Mirko Noordegraaf, 2015b, p. 124). Professionals weten hoe ze ‘horen te handelen’ in de individuele casussen en wat het inhoudt om – volgens de geldende standaarden – zich *professioneel* te gedragen. Daarnaast is de behandeling van individuele casussen niet het enige doel van professionele dienstverlening, tegelijkertijd werken professionals ook aan casus-overstijgende belangen van de maatschappij, zoals ‘veiligheid’ of ‘gezondheid’ (Wilensky, 1964). Het verschil met andere beroepen – minder gedreven door ideologie – wordt door Trappenburg op sprekende wijze toegelicht:

Geen banketbakker zal dikke klanten erop wijzen dat zij misschien beter geen puddingbroodje zouden kunnen eten (...) zij zijn weliswaar zeer geneigd om hun klanten ter wille te zijn, maar zij zijn eerst en vooral geëngageerd aan hun verkoopcijfers en de winst. Binnen professies ligt dat anders. Professionals zou het gaan om de behoeften van hun cliënt, niet om diens oppervlakkige preferenties, en ook niet om hun eigen omzet en winstmarges. Artsen willen niet zo veel mogelijk pillen, operaties en andere behandelingen verkopen, zij willen hun patiënten genezen. (Trappenburg, 2011, p. 170)

Het tweede kenmerk van klassieke professionaliteit is de *controle* op de professe door professionals, die daarmee vormgeven aan de politieke en sociale elementen van het werk. De professionals geven zelf vorm aan inhoud van en controle op het werk. Professionals genieten een zekere mate van institutionele autonomie, waarbij hun handelen en ontwikkelen door wet- en regelgeving gelegitimeerd en gereguleerd wordt (Freidson, 2001). Zoals Noordegraaf samenvat:

Professionalism is about control, or more precisely, institutionalized or disciplinary control of professional practices by professionals (...) vis-à-vis outside worlds. Professional work becomes professional because it is institutionalized —professionals become professionals when they are part of professions that constitute, define, and control professional work (Mirko Noordegraaf, 2007, p. 767).

Noordegraaf noemt vijf manieren waarop de controle op de eigen professe tot stand kan komen: vereniging, jurisdictie, kennisoverdracht, morele codes en supervisie (Mirko Noordegraaf, 2007, p. 768). Het gaat hierbij dus

zowel om de bescherming van de professie als geheel, als van de professional als individu. Trappenburg vat de controle van professies samen als verschillende vormen van autonomie:

- Een professie bepaalt zelf wie zich lid mag noemen, bepaalt haar eigen kwalificatie-eisen;
- Een professie bepaalt zelf hoe het werk moet worden verdeeld, wie wat mag doen;
- Een professie bepaalt controleert, berispt en straft zelf professionals die niet aan de eisen van het vak voldoen.  
(Freidson, 2001 in: Trappenburg, 2011)

Sommige professionals, zoals artsen en advocaten, genieten van oudsher een hoge mate van autonomie, maar dit geldt niet voor alle professies. Immers, niet alle professies zijn hetzelfde, en niet alle beroepen zijn in dezelfde mate geprofessionaliseerd. Zo worden 'vrije professies' (zoals artsen) gekenmerkt door veel autonomie, terwijl straatniveau professionals (zoals verpleegkundigen) moeten opereren binnen organisatorische kaders en protocollen; met andere woorden: ze genieten minder vrijheid bij hun dagelijks handelen (Mirko Noordegraaf, 2015b, p. 126). Trappenburg merkt daarbij op dat de straatniveau professionals – zoals de zorgverleners bij BuurtzorgT - in mindere mate over autonomie beschikken, maar nog steeds beschikken over specialistische kennis en zich committeren aan een of meer hogere doelen, en daarom evengoed als professionals kunnen worden aangemerkt (Trappenburg, 2011, p. 168). Het perspectief van klassieke professionaliteit is hoofdzakelijk gericht op drie kenmerken: kennis, ethiek en autonomie. Het perspectief is daarmee sterk naar binnen gericht, en hoewel deze elementen nog steeds belangrijk zijn in professioneel werk, is de context sterk veranderd. Hieronder bespreek ik enkele ontwikkelingen.

### 2.2.2 Ontwikkelingen in publieke dienstverlening

De belangrijkste ontwikkeling in de context van publieke dienstverlening noemde ik al in de inleiding: het *New Public Management*, waarbij de overheid diverse managementpraktijken introduceerde om publieke dienstverlening transparanter en efficiënter te maken. Niet alleen de overheid stelt steeds hogere eisen aan professionals, ook 'mondige burgers' hebben tegenwoordig hoge verwachtingen van publieke dienstverlening (Tonkens, 2008). Professionals moeten dus niet alleen aan hun interne standaarden voldoen, maar ook 'moderne kwaliteitsaspecten' in het oog houden, zoals tijdigheid, snelheid en efficiëntie (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 8). Noordegraaf & Siderius (2016) noemen naast bovenstaande nog andere ontwikkelingen rondom professioneel werk in de publieke sector.

Ten eerste noemen zij ontwikkelingen op het niveau van de *individuele casussen* die professionals behandelen. Professionals zouden casussen niet meer op traditionele manier kunnen behandelen (lees: op basis van hun kennis en autonomie), maar dienen deze behandelingen anders te organiseren. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt in een ziekenhuis meerdere aandoeningen heeft "*is het van belang dat artsen samenwerken om met elkaar verband houdende aandoeningen van een en dezelfde patiënt effectief aan [te] pakken*" (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 10). Professionals moeten dus over de traditioneel professionele grenzen heen kunnen samenwerken, en in staat zijn om zowel op tempo als kwalitatief in te grijpen.

Ten tweede verandert professioneel handelen ten aanzien van de omgang met *meerdere casussen*. Naast het genoemde belang van kwaliteit en tijdigheid, moeten professionals ook rekening houden met selectie, prioritering en efficiëntie van behandelingen. Dit terwijl de budgettaire ruimte verder beperkt wordt en de



variëteit aan patiënten toeneemt, waardoor een ‘evidence-based’ behandeling steeds moeilijker wordt, ondanks dat juist de behoefte naar dit type behandeling stijgt (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 11).

Ten derde verandert de behandeling van meerdere casussen *in de contexten* van stakeholders. Professionals staan onder toezicht van toezichthouders en inspectiediensten, waaraan zij in toenemende mate verantwoording moeten af leggen, veelal in de vorm van schriftelijke administratie (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b). Daarnaast liggen professionals steeds meer onder het vergrootglas van de media, waardoor er een focus op risico’s ontstaat (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, pp. 11–12). Ter voorkoming van misstappen moet professionals kwaliteitssystemen en veiligheidsmanagementsystemen ontwikkelen en onderhouden. Het omgaan met en verminderen van risico’s tijdens professioneel werk staat niet los van professioneel werk: *“acties, registraties en duidingen zijn van belang voor het organiseren van verantwoordingsprocessen en het actief vormgeven aan verantwoordelijkheid”* (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 12).

Bovenstaande ontwikkelingen vragen aan professionals om naar *buiten* te treden, en zich te verbinden met andere betrokkenen en belangen in hun werkveld. Met andere woorden, zij dienen zich te kunnen verhouden tot de verschillende *logica’s* die aanwezig zijn in publieke dienstverlening. Een logica drukt uit *“how organizational processes take place, factually and ideally, how results can be established and (...) which results are stressed and valued”* (Mirko Noordegraaf, 2015b, p. 64). Deze logica’s vertegenwoordigen de organiserende principes die vormgeven aan het gedrag van actoren in het betrokken veld (Reay & Hinings, 2009, p. 691). Freidson (2001) beschrijft drie ideaaltypische logica’s waardoor publieke

**Marktlogica:** “A world in which we are all free to buy and sell anything we choose, individually competing with each other to buy at the lowest possible price and sell for the highest possible price. (...) This world is organized around consumption, with consumer preference and choice determining whose services will succeed”

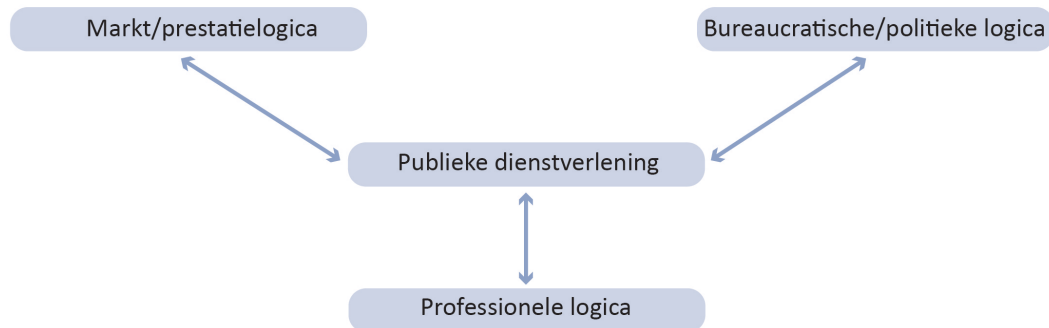
**Bureaucratische logica:** “A world in which the production and distribution of goods and services are planned and controlled by the administration of large organizations. (...) In this world, the executive officers or managers of organizations control those who produce goods and services, aiming primarily at predictability and efficiency”

**Professionele logica:** “A world in which those workers who have the specialized knowledge that allows them to provide especially important services have the power to organize and control their own work (...) They do not abuse exclusive rights, however, because they are more dedicated to doing good work for their own satisfaction and for the benefit of others than to maximizing their income”

Tabel 1: Ideaaltypische werelden volgens Freidson's logica's (Freidson, 2001, pp. 1-2)

dienstverlening kan worden aangestuurd. Ten eerste noemt Freidson de marktlogica, waarbij de vraag van een klant leidend is. Keuzevrijheid is hierbij een belangrijke waarde en vraag en aanbod bepalen de totstandkoming en regulering van dienstverlening. De tweede logica is de bureaucratische, waarin zorgvuldigheid, voorspelbaarheid en rechtsgelijkheid centraal staan. De aansturing van publieke dienstverlening kent in dat geval vooral een juridisch karakter: *“wetten en procedures geven houvast en maken de bureaucratie betrouwbaar”* (Tonkens, 2008, p. 27). Ten slotte beschrijft Freidson de professionele logica. Volgens deze logica dient publieke dienstverlening aangestuurd te worden door de specialistische kennis van ervaren en dienstbare professionals. Zie Tabel 2 voor de tekenende introductie van Freidson bij de drie logica’s. De drie logica’s zijn volgens Freidson constant aanwezig, waarbij de eerste twee de professionele zouden bedreigen (Freidson, 2001). Ook Noordegraaf noemt drie logica’s die publieke dienstverlening beïnvloeden, te weten: de prestatie, politieke en professionele logica (Mirko Noordegraaf, 2015b, p. 48; Mirko Noordegraaf, Geuijen, & Meijer, 2011, p. 447). De

manieren waarop Freidson en Noordegraaf hun logica's beschrijven zijn sterk overeenkomstig, en kunnen visueel als volgt weergegeven worden:



Figuur 3: Logica's in publieke dienstverlening (op basis van: Freidson, 2001; Noordegraaf, 2015)

Met de ontwikkelingen rondom professioneel werk en de verschillende logica's die invloed hebben op publieke dienstverlening, is het klassieke perspectief op professionaliteit weliswaar houdbaar, maar enigszins beperkt. Daarom ga ik hieronder in op een tweede perspectief: *organiserende professionaliteit*.

### 2.2.3 Organiserende professionaliteit

Het perspectief van organiserende professionaliteit is gericht op de verbinding van professionals met buitenwerelden. In dit perspectief wordt van het volgende idee van professionaliteit uitgegaan:

Professionals werken met anderen samen, werken in teams, werken over grenzen heen (bijvoorbeeld van afdelingen), verantwoorden zich daar waar nodig, reduceren risico's, sluiten aan op netwerken en gaan op zoek naar netwerken om te leren. Organiserende professionals nemen organiseren serieus en zijn in staat hun werk zelf vorm te geven. (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 13)

Het wordt meteen duidelijk dat de inhoud van professioneel handelen in dit perspectief breder is dan in het klassieke perspectief op professionaliteit. Verbinding is het centrale woord in dit perspectief, en de mate van professionaliteit wordt bepaald door na te gaan in hoeverre professionals in staat zijn zich te verbinden met verschillende *stakeholders*. Noordegraaf & Siderius beschrijven organiserende professionaliteit aan de hand van drie principes: de wijze waarop werk wordt *gecoördineerd*, de wijze waarop *autoriteit* wordt gevestigd en de *waarden* die op het spel staan (Mirko Noordegraaf, 2015a, p. 189). De inhoudelijke coördinatie van professioneel werk vindt plaats middels verbindingen tussen de betrokken actoren, zoals andere professionals en cliënten. Doordat professionals standaarden en procedures gebruiken om processen te structureren, kan dienstverlening efficiënt verlopen (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 14). Professionals behouden het gezag wanneer zij pro-actief verantwoording afleggen voor hun daden, en hierdoor verbinding aangaan met stakeholders: "*professionele dienstverlening wordt meer een kwestie van 'teamwork' en 'allianties'*" (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 15). Ten slotte zijn de waarden van organiserende professionaliteit uiteenlopend. Professionals weten hoe ze meervoudige waarden kunnen dienen, bijvoorbeeld door *trade-offs* te maken:

Het gaat hierbij niet om kwaliteit binnen professioneel werk en efficiëntie buiten professioneel werk; kwaliteit en efficiëntie behoren beide tot professioneel werk. Ze spreken zich actief uit, om een goede werk-privébalans te waarborgen, ook met het oog

op (betere) kwaliteit. Organiserende professionals beseffen tot slot dat hun werk door anderen als legitiem gezien moet worden, om gewaardeerd te worden. (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 14)

De verbinding die centraal staat in dit perspectief en de ontwikkelingen in de vorige paragraaf tezamen hebben de volgende verwachtingen ten aanzien van professioneel handelen tot gevolg gehad. Op het niveau van individuele casussen nemen zij hun organisatorische taken serieus: professionals (zelfstandig en met collega's) houden hun kennis actueel, weten zij hoe zij nieuwe technologie kunnen gebruiken, en implementeren zo mogelijk doorlopend innovaties. Op het niveau van meerdere casussen zijn professionals zelf verantwoordelijk voor het prioriteren en selecteren van cliënten en behandelingen, en hoe zij samenwerken met verschillende betrokken disciplines. Ten slotte weten professionals (gezamenlijk) bij de behandeling van casussen in context risico's te beperken en hoe er gehandeld moet worden bij eventuele fouten (m.n. op het gebied van verantwoording) (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 13).

Noordegraaf & Siderius noemen vijf actoren waarmee professionals verbinding moeten maken, namelijk: *“professionals en hun expertise, andere actoren in organisatorische omgevingen (zoals management en staf), cliënten en burgers, externe actoren die een direct belang hebben bij de geleverde diensten, en actoren met indirecte belangen (zoals journalisten, inspectie en beleidsmakers)”* (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016, p. 14).

In recent onderzoek worden enkele kanttekeningen bij organiserende professionaliteit geplaatst. Zo blijkt het ontwikkelen van verbindende vermogens bij professionals geen sinecure. Breit, Fossetøl en Andreassen (2017) wijzen op de moeilijkheid om de verscheidenheid aan waarden te overbruggen. Zij zien hierbij vooral een rol voor managers weggelegd: *“both the ability and the capacity of frontline managers to acknowledge the tensions between professional and administrative demands and engage directly with the discussions where these tensions are most pressing”* (Breit, Fossetøl, & Andreassen, 2017, p. 42). Hoewel Lalleman e.a. (2017) erkennen dat de organiserende, verbindende praktijken in toenemende mate nodig zijn, benadrukken zij eveneens dat de klassieke professionele kenmerken – lees: expertise en ethiek – minstens zo belangrijk zijn voor hedendaagse professionele dienstverlening (Lalleman, Smid, Dikken, Lagerwey, & Schuurmans, 2017).

#### 2.2.4 Professionaliteit in dit onderzoek

Vanuit de twee hierboven beschreven perspectieven kan professionaliteit in beeld gebracht worden. Wanneer de perspectieven gecombineerd worden, en de recente ontwikkelingen rondom publieke dienstverlening in ogenschouw worden genomen, wordt professionaliteit in dit onderzoek gekenmerkt door zowel bepaalde 'interne' kenmerken (kennis, ethiek en autonomie) als het vermogen om verbindingen te maken andere ('externe') actoren. In beeld ziet professionaliteit er dan als volgt uit:



Figuur 4: Klassieke en Organiserende professionaliteit in beeld (Noordegraaf, 2007; 2015).

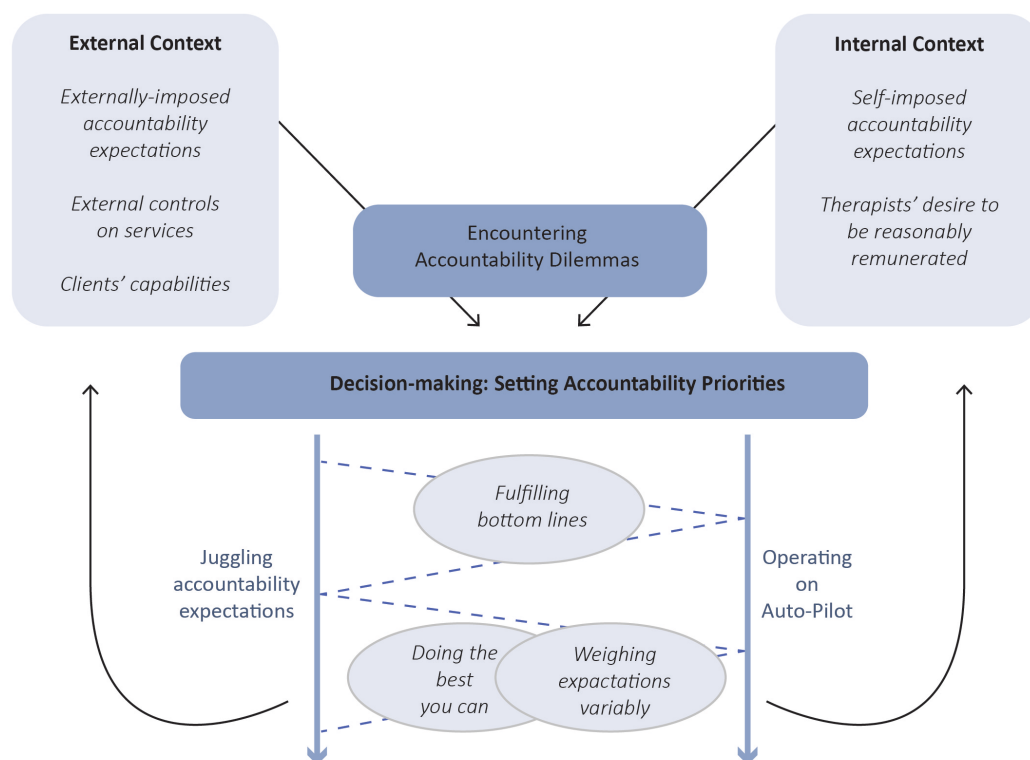
### 2.2.5 Professionals en de omgang met administratieve lasten

Freeman e.a. (2009) beschrijven hoe professionals omgaan met publieke verantwoordingsverwachtingen. Ook deze auteurs erkennen dat hedendaagse professionals in toenemende mate geconfronteerd worden met hoge standaarden met betrekking tot professioneel werk en verantwoording (Freeman et al., 2009, p. 1064).<sup>6</sup> Door hoge eisen en uiteenlopende verwachtingen – denk aan de verschillende actoren en logica's – kan het voorkomen dat professionals moeten reageren op incongruente verwachtingen. Wanneer een professional bijvoorbeeld zijn dienstverlening organiseert volgens de richtlijnen voor *best practices*, kan dit tot negatieve

<sup>6</sup> De auteurs noemen hiervoor verschillende redenen, waaronder financiële druk, de opkomst van consumentisme, toegenomen erkenning van het belang van cliëntenbetrokkenheid, grotere invraagstelling van professionele autoriteit en de perceptie dat het publieke belang onvoldoende wordt beschermd door zelf-regulerende mechanismen (Freeman et al., 2009: 1064)

(financiële) consequenties leiden, wanneer een professional hierdoor buiten het mandaat van een forum opereert (Freeman et al., 2009, p. 1064).

De auteurs beschrijven een *externe* en *interne* context van verantwoordingsverwachtingen, die van invloed zijn op de omgang met verantwoordingsverplichtingen (de administratieve lasten in dit onderzoek). De externe context bestaat uit drie delen (zie figuur 3). Ten eerste de verwachtingen en beperkingen ten aanzien van dienstverlening die de professionals worden opgelegd, zoals beroepsnormen, juridische verplichtingen, cliëntgerichte dienstverlening en verantwoording van uitgaven. Dit zijn de administratieve lasten in objectieve zin, zoals die zijn beschreven in de vorige paragraaf. Ten tweede worden controles op dienstverlening genoemd, bijvoorbeeld op welke diensten verleend worden en de hoeveelheid diensten die aangeboden worden verleend. Ten derde zien sommige professionals hun cliënten ook als onderdeel van de externe context, omdat zij



Figuur 5: Verantwoordingsverwachtingen en besluitvorming (Freeman et al., 2009, p. 1066)

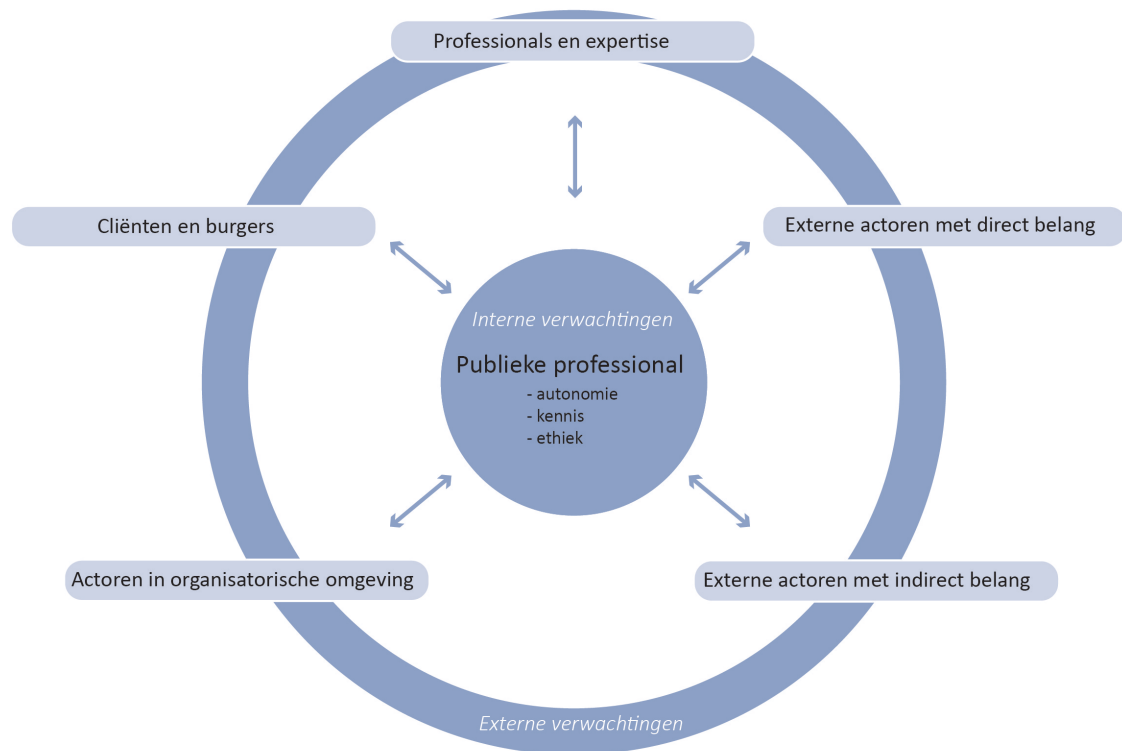
bijvoorbeeld niet of beperkt in staat zijn om de vereiste toestemming te verlenen. De interne context verwijst naar de eigen verwachtingen van professionals ten aanzien van verantwoording en hun wens om redelijk beloofd te worden voor dienstverlening (Freeman et al., 2009, p. 1066).

In sommige gevallen zullen de externe en interne verwachtingen precies overeenkomen. Wanneer dit niet het geval is, ontstaat er volgens Freeman e.a. een *verantwoordingsdilemma*, waarbij professionals moeten beslissen hoe ze hiermee omgaan. Dit besluitvormingsproces wordt gezien als een proces van prioriteren en de uitkomst van dit proces wordt hoofdzakelijk gestuurd door twee nauw verweven componenten: enerzijds de denkprocessen die gebruikt worden bij de besluitvorming en anderzijds de aard van de beslissingen. Dit wordt het 'dynamische samenspel' tussen context en besluitvorming genoemd (Freeman et al., 2009, p. 1063). In de

denkprocessen wisselen professionals bewuste besluitvorming ('juggling accountability expectations') af met opereren op basis van automatismen ('tacit ongoing practice') (Freeman et al., 2009, p. 1066). De aard van beslissingen is van belang, omdat zorgverleners bepaalde *bottomlines* hanteren: sommige besluiten *moeten* zij nemen en zijn voor hen niet onderhandelbaar. De belangrijkste bottomline voor zorgverleners beschrijven Freeman e.a. als "*doing the best you can*" (Freeman et al., 2009, p. 1067). Deze bottomline vraagt een voortdurende weging van verschillende verwachtingen en professionals zullen – afhankelijk van de door hen gegeven betekenis aan 'het beste' – bepalen hoe zij omgaan met verantwoordingsverwachtingen en eventuele dilemma's. Professionals kunnen in vergelijkbare situaties tevreden zijn met verschillende uitkomsten van hun genomen besluiten, omdat professionals verschillende opvattingen kunnen hebben over de betekenis van 'hun best doen' (Freeman et al., 2009, p. 1068).

### 2.2.6 Samenvatting

In deze paragraaf ging ik in op de betekenis van professionaliteit, ontwikkelingen daaromheen, en de omgang met administratieve lasten door professionals. Freeman et al. (2009) geven in hun model specifiek aandacht aan de externe en interne verwachtingen ten aanzien de omgang met administratieve lasten. Deze twee typen verwachtingen sluiten goed aan bij de kenmerken van professionaliteit die ik hierboven besprak. Een professional zal bij het omgaan met administratieve lasten vermoedelijk een afweging maken tussen de waarde of het belang van de externe verwachtingen (van verschillende actoren waarmee zij zich moeten verbinden) en de eigen visie ten aanzien van verantwoording, die gebaseerd is op de eigen kennis en ethische waarden. In figuur 5 heb ik deze situatie visueel weergegeven. Hierin wordt de professional centraal gepositioneerd, die met zijn 'interne' kenmerken als basis, te midden van de verwachtingen van externe actoren waarmee hij of zij zich (bijvoorbeeld via te dragen van administratieve lasten) moet verbinden:



Figuur 6: Integratie van professionaliteit (Noordegraaf, 2007; 2015) en verantwoordingsverwachtingen (Freeman et al., 2012)

In deze paragraaf werd duidelijk dat professionals verantwoordelijk zijn voor verbinding met de 'organisatorische actoren' en verwacht wordt dat ze in teams werken (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016). Ook werd duidelijk dat de 'externe' verwachtingen (van organisaties) een rol spelen in de omgang met administratieve lasten (Freeman et al., 2009). Daarom is het van belang om voldoende begrip te hebben van de organisatiecontext waarbinnen professionals hun administratieve lasten dragen. Hieronder ga ik verder in op theorie rond de wijze waarop BuurtzorgT georganiseerd is: zelfsturende teams.

## 2.3 Zelfsturende teams

In deze paragraaf ga ik in op de oorsprong en betekenis van het concept 'zelfsturende teams', waarmee gewerkt wordt bij BuurtzorgT. Ook bespreek ik de motieven om hiermee te werken en eventuele uitdagingen daarbij.

### 2.3.1 Oorsprong en definitie

Sinds de jaren '70 heeft het werken in teams een vlucht genomen en werken steeds meer organisaties in teamverband (Hackman & Wageman, 2005). Met deze toename is ook de diversiteit aan teamsoorten gegroeid. Sommige teams, bekend in de wetenschappelijke literatuur als *(semi-)autonome taakgroepen* of *zelfsturende teams*, worden gekenmerkt door het feit dat teamleden veel beslissingen ten aanzien van het werkproces zelf

(mogen) nemen (Goodman & Haran, 2009, p. 737). Het concept van zelfsturende teams is afkomstig van de sociotechnische benadering van organisaties:

De sociotechniek is een toegepaste wetenschap, gericht op het verbeteren van het functioneren van zowel mens als organisatie, door middel van aanpassing of fundamenteel herontwerp van zowel de techniek als de menselijke arbeidstaken. Het is daarmee een integrale benadering, sociale en technische aspecten van organisaties worden in onderlinge samenhang beschouwd en op elkaar afgestemd (Tjepkema, 2003, p. 2).

Het draait in de sociotechniek dus om de afstemming van sociale en technische aspecten van arbeid (van Eijnatten, 1992). De oorsprong van de sociotechniek ligt in onderzoek van Trist & Bamforth (1951), waarin samenwerkingsverbanden in Britse mijnen werden bestudeerd die voor die tijd opvallend waren. Tot dat moment was de Tayloristische benadering, waarbij vergaande arbeidsdeling en strikte controle door managers op het arbeidsproces centraal staan, de meest voorkomende manier om arbeid te organiseren (van Eijnatten, 1992).<sup>7</sup> De door Trist & Bamforth beschreven samenwerkingsverbanden in de mijnen onderscheidden zich door een 'horizontale' samenwerking tussen medewerkers, die onderling taken uitwisselden, en gezamenlijk zonder tussenkomst van managers beslissingen namen ten aanzien van het productieproces en planning daarvan (van Eijnatten, 1992). Sindsdien hebben vele onderzoeken zich gericht op vergelijkbare teams (Balkema & Molleman, 1999; vb. Cohen, 1993; Langfred, 2000; Manz, 1992; van Eijnatten, 1992; Wageman, 2001). De definities van zelfsturende teams lopen in de literatuur sterk uiteen. Tjepkema (2003) heeft uit verschillende definities de volgende centrale kenmerken van zelfsturende teams gedestilleerd:

- Het team voert een volledige taak uit (inclusief taken als onderhoud, kwaliteitszorg): werkt aan een betekenisvol deel van het werkproces, dat resulteert in een duidelijk product of duidelijke dienst;
- Het team draagt hiervoor een gedeelde (team)verantwoordelijkheid;
- Het team is ook verantwoordelijk voor managen van zichzelf (voert de traditionele coördinatie- en supervisie-taken zelf uit) (Tjepkema, 2003, p. 14).

De drie kenmerkende elementen sluiten aan bij de integrale benadering die de sociotechniek voorstaat. Naast de primaire taak moeten teamleden ook randvoorwaarden organiseren en zichzelf *managen*. Bij dit soort managementtaken kan gedacht worden aan het voeren van gesprekken over beoordeling en feedback, de werving en selectie van nieuwe teamleden, het maken van taakplanningen of het verdelen van taken binnen het team (Manz, 1992, p. 106). Een kortere definitie van zelfsturende teams – overeenkomstig met die van Tjepkema – wordt gegeven door Langfred: “*groups of interdependent individuals that can self-regulate on relatively whole tasks*” (Langfred & Moye, 2004, p. 385). Het aspect van zelfreguleren verwijst naar de toestemming en vaardigheid om te handelen zonder daarbij per sé goedkeuring aan een leidinggevende te vragen (Balkema & Molleman, 1999). De aspecten van werk waarbij een team mag en kan zelfreguleren, zal per team en situatie verschillen. Langfred (2000) heeft daarbij opgemerkt dat een hoge mate van autonomie voor een groep niet hoeft te betekenen dat een individu binnen die groep ook een hoge mate van autonomie ervaart (Langfred, 2000, p. 563)

---

<sup>7</sup> Het Taylorisme wordt gezien als de eerste wetenschappelijke stroming in de managementliteratuur. Grondlegger Frederick Taylor (1911) presenteerde in *The Principles of Scientific Management* een aantal wetenschappelijke uitgangspunten om de productiecapaciteit van organisaties te vergroten. Kenmerkend voor de benadering zijn de vergaande arbeidsdeling in productieprocessen, waarbij de aansturing van en controle op arbeiders in handen was van managers.



### 2.3.2 Motieven om in zelfsturende teams te werken

De motieven om in organisaties te werken met zelfsturende teams lopen uiteen. Een van de oudste ideeën achter zelfsturende teams is dat ze beter in staat zijn in te spelen op een veranderende omgeving, vergeleken met hiërarchische organisaties. Of zoals Trist stelde: *“new approaches are required to deal with the increasing interdependence, complexity, and uncertainty in the environments of these organizations”* (Trist, 1977 in: Manz & Sims, 1987, p. 106). Dit was en is nog steeds één van de belangrijkste motieven met zelfsturende teams te werken (Balkema & Molleman, 1999; Manz, 1992; Tjepkema, 2003). Daarnaast zijn zelfsturende teams geassocieerd met een hogere motivatie van en betrokkenheid onder medewerkers, verbeterde onderlinge samenwerking en lagere uitval (Goodman & Haran, 2009; Langfred, 2000). Ook Haas (2010) wijst erop dat autonomie teamleden motiveert en tot verantwoordelijkheidsgevoel leidt (Haas, 2010, p. 990). Werken in zelfsturende teams is daarnaast geassocieerd met verbeterde prestaties (Cordery, Morrison, Wright, & Wall, 2010). Tjepkema (2003) noemt als motief *“het vergroten van de ontplooiingsmogelijkheden of het versterken van betrokkenheid van medewerkers”* (Tjepkema, 2003, pp. 2–3). Ook Goodman & Haran stellen dat deze teams gefocust zijn op leren, wat de groei van de organisatie ten goede komt (Goodman & Haran, 2009, p. 738). Het idee dat zelfsturende teams ontplooiingsmogelijkheden en leerprocessen stimuleren, sluit aan bij de voorwaarden die Surowiecki (2004) beschreef voor innovatieve groepen. Volgens hem kunnen groepen alleen maar innovatief zijn wanneer ze gevarieerd zijn en gedecentraliseerd werken in de afwezigheid van hiërarchie (Surowiecki (2004) in: De Bruijn, 2011, p. 19).

### 2.3.3 De keerzijde van zelfsturende teams

Ondanks de voordelen die met zelfsturende teams zijn geassocieerd, is er ook literatuur die een andere kant belicht. Zo sommen Morgeson e.a. (2006) enkele risico's voor organisaties op, wanneer ze hun medewerkers in zelfsturende teams laten werken: *“workers will make poor decisions, be negligent in their duties, or otherwise act in ways that are inconsistent with organizational interests”* (Morgeson, Johnson, Campion, Medsker, & Mumford, 2006, p. 335). Daarnaast is er bewijs dat de algehele prestaties (in termen van productie of omzet) van een organisatie kunnen verminderen, als gevolg van individualistisch of ontwijkingsgedrag (Wageman, 2001, p. 560). Daarbij kan een hoge mate van autonomie in combinatie met een groot onderling vertrouwen ervoor zorgen dat medewerkers elkaar minder controleren, met verminderde kwaliteitsafname als gevolg (Langfred, 2004). Haas (2010) wijst erop dat teams binnen een organisatie geïsoleerd kunnen raken, omdat ze te weinig gebruik maken van externe kennis, die wel aanwezig is bij andere teams in de organisatie (Haas, 2010, p. 989). De Bruijn beschrijft een vergelijkbaar proces onder professionals: *“autonomy can degenerate into isolation. For example: a group of professionals' total insensitivity to signals from the outside world, because they come from the outside world. Isolated groups often show 'defensive behaviour': there is no room for new perspective and beliefs”* (De Bruijn, 2011, p. 36).

Het feit dat teams autonoom werken leidt dus niet noodzakelijkerwijs tot een betere samenwerking of gezamenlijk leerproces. Daarbij hoeft de 'vrijheid' die medewerkers geboden wordt in zelfsturende teams niet altijd als 'ruimte' ervaren te worden. Wanneer teams meer zelfstandig worden, en ze meer vrijheid krijgen ten opzichte van de rest van de organisatie, hoeft dat niet te betekenen dat medewerkers binnen die teams dit ook

daadwerkelijk zo ervaren (Barker, 1993). In plaats van één leidinggevende, worden teamleden allemaal een beetje leidinggevende of manager, wat de druk om te presteren op onaangename wijze kan vergroten. Een sprekend voorbeeld komt aan bod in het onderzoek van Barker, wanneer een medewerker zijn oude en nieuwe werksituatie beschrijft: in eerste instantie hoeft hij alleen rekening te houden met één baas, maar *“now the whole team is around me and the whole team is observing what I’m doing”* (Barker, 1993, p. 408). De medewerker voelt in plaats van meer, minder ruimte door de gedeelde verantwoordelijkheid van teamleden.

Wanneer zelfsturende teams geïntroduceerd worden kan dat volgens Balkema & Molleman (1999) gepaard gaan met moeilijk te overkomen obstakels. Zij beschrijven verschillende barrières die het succes van zelfsturende teams in de weg kunnen staan. Ten eerste kunnen managers in een organisatie weerstand bieden tegen hun nieuwe rol; eerder bezaten zij een leidinggevende positie, terwijl zij bij zelfsturende teams een meer faciliterende rol moeten invullen. Ten tweede zullen niet alle medewerkers blij zijn met de taakverbreding en nieuwe verantwoordelijkheden: sommigen zien dit als een uitdaging, anderen als een ongewenste ontwikkeling, omdat zij zich bijvoorbeeld sterk identificeren met hun eerdere takenpakket. Een derde barrière bij de implementatie kan worden gevormd door de vaardigheden en leercapaciteiten van medewerkers: zij zullen zich mogelijk nieuwe technische en sociale vaardigheden moeten aanmeten, maar het is de vraag of eenieder hiertoe in staat is (Balkema & Molleman, 1999, pp. 136–138).

#### 2.3.4 Samenvatting

In deze deelparagraaf besprak ik theorie rondom zelfsturende teams. Deze teams worden gekenmerkt door het feit dat teamleden een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor brede takenpakketten, waarbij zij niet alleen verantwoordelijk zijn voor een product of dienst, maar ook alle managementtaken daaromheen. Zij werken daarbij zonder directe hiërarchisch manager. Er zijn verschillende motieven om in organisaties op deze manier te werken, en verschillende uitdagingen in de literatuur beschreven die ermee gepaard kunnen gaan.

## 2.4 Samenvatting

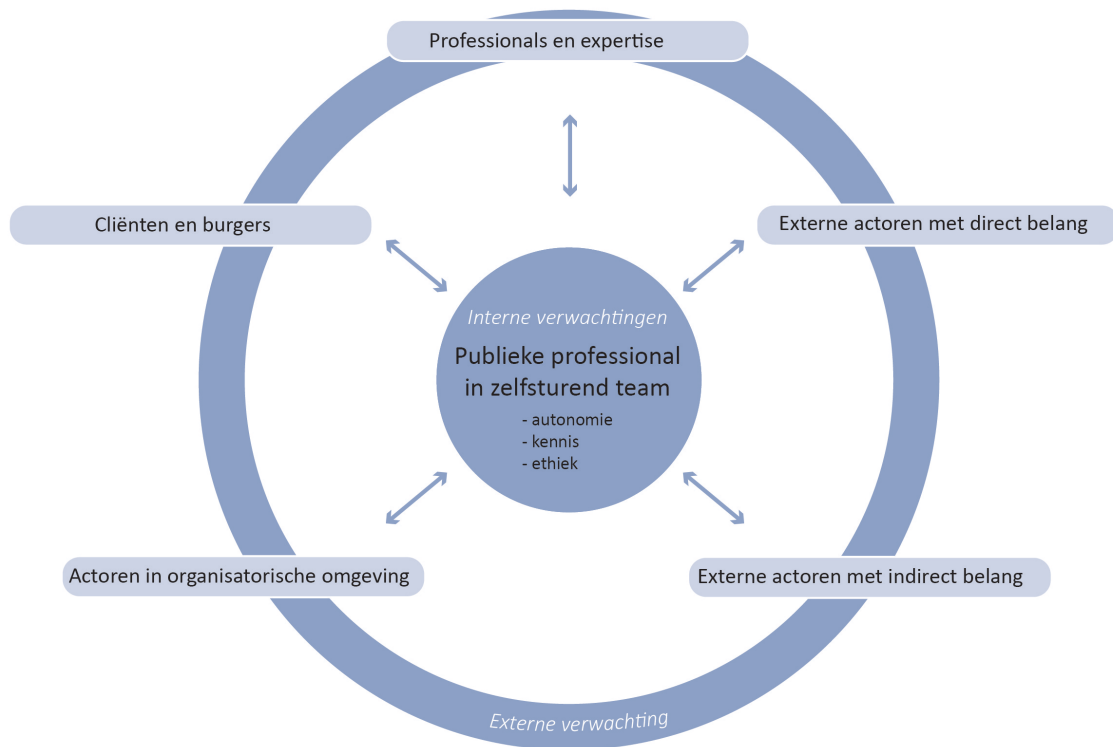
In dit theoretisch kader ging ik in op drie concepten: administratieve lasten, professionaliteit en zelfsturende teams. In de eerste paragraaf besprak ik dat administratieve lasten onderdeel vormen van de informatiefase van verantwoordingsprocessen. Daarbij is er een verschil tussen objectieve en ervaren lasten, en er zijn verschillende factoren die invloed hebben op deze ervaring. In de GGZ, worden de administratieve lasten vormgegeven door de DBC-systematiek.

Deze administratieve lasten worden gedragen door professionals. In de tweede paragraaf besprak ik daarom wat het inhoudt om een professional te zijn en verschillende ontwikkelingen die professioneel werk hebben beïnvloed. In dit onderzoek zie ik een professional als iemand met specialistische kennis, een bepaalde dienstverlenende ethiek en een zekere mate van autonomie om zelfstandig te handelen. Daarnaast heeft een professional het vermogen om zich te verbinden met andere stakeholders (onder andere middels verantwoording en het vervullen van administratieve plichten) en weet hij of zij trade-offs te maken tussen verschillende belangen. De verschillende actoren waarmee professionals zich moeten verbinden vormen de externe context van verantwoordingsverwachtingen. Deze actoren zijn dus mede-bepalend voor de administratieve lasten waarmee professionals geconfronteerd worden. Hoe een professional met deze lasten omgaat, is afhankelijk van de verwachtingen die een professional ('intern') en actoren ('extern') hebben ten aanzien van verantwoording, wat professionals verstaan onder 'hun best doen' en welke *bottomlines* zij hanteren.

In de derde paragraaf besprak ik het concept van zelfsturende teams. Deze teams worden vooral gekenmerkt door taakverbreding – naast het primaire proces zijn teamleden ook verantwoordelijk voor coördinatie- en managementtaken – en een hoge mate van vrijheid om deze taken zonder tussenkomst van een manager te verrichten. In de literatuur worden verschillende positieve en negatieve uitkomsten beschreven, die het werken in zelfsturende teams met zich mee kan brengen. Het feit dat zorgverleners bij BuurtzorgT werken in zelfsturende teams impliceert dat zij zelfstandig de verbinding met, en trade-offs tussen de belangen van verschillende actoren moeten maken, op basis van de kennis en ethiek die zij hebben meegekregen.

Ik heb een visuele weergave gemaakt van de situatie waarin zorgverleners van BuurtzorgT zich op basis van bovenstaande theorie bevinden (zie figuur 6, uitbreiding van figuur 5). Professionals worden gekenmerkt door kennis, autonomie en ethiek. Professionals moeten daarnaast verbindingen leggen met diverse actoren in hun omgeving, en het feit dat zij in zelfsturende teams werken impliceert dat zij dit zelfstandig kunnen, als onderdeel van een breder takenpakket. Het leggen van verbinding gebeurt onder andere door het dragen van administratieve lasten, die mede zijn vormgegeven door de externe actoren waarmee zij zich moeten verbinden (denk aan de zorgverzekeraar en NZa als 'externe actor met direct belang' en BuurtzorgT als 'actor in de organisatorische omgeving'). De administratieve lasten worden in de GGZ gevormd door de DBC-systematiek (deze zijn niet specifiek zichtbaar in het model).

In het volgende hoofdstuk presenteer ik de bevindingen van dit onderzoek, die ik mede heb gestructureerd aan de hand van de theorie. Ook zal de theorie gebruiken in de analyse in hoofdstuk 5.



*Figuur 7: Conceptueel model voor dit onderzoek*

## 3 Methode

In dit hoofdstuk bespreek ik de opzet van dit onderzoek en de keuzes die ik gemaakt heb tijdens de uitvoering ervan. Allereerst ga ik in op de onderzoeksbenadering, waarna ik het ontwerp van het onderzoek toelicht. Daarna beschrijf ik op welke wijze de verzamelde data is geanalyseerd en ten slotte bespreek ik wat ik heb gedaan om de validiteit en betrouwbaarheid van dit onderzoek te waarborgen.

### 3.1 Onderzoeksbenadering

#### 3.1.1 Type onderzoek

Centraal in dit onderzoek staan de zorgprofessionals van BuurtzorgT en de betekenis die zij geven aan hun administratieve lasten. Daarom heb ik gekozen voor een kwalitatieve, interpretatieve onderzoeksopvatting. Dit type onderzoek richt zich op *“het begrijpen van betekenissen die mensen toekennen aan gebeurtenissen in hun dagelijks leven”* (Boeije, 2016, p. 22). Deze opvatting gaat ervan uit dat er geen ‘externe’ werkelijkheid is. In plaats daarvan wordt ervan uitgegaan dat de werkelijkheid wordt gecreëerd door mensen, door middel van de betekenissen die zij geven aan verschijnselen, welke zij daarnaast onderling uitwisselen in hun interacties. Ik wil in dit onderzoek het perspectief van de zorgverleners weergeven door hun taal en gedrag te verzamelen en analyseren. Het onderzoek kent door het gebruik van observaties, veldnotities en fotografie ook een etnografisch karakter. Etnografisch onderzoek kent haar oorsprong in de antropologie, en kenmerkt zich vooral door het feit dat een onderzoeker zich onderdompelt in een sociale omgeving voor een langere periode, om lokale dynamieken en culturen te onderzoeken (Bryman, 2016, p. 690).

#### 3.1.2 Rol van theorie

Theorie speelt een noodzakelijke, maar uitdagende rol in kwalitatief onderzoek. Enerzijds voorziet de theorie mij als onderzoeker van basiskennis, die helpend is bij het waarnemen van fenomenen. Ook kan ik als onderzoeker met deze kennis verder bouwen op bestaande theorie en daarmee wetenschappelijke kennis uitbreiden. Anderzijds kunnen bestaande theoretische inzichten mijn blik beperken: in zo’n geval is theorie te vergelijken met een ‘dwangbuis’ (Blumer, 1954 in: Bryman, 2016, p. 383). Tijdens het onderzoek merkte ik dat de theorie mij inderdaad hielp om de sociale wereld van de zorgverleners te begrijpen. De door Noordegraaf & Sterrenburg (2009) beschreven invloeden op ervaren administratieve lasten werkten bijvoorbeeld verhelderend bij het doen van observaties en afnemen van interviews, maar ik moest oppassen om niet bij deze concepten te blijven hangen. Ik merkte in sommige gevallen dat ik tijdens interviews ‘op zoek ging’ naar wat ik in de theorie gelezen had. Door middel van gestructureerde reflectie (zie paragraaf 3.4.1) heb ik geprobeerd om de theoretische concepten zoveel mogelijk dienend te gebruiken, zonder hen dominant te laten zijn.

In dit onderzoek heb ik gebruik gemaakt van *sensitizing concepts*. Dit zijn theoretische concepten die als een (eerste) bril fungeerden waarmee ik het onderzoeksveld betrad. Daarnaast inspireerden deze concepten mij bij het formuleren van een vraagstelling (Boeije, 2016, pp. 42–43). In mijn onderzoeksopzet waren de sensitizing concepts ‘administratieve lasten’ en ‘zelfsturende teams’. Daarnaast voorzag deze theorie mij van thema’s om te bespreken in de interviews met respondenten. Naast theorie rondom administratieve lasten en zelfsturende

teams, bleek later in het onderzoeksproces ook theorie omtrent professionaliteit zeer bruikbaar het interpreteren van de resultaten, daarom is deze toegevoegd aan het theoretisch kader.

De concepten die ik in hoofdstuk twee heb besproken, spelen ook een rol in de analyse van dit onderzoek. Ik zal hierbij theorie op abductieve wijze gebruiken: bij abductie maakt een onderzoeker gebruik van verschillende theoretische inzichten om de best passende verklaring te vinden (Boeije, 2016, p. 103). Bij abductie wordt bij de beschrijving en verklaring van de sociale wereld de nadruk gelegd op het wereldbeeld van degenen die onderzocht worden (Bryman, 2016, p. 394).

## 3.2 Onderzoeksontwerp

### 3.2.1 Setting

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden is dit onderzoek opgezet als een kwalitatieve casestudie, waarbij ik één specifieke situatie diepgaand onderzoek (Boeije, 2016). Hoewel ik één organisatie heb onderzocht, ben ik met zorgverleners uit verschillende teams in gesprek gegaan. Daarom is dit onderzoek ook te zien als een *meervoudige* casestudie. Volgens Bryman (2016) bestaan er verschillende typen casestudies. Dit onderzoek is een *exemplifying case*, waarbij wordt ingegaan op de dynamiek van alledaagse situaties. Gezien het feit dat zorgverleners dagelijks met administratieve lasten worden geconfronteerd is voor dit type onderzoek gekozen (Bryman, 2016, p. 62).

BuurtzorgT is een zorginstelling waar momenteel zo'n 150 medewerkers werken, de zelfsturende teams variëren in grootte van twee tot acht medewerkers. Omdat de respondenten en teams door heel Nederland verspreid waren, heb ik geen vaste werk- of onderzoekslocatie gehad. Ik ben door het land gereisd om de respondenten te bezoeken en spreken op hun wijkkantoren. Daarnaast werkte ik thuis of op de universiteit aan dit onderzoek. Omdat de zorg in deze casus vooral een aangelegenheid is tussen professional en cliënt, kan er gesproken worden van een *gesloten* omgeving (Bryman, 2016, p. 433). Hierbij was mijn rol als onderzoeker bekend bij respondenten en betrokkenen, dit was nodig mijn om aanwezigheid in dit gesloten veld te kunnen realiseren.

### 3.2.2 Dataverzameling

Omdat bij de bestuurder en mijzelf onduidelijk was welke thema's voor dit onderzoek precies relevant konden zijn, ben ik zo open mogelijk het onderzoek in gegaan. Dit betekent concreet dat de eerste onderzoeksfase bestond uit informele gesprekken, oriënterende interviews met diverse betrokkenen (bestuurder, administratief personeel, zorgverleners en teamcoach), en participerende observaties op het hoofdkantoor en in een van de zelfsturende teams. Hieruit concludeerde ik dat ik verder 'het veld' in moest trekken, en de zorgverleners de centrale actoren van het onderzoek moesten worden. Hieronder ga ik in op de selectie van respondenten en de rol van fotografie in dit onderzoek. Daarnaast bespreek ik de opzet en het verloop van de semi-gestructureerde interviews, en bespreek ik andere gebruikte methoden die ik gebruikte bij de dataverzameling.

#### *Selectie van respondenten*

De selectie van zorgverleners die onderdeel zijn van mijn onderzoek, is tot stand gekomen via *purposive*

*sampling*, waarbij ik doelgericht op zoek ben gegaan naar respondenten in de organisatie (Bryman, 2016, p. 410)b. In totaal heb ik 15 respondenten geselecteerd voor mijn onderzoek. Bij de selectie heb ik rekening gehouden met de diverse functies en leeftijden van medewerkers, alsook de tijd die ze bij BuurtzorgT in dienst waren. Ik heb de respondenten via mail en/of telefoon benaderd en uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek. Sommige respondenten gaven aan te druk te zijn; ik ben eenmaal doorverwezen naar een teamlid van betreffende respondent, waardoor ook via de selectiemethode *snowballing* respondenten verzameld zijn (Bryman, 2016, p. 415). Ook werd de zoektocht uitgebreid via het intranet van de organisatie, waar een oproep werd geplaatst aangaande het onderzoek. Hierop volgde al snel meerdere reacties, waaruit ik de laatste vier respondenten selecteerde.

Naam	Functie	Leeftijd	Aantal jaren bij BuurtzorgT	Aantal foto's
Gerda	Psychiatrisch verpleegkundige	25-34	1,5	9
Carla	Maatschappelijk werker	45-54	4,5	13
Eva	Sociaal Psychiatrisch Hulpverlener	55+	5	14
Franca	Psychiater	55+	4,5	-
Maria	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	55+	4	8
Romana	Psychiatrisch verpleegkundige	25-34	3,5	7
Chanine	Verpleegkundige	45-54	2	-
Lyda	Psychiatrisch verpleegkundige	35-44	1,5	9
Floortje	Psychiatrisch verpleegkundige	25-34	1	5
Sophie	Psychiatrisch verpleegkundige	35-44	1	2
Sanne	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige	45-54	1,5	-
Dorien	Maatschappelijk werker	45-54	2	4
Liesje	Psychiatrisch verpleegkundige	35-44	1	9
Geraldine	Psychiatrisch verpleegkundige	55+	3	10
Simone	Maatschappelijk werker	45-54	4,5	4

Tabel 3: Overzicht van respondenten (geanonimiseerd)

### Respondent-geleide fotografie

Om dichtbij de dagelijkse werkelijkheid van de zorgverleners te komen, maar hun werk zich veelal in de privésfeer van cliënten afspeelt, is in dit onderzoek gebruik gemaakt van respondent-geleide fotografie (H. Shortt, 2015; H. Shortt & Warren, 2012). In de aanloop naar de interviews met zorgverleners, maakte ik een afspraak met hen ter kennismaking en toelichting van de voorafgaande foto-opdracht (zie bijlage A). Het resultaat van deze foto-opdracht zou tevens onderdeel vormen van het interview. Deze techniek, ook wel *photo-elicitation* of een *dialogical approach* genoemd, geeft ruimte aan respondenten om hun leefwereld eerst visueel vast te leggen, en deze vervolgens in dialoog toe te lichten:

Researchers in a dialogical approach use visuals to engage in a conversation with actors in the field, i.e., visuals are either brought into or constructed during a research interview in order to elicit different and richer responses from the interviewee, and to gain insights into their life-worlds, experiences, and identities. (Meyer, Hollerer, Jancsary, & van Leeuwen, 2013, p. 19)

De foto's vormde dus een voedingsbron voor het gesprek. Shortt & Warren stellen dat objecten en ruimten bepaalde acties mogelijk en onmogelijk maken, daarmee vormgeven aan ons dagelijks leven, en daarom

meegenomen moeten worden in onderzoek naar het leven en werken in organisaties (H. Shortt & Warren, 2012, p. 20). Respondenten kregen de mogelijkheid om betekenis te geven aan de beelden die zij geproduceerd hadden: betekenissen die wellicht zonder deze beelden niet tot stand waren gekomen. Shortt & Warren noemen dit 'fringe benefits' die middels fotografie ontdekt kunnen worden (H. Shortt & Warren, 2012). Daarnaast kan de wereld van objecten ook een raam bieden naar persoonlijkheden en karaktertrekken (Ziller, 1990). Een foto van een iPad of laptop kon bijvoorbeeld gepaard gaan met de uitspraak "*daar ben ik niet zo van*" en een foto van een stadslandschap werd als volgt toegelicht: "*bij deze foto's dan denk ik 'dat is écht mijn werk' (...) dit is echt, dan ben ik in mijn, hoe heet dat, ben ik dan in m'n sas*" (Geraldine). Dit gaf dan weer aanleiding voor verdere vragen. De foto's gaven in de interviews dus inderdaad ruimte voor een meer emotioneel en reflectief narratief (Meyer et al., 2013). De methode sluit aan bij de gekozen interpretatieve methodologie, die probeert fenomenen te begrijpen door de (fysieke) ervaringen van mensen in kaart te brengen (Bryman, 2016). Door respondenten de camera in handen te geven, kregen zij een extra mogelijk om hun ervaringen vast te leggen en toe te lichten: het visuele element in dit onderzoek produceerde nieuwe informatie in een coproductie tussen onderzoeker, foto en respondent (Meyer et al., 2013). De foto's gaven mij letterlijk een beeld van het werk van respondenten.

Ik heb aan twaalf respondenten een wegwerpcamera uitgereikt. Zij kregen daarbij de vraag om vier foto's te maken van een typische plaats waar hun zorgtaken uitvoerden, en vier foto's te maken van typische plekken waar ze hun administratieve taak volbrachten. Nadat zij een week de tijd hadden om deze opdracht uit te voeren (soms met kleine uitloop) werd de camera opgehaald door of verstuurd naar de onderzoeker, die de foto's liet ontwikkelen en deze meebracht bij het eerstvolgende bezoek, waarbij het semi-gestructureerde interview werd afgenomen (zie voor opzet van deze interviews Bijlage B). Het interviewprotocol bevatte vragen op basis van theorie rondom administratieve lasten en zelfsturende teams, en gaf ruimte aan respondenten om hun foto's te beschrijven, en op de betekenis die de foto's voor hen had te reflecteren. Drie respondenten konden wegens verschillende omstandigheden niet meedoen aan dit gedeelte van het onderzoek, bij hen heb ik alleen het interview afgenomen.

In de opzet van dit onderzoek was een grotere plek voor de door respondenten gemaakte foto's ingeruimd. Ik was van plan om met behulp van visuele patroonanalyse de foto's van de respondenten te onderzoeken, om ook de fysieke leefwereld van de zorgverleners in kaart te brengen (H. L. Shortt & Warren, 2017). Juist omdat zij veel verschillende werkplekken hebben wegens de ambulante werkwijze, leek me dit een interessante toevoeging op de andere onderzoeksmethoden. Wegens een gebrek aan tijd heb ik besloten om de foto's alleen te gebruiken in de interviewfase. Desondanks hebben de foto's wel degelijk een rol gespeeld in de analyse van mijn resultaten. De pogingen om de foto's te incorporeren in het betoog hebben bijgedragen aan het reflectie- en denkproces dat ten grondslag ligt aan de resultaten en analyse van dit onderzoek.

### *Semigestructureerde interviews*

Nadat de foto's waren ontwikkeld is met de respondenten opnieuw een afspraak ingepland, ditmaal voor een interview. In totaal heb ik bij vijftien zorgverleners een interview afgenomen. Ik ontmoette de zorgverleners op een enkele uitzondering na op hun eigen locatiekantoor, waar het interview na een korte kennismaking werd afgenomen. De interviews heb ik opgenomen op mijn telefoon, zo hoefde ik niet bezig te zijn met het onthouden



van antwoorden, en kon ik gericht doorvragen op de antwoorden van de respondenten (Bryman, 2016, p. 479). Ik heb geprobeerd een open, niet-interveniërende houding aan te nemen voorafgaand en tijdens interviews. Zoals gezegd stelden respondenten vaak al voorafgaand veel vragen over mijn onderzoek en ideeën over de organisatie. Ik heb geprobeerd om deze gesprekken kort te houden, zodat ik de respondenten niet te veel zou sturen bij hun antwoorden tijdens de interviews. Ik heb tijdens de interviews ruim baan gegeven aan de respondenten om hun verhalen te delen. Soms had ik het idee dat ik enkele minuten irrelevante thematiek aanhoorde en wilde ik het onderwerp van gesprek veranderen, maar soms kwam na een langer irrelevant verhaal een zeer waardevolle uitspraak, die – indien ik eerder gericht had doorgevraagd – wellicht uit was gebleven. Voorafgaand aan de interviews vroeg ik toestemming om deze opname te maken, en garandeerde ik de de respondenten hun anonimiteit. De interviews duurden tussen de 45 minuten en twee uur, gemiddeld was een ruim uur voldoende. Opvallend was dat sommige gesprekken na de interviews nog lang waren (soms meer dan een half uur). Hiervan heb ik in sommige gevallen indien mogelijk aantekeningen gemaakt. Na afloop van de interviews, deelden respondenten vaak hun ervaringen met de foto-opdracht en het interview. Meerdere respondenten gaven aan dat de opdracht hen aan het denken had gezet. Zo zei Gerda:

Ik moest er wel eerst over nadenken, omdat ik het ingewikkeld maakte voor mezelf. Maar toen dacht ik 'huh waarom doe ik dat eigenlijk', want zo ingewikkeld is mijn werk ook weer niet, als in zegmaar... ik ga ook altijd in de waan van de dag op, dus dat moet ik dan ook als ik foto's ga maken want dat hoort bij mijn werk. (Gerda)

Het viel op dat sommige respondenten zich niet echt aan de opdracht hadden gehouden, of deze op eigen wijze hadden geïnterpreteerd. Daarbij hadden sommige respondenten meer of minder foto's dan de gevraagd acht genomen. Ik heb ervoor gekozen om in alle interviews alle foto's te bespreken, waarbij ik de respondenten de volgorde liet bepalen. Sommige respondenten gaven aan dat zij een aantal momenten wel wilden vastleggen, maar dit niet hadden gedaan uit privacyoverwegingen met betrekking tot hun cliënten. Over het algemeen vonden de respondenten het een leuke opdracht. De foto's gaven daarbij, zelfs als deze minder goed ontwikkeld waren, inderdaad aanleiding tot meer emotionele verhalen: *"de foto's zijn donker, maar zo ervaar ik mijn werk niet – haha"* (Simone) (Meyer et al., 2013).

### *Observaties en documenten*

Tijdens het onderzoek heb ik enkele malen gewerkt op het kantoor van BuurtzorgT, was ik aanwezig bij introductiebijeenkomsten voor nieuwe medewerkers, en heb ik vergaderingen bij teams bijgewoond. Eenmaal ben ik een halve dag met een zorgverlener meegelopen. In dit onderzoek heb ik dus ook de rol van *participatieve observator* aangenomen (Boeije, 2016, p. 76). Tijdens deze observaties hield ik aantekeningen in de file bij.

In de dataverzameling zijn ook enkele organisatiedocumenten meegenomen. De documenten zijn niet speciaal voor dit onderzoek vervaardigd, en zijn afkomstig van het intranet van BuurtzorgT. Deze documenten hebben in eerste instantie ondersteund bij het begrijpen van de organisatiecontext waarbinnen ik dit onderzoek verrichtte, en hebben in een later stadium een rol gespeeld in de triangulatie van data (Bryman, 2016, p. 386). Hier kom ik in paragraaf 3.4 op terug.

### 3.3 Analyse

Analyse in kwalitatief onderzoek is een soms onoverzichtelijk en doorlopend proces is, wat bestaat uit een constant heen-en-weer bewegen tussen theorie, empirie en reflectie (Boeije, 2016). Wetenschappelijk onderzoek doen is een leerproces, en zoals Badaracco stelt: leren en reflecteren is een *messy process* (Badaracco, 2006 in: van der Loo, 2010).

Alle interviews zijn zoals gezegd opgenomen en vervolgens getranscribeerd. Ik heb hierbij woordelijke transcripties gemaakt, tenzij een hapering, lach of pauze betekenisvol leek: bij sommige antwoorden werd bijvoorbeeld de twijfel die respondenten woordelijk uitten geïllustreerd door bijwoorden en geluiden die zij maakten, in een dergelijk geval heb ik die ook getranscribeerd. Vervolgens heb ik de transcripten gecodeerd, waarbij ik gebruik maakte van NVivo, een computerprogramma dat ondersteunt bij het labelen en ordenen van data. Dit codeerproces kende verschillende fasen. Ten eerste deed ik een *open* codering, waarbij ik data uit interviews heb afgebroken, bestudeerd, onderzocht, geconceptualiseerd en gecategoriseerd (Strauss & Corbin, 1990 in: Bryman, 2016, p. 574). Hiermee begon ik nadat er zes interviews waren afgenomen. Hierna volgde de fase van *axiaal* coderen, waarbij ik verbanden zocht en legde tussen de verschillende codes en bijbehorende data (Bryman, 2016). Hiermee begon ik na tien interviews.

### 3.4 Kwaliteit en validiteit

In deze laatste paragraaf ga ik in op de kwaliteit en validiteit van dit onderzoek. Allereerst bespreek ik mijn rol als onderzoeker, waarna ik vier criteria voor betrouwbaar kwalitatief onderzoek bespreek: *credibility*, *transferability*, *dependability* en *confirmability* (Lincoln & Guba, 1985 in: Bryman, 2016).

#### 3.4.1 Rol van onderzoeker

Boeije stelt dat het essentieel is om als kwalitatief onderzoeker te reflecteren op zijn of haar rol in het onderzoekproces (Boeije, 2016, p. 154). Het is vooraf niet evident welke eigenschappen van mij als onderzoeker de onderzoeksresultaten hebben beïnvloed, maar gezien het feit dat in dit onderzoek een interpretatieve benadering gehanteerd wordt, kan vastgesteld worden dat ik als onderzoeker *sowieso* een sterke invloed heb gehad op de dataverzameling, resultaten daarvan en de uitkomsten na analyse: *“the ‘research instrument’ is the researcher in his or her particularity (...) [and] both the the researchers knowledge and the embodiment of that knowledge may affect the data”* (Schwartz-Shea & Yanow, 2012, p. 80).

Niet alleen mijn kennis, alleen al mijn aanwezigheid bij de respondenten heeft de resultaten vormgegeven. Al bij de introductie bij BuurtzorgT merkte ik dit. Sommige respondenten gaven aan dat zij het goed vonden dat er eens ‘iets met administratie’ of ‘het EPD’ gedaan werd, en begonnen dan direct hun ervaringen en ideeën te delen. Ook vroegen zij me naar de reden en het doel van het onderzoek, waarbij ik soms het idee kreeg dat sommige respondenten vermoeden dat ik hen kwam toetsen of controleren.

Doordat mijn beide ouders in de zorg werkzaam zijn, merkte ik tevens dat ik enige voorkennis bezat ten aanzien van de terminologie en jargon die gehanteerd werd door de respondenten. Ook in mijn ouderlijk huis heb ik weleens verhalen aangehoord die betrekking hadden op bijvoorbeeld bureaucratische praktijken, die als beperkend en frustrerend werden ervaren. Tijdens het onderzoek gaven sommige respondenten aan dat ze het

als vanzelfsprekend zagen dat ze cliëntenzorg belangrijker vonden dan administratieve taken. Afkomstig uit een 'zorghuis' merkte ik dat ik dit inderdaad als vanzelfsprekend zag. Op dit moment zag ik in dat ik zeer nauwkeurig moest zijn in het luisteren naar de uitspraken van respondenten, en deze moest loskoppelen van mijn eigen normen en waarden. Middels reflectie en dialoog heb ik geprobeerd mijn eigen ideeën en voorkeuren zo min mogelijk te laten doorklinken in het betoog. Echter, Boeije wijst erop dat de grenzen tussen het persoonlijke leven en onderzoek vaag kunnen zijn, en verborgen kunnen blijven (Boeije, 2016, p. 156). Ondanks methodologische discipline zal ook in dit onderzoek een gedeelte van mijn persoonlijke waarden en opvattingen terug te vinden zijn.

Tijdens het onderzoeken heb ik notities bijgehouden om te reflecteren op het onderzoeksproces, keuzes te maken en bij te houden, en eventuele *fringe thoughts* te noteren en onderzoeken. In kwalitatief onderzoek spelen veldnotities een cruciale rol (Bryman, 2016). Ik heb daarom geprobeerd om veelvuldig te reflecteren op ervaringen en uitspraken waarmee ik tijdens het onderzoek werd geconfronteerd. Ik gebruikte daarvoor een *file*, een document waarin ik gedachten, associaties en aantekeningen met betrekking tot het onderzoek bijhield. Wright-Mills beschrijft deze file als een document voor 'intellectuele productie':

It is a continually growing store of facts and ideas, from the most vague to the most finished (...) Good work in social science today is not, and usually cannot be, made up of one clear-cut empirical research. It is, rather, composed of a good many studies which at key points anchor general statements about the shape and the trend of the subject. So the decision - what are these anchor points? - cannot be made until existing materials are re-worked and general hypothetical statements constructed. (Wright Mills, 2000, p. appendix)

### *Toegang tot en positie in organisatie*

Het eerste contact met BuurtzorgT liep via een persoonlijke relatie, die mij in contact bracht met de bestuurder van de organisatie. Via een informeel gesprek werd besloten tot verdere verkenning van de mogelijkheden om een onderzoek te doen, waar uiteindelijk deze scriptie uit voortvloeide. Tijdens mijn contact met respondenten werd mij vaak het hemd van het lijf gevraagd: ik kreeg vragen over studie, wat ik van bepaalde situaties binnen de organisatie vond, hoe ik over de reacties van de respondenten dacht, etc. Ook kreeg ik de vraag hoe ik terecht was gekomen bij de BuurtzorgT, en voor wie en met welke reden ik het onderzoek uitvoerde. Enerzijds wilde ik hier niet over liegen: het wetenschappelijke doel van het onderzoek stond al vast, en was neutraal geformuleerd. Anderzijds was het praktische doel van het onderzoek – tevens het voornaamste doel van de bestuurder – om het resultaat van administratief werk van de zorgverleners te verbeteren. Deze wens zou mogelijk de antwoorden van de respondenten kunnen beïnvloeden en zoals ik in de inleiding al liet zien kan het thema 'administratie' daarnaast een negatieve connotatie hebben: een associatie waar ik weg van wilde blijven. Daarbij meldde een aantal van de eerste respondenten die ik sprak dat de bestuurder weleens 'boos' was geworden wegens de gebrekkige administratieve praktijken, dat ik iets 'maar niet tegen de bestuurder moest zeggen', of stelde zij de vraag 'of ik in opdracht van de bestuurder was gekomen'. Daarom heb ik na de eerste interviews bij nieuwe respondenten benadrukt dat ik vooral inzicht wilde vergaren in hun belevingswereld, om een beter begrip te krijgen van hun blik op en omgang met administratieve lasten. In overleg met bestuurder en teamcoach werd daarbij vooraf al besloten dat de teamcoach en niet de bestuurder mijn opdrachtgever zou zijn, dit omdat de positie van de bestuurder minder neutraal was ten aanzien van de zorgverleners.

Tijdens de veldfase van dit onderzoek ging ik als onderzoeker een vertrouwensrelatie aan met mijn

respondenten, waarbij zij veronderstelde dat zij wisten wat het doel was de interviews. Bovenstaande keuzes gaan in tegen het idee dat respondenten juist en volledig geïnformeerd moeten zijn over de inhoud en doelen van het onderzoek (Boeije, 2016). Zij bepaalden op basis van mijn verzoek en introductie tot het onderzoek of zij mee wilde werken als respondenten. Ik hoop dat respondenten door het feit dat ik niet benadrukt heb dat één van doelen administratieve prestatieverbetering was, zich vooral vrij hebben gevoeld om te zeggen wat ze wilden, zonder het gevoel te hebben beoordeeld of gecontroleerd te worden. Ik heb ervoor gezorgd dat de reacties van respondenten volledig anoniem zijn verwerkt in dit onderzoek. Om deze anonimiteit volledig te waarborgen heb ik er ook voor gekozen om de twee mannelijke respondenten in dit onderzoek weer te geven als vrouwen. In dit onderzoek heb ik geen aanleiding gezien om aandacht te besteden aan de rol van gender of geslacht in de onderzoeksresultaten, en daarom zie ik mijzelf gerechtigd deze keuze te maken.

### 3.4.2 Credibility

*Credibility* in kwalitatief onderzoek draait om geloofwaardigheid (Bryman, 2016, p. 384). Onderzoekers moeten voor een geloofwaardig betoog zorgdragen voor een gedegen onderzoeksproces, en ervoor zorgen dat onderzoeksresultaten overlegd worden met respondenten, om bevestiging te krijgen dat de onderzoeker de juiste conclusies heeft getrokken. Om hieraan te voldoen heb ik gebruik gemaakt van respondentvalidatie, en alle respondenten een kopie van het transcript gestuurd, dat zij indien gewenst konden toelichten of commentariëren. Daarnaast heb ik gebruik gemaakt van triangulatie, door de verschillende data te combineren en te vergelijken.

### 3.4.3 Transferability

*Transferability* heeft betrekking op de generaliseerbaarheid of overdraagbaarheid van de onderzoeksresultaten. Generaliseerbaarheid is in kwalitatief onderzoek lastig te realiseren (Boeije, 2016). Dit onderzoek is gericht op betekenisgeving van zorgprofessionals in zelfsturende teams, en het is de vraag of de resultaten van dit onderzoek houdbaar blijken in een andere context, of zelfs in dezelfde context houdbaar zijn op een ander punt in de tijd (Bryman, 2016, p. 384). Hoewel alle respondenten zorgverleners waren, is de context van ambulante werkende, zelfsturende teams in Nederland redelijk uniek. In dit onderzoek heb ik getracht om een uitgebreid beeld (Geertz' *thick description*) te schetsen van de context en resultaten van dit onderzoek, op basis waarvan anderen kunnen nagaan of zij de resultaten overdraagbaar achten (Boeije, 2016, p. 180). Daarbij heb ik in de rapportage van de resultaten geprobeerd voldoende aandacht te geven aan de variatie in mijn data, door naast de dominante thema's en reacties ook ruimte te bieden aan nuance of tegengeluiden uit het onderzoeksveld. De contextuele elementen van dit onderzoek zijn beschreven in de inleiding, paragraaf 2.2 van de theorie en het resultatenhoofdstuk.

### 3.4.4 Dependability

Het criterium *dependability* vraagt om navolgbaar onderzoeksproces en betrouwbaar onderzoek (Bryman, 2016, p. 384). Ik heb hiervoor een *audit trail* bijgehouden, waarvan dit methodologische hoofdstuk de slotsom is. Tijdens het onderzoek werkte ik zoals gezegd met de file om keuzes en gedachten ten aanzien van het onderzoek

bij te houden. Daarbij heb ik alle foto's en de interviewopnamen, -transcripten en –aantekeningen gesorteerd en bewaard, zodat ik deze altijd tot mijn beschikking had indien gewenst. Ook het gebruik van NVivo ter ondersteuning bij de codering heeft bijgedragen aan een inzichtelijke analyse.

### 3.4.5 Confirmability

Ten slotte bespreek ik de *confirmability* van dit onderzoek, oftewel de objectiviteit. Absolute objectiviteit is bij interpretatief onderzoek onmogelijk, maar volgens Boeije is objectiviteit wel te benaderen (Boeije, 2016, p. 150). De file die ik in paragraaf 3.4.1 besprak heeft een belangrijke rol gespeeld in het benaderen van objectiviteit. Door de reflectie op en ontwikkeling van mijn gedachten bij te houden was ik mij bewust van mijn eigen voorkeuren en ideeën, en kon ik deze gedurende het onderzoeksproces steeds meer loslaten. Bij het benaderen van objectiviteit speelt ook theorie een interessante rol. Enerzijds hoop ik dat de theorie mijn blik niet te veel gekleurd heeft bij het waarnemen en begrijpen van de sociale werkelijkheid, anderzijds zal overeenkomstigheid van mijn resultaten met wetenschappelijke literatuur de objectiviteit doen stijgen. Tijdens het onderzoeksproces merkte ik bijvoorbeeld dat respondenten veel over de handelingen die zij moesten doen en het systeem waarin zij dat deden spraken, terwijl ik eigenlijk liever op een meer conceptueel niveau wilde weten hoe zij administratie zagen. Gedurende het onderzoek werd mij duidelijk dat ik niet anders kon dan te blijven bij wat de respondenten naar voren brachten, en besloot ik hier in verdere interviews en het schrijven van de resultaten meer aandacht aan te besteden.

### 3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk heb ik beschreven welke onderzoeksbenadering en –opzet ik heb gehanteerd, en ging ik in de manier waarop ik heb geanalyseerd en kwaliteit heb gewaarborgd. De keuzes die ik heb gemaakt, en methoden die ik heb ingezet hebben allen ten doel gehad een rijk en eerlijk te schetsen van de betekenis van administratieve lasten volgens zorgprofessionals in zelfsturende teams. Hieronder presenteer ik de resultaten.

## 4 Resultaten

In dit hoofdstuk ga ik in op de resultaten van mijn onderzoek. Deze zijn gebaseerd op de uitspraken van de zorgverleners die zij deden tijdens de interviews. Daarnaast verwijs ik een enkele keer naar een document van de organisatie of deel ik een observatie die ik deed tijdens het veldwerk.

In paragraaf 4.1 bespreek ik welke administratieve taken de zorgverleners moeten verrichten en de wijze waarop zij dit doen. Hierbij ga ik dus in op de verwachtingen die BuurtzorgT als ‘organisatorische actor’ van de zorgverleners heeft en de administratieve handelingen die zorgverleners moeten uitvoeren.<sup>8</sup> Omdat de zorgverleners in zelfsturende teams én ambulant werken, laat ik ook zien welke plek deze administratieve handelingen krijgen in tijd en ruimte. Vervolgens geef ik in paragraaf 4.2 aan welke factoren volgens de zorgverleners invloed hebben op het uitvoeren van de administratieve handelingen die ik in de eerste paragraaf heb besproken. Deze paragraaf besteedt dus aandacht aan uitspraken van zorgverleners die betrekking hebben op de *beleving* en *ervaring* van administratieve lasten. Wanneer het beeld van de administratieve handelingen en de (invloeden op) ervaren lasten duidelijk zijn, bespreek ik in paragraaf 4.3 de redenen die zorgverleners noemen om te administreren en beschrijf ik hun omgang met de administratieve taken wanneer zij geconfronteerd worden met dilemma’s in hun dagelijks werk. Ten slotte vat ik in paragraaf 4.4 de belangrijkste uitkomsten samen.

### 4.1 “Zoals in de zelfsturing, doe je alles zelf”

In deze paragraaf laat ik zien welke administratieve handelingen zorgverleners verrichten, als onderdeel van het brede takenpakket dat zij hebben. Ook bespreek ik de hoeveelheid tijd die er aan administratieve werkzaamheden wordt besteed. Verder ga ik in op het feit dat sommige administratieve taken nieuw zijn. Ten slotte ga ik in op de locatie en momenten waar(op) administratie wordt verricht.

#### 4.1.1 Brede takenpakketten

In de interviews vroeg ik de zorgverleners hun takenpakket te beschrijven, zowel in algemene zin, als specifiek op het gebied van administratieve lasten. Uit de reacties blijkt dat de zorgverleners een zeer breed takenpakket hebben. Zo laten Sophie en Carla weten:

Ja, dat is een takenpakket dat heel breed is, binnen BuurtzorgT doe je alles zelf. Dus dat begint van het eerste telefoontje of het eerste gesprek rondom een patiënt, vanaf de aanmelding tot aan de intake. De zorg, en het weer afsluiten en alles wat daar tussenin zit, dus de directe begeleiding, de indirecte en de zorgcoördinatie, het overleg met overige disciplines en systemen, dat is wat wij doen. (Sophie)

Takenpakket, die is heel divers. Denk ik. Het belangrijkste, het allerbelangrijkste is ambulante thuisbehandeling van onze cliënten, en dat is natuurlijk waar we het voor doen. En daarnaast komt er natuurlijk heel veel bij kijken denk ik, om dat proces in lijn te houden. Ja dat varieert van, ja dan heb je het natuurlijk over het hele administratieve gebeuren eromheen, alles rondom de cliënt, maar ook alles om het team zelf draaiende te houden. (Carla)

De reacties van Sophie en Carla zijn exemplarisch, en passend bij de taakomschrijvingen zoals die op het intranet van BuurtzorgT worden beschreven. In deze taakomschrijvingen staat bijvoorbeeld dat elke zorgverlener zowel

---

<sup>8</sup> Hierbij verwijs ik dus naar de ‘objectieve’ administratieve lasten.

de teamrol van ‘hulpverlener’ vervult, als ook de rol van ‘teamspeler’ op zich neemt (‘Kaders BzT’ en ‘Teamrollen BzT’, 2017). Bij de rol van ‘teamspeler’ staat de volgende beschrijving:

Als teamspeler werk je met je collega’s samen om excellente, effectieve en efficiënte zorg te leveren. Teamspelers bepalen met elkaar hoe zij het werk organiseren en verantwoorden (...) Als actief teamlid werk je mee aan het bereiken van cliënten-, team- en organisatie doelstellingen. Je biedt als teamspeler hiervoor je eigen inzet, hulp aan andere teamleden en je bevordert goede relaties binnen het team.

**Welke activiteiten voer je uit?**

1. Koers bepalen binnen de eigen lokale markt
2. Werkoverleg over de koers, de samenwerking en de prestaties van het team
3. Casuïstiek bespreking om gezamenlijk te leren en de zorg te verbeteren
4. Reflecteren, persoonlijk en als teamlid
5. Oplossingsgericht communiceren en werken
6. Werken aan kwaliteit en vernieuwing van de zorg en de organisatie van de zorg  
(Bron: Teamrollen BuurtzorgT, 15-8-2017)

Sommige zorgverleners beschrijven hun werk als ondernemen of het onderhouden van een eigen bedrijf: *“Eigenlijk is het onze toko, wij houden het gewoon draaiende en het niet zo dat we daarin worden voorzien door een andere laag zeg maar in de organisatie”* (Gerda). Gerda benadrukt de zelfstandigheid die gepaard gaat met het werken bij BuurtzorgT. Bij het beschrijven van de werkzaamheden hebben sommige zorgverleners enige moeite om hun werkzaamheden op te noemen, waarschijnlijk door de grote hoeveelheid aan en diversiteit van taken: *“ja, alles wat hoort bij de zorg van A tot Z. Dus inclusief, hé dat is dus de aanmelding, dat is van de aanmelding tot de afsluiting en alles wat daartussen zit. Oeh... dat is lastig, moet ik dat helemaal...?”* (Dorien). Ook Liesje blijkt enige moeite te hebben om de diverse taken op te sommen: *“Goh ja, lastig om dat zo in een keer te vertellen”*.

#### 4.1.2 Administratieve handelingen & tijdsbesteding

Ik vroeg mijn zorgverleners hun verschillende administratieve taken te beschrijven. Alle reacties hadden betrekking op werkzaamheden in het EPD genaamd ‘Careweb’. Simone reageert op de vraag wat zij onder administratie verstaat: *“Alles wat er in Careweb moet. Ja alles wat er op papier gaat, of in dit geval dan op de iPad”* (Simone). In dit softwaresysteem wordt alle informatie opgeslagen die gebruikt wordt bij behandeling van cliënten en het declaratieproces achteraf. Bij BuurtzorgT worden ‘kaderboekjes’ gebruikt. In dit kleine boekje (twaalf pagina’s) staan de algemene uitgangspunten beschreven waarmee de zorgverleners moeten werken: *“de kaders in dit boekje bepalen de ruimte waarbinnen medewerkers hun werk vormgeven”* (BuurtzorgT, 2017). In het boekje wordt ook ingegaan op de DBC-administratie:

**DBC-Registratie**

We streven er naar om een zo groot mogelijk deel van onze tijd en energie te steken in de zorg voor cliënten. Toch ontkomen ook wij niet aan het voeren van een administratie. Voor het voortbestaan van de organisatie is het van groot belang dat deze administratie op tijd en juist plaatsvindt. Dit vraagt aandacht en planning van ons allemaal. Het team is verantwoordelijk voor de DBC-registratie. Belangrijk hierbij zijn onder meer dat alle behandelactiviteiten tijdig, volledig en juist worden geregistreerd in Careweb, ons Elektronisch patiëntendossier. Deze registratie is namelijk de basis voor onze declaraties aan de zorgverzekeraars. (BuurtzorgT, 2017, p. 10)

Tijdens de interviews vroeg ik de zorgverleners om de administratieve handelingen die zij moeten doen te beschrijven. Hierop volgde vaak uitgebreide beschrijvingen, en een opsomming van documenten en formulieren waarmee gewerkt wordt. Liesje beschrijft de verschillende gegevens die zij zoal moet registreren:

Dat zijn de NAW-gegevens, je controle op de verzekering, de identiteitscontrole, wie is de huisarts, wie zijn wij (behandelende eenheid), apothekers, misschien nog andere instellingen waar ze mee van doen hebben, de behandelaar, hoofdbehandelaar, de verwijzende persoon, de behandelovereenkomst, de akte van cessie, risico-inventarisatie, behandelplan, oh ja de brief voor de huisarts maak ik ook in Careweb inderdaad, intakeverslag, het DSM en FZ-formulier ((Liesje)

Deze verschillende formulieren en bestanden moeten worden ingevuld, en toegevoegd aan het cliënt-dossier in het EPD. Deze handelingen worden aan het begin van een behandeltraject uitgevoerd, en door zorgverleners ook wel het 'openen van een DBC' genoemd. Het invoeren gebeurt digitaal via een iPad of computer, maar sommige brieven of formulieren moeten eerst worden geprint, getekend en gescand, alvorens ze in het EPD kunnen:

Je moet toestemmingsformulieren uitdraaien, dan moet je vervolgens nog alles gaan inscannen, omdat in het weer in het systeem te zetten, de akte van Cessie, een verwijsbrief, een brief van de huisarts, dat moet je dan inscannen en dat moet dan ook nog allemaal erin gezet worden. (Eva)

De verschillende bestanden die gebruikt moeten worden in Careweb staan beschreven in het interne document 'Zorgstappen', dat eveneens via het intranet verstrekt wordt. Het verwerken van deze formulieren en controleren van instellingen in het EPD wordt door de zorgverleners ook wel de 'DBC-administratie' genoemd. Wanneer een behandeling klaar is of de maximale looptijd is bereikt (365 dagen) moet een DBC worden afgesloten. Daarbij moeten sommige DBC's verlengd worden, wanneer cliënten nog steeds zorgbehoevend zijn:

En die DBC's, die moeten jaarlijks verlengd worden, en nou ja goed als een DBC bijvoorbeeld tot 15 november loopt van dit jaar bijvoorbeeld dan moet, daar hij ook per rond die datum weer een jaar door gaan, weer een jaar verlengd worden, daarvoor moet het een en ander aan administratieve handelingen gedaan worden, en daarnaast moet je ook bijvoorbeeld iemand weer opnieuw gezien worden door een psychiater, en allemaal dingetjes die je moet doen in het dossier of het registratieprogramma. (Carla)

Naast de formulieren, die worden ingevuld bij de start van een behandeling, hebben zorgverleners ook nog andere administratieve lasten. Zoals in de inleiding al duidelijk werd, moeten zij de tijd die ze besteden aan directe en indirect cliëntenzorg ook vastleggen in het EPD. Zij doen dit door afspraken in de agenda van het EPD te plannen: *"je agenda-afspraken staan, dat is al registratie"* (Gerda). Ook activiteiten die geen direct contact met cliënten omvatten, zoals overleg met andere professionals of tijd om het DBC-dossier op orde te maken, moet worden ingepland in de agenda. Daarnaast schrijven de zorgverleners in de agenda-afspraken met cliënten ook de rapportage van het contact. En wanneer de planning van zorgverleners gedurende de dag nog verandert, doen zij dit ook nog achteraf. Het invullen van de agenda vormt een groot gedeelte van de administratieve last:

Agenda-technisch, de planning met mensen maken en het vastleggen van wat je hebt gedaan, verantwoording van wat je hebt gedaan elke keer. Dat is denk ik het voornaamste. Dus eigenlijk aan alles wat je met mensen doet hangt ook een administratieve taak. (Romana)

De meeste zorgverleners geven aan dat zij een uur per dag bezig zijn met hun administratieve werkzaamheden. Deze tijd besteden zij aan het schrijven van de dagelijkse rapportages en het invullen van DBC-dossiers. Niet alle zorgverleners zijn zich bewust van de hoeveel tijd die zij aan administratie besteden. Maria geeft aan dat zij vaak twee uur per dag bezig is:



Met mijn hele administratie. Kijk een intakeverslag of hele dingen uitwerken, ik denk dat ik daar wel een uur per dag mee bezig ben. Gemiddeld een uur (...) alles wat je doet moet je in de agenda vastleggen, omdat het een afspraak is geweest in je agenda, maar dat moet ook in het dossier terug te vinden zijn. Daar ben ik dan nog wel een uur per dag mee bezig. (Maria)

Sprekend over tijdsbesteding, geven verschillende zorgverleners aan dat zij als doel hebben om de administratieve handelingen zo snel mogelijk uit te voeren. De reden hiervoor is bij alle zorgverleners gelijk: *“ja, dat wil je in zo min mogelijk tijd doen, zodat je zoveel mogelijk tijd voor de cliënt overhoud”* (Chanine).

#### 4.1.3 DBC-administratie: nieuw & zelf verantwoordelijk

Uit de reacties van de zorgverleners blijkt dat sommige administratieve taken nieuw zijn en dat zij hier eerder niet voor verantwoordelijk waren. Het gaat dan vooral om de handelingen die betrekking hebben op DBC-administratie. Gerda geeft aan dat dit inherent is aan het werken in zelfsturende teams:

We hebben in principe niet iemand van hogere hand of een secretariaat die dat allemaal voor ons doet, dat moet je echt zelf doen dus je moet het eigenlijk zo zien dat vanaf het moment dat een cliënt in zorg komt, dus vanaf de aanmelding tot de afsluiting - met al het papierwerk wat er bij hoort - dat doe je zelf. (Gerda)

In andere organisaties, zo geven verschillende zorgverleners aan, waren er andere medewerkers – vooral secretaresses – die zich hiermee bezighielden: *“hiervoor belde je naar het secretariaat, dan moest je wachten tot dat het klaar was. Nu doe je het gewoon even zelf”* (Floortje). Sophie benadrukt daarbij dat als ze het zelf niet doet, deze taak niet overgenomen wordt: *“wij doen allemaal het zelf. En als jij voor diegene verantwoordelijk bent voor dat dossier, doe je het niet, ontkomt het er toch niet aan”* (Sophie).

Wanneer ik de zorgverleners vraag wie verantwoordelijk is voor de administratieve taken, geeft de meerderheid aan dat zij zelf verantwoordelijk zijn: *“iedereen is verantwoordelijk voor zijn eigen administratie”* (Gerda). Toch geven zij aan dat de verantwoordelijkheid ook gedeeld wordt met teamleden. Chanine:

En wij als team in z'n totaliteit natuurlijk ook, daar moeten wij elkaar op aanspreken (...) moeten we als team zijnde als het niet goed gaat met elkaar kijken hoe kunnen we zorgen dat het dan toch goed gaat. Dus iedereen individueel is in eerste instantie verantwoordelijk, maar als team zijnde zijn we ook verantwoordelijk. (Chanine)

Er ligt bij het doen van administratie dus ook een verantwoordelijkheid bij het team als geheel. Carla stelt dat deze verantwoordelijkheid vooral bestaat uit het 'scherp houden' van teamleden, waarbij ze doelt op het feit dat teamleden elkaar moeten herinneren aan de uitvoering. Maria hoopt dat zij niet alleen verantwoordelijk is voor het werken met DBC's en kan rekenen op de steun van haar teamgenoten:

Kijk, in een hiërarchische instelling kan je zeggen, die klant staat op jouw naam, jij hebt de intake gedaan, jij hebt die klant het meeste gezien, het is jouw verantwoordelijkheid om die DBC te verlengen. Ja, dan kan je zeggen het is mijn verantwoordelijkheid. Nou dan hoop ik dat je in die zelfsturing daar flexibel in kan zijn, dat je zegt ja het is misschien wel mijn verantwoordelijkheid, maar ik vind het prettig om met iemand samen te doen. En als ik het nou twintig of 30 dertig doe, dan heb ik het misschien wel in mijn kop zitten. Maar ik zie het als een soort gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ik zou niet durven beweren dat het mijn verantwoordelijkheid is. (Maria)

Simone noemt daarnaast als enige ook nog 'de overhead' of het kantoor – de ondersteunende dienst in Almere – als een verantwoordelijke partij, naast het team waarin zij werkt.

#### 4.1.4 Planning & administratie

Zorgverleners zijn zelf verantwoordelijk voor hun planning, zoals dat past bij het werken in zelfsturende teams. Enkele zorgverleners benoemen een verschil met hun eerdere werkgever op dit punt: *“Voorheen werkte ik op een kliniek, en dan kom je binnen en dan heb je altijd wel een dagelijkse structuur binnen klinisch werken. Dan speelt planning gewoon een veel minder grote rol”* (Liesje). Toen ik de zorgverleners vroeg of zij hun administratieve werkzaamheden planden, volgde uiteenlopende antwoorden. Sommige zorgverleners melden dat zij hun administratieve werk niet plannen, maar vaak losse momenten zoeken op de dag om deze taak te verrichten. Zo zegt Liesje: *“vaak merk ik dat ik, voor mij is administratie, doe ik vaak in de tijd die ik eigenlijk over heb, naast mijn afspraken met cliënten”*. Ook Romana geeft aan dat ze geen tijd in haar agenda vrij plant voor administratie:

Dat, nee, dat plan ik eigenlijk nooit. Dat doe ik op een gegeven moment gewoon als ik tijd heb. Nee dat plan ik eigenlijk niet, zit ik nu opeens zo te denken, zou best weleens goed zijn misschien.

Vaak is het wel zo dat ik mijn dag wel, en dat doe ik natuurlijk ook zelf, maar dan plan ik gewoon tussen negen en vijf de hele tijd aansluitend dingen [cliëntenbezoeken] (...) dus dan kan je je voorstellen dat je dan niet veel ruimte hebt gehad om al die gesprekken ook weer te verwerken in de computer, en dat moet dan nog. (Romana)

Romana geeft aan dat ze haar agenda volplant met cliëntenwerk, waardoor ze overdag geen tijd overhoudt voor haar administratieve werk. Carla werkt op een vergelijkbare manier, en na een cliëntbezoek *“dan hoop je altijd nog een beetje tijd over te hebben”*. Ze zegt dat ze *“tussen de bedrijven door”* haar administratie doet. Ook Geraldine kent geen vast moment voor administratie:

De momenten tussen de huisbezoeken door. Eigenlijk, ja het is altijd in de planning een beetje een ondergeschoven kindje (...) nee, dat plan ik niet goed in. Nee, dan heb ik wel een lijstje van die dossiers moet ik nog eens doen, maar ja... dat plan ik niet goed in. Dat is meer dat als ik hier ben 'oh ja, even kijken'. (Geraldine)

Naast Geraldine noemt ook Liesje haar administratie een *ondergeschoven kindje*. Verschillende zorgverleners geven aan dat ze het liefst hun administratie doen vlak na een cliëntenbezoek, mits ze daar de tijd voor hebben. Ook Lyda doet haar administratie soms tussendoor tijdens haar werkuren, maar vaker nog in de avond thuis:

Als ik tijd heb dan doe ik het tussendoor, maar eigenlijk doe ik het altijd 's avonds thuis (... Ja dat is gewoon, als ik 's middags een beetje op tijd thuis ben, nou dat is niet heel vaak, nou ja, dan lukt het me soms nog net voor het eten, tijdens het eten koken bijvoorbeeld, dat nou ja dat doe ik dan ook. Dan denk ik zet het eten op, en dan ga ik tussendoor even rapporteren. Maar eigenlijk is het heel vaak 's avonds als de kinderen op een gegeven moment naar bed zijn. (Lyda)

Sommige zorgverleners geven aan dat ze in hun wekelijkse planning wel tijd vrijmaken voor hun administratieve werk. Voor Floortje is dat ook belangrijk:

Ik plan het vaak in, in mijn agenda. Maar ik ben een plan-o-holic, ik moet structuur, structuur, structuur, ik heb het net al verteld. Anders dan komt het er niet van. Dat is niet iets wat ik tussendoor kan, ik wil daar de tijd voor hebben. Dus dan kan ik echt een uur in mijn agenda blokken dat ik, okee nu ga ik even mijn lijstje pakken, en alles een voor een uitvoeren. Maar dat is een manier waarop ik werk. (Floortje)

Floortje plant haar administratief werk wel, maar heeft geen vast moment in de week. Andere zorgverleners hebben dat wel. Meerdere zorgverleners geven aan dat zij dagelijks afsluiten met administratief werk: *“sinds kort plan ik tussen vier en vijf geen afspraken meer, en doe dan verslaglegging”* (Maria). Andere zorgverleners plannen een vast moment in de week om ermee aan de slag te gaan:

Ik probeer wel één keer in de week in te plannen, bijvoorbeeld in de ochtend, want in de ochtend ben je toch fitter dan in de avond, want dan denk je oh ja hoe was dat ook al weer. Dus je bent de hele dag met je hoofd bezig, en als je dan aan het eind van de dag thuiskomt en je moet dan nog administratie doen, wat ik wel vaak doe is mijn agenda vaak afronden, in de avond. Dat betekent dat je reistijd ertussen gaat zetten, klein verslagje maken waar ik nog geen tijd voor heb gehad. (Eva)

Sinds een half jaartje hebben wij ingevoerd dat iedereen daar aan het eind van de week even een half uurtje aan besteed. Dat je naar het Careweb gebeuren van afgelopen week kijkt, van goh hoe ziet mijn agenda eruit. Vinkjes etc. Dat hebben wij ingevoerd, en dat werkt redelijk goed denk ik ja. (Carla)

Sommige zorgverleners geven aan dat zij normaliter hun administratieve werk niet plannen, maar dat wel doen wanneer ze het druk hebben: *“Ik bedoel er speelt zoveel, dus dan moet ik, ik moet soms echt heel bewust een kras gaan zetten, van dan ga ik mijn administratie doen”* (Chanine). Ook Sophie beschrijft zo’n situatie. Zij geeft aan dat zij en haar team sinds kort hele middagen vrijplannen om aan administratie te werken. Ze geeft hiervoor onderstaande reden:

Zodat je een structuur waarin je het weg kunt zetten, want anders, als je die tijd niet blokt, dan plan je met patiënten. En dan blijft er gewoon geen tijd over om het te doen. En dat ligt gewoon aan ons he. Dus nu hebben we gezegd dan gaan we ook blokken. Iedereen blokt gewoon een middag, en dan gaan we dat eens een tijdje uitproberen of dat werkt.

*En waarom was dat nodig?*

Als jij je agenda volplant, dan is er geen tijd om administratie te doen, als je geen administratie kan doet komt er geen geld binnen, dan heb je een probleem. (Sophie)

Sophie geeft aan dat wanneer ze geen tijd vrijmaakt voor administratie, deze tijd gevuld zal worden met cliëntencontact. Over de tendens dat cliëntcontact tijd kan innemen die eigenlijk aan administratie moet worden besteed, spreekt de meerderheid van de zorgverleners. Wanneer de zorgverleners een volle agenda hebben, of deze dreigt te ontstaan, plannen zij wél tijd vrij voor hun administratief werk. De reden hiervoor is dat medewerkers anders merken dat ze niet voldoende tijd en aandacht kunnen besteden aan deze taak: *“ik zorg altijd dat er ruimte is in de week, dat er iedere week ruimte is om dat te doen. Dat moet. Anders kom je niet goed uit. Je moet dingen goed wegzetten. Anders, ik persoonlijk vergeet anders dingen”* (Simone).

#### 4.1.5 Locatie & administratie

Het merendeel van de zorgverleners die ik sprak, verrichten hun administratieve taken op verschillende locaties. Omdat ze een iPad van de organisatie hebben gekregen, zijn ze niet gebonden aan een vaste locatie om deze werkzaamheden te verrichten: *“je bent wel mobiel, en dat is wel prettig. Dat je onderweg wel dingen kan doen, en niet moet wachten tot je thuis bent tot je weer internet hebt ofzo”* (Eva). Door de ambulante werkwijze en het gebruik van de iPad beschikken de zorgverleners over de mogelijkheid om overal te werken: *“alles is een werkplek, ik ben overal aan het werk”* (Gerda).

Tijdens de cliëntbezoeken, proberen verschillende zorgverleners al enig administratief werk te doen, door aantekeningen in het EPD te noteren. Ze maken aantekeningen van wat besproken wordt, of gebruiken de aantekeningen om na afloop van het gesprek de inhoud nog eens samen te vatten: *“het rapporteren, dat doe je zoveel mogelijk bij een cliënt”* (Dorien). Hoewel de meeste zorgverleners deze ambitie delen, kan het voorkomen dat het niet mogelijk of wenselijk is om tijdens een cliëntcontact bezig te zijn met administratie. Dorien voegt bij haar opmerking toe: *“dat is afhankelijk van de situatie, en de cliënt (...) je kan niet altijd meeschrijven. Soms leent zich daar de situatie niet voor, of de cliënt niet voor”*. Carla en Sophie herkennen dit:

Ja, wat ik al zeg. Kijk wat prettig zou zijn is dat je altijd bij een cliënt zou kunnen registreren, maar dat kan gewoon niet altijd. Ik heb iemand, echt, als ik dat zo zou doen, daar kan zij zo slecht mee omgaan, dat kan zij gewoon helemaal niet aan, dat wil ze ook niet, dat heeft ze ook zo uitgesproken. (Carla)

Ik probeer te rapporteren bij de patiënt thuis. Dat lukt niet altijd, kijk als er crisis is dan lukt het niet. Maar over het algemeen bij normale contacten doe ik dat wel. (Sophie)

Wanneer verslaglegging niet tijdens een bezoek bij de cliënt mogelijk is, proberen de zorgverleners meestal daarna enkele opmerkingen in het EPD bij te schrijven, zodat ze deze later kunnen bijwerken: *“Ja dus dat doe ik ook wel onderweg, soms als je een paar minuutjes onderweg hebt, dat je alvast wat steekwoorden opschrijft”* (Romana). Niet alle zorgverleners rapporteren bij de cliënt, zo laat bijvoorbeeld Lyda weten: *“stukje rapportage, dat doe ik nooit als ik bij de cliënt ben, ik doe altijd rapportage na die tijd”*. Wanneer het niet lukt om bij een cliënt te rapporteren, moet dit op een andere plek volbracht worden. De zorgverleners noemen hierbij verschillende locaties waar zij dit doen.

Allereerst is ‘thuis’ de meest voorkomende plek waar zorgverleners aan hun administratie werken. Het thuisfront wordt door verschillende zorgverleners beschreven als een rustige plek, die zich goed leent voor de administratieve taak:

Nou dit is, hier zit ik thuis te werken, te registreren. Ben ik onderweg geweest, of ik ben klaar met mijn afspraken, en dan ga ik naar huis. Heb ik mijn boodschappen gedaan, dan ga ik naar huis, en ga ik aan de koffie en dan ga ik mijn werkzaamheden nog in Careweb zetten. Ik vind dus thuiswerken gewoon het fijnst, is het lekker rustig, kan ik koffie pakken, kan ik de was ophangen, en ondertussen tik ik wat dingen weg. (Simone)

Het is gewoon de iPad op de keukentafel. Ja, mijn keukentafel, daar doe ik heel veel ook gewoon, aan mijn keukentafel, dus daar begin ik vaak ook gewoon 's ochtends voordat ik überhaupt naar cliënten ga, doe ik gewoon, ja is het toch waarmee je start. Je doet even je iPad of je laptop open, d'r is namelijk altijd wel wat te doen (...) de keukentafel. Die staat ook voor een hoop werkuurtjes. (Carla)

Ook andere zorgverleners werken graag thuis. Gerda en Floortje geven echter aan liever niet thuis te werken, en houden werk en privé liever gescheiden: *“Thuis is thuis en hier is hier, ik ben niet iemand die overal te pas en te onpas aan het werk is, ik blijf liever een uur langer hier, dan... ik houd het graag gescheiden, en dat lukt me ook”* (Floortje).

Enkele zorgverleners geven aan dat zij of hun collega's ook op het wijkkantoor hun administratie doen. Deze plek lijkt echter minder geschikt, omdat er vaak collega's zijn die ook aan het werk zijn, wat voor afleiding kan zorgen. Romana zegt bijvoorbeeld daarover:

Nee, nee heel onrustig, ja. Dus het is leuk om je collega's te zien, en effe te kletsen en te doen, maar het leidt me af van mijn werk. (...) Nou ja iedereen gaat altijd tegen elkaar praten bij ons. En als ik probeer een verslag te typen, kan ik dat niet terwijl iemand tegen me zit te kletsen. Of zoals nu hoor je mij collega in gesprek zijn met iemand, iemand anders wordt bijvoorbeeld gebeld, en je zit dan met z'n allen in één ruimte, en dan kan ik me gewoon minder goed concentreren. (Romana)

Ook onderweg leggen zorgverleners zich op de administratieve taak toe. Ten eerste geven verschillende zorgverleners aan dat zij vaak kort wat tijd in de auto besteden aan hun administratie, wanneer ze eerder dan gepland gereed zijn: *“dan hoop je altijd nog een beetje tijd over te hebben, maar goed dan moet er daarna, over het algemeen vaak in de auto daarna geadministreerd worden”* (Carla). Eva geeft aan dat er een periode is geweest, waarbij zij zelfs heel veel administratie in haar auto deed: *“mijn auto'tje is natuurlijk ook mijn kantoortje, en dat is natuurlijk heel lang mijn kantoortje geweest. Want we hadden geen kantoor toen, en dan*

*was het toch in de auto je administratie doen*". Andere genoemde locaties zijn bibliotheken (Maria), bushaltes (Gerda) en Liesje geeft aan dat zij onderweg graag in de horeca haar administratief werk doet:

Ik ben erachter gekomen dat ik in een horecagelegenheid, dat ik daar het makkelijkste mijn administratieve taken kan doen (...) vanwege het grote werkgebied dat wij hebben, is het voor mij ook eigenlijk niet te doen om op en neer te rijden naar kantoor of naar huis. Dus ja dan blijft er eigenlijk weinig over dan een horecagelegenheid op te zoeken en daar te gaan zitten, maar ik ben erachter gekomen dat ik dat hartstikke fijn vind werken. (Liesje)

Uit de interviews wordt duidelijk dat de administratieve taak niet gebonden is aan een locatie. Afhankelijk van persoonlijke voorkeuren en wat uitkomt, doen de zorgverleners op uiteenlopende plekken hun administratief werk.

## 4.2 "Ik vind het een soort wiskunde"

In de vorige paragraaf liet ik zien hoe de administratieve lasten en de invulling daarvan door zorgverleners eruitzien. In deze paragraaf staan de ervaringen van de administratieve werkzaamheden centraal. Ten eerste bespreek ik hoe zorgverleners administratieve handelingen zien ten opzichte van andere taken, en bespreek ik hoe ze deze waarderen. Daarna ga ik in op de moeilijkheid die zorgverleners ervaren wordt met het omgaan in met het EPD, en het feit dat sommige zorgverleners een gebrek aan opleiding ervaren. Vervolgens bespreek ik het belang van routine en de ondersteuning die zorgverleners al dan niet ervaren bij het uitvoeren van hun administratieve taken.

### 4.2.1 Taakverhoudingen

Zorgverleners gaven in paragraaf 4.1.4 aan dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor de administratieve taken die hen zijn voorgeschreven. In de interviews geven zij echter ook aan dat ze deze taken veelal als losstaand van andere activiteiten zien. Als iets wat 'erbij' komt. Wanneer Eva vertelt over de verschillende handelingen die bij DBC-administratie horen zegt ze: *"dat zijn wel allemaal klusjes ernaast die je dus moet doen"*. Carla beschrijft haar administratieve werk in de ochtend als iets wat ze *"voorafgaande aan het daadwerkelijke werken"* doet. En Gerda zegt hierover: *"De meeste mensen hier komen echt voor het werk, administratie hoort er natuurlijk bij, maar het zijn allemaal mensen die hart hebben voor het werk, dus die gaan eerst het werk doen, dat heeft de prioriteit, en dan denken van 'oh, ik moet nog wat administratie doen'"*. 'Het werk' slaat hier terug op de activiteiten die medewerkers met of voor de cliënten verrichten. Ook Liesje maakt een duidelijk onderscheid tussen zorg en administratieve taken.

Ik zie het ook altijd vaak een beetje als twee verschillende, echt twee verschillende dingen, m'n werk dat, twee verschillende werkplekken bijna, dat ik gewoon met een cliënt in gesprek ben, of met hun in behandeling ben, en ja ik gewoon met mijn iPad, waar dan ook of op kantoor of thuis of in een café, of waar ik zin heb om te werken, ja dan daar doe ik echt al mijn administratieve taken op. (Liesje)

Chanine beschrijft haar administratieve taak als *"een beetje het wormvormig aanhangsel"*. Meerdere zorgverleners laten weten dat ze bijvoorbeeld het rapporteren van cliëntcontact niet als een hoofdtaak en ondergeschikt zien, aan de zorg die zij leveren aan cliënten: *"uiteindelijk vind ik, kijk de zorg vindt plaats in het één op één contact met de cliënt. Maar het dan nog beschrijven, dat, ja dat is daar wel ondergeschikt aan, maar*

*het moet er wel zijn, het kan niet zonder*” (Sanne). Er zijn meer zorgverleners die hun administratieve taken in vergelijkbaar perspectief zien. Aan de ene kant hoor het erbij, maar aan de andere kant is het minder belangrijk vergeleken met de zorg die verleend wordt: *“het is wel een soort van geïntegreerd in mijn dagelijkse werk. Wel qua prioritering komt het wat lager dan de directe dingen die ik doe met cliënten, dat merk ik wel”* (Romana). Geraldine ziet administratie niet als onderdeel van ‘haar vak’, het is er later bijgekomen:

Het zijn toch dingen die ik, ja ik moet voor mezelf spreken, toch als taken tussendoor, het zijn niet mijn hoofdtaken, zo zie ik het niet, zo voel ik het niet (...) Je kiest een bepaald vak, en je gaat dat vak uitoefenen, en je weet dat er altijd een beetje, we moesten altijd al een beetje rapportage schrijven en zo, maar daar is nu wel heel veel bij gekomen. En de een kiest een administratief vak, en de ander kiest het vak van hulpverlener. (Geraldine)

Administratie staat volgens de meeste zorgverleners dus enigszins los van hun zorgtaken. Franca benadrukt echter dat administratie juist niet alleen los gezien moet worden van de zorg:

Administratie vind ik ook bij de zorgtaak horen he (...) we hebben een verantwoordelijk, in principe is het dossier van de cliënt. En dat wordt nog weleens vergeten, alsof het allemaal ter verantwoording van de zorgverzekeraar doen. En zo zie ik het niet, maar dat is natuurlijk wel heel erg wat het dreigt te worden. (Franca)

#### 4.2.2 Leuk of niet?

De meeste zorgverleners geven aan dat zij weinig op hebben met het doen van administratie. Geraldine laat weten dat ze er veel tijd aan kwijt is, *“omdat het allereerst ook niet mijn lievelingswerk is. Ik heb nooit geambieerd een baan op kantoor of als secretaresse te werken. Dus dat zit dus niet zo in mijn bloed”*. Het zit niet in ‘het bloed’ van Geraldine. Chanine geeft daarbij aan dat *“het niet onze eerste keus is om het vak in te gaan”* en dat het *“niet iedereen zijn hobby”* is. Er is echter geen ontkomen aan de administratieve taak, alle zorgverleners moeten de onder hun verantwoordelijkheid vallende dossiers op orde houden, ook wanneer ze daar minder zin in hebben: *“Het is niet het leukste van mijn vak (...) vaak is administratie ook wel goed, want dan schrijf je het van je af, maar ja ik heb soms ook wel dagen van’ hier heb ik gewoon geen zin in’ maar ik moet het dan wel doen”* (Gerda). De meeste zorgverleners reageren matig positief, maar er zijn ook uitschieters in positieve en negatieve zin.

Een enkele respondent geeft aan dat zij echt niet van zijn administratie taak houdt. Maria:

Een DBC verlengen, daar moet je zoveel handelingen voor doen, dat vind ik vreselijk. En daarom zeg ik, geef mij maar... en dan kom ik weer bij het begin van het interview; ik wil met patiënten bezig zijn, niet met dat ik een uur lang bezig ben om een DBC te verlengen. Ik vind het klotewerk. (Maria)

Maria is de enige die zich op deze wijze uitsprekt, maar er zijn meerdere zorgverleners die duidelijk maken dat het werken met DBC’s de minste geliefde taak is. Toch zijn er ook zorgverleners die zich beduidend positiever uitlaten:

Ik vind het een prettige afwisseling, dat ik dingen even op papier kan zetten die ik meemaak en hoor (...) of ik kijk samen met de cliënt terug. Maar ik vind het ook gewoon heel praktisch qua afwisseling, want ik vind praten leuk, en luisteren leuk, maar ik vind dat administratieve stuk ook leuk, dat je dingen correct wegzet, en ja, dat vind ik ook prettig. (Simone)

Simone waardeert de afwisseling die de administratieve taak biedt in haar werk. Carla beschrijft hoe ze het verwerken van dossiers in eerste instantie niet echt kon waarderen, maar dit gaandeweg veranderde:

Ja weetje, het is ik moet je eerlijk zeggen, het is ook wel grappig om te merken, ik vond dit eigenlijk eerst dacht ik ‘dit is niet zo mijn stijl’. Dit vind ik eigenlijk niet zo leuk dit werk. Maar nu, omdat het op een gegeven moment is gebleken, ja het loopt niet

goed, en ben ik me er écht in gaan verdiepen en heb ik dus die rol op me genomen en ik vind het eigenlijk nu leuk, maar het is ook leuk omdat het werkt, dat je ziet dat het werkt. En dat maakt - ja soms is dat zo met een rol - dat die naar verloop van tijd dat het toch beter begint te passen. (Carla)

Naast de positieve en negatieve geluiden, tonen sommige zorgverleners ook een dubbelzinnige houding jegens werken met het EPD. Zo laat Lyda weten dat ze het niet erg vond om met haar collega tijd te maken voor het bijwerken van DBC-dossiers, terwijl ze ook aan geeft dat er in sommige gevallen dossiers blijven liggen: *“ik weet niet of dat tijdgebrek is of dat ik gewoon zoiets denk van ‘he gadver, moet dat?’”*. De rode lijn in de reacties is dat administratie niet de *leukste taak* is, en in ieder geval niet de voorkeur geniet boven cliëntcontact. Zelfs Simone, die positief was over haar administratief werk, is hier duidelijk in:

Administratie [is] wel belangrijk, maar laten we het wel klein houden.

*Want waarom wil je het klein houden?*

Omdat cliëntcontact leuk is. Het leukste. Behandeling. (Simone)

### 4.2.3 Werken met het EPD

De zorgverleners verrichten hun administratieve werkzaamheden altijd in het EPD ‘Careweb’. Sommigen ervaren geen of weinig problemen, terwijl anderen aangeven hier juist vaak mee geconfronteerd te worden. De meeste zorgverleners geven aan dat ze moeite ervaren met het werken in Careweb. Chanine geeft aan: *“het vraagt ook wel heel veel kennis en vaardigheid”*. De redenen voor de ervaren moeite lopen uiteen, maar de rode draad in deze ervaringen is dat het werken met DBC’s ‘nauw luistert’ en ‘veel vraagt’ van de zorgverleners. De gegevens moeten op precies de goede manier worden ingevuld, en wanneer die niet gebeurt, kan een DBC door foutmeldingen niet worden gedeclareerd. Chanine en Simone beschrijven het werken met Careweb als volgt:

Ik zeg altijd het is net een soort wiskunde, dan moet je zorgen dat al die data gelijk staan, dat de DBC geopend wordt op het eerste contact. Maar dat moet weer na de startdatum van de verwijsbrief zijn, en het is gewoon een hele uitzoekerij waar dan die fouten zitten en die allemaal weg te werken (...) en het luistert nogal nauw op welke datum je een DBC start, of er op de verschillende formulieren we dezelfde datum staat, of op verschillende formulieren wel dezelfde diagnose staat, of alle papieren er wel inzitten. (Chanine)

Chanine vergelijkt het werken in het EPD met ‘wiskunde’. Die laatste metafoor slaat vooral op het belang van de datering van de verschillende gebruikte formulieren, die in het systeem allemaal onderling overeen moeten komen:

Nou met name die data, dat data heel belangrijk zijn. De datum van de verwijsbrief, maar de datum van de eerste activiteit, dat is eigenlijk de poort waarop alle dossieronderdelen geopend moeten worden. Want anders krijg je allerlei meldingen, en nou ja, waar je kan je wat vinden, waar kan je wat terugvinden, ja dat vond ik wel even zoeken. (Sanne)

De meldingen waar Sanne over spreekt, worden ook door andere zorgverleners aangehaald. Meldingen of ‘fouten’ hebben dan betrekking op instellingen bij afspraken of formulieren in het systeem: *“je hoeft maar het adres in te vullen met ‘asterstraat 1’, en 1 in het verkeerde hokje te doen en dan heb je al een fout. Dus er zitten altijd gewoon foutjes in. Of ten minste in ieder geval bij mij”* (Sophie). Geraldine geeft enkele voorbeelden van dit soort fouten:

Ja dat zijn dan foutmeldingen. Dus ja wat kan daar staan, het kan dan zijn dat je bijvoorbeeld een activiteit niet goed hebt geregistreerd, dat dan bijvoorbeeld de cliënt aanwezig staat, in plaats van afgevoerd van afwezig bij jouw reistijd, of bij jouw verslaglegging. Dat soort dingen kunnen er misgaan. Wat heb je nog meer voor meldingen. Dat data niet precies kloppen. Dat je

de startdatum hebt en dat dan bijvoorbeeld het DSM-formulier net op een andere datum ingevuld staat. Dus dan moet je eigenlijk met die melding 'oh wat bedoelen ze nou', oh de datum komt niet overeen, nou dan moet je even een dag veranderen, een dagje naar voren, of een dagje naar achteren. Maar ja, het is soms een beetje gepuzzel. En dan gaan we een beetje spelen met de datum en 'oh ja nou klopt ie, yes, nu is ie in orde'. (Geraldine)

Sommige zorgverleners verklaren de moeilijkheid van administreren vanuit het feit dat ze onvoldoende overzicht hebben op alles wat ze moeten doen. Hierbij laten zij weten dat het systeem onvoldoende in dit overzicht ondersteunt:

Ik persoonlijk vind het gewoon niet overzichtelijk. In dat systeem Careweb, daar zitten dingen in die je gewoon niet gebruikt. Dat is gewoon verwarrend, als je dingen niet gebruikt vind ik, moet je ze er gewoon uithalen (...)het maakt het gewoon ingewikkeld, en waarom zou je het in het systeem zetten als je het niet gebruikt. (Eva)

Naast de foutmeldingen die betrekking hebben op de invoer van gegevens, spreken zorgverleners ook over diverse fouten in het systeem. Zo zou het EPD soms 'vastlopen', wat een herstart van het systeem vereist: *"Hij geeft af en toe wel storingen, laatste tijd wel wat meer, dat ie storing geeft vind ik. Dan valt ie gewoon uit, of dan geeft ie dat de server eruit ligt, of ja dan kan je natuurlijk niks"* (Eva). Andere zorgverleners spreken over afspraken die 'verdwijnen' uit de agenda: *"het gooit cliëntenafspraken eruit, het doet niet altijd wat je wil, ik vind het niet altijd betrouwbaar"* (Gerda). Ook Sophie ervaart problemen met Careweb:

We kunnen in Careweb heel vaak geen patiënten opvoeren, geen personen opvoeren, wij maken zelf de dossiers aan, we hebben natuurlijk geen secretariaat, en dan moet je ook de huisarts eraan toevoegen, en dat lukt je dan niet, dat kost onwijs veel tijd.

*En waarom lukt je dat nog niet?*

Daar zijn we nog niet achter. We leren al wel trucjes, dat het dan, je hebt dan verschillende kopjes, en als je dan eerst naar organisaties gaat, dat het dan wel lukt, of soms een paar dagen later. Maar het kost veel tijd, en als dat niet klopt, kan je geen DBC afsluiten (...) dus je moet weer gaan bellen, je gaat nog eens navragen, je kunt soms ook een huisarts invoeren onder zijn ABG-code, moet je eerst weer bellen met de huisarts 'wat is je AGB-code'. Dan ben je zo een half uur verder. Nou voer je dat in, werkt het ook niet. Dan moet je het nog eens op adres proberen. (Sophie)

De zorgverleners zijn wisselend tevreden over het systeem, maar sommigen zijn er juist wel tevreden mee. Hoewel ook Liesje soms problemen ervaart, zegt zij over Careweb:

Het meest vervelende wat soms voorkomt, de laatste tijd gelukkig minder, een bepaalde storing die optreedt, dat het beeldscherm, de lay-out er ook ineens anders uit zit, en dan is het elke keer wel opnieuw uitloggen en inloggen. Maar gelukkig, dat is eigenlijk het grootste probleem waar ik eigenlijk tegenaan loop, maar voor de rest vind ik het eigenlijk een heel fijn programma. Het spreekt voor zich, overzichtelijk. Ik ben er eigenlijk wel heel blij mee ja. (Liesje)

#### 4.2.4 Opleiding

Ik besprak al in paragraaf 4.1.3 dat DBC-administratie nieuw is voor de zorgverleners. Sommige zorgverleners zijn van mening dat zij niet of onvoldoende geleerd hebben hoe zij met DBC's om moeten gaan. Zij geven aan dat dit geen onderdeel was van hun beroepsopleiding: *"daar heb ik niet voor gestudeerd, nooit bewust voor gekozen"* (Gerda). Mede daarom hebben zij moeite met het EPD. De wens om hierin bijgeschoold te worden is hoorbaar bij verschillende zorgverleners, bijvoorbeeld bij Dorien en Eva:

Je moet het eigenlijk allemaal toch een beetje uitzoeken, en zelf een beetje uitvogelen. En daarin miste we wel, de goeie training van Careweb, dus je bent inderdaad, en dat hebben collega's ook weleens gezegd, je bent opgeleid als hulpverlener, maar niet als administrateur. Je kiest daar wel voor, als je bij BuurtzorgT gaat werken, maar krijg dan ook juist, in het begin al, hele goede uitleg daarover, krijg trainingen daarvoor, zodat eenieder die administratie goed kan doen. (Dorien)



Ik heb één keer heb ik een cursus Careweb gehad denk ik. Inmiddels zijn er wat dingen veranderd in Careweb, weetje. Dan krijg je wel allerlei filmpjes en overzichten van hoe Careweb werkt, ik vind dat daar veel meer mee gedaan moet worden dat dat er gewoon ingeramd moet worden (...) hoe dat nou precies werkt, waar je moet zijn, hoe je dat moet doen, dan krijg je een halve dag Careweb-instructies, en daar moet je het dan mee doen. Nou ik weet niet hoe lang we Careweb nu al hebben, zo'n twee jaar zijn we met een nieuw systeem begonnen, en daar moet je het dan mee doen, en er gaan gewoon dingen fout. (Eva)

Het gebrek aan opleiding met betrekking tot het administratieproces zit volgens zorgverleners zowel in hun beroepsopleiding als bij de introductie bij BuurtzorgT. Chanine geeft aan dat dit vooral in het verleden een probleem is geweest: *“Nu, sinds een klein jaar krijgen nieuwe medewerkers een training in Almere, maar dat hebben wij helemaal niet gehad. Wij werden hier zo voor gegooid, en al werkende kwamen allerlei fouten en dingen tegen, maar toen waren er ook al een heleboel DBC verkeerd ingevuld, dan hadden we een hele inhaalslag te maken”*. Naast kennis over het systeem, geeft Eva ook nog aan dat zij enige inhoudelijke kennis mist, die haar administratieve taak soms vraagt. Een van de documenten die zij moet invullen is het DSM-formulier, waarbij ze een voorlopig diagnose moet noteren. Zij vertelt daarover:

Ik ben geen verpleegkundige, zo zijn er nog een aantal SPH'ers, waar je toch tegenaan loopt dat ik niet geleerd heb hoe een DSM eruit moet zien. Maar ik zie dat Roos, die is verpleegkundig specialist, dat die daar ook moeite mee heeft, want nu moeten we alles weer overzetten van DSM 4 naar DSM 5, en dan ligt daar dat boek, nou dat is zo dik, dat ik al denk van nou daar ga ik niet eens aan beginnen, ik weet niet eens hoe ik moet kijken. Ik weet ook niet hoe dat dan werkt, bij wijze van spreken, en dan denk ik ja ligt dat nou aan mij, snap ik het nou niet omdat ik niet opgeleid ben? Of is het gewoon kennis, mis ik gewoon die kennis? En moet ik kijken of ik die kennis kan bijspijkeren? Maar ik denk dat ik niet de enige ben, die dat dan mist. (Eva)

Chanine geeft aan dat zij wel een uitleg heeft gekregen over het systeem, maar dat deze te beperkt is geweest. Vooral de foutmeldingen vormen voor haar een probleem: *“die foutmeldingen en weet ik veel wat, dat kwam ineens op ons pad, en daar is nooit iemand echt goed in opgeleid, en dat had al veel eerder gekund, dat eerder diverse mensen uit het land, van de verschillende teams, echt een intensieve training daarvoor hebben gehad, dat had ik denk ik in alle teams een hoop frustratie voorkomen”*.

#### 4.2.5 Routine

Verschillende zorgverleners geven aan dat zij onvoldoende routine opbouwen met betrekking tot de handelingen die bij het administratieve proces horen. Sannes reactie is tekenend voor wat de meeste zorgverleners hierover zeiden: *“voordat ik het in de vingers had, en wist wat er nou precies moest gebeuren, dat ging bij mij wel wat tijd overheen”*. Sommige handelingen, zoals de dagelijkse rapportage van het verloop van bezoeken leveren geen problemen op, maar andere taken wel. Eva vergelijkt haar vaardigheid met het afsluiten van DBC's met die van het administratieve team:

Kijk die meiden [het ondersteunend personeel] werken natuurlijk dagelijks met dat systeem, en wij niet. Wij werken wel met het systeem, en we doen wel onze administratie. Maar als je iemand om moet zetten, bijvoorbeeld van die 365 dagen, dan dat doe je een paar keer per jaar, of een paar keer achter elkaar, en dan een hele tijd weer niet. Dus dat is dan weer helemaal uit je systeem, en dan denk ik hoe was het ook al weer? (Eva)

Eva geeft aan dat ze te weinig vaardigheid met het EPD opbouwt, omdat ze sommige handelingen, vooral het omzetten van DBC's nadat ze verlopen zijn, weinig doet. Ook Chanine noemt het belang van ervaring opdoen met het EPD:

Het is ook gewoon heel veel doen. En dat is natuurlijk een beetje het lastige. Soms hebben we gewoon langdurig cliënten, en dan heb je niet zo heel vaak nieuwe cliënten, waardoor je het weer opnieuw helemaal moet invullen. Natuurlijk moet je wel ieder jaar opnieuw opstarten en afronden, maar als je dat eenmaal goed hebt gedaan, dan is dat een fluitje van een cent. Het in eerste

instantie allemaal invullen is best wel een klus, en daar doen we gewoon niet voldoende ervaring in op, omdat we het niet zo vaak doen. (Chanine)

Wanneer zorgverleners voldoende ervaring hebben, en als het ware een drempel over zijn, gaat het administreren makkelijker. Het feit dat sommige zorgverleners achterliepen, maakte dat zij een inhaalslag moesten maken, waarmee ze tegelijkertijd hun kennis van de werking van het EPD vergrootten.

Ik heb het wel redelijk in beeld nu. We hebben ook een achterstand moeten wegwerken, dus toen had ik wel, toen zat ik er goed in (...) dat je even flink moet buffelen ermee, want anders doe je het maar, twintig keer per jaar ofzo. Dus dat is niet heel vaak natuurlijk. (Romana)

Dit 'buffelen', het wegwerken van de achterstand, heeft volgens Romana een positieve uitkomst gehad voor haar vaardigheid met het EPD. Lyda vat haar vergelijkbare situatie samen: *"inzicht hebben we gekregen door gewoon maar te doen doen doen"*. En ook Simone beschrijft een vergelijkbare ervaring. Zij ging naar verloop van tijd het EPD steeds beter beheersen:

Ja in het begin waren er heel veel fouten, ja ik denk door weinig kennis. We zijn gewoon in die DBC-systemen gerold, en ja vervolgens moet je maar snappen hoe het moet. Dan loop je ergens tegenaan, en je stelt een vraag, je krijgt een antwoord, en dan de volgende keer dan weet je dat. En dan heb je vervolgens weer een ander probleem, dus dat is best wel ingewikkelde materie als je nog nooit eerder van hebt gehoord. Maar als het systeem eenmaal loopt, dan is het ook weer heel gemakkelijk.

*En dat is inmiddels zo?*

Ja, ja voor mij wel. Ja, ik heb me er wel flink in vast gebeten.

*Wat bedoel je dan?*

Ja dat ik denk ja, wat gaat hier steeds mis? En hoe gaan we dat voorkomen, dus vragen stellen, en dingen weer lezen, en opnieuw proberen, net zo lang totdat je dat door hebt, en ook met je team overleggen. (Simone)

Simone geeft als reden voor de beginnersfouten die gemaakt werden dat het 'ingewikkelde materie' voor beginners is. Ze laat in het midden, wat ze er precies ingewikkeld aan vond, maar andere zorgverleners zijn hier wel specifiek in. Zo laat Maria weten:

Dan loop ik gewoon vast op dat je bij een DBC moet je weer formulieren openen, je moet dingen afsluiten, je moet einddata geven, je moet een stuk of 10 stappen doen, en die 10 stappen die gaan er bij mij gewoon niet in.

*Wat bedoel je met gaan er niet in?*

Krijg ik gewoon niet in mijn kop! Oefen ik te weinig (...) en als ik het nou twintig of dertig keer doe, dan heb ik het misschien wel in mijn kop zitten. (Maria)

De hoeveelheid handelingen is te groot voor Maria om te onthouden. Volgens Chanine zijn er: *"allemaal weetjes, die je moet weten, voordat je het systeem goed kan invullen, waardoor het ook wel makkelijker wordt, maar het is ook gewoon heel veel doen"*. Chanine zegt dat zonder de 'weetjes', die alleen door ervaring bekend kunnen worden, het moeilijk is om dossiers succesvol af te sluiten. Geraldine laat weten dat ze enige routine mist, bij het uitvoeren van haar werkzaamheden. Zij moet onder andere brieven naar huisartsen schrijven, maar dit vergeet ze weleens. Ze zegt daarover: *"het zat ook niet zo in mijn systeem, geloof ik, maar ik geloof, nu ben ik daar wel alerter op hoor"*.

Zorgverleners geven dus aan dat naast kennis en opleiding, routine en ervaring belangrijk zijn bij het vervullen van administratieve taken. Doordat bepaalde handelingen (zoals het sluiten van een dossier) weinig voorkomen, zij hier veel moeite mee hebben, en worden ze in sommige gevallen vergeten.

## 4.2.6 Ondersteuning

In de inleiding benoemde ik al het ondersteunende team, dat vanuit Almere de zorgverleners bijstaat bij het dragen van hun administratieve lasten. In de eerste paragraaf liet ik zien dat zorgverleners voornamelijk zichzelf verantwoordelijk achten voor hun administratieve taken, zoals 'dat hoort' in de zelfsturing. In deze paragraaf belicht ik de ondersteuning die zij hierbij krijgen.

In principe verzorgen de zorgverleners hun administratie, maar het komt voor – zo werd hierboven duidelijk – dat er problemen zijn met het EPD. Verschillende zorgverleners geven aan dat zij eerst zelf proberen deze op te lossen, wanneer deze zich aandienen. Zo laat Sanne weten: *“kijk het is me de eer te na om bij alles wat ik doe hulp te vragen, dus ik probeer het eerst zelf uit te vogelen, of mijn collega's te raadplegen. En als het allemaal niet lukt, dan vraag ik de zorgadministratie”*. De collega's in teams of zorgadministratie (het ondersteunende team) vormen twee mogelijke hulplijnen voor de zorgverleners. Meerdere zorgverleners laten weten dat zij zich afhankelijk voelen van deze hulplijnen. Chanine: *“om die kennis op te doen ben ik wel afhankelijk van iemand die mij dat eerst gaat vertellen ja. En dan is het goed als er in het team een of twee mensen zijn die daar gewoon voldoende kennis van hebben, want dit kun je gewoon niet allemaal weten”*. Ook Floortje geeft aan dat ze niet zonder de ondersteuning van haar team en 'Almere' kan:

Dat ik daarin afhankelijk ben van Mirjam of Almere. Want nu lukt mij ook iets niet. Ik heb een brief van de huisarts getypt en in die brief pakt hij de DSM niet, en dat is iets ICT-achtigs, wat ik dan zelf niet kan bedenken hoe dat moet. Dus dat gaat dan niet zo zeer inhoudelijk, maar meer hoe krijg ik het goed uit de printer. Daarin ben ik nog wel afhankelijk van anderen ook. (Floortje)

De meeste zorgverleners zijn blij met de hulp die hen geboden wordt. Eva vindt dat ze altijd 'keurig wordt geholpen' en Sanne zegt over het ondersteunende team: *“als ik hulp nodig heb dan zijn de collega's van Almere, de zorgadministratie, dat is mijn baken. Daar moet ik zijn als ik het niet meer weet”*. Voor de meeste zorgverleners spelen teamleden ook ondersteunende rol. Liesje zegt daarover:

Elkaar helpen en ondersteunen. Dat is ook wel heel veel doen, onderling in het team, is dat we elkaar daar regelmatig in helpen, dat we dat ook vaak wel inplannen als ik vragen heb. Over administratie, of over behandelplan, of verlengen of afsluiten van DBC's – het is ook niet iets wat je dagelijks doet – en ja daar heb je elkaar gewoon heel hard bij nodig. (Liesje)

Net als Liesje geeft Maria aan dat zij veelvuldig gebruik maakt van de expertise van haar teamgenoten, vooral wanneer zij problemen ervaart. In reactie op de vraag wat zij doet als zij problemen ervaart met het EPD zegt zij:

Nou dan ga ik gebruik maken van de deskundigheid van collega's. En dan zeg ik tegen Chantalle, of Gerard is er ook heel goed in en ik denk Flip ook veel beter dan ik, en Willemijn ook, al mijn collega's zijn er veel beter in (...) dan zeg ik nou Chantalle, ik heb een klant, daar moet ik een DBC van verlengen, heb je even tijd om dat, nou bijna voor mij, maar ook wel met mij te doen? Nou dan zegt Chantalle niet zo gauw van nou Maria dat moet jij zelf, je moet het zelf doen.

*En wat doe je dan?*

Nou dan gaan we tien minuten zitten. Want met Chantalle is het in 10 minuten klaar. Waar ik driekwartier een burn-out aanval van krijg, nou daar is Chantalle met mij in tien minuten klaar mee, want die weet precies hoe dat moet. (Maria)

Zorgverleners als Maria en Liesje maken dus gebruik van teamleden wanneer zij administratieve uitdagingen tegenkomen. Enkele zorgverleners geven aan dat zij veel steun ervaren van collega's, maar niet specifiek bij hun administratief werk: *“nee wij hebben heel veel feedback op elkaar, op van alles, maar administratie eigenlijk niet”* (Sophie). Ook Romana geeft aan dat zij normaal gesproken geen feedback krijgt op haar administratieve werk:

*“van mijn directe collega’s niet echt, je hebt het er weleens over van ‘oh ja dat intakeverslag ofzo zag er goed uit’, maar eigenlijk bijna nooit nee”.*

Sommige zorgverleners willen graag meer hulp bij hun administratief werk, vooral van het ondersteunende team in Almere. Dit hangt samen met de wens om meer te leren over het EPD (zie paragraaf 4.2.4). Dorien:

Laat een Joyce, of een Kim of wie dat dan ook doet, laat die eens bij een team komen zelf (...) ga de teams af bijvoorbeeld. Nou bij ons is er nog nooit iemand van een ander team geweest om uitleg te geven. Een Joyce of een Kim of wie daar ook over gaat. Want dan heb je namelijk meer de rust binnen het team, kun je het gelijk zelf doen, om de kwaliteit te kunnen hebben. (Dorien)

Naast scholing, klinkt er in sommige gevallen ook nog een wens tot meer feedback vanuit het ondersteunende team, zo reageert Sanne op de vraag of zij feedback krijgt:

Weinig. Te weinig.

*Waarom?*

Nou met name over dit soort dingen, het administratieproces, ik stuur dan een mailtje van ‘in november moeten deze DBC’s gedeclareerd kunnen worden’, en dan zet ik eronder van nou ik heb deze manier bedacht, is dat een juiste, of heb je nog tips ofzo? Nou en daar krijg ik eigenlijk heel weinig op terug. Dat vind ik op zich wel jammer. (...) volgens mij zou het efficiënter zijn als er iemand, eens toch wat meer mee zou kijken als, van nou ‘doe het nou zus of zo’, dan heb je er [van het administratieve proces] het minste last van. Maar dat is nog niet gebeurd. (Sanne)

Sanne zou graag meer ondersteund worden bij de manier waarop zij met DBC’s werkt. Eva gaat een stap verder en wil niet alleen meer ondersteuning, maar graag meer samenwerken, met betrekking tot het dragen van de administratieve taken in het bijzonder:

Soms voel ik me een beetje alleen, hé, ik zou toch wel wat meer, samen, saamhorigheid begint voor mijn gevoel een beetje weg te gaan. Een beetje aandacht. Ik voel me soms wel in de steek gelaten, en er belt nooit iemand van hee joh lukt het? Net zoals bijvoorbeeld dat heel Careweb-gebeuren weet je wel (...) je krijgt alle mogelijkheden, alleen weet je niet welke mogelijkheden er zijn. Je mag alles doen, kijk maar wat je leuk vindt, maar dat is niet echt, voor mijn gevoel niet echt duidelijk van wat dan de mogelijkheden zijn binnen de organisatie. Het wordt nu te groot, het wordt te onoverzichtelijk. Nee ik moet het zelf allemaal maar uitzoeken. (Eva)

Tijdens het werken in zelfsturende teams voelt Eva zich soms wat alleen, en weet ze niet hoe ze ervoor kan zorgen dat ze haar DBC-administratie op orde krijgt.

### 4.3 “Uiteindelijk kies je toch voor de cliënt”

In de vorige paragraaf ging ik in op de ervaren administratieve lasten. In deze paragraaf bespreek ik de verschillende motieven die de zorgverleners noemen in de interviews voor het verrichten van hun administratieve taken. Daarnaast ga ik in op de manier waarop zorgverleners beschrijven welke keuzes zij maken, wanneer administratie niet de enige (mogelijke) taak is die verricht kan worden.

#### 4.3.1 Het belang van administratie

In de vorige paragraaf liet ik zien dat de zorgverleners administratief werk niet als onderdeel van ‘hun werk’ zien en over het algemeen geen leuk werk vinden. Hieronder ga ik verder in op het belang dat zorgverleners aangeven met betrekking tot administratieve handelingen. Tijdens de interviews vroeg ik de zorgverleners hiernaar. De antwoorden lopen uiteen. Sommige zorgverleners maken specifiek onderscheid in het nut of de noodzaak dat zij

zien bij verschillende administratieve werkzaamheden. Zo ziet Floortje haar rapportages heel anders dan haar DBC-administratie:

Dat [een DBC-dossier onderhouden] is voor mij gewoon een noodzaak, om het goed te doen, om te zorgen dat de organisatie zijn werk gewoon goed kan doen. Dat is voor mij de toegevoegde waarde, maar het is niet voor mijzelf dat ik het leuk of belangrijk vind. Gewoon iets dat erbij hoort, zo zie ik het (...) als het gaat om DBC-administratie. Wacht ik zeg het niet helemaal goed, want het gaat dan ook om rapportages enzo, het gaat om alles?

*Ja*

Oh nee, dan vind ik het zeker zinvol, want je wil vastleggen wat je doet en wat je besproken hebt, ook om het transparant te houden en ook voor heel het team dat je op de hoogte bent van elkaar en dat je het terug kan vinden. Dus in die zin is het heel waardevol, administratie, want je borgt dingen. (Floortje)

Ze ziet haar rapportage, in tegenstelling tot de DBC-administratie, wel als *zinvol*. De DBC-administratie doet ze vooral 'omdat het moet'. Administratieve taken worden door zorgverleners vooral bekeken vanuit het perspectief *voor wie* deze gedaan (moeten) worden, dat geldt ook voor Geraldine:

Nou ja goed de administratie moet gewoon gedaan worden, anders komt er ook geen geld binnen. Want de toegevoegde waarde die zit in verslaglegging, in psychiatrisch onderzoek, ja, dat. Verder is het toch veel noodzakelijk kwaad (...) Ik denk dat een groot deel van wat er in de dossiers gedaan moet worden dat dat vooral voor de verzekeraar is, en niet zo direct voor de cliënt. Kijk die cliënt die is blij als ik er een halfuurtje ben, of anderhalf uur, of als ik daar mijn werk doe, en hoe ik dat allemaal wegschrijf, ja dat zal die cliënt verder, ja die heeft daar verder niet zo [veel aan] (Geraldine)

Verskillende zorgverleners vergelijken administreren met het creëren van 'transparantie' of 'inzicht'. Deze transparantie of dit inzicht heeft dan vooral betrekking op het verhelderen van de ondernomen acties met betrekking tot de cliënten, en de hoeveelheid tijd die daaraan besteed wordt. Hieronder ga ik verder in op verschillende belangen die volgens zorgverleners gehonoreerd worden door het uitvoeren van administratieve taken.

### *Financiering van de zorg*

Het meest genoemde motief om bezig te zijn met administratie is van financiële aard: *"er is geen andere manier waarop het geld binnenkomt, dus het is wel heel belangrijk"* (Gerda). Alle zorgverleners benoemen deze reden en weten dat zónder een volledig kloppende administratie zorgverzekeraars de zorg niet zullen vergoeden. Dorien vergelijkt het bijhouden van DBC's met het werk van een boekhouder:

Zonder administratie kun je niet, ja nogmaals dan raak je failliet. Dat hoort er gewoon bij, dat is natuurlijk toegevoegde waarde in die zin, het moet gewoon. Een ondernemer kan ook niet zonder zijn boekhouder, en zonder zijn zaakjes op orde te houden, dat hebben wij natuurlijk precies hetzelfde. (Dorien)

Daarbij benadrukken sommige zorgverleners dat ze moeten opletten dat ze alle tijd die ze besteden aan cliënten ook écht vastleggen in het EPD: *"iedere minuut moet gedekt worden"* (Carla). Franca laat weten:

Ik doe het ook omdat ik weet dat onze salarissen ervan afhankelijk zijn en ons bestaansrecht. Dus dat is, wat ik inmiddels ook als een doel heb, maar dat was niet het primaire doel. Maar daar waak ik wel heel erg voor, omdat ik weet hoe belangrijk dat is, iedere minuut die je registreert, en wat het oplevert en dus ook dingen die je niet registreert, wat je daarmee mist. Dus daar ben ik me bewust van. (Franca)

Dorien ziet haar administratieve taak vooral in het perspectief van haar zelfsturende team, ze doet administratie: *"zodat je gezond blijft. Dus dat ook niet alleen verkoopt, maar dat je ook het geld vangt. Ja. Nogmaals ik vergelijk*

*het met mijn winkeltje, als je alles in de uitverkoop zet en je draait verlies, dat kan niet*". Het financiële aspect dat aan de administratieve taak hangt lijkt dus sterk leidend in de motivatie om deze te volbrengen, of zoals Chanine stelt:

We willen ook aan het eind van de maand betaald worden, salaris moet ook wel betaald worden. Dit pand moet ook wel betaald worden, en BuurtzorgT vindt het ook wel fijn als ze hun medewerkers die daar op het kantoor zitten kunnen betalen, dus wij moeten wel ook iets verdienen. Ja dus daarom moeten wij die administratie goed op orde hebben. (Chanine)

### *Zodat ze weten waar je mee bezig bent*

Verschillende zorgverleners geven aan dat ze middels de rapportage hun taken en informatie met betrekking tot cliëntenzorg overdraagbaar maken. Liesje zegt daarover:

Ik denk de meest toegevoegde waarde is, alle administratie, alles wat ik Careweb neerzet, dat moet eigenlijk als een collega meekijkt, die moet eigenlijk door alles wat hij ziet in Careweb een duidelijk beeld hebben van de cliënt. Wie de cliënt is, alle gegevens, maar ook de hele rapportage, maar ook de verslag, dat dat meteen een duidelijk beeld geeft, zonder dat je überhaupt ooit kennis hebt gemaakt met die cliënt, dat mijn collega wel meteen al kan zien wat er speelt, waar we mee bezig zijn. Stel dat ik ziek word, dan kan iemand anders, in principe, met alle informatie, vanuit de administratie, zou die eigenlijk alles zo op moeten kunnen pakken. Dat is mijn grootste doel, dat geeft mij rust, als ik het daarin alles goed verwerkt heb, dan mag ik ziek worden bij wijze van spreken. (Liesje)

Volgens Liesje is het dus vooral belangrijk dat de geadmistreerde informatie een soepele voortgang van een behandeling bij eventuele uitval mogelijk maakt. Verschillende zorgverleners reageren vergelijkbaar, zoals Romana, die middels een uitgebreide rapportage ervoor zorgt *"dat het inhoudelijk iets toevoegt. Dat vind ik wel belangrijk, en ook voor overdracht, dus dat je het daardoor beter kan delen met anderen, dat vind ik belangrijk"*.

### *Inzichtig voor de cliënt*

Naast het financiële en collegiale motief, geven sommige zorgverleners aan dat rapportage ook in het belang is van de cliënt. Verschillende zorgverleners gaan daarbij uit van het idee dat ze het zelf ook fijn zouden vinden als het verloop van een behandeling inzichtelijk is. Zo vertelt bijvoorbeeld Carla:

Nut van administratie is dat het goed voor jezelf en de cliënt is. Dat je weet wat je gaat doen. Zo ziet de behandeling eruit, en de doelen (...) het is allemaal wel veel ja. Het is wel begrijpelijk. Ik probeer dan het altijd wel om te draaien van nou ja goed als ik zelf dan cliënt zou zijn, dan zou het mij ook wel een prettig gevoel geven als ik zou weten van hoe dat [werkt]. (Carla)

Maria vormt een uitzondering op de regel, en vind dat haar administratief werk weinig tot geen toegevoegde waarde heeft voor cliënten:

Want de cliënt is van een goed behandelplan op papier nog nooit beter geworden hoor, daar ben ik van overtuigd. Een cliënt maakt kleine stappen in zijn of haar leven, doordat die dat zelf doet, en niet omdat dat in een behandelplan staat. Dus het is, ik vind het toch, ja ik ben een beetje ouderwets hoor dat ik denk ja een behandelplan is leuk en aardig. En er moet wel iets op papier staan, maar daar moet je niet te moeilijk over doen. (Maria)

### *Reflectie voor jezelf*

Ten slotte geven sommige zorgverleners aan dat zij hun rapportages gebruiken ter reflectie. Simone zegt daarover:

Je kunt ook dingen teruglezen, die vind ik ook wel prettig. Ik kan niet alles onthouden. Dat wil ik ook niet. Dus ik vind het dan soms wel heel verhelderend, dat als ik naar iemand toe ga, dat ik dan denk 'oh ja hoe was het ook al weer?', even terugkijken naar wat ik genoteerd heb. En oh ja dan weet ik het weer. Of ik kijk samen met de cliënt terug. (Simone)

Simone werkt met veel verschillende cliënten, en vind het zelf fijn om de belangrijkste punten van eerdere contactmomenten terug te lezen. Ook Sophie ziet deze waarde, omdat volgens haar de aard van iemands problematiek snel kan veranderen. Ze haalt nieuwe inzichten uit haar rapportages *“Maar je ziet altijd na 3-4 weken verandert dat al, dus het is heel erg goed om alles heel goed bij te houden, en terug te kunnen kijken”* (Sophie). Wederom is Maria de enige die hier anders over denkt: *“ik zal mijn dossiers niet uitgebreid gaan lezen om te kijken wat erin staat”*.

### 4.3.2 Administreren en zorgen

Zorgverleners plannen hun werkdagen zelfstandig (zie paragraaf 4.1.4). Ze hebben gedurende de dag meerdere behandelcontacten met cliënten, en zijn tijdens kantooruren - behalve tijdens bezoeken - altijd telefonisch bereikbaar of te benaderen via email. Wanneer medewerkers bezig zijn met hun administratie, worden ze weleens onderbroken door een hulpvraag van cliënten:

Omdat ik dus met instabiele mensen werk, kan het zomaar zijn dat ik vanochtend een uur [voor administratie] heb ingepland en dat ik gebeld wordt door een cliënt en dat ik daarheen moet. En dat dat uur dan niet doorgaat, en zo schuift het dan door naar een andere dag en soms lukt het een week niet. (Gerda)

Gerda geeft aan dat de behoeften van cliënten soms *last-minute* kunnen veranderen, waardoor haar dagindeling verandert. Dit is herkenbaar voor de meeste zorgverleners. Sterker nog, het gebeurt niet incidenteel, maar veel vaker. Zo meldt Carla: *“wat moeilijk is dat je vaak wordt opgeslokt door de hectiek van de dag. Er gebeurt namelijk altijd wel wat, never a dull moment, echt het is echt zo”*. Gerda noemt dit *“opgaan in de waan van de dag”* en Geraldine vertelt hierover:

Nou er gebeuren altijd dingen, iemand komt binnen, of iemand gaat weg. Of dingen veranderen in je dagplanning, of dat je...

*Ze veranderen? Waarom is het veranderlijk?*

Nou net als zo vanochtend dat die wandeling niet doorgaat. Of ja, dat er mensen ineens, dat het niet goed gaat, of dat ze in paniek schieten, of dat ze opbellen van ‘oh ik heb eigenlijk nu een andere afspraak, het schikt nu eigenlijk niet’. Er kan van alles gebeuren. (Geraldine)

Wanneer de planning van een dag wijzigt, moeten werkzaamheden aangepast worden. Zo kan het voorkomen dat medewerkers hun administratieve taken onderbreken om de (zorg)vragen van cliënten te beantwoorden, omdat *“je toch geneigd bent om patiënten altijd voor te laten gaan”* (Sophie). Romana herkent dit: *“qua prioritering komt het [administratie] wat lager dan de directe dingen die ik doe met cliënten, dat merk ik wel”*. De meeste zorgverleners spreken over deze neiging. In de prioritering van taken gaan cliëntencontacten voor administratieve werkzaamheden. Chanine legt uit hoe dat in de praktijk gaat, wanneer ze over haar planning vertelt:

Ik moet wel echt tijd reserveren in mijn agenda, anders loopt het heel erg snel vol met cliëntenzorg, of dat er een organisatie belt van ‘goh we willen eigenlijk nu wel even een gesprek gezamenlijk hebben, dan heb je al heel snel zoiets van ‘oh ja nou dan doe ik die administratie morgen wel’ – Snap je? Dan denk je van: ‘ja oké, dat moet nu’, en dat is niet uitstelgedrag in de zin van ik heb er geen zin in, maar dat is dan dat ik denk, nu kunnen we met z’n allen om tafel, dan gaan we ook met z’n allen om de tafel op dat moment. En dat [administratie] schuif ik dan door. Snap je? Soms stel ik dan prioriteiten in, ten gunste van de cliënten, omdat ik dat gewoon het belangrijkste vind, en dan stel ik het uit. (Chanine)

De administratie wordt in bovenstaand geval uitgesteld, ten gunste van de cliënt. Chanine ziet een kans om een goed gesprek voor de behandeling aan te gaan, en besluit dit ook te doen. Meerdere zorgverleners schetsen hetzelfde beeld, ook Liesje: *“crisisgevoelige cliënten die staan altijd, ja die hebben altijd een hoge prioriteit, wat ik zeg zorgadministratie schuift, daar heb ik geen cliënt voor nodig”*. Ook Gerda verkiest, wanneer het tot een keuzemoment komt, de cliënt boven andere taken:

Als jij bijvoorbeeld een behandelspraak hebt, maar je systeem werkt niet of doet vervelend, ja dan heeft het systeem geen voorrang op dat moment. Voor mij heeft de cliënt altijd voorrang (...) administratie komt voor mij op een andere plek, want het gaat eigenlijk om die cliënt. Ja, ik ga niet mijn cliënt verkopen ‘ja ik moet nu mijn administratie doen’ dus ik kan jou niet zien. En natuurlijk moet je ook tijd maken voor je administratie, maar het zit denk ik ook wel in de hulpverleners, in ieder geval die bij BuurtzorgT rondlopen, dat je meer hart hebt voor je cliënten dan voor je administratie (Gerda).

De cliënt staat voor Gerda centraal, en zal daarom voorrang ten opzichte van haar administratieve taken. Sophie trekt dezelfde conclusie, en stelt daarbij dat dit tot een leerpunt leidt voor haarzelf en teamleden. Volgens Sophie moeten zij en haar teamgenoten namelijk leren dat administratie net zo belangrijk is als patiëntenzorg:

Je bent toch geneigd om patiënten altijd voor te laten aan (...) als je alles wil doen, en dan is het logisch dat administratie op de laatste plek komt, en dat zijn we nou aan het leren, van nee we moeten administratie ook gewoon inplannen en dan moet die patiënt de week erop maar in. En dat is een beetje wat wij moeten leren om dan gewoon ‘nee’ te zeggen en administratie voor te laten gaan. En ik denk dat dat ook iets in de zorg is dat gewoon, ja, bijna inherent is aan de mensen die er werken, maar het is wel belangrijk dat we dat gewoon doen. (Sophie)

Volgens Sophie is de genoemde neiging om cliënten voor te laten gaan inherent aan de mensen die in de zorg werken. Deze neiging is ook terug te lezen in de uitspraak van Gerda hierboven. Het is voor zorgverleners zelf niet precies duidelijk op basis waarvan zij keuzes maken tussen administratieve en zorgtaken. Simone noemt dit ook wel ‘nattevingerwerk’. In gesprek geeft bijvoorbeeld Dorien aan dat ze in haar dagelijkse werk zelf bepaalt welke taken voorrang krijgen op andere. Als antwoord op de vraag hoe ze dat doet, zegt ze:

Ja, hoe bepaal je dat? Gezond verstand denk ik. Ja. Afwegen, ja. Kijk, het snel hulpverleners, dat staat bij ons wel (stille) bovenaan, denk ik. Maar ik vind dat eigenlijk een beetje vervelende afweging, want weet je wat het is, alles moet bovenaan staan, dus het hele zorgpakket is gewoon nummer één, en daar moet, en daarin moet je gewoon kijken van wat is, ja... jaaa (zucht). Je kan niet zeggen ‘de cliënten staan bovenaan, en de rest moet er maar bijhangen’, want zo werkt het niet. Je moet gewoon het hele pakket moet je doen, of moet je doen, nou ja, goed, om je geld te krijgen wel. Dus je kan natuurlijk wel, de cliënt staat voorop, en als je daarin de zorgtaken maar op z’n beloop laat, en als je dat niet belangrijk genoeg vindt, ja dan blijf je je winkeltje niet draaiende houden, want dan ga je failliet. (Dorien)

Zorgverleners moeten soms dus ‘nee’ zeggen tegen de hulpvraag van cliënten. De opmerking die Lyda maakt over het eventueel afzeggen van cliëntcontact is tekenend voor de zorgverleners: *“ik zeg nooit een cliënt af, dat zal niet van mij komen, ja tenzij ik ziek ben, maar dat ben ik eigenlijk ook nooit”*. De bestuurder gaf in een oriënterend interview aan dat ‘nee zeggen’ tegen direct cliëntcontact toegestaan is, maar tijdens mijn observaties en in de interviews heb ik medewerkers hier niet over gehoord. ‘Niet zorgen’, in de zin van geen gehoor geven aan de directe zorgvraag van cliënten wanneer medewerkers bezig zijn met administratie, lijkt geen optie. Simone geeft daarbij aan dat vaak terwijl ze met iets anders bezig is – zoals scholing in dit voorbeeld – in haar achterhoofd vaak met haar cliënten bezig is:

En onder die studie, als het wat minder belangrijk is, of het werk trekt dan, het cliëntenwerk trekt, dan check je zo nu en dan toch weer even je mail...

*Wat bedoel je met ‘het cliëntenwerk trekt’?*



Nou ja, dat je eigenlijk, ook al doe je andere dingen, dat je ook gewoon tussendoor met je werk [ bezig bent]. (Simone)

De cliënten *trekken* volgens Simone aan haar: cliëntvragen kunnen op momenten prangend zijn, en een antwoord behoeven; ook al heeft ze andere taken, ze is continu met haar cliënten bezig. Dit lijkt aan te sluiten bij een opmerking van Gerda, die stelt dat voor medewerkers bij BuurtzorgT geldt dat *“je meer hart hebt voor je cliënten, dan voor je administratie”*.

Romana geeft een andere reden voor het feit dat administratief werk soms blijft liggen:

We hebben een collega die is weggegaan, en we hebben nog geen vervanger. En ik merk wel dat ik, dat onze caseload redelijk vol zit, en onze aanmeldingen blijven komen, en we hebben eigenlijk gewoon niet meer zoveel ruimte, en dan gaat de tijd weg bij, nou ja administratieve processen, het kantoor schoonmaken, dat soort zaken. Dus dan wordt het meer soort van 80-90% cliëntentijd, en 10-20 voor de rest. Dus dan merk ik dat er een verschuiving komt. (Romana)

Niet alleen de wens om zoveel mogelijk tijd met cliënten te besteden zorgt ervoor dat administratie soms blijft liggen, in het geval van Romana draagt de werkdruk daar ook aan bij. Haar caseload is zo hoog, dat ze geen andere mogelijkheid ziet dan tijd die ze normaal gesproken in administratieve en organisatorische taken steekt, aan cliëntcontact te besteden.

#### 4.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk ging ik in op de resultaten van mijn onderzoek. In de eerste paragraaf werd duidelijk dat de administratieve lasten onderdeel vormen van een breed takenpakket, waarbij zorgverleners hoofdzakelijk zelf verantwoordelijk zijn om deze (deels nieuwe) taak te verrichten. De zorgverleners geven aan dat zij hun administratieve werkzaamheden over het algemeen niet plannen. Sommigen doen dit wel, om ervoor te zorgen dat deze taak voldoende aandacht krijgt. De administratieve taken lijken in ruimte en tijd losgekoppeld van de zorgtaken en worden uitgevoerd op uiteenlopende tijden en locaties.

In de tweede paragraaf ging ik verder in op de ervaren administratieve lasten. De zorgverleners vertellen dat zij, ondanks dat zij zich zeker verantwoordelijk voelen voor hun administratieve taken, deze niet als onderdeel van ‘hun werk’ zien. Daarnaast geven zij aan weinig plezier te halen uit hun administratieve taken. Ook beschrijven zij enkele obstakels bij de administratieve handelingen die zij daarbij moeten verrichten. Deze uitdaging ontstaat door het gebrek aan opleiding die ze nodig achten voor een vlotte omgang met het EPD, en het gebrek aan routine dat zij soms ervaren. Ten slotte geven sommige zorgverleners aan dat zij meer ondersteuning noodzakelijk achten en soms van deze ondersteuning afhankelijk zijn.

In de derde paragraaf ging ik in op het belang van administratief werk volgens de zorgverleners en de manier waarop zij hiermee omgaan in de dagelijkse praktijk. De zorgverleners noemen vier redenen waarvoor zij administratieve handelingen verrichten: ter verkrijging van een vergoeding, als overdracht naar collega’s, inzichtelijk voor cliënten en ter reflectie voor zichzelf. Wanneer zij het administratief werk vergelijken met hun cliëntencontact, achten alle zorgverleners laatstgenoemde taak belangrijker. Wanneer zorgverleners in een situatie terechtkomen waarbij ze moeten kiezen geven zij aan geneigd te zijn de administratieve zaken te laten voor wat ze zijn en de aandacht te richten op vragende cliënten.

## 5 Analyse

In dit hoofdstuk analyseer ik de onderzoeksresultaten met behulp van de literatuur uit hoofdstuk 2. Voordat ik dat doe, herhaal ik de kern van het theoretisch kader. In paragraaf 5.1 bespreek ik de administratieve handelingen die zorgverleners verrichten. In paragraaf 5.2 zet ik vervolgens de invloeden op ervaren administratieve lasten af tegen die welke in de literatuur beschreven zijn. In paragraaf 5.3 analyseer ik de wijze waarop zorgprofessionals omgaan met (conflicterende) belangen van actoren, hierin wordt duidelijk welke rol de ethiek van professionals speelt bij het uitvoeren van hun taken. Ik sluit dit hoofdstuk af met een samenvatting in paragraaf 5.4.

In dit onderzoek hanteer ik de volgende definitie van administratieve lasten:

*Administratieve lasten voor professionals zijn de door regels en standaarden veroorzaakte administratieve handelingen die ten behoeve van de overheid, derden en de eigen beroepsbeoefening moeten worden verricht, waarbij de omvang bepaald wordt door het aantal handelingen, hun tijdsbeslag en de administratieve beleving (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b, p. 236).*

Administratieve lasten hebben zowel betrekking op de *handelingen* die verricht moeten worden en de *tijd* die deze handelingen ten behoeve van verschillende partijen in beslag neemt, als ook op de *beleving* van diezelfde handelingen en bestede tijd. Centraal in dit onderzoek staan de zorgverleners van BuurtzorgT, die in de wetenschappelijke literatuur worden beschreven als *zorgprofessionals*. Vanuit de theorie rondom professionaliteit kom ik tot de conclusie dat professionals worden gekenmerkt door specialistische kennis, ethiek en autonomie. Daarnaast verbinden zij zich aan de belangen van verschillende betrokken actoren en maken zij *trade-offs* tussen deze belangen. Het feit dat deze professionals in zelfsturende teams werken impliceert dat medewerkers zelfstandig deze verbindingen moeten leggen, als onderdeel van hun brede takenpakket. Bij het omgaan met administratieve lasten wisselen zij bewuste besluitvorming af met automatismen en maken gebruik van *bottomlines*.

### 5.1 Administratieve handelingen

De zorgverleners van BuurtzorgT spreken in de interviews over twee soorten administratie: de 'DBC-administratie' en de rapportage. In de definitie van administratieve lasten worden drie partijen genoemd, ten behoeve waarvan professionals mogelijk administratieve handelingen moeten uitvoeren (overheid, derden of beroepsbeoefening) (Mirko Noordegraaf & Sterrenburg, 2009b). Een dergelijk onderscheid kan in dit onderzoek niet zomaar gemaakt worden. De rapportage is immers niet alleen *ten behoeve van* de beroepsbeoefening, maar ook ten behoeve van de overheid (via de NZa) en derden (in dit geval: zorgverzekeraars). Voor al deze partijen dient inzichtelijk gemaakt te worden wat de voortgang van de behandeling is. Vanuit het perspectief van publieke verantwoording, hebben de handelingen die de zorgprofessionals verrichten betrekking op de informatiefase van verantwoording (Bovens & Schillemans, 2009).

De administratieve taken zijn onderdeel van het brede takenpakket dat zij hebben. De medewerkers voeren – passend bij het concept van zelfsturende teams – inderdaad een *volledige* taak uit, namelijk de zorg voor de cliënten van begin tot eind, met alle taken *daaromheen* (Goodman & Haran, 2009; Tjepkema, 2003). De

zorgverleners geven aan dat zij zelf volledig verantwoordelijk zijn voor het uitvoeren van de administratieve taken en dat het voeren van DBC-administratie nieuw voor hen is. Zorgverleners maakten in het verleden dus niet eerder zelfstandig verbinding met andere actoren via de DBC-systematiek (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016). De coördinerende taak, namelijk het zelfstandig plannen van werktijden en -locaties, behoorde bij eerdere werkervaringen niet tot hun takenpakket.

Het werken in zelfsturende teams impliceert in theorie een integrale benadering van werkprocessen (Tjepkema, 2003). Wanneer de planning en locaties van de administratieve handelingen in kaart worden gebracht, valt op dat deze veelal los van het cliëntcontact staan, zowel in plaats als tijdstip.

## 5.2 Ervaren administratieve lasten

De ervaren administratieve lasten verschillen per zorgverlener. Sommigen lijken weinig moeite te hebben met hun nieuwe taken, anderen moeten zich hiervoor meer inspannen. Het merendeel van de zorgverleners geeft aan vooral moeite te hebben met de DBC-administratie. Zorgverleners ervaren het EPD als gebruiksonvriendelijk, wat hen frustreert tijdens het administreren. Dit komt overeen met de uitspraak van Noordegraaf & Sterrenburg (2009), die stellen dat ICT-systemen invloed hebben op het ervaren van administratieve lasten. Goed werkende systemen kunnen de administratieve druk verlichten. De zorgverleners in dit onderzoek kwalificeren de ICT-systemen niet als goedwerkend, integendeel.

De zorgverleners geven verschillende oorzaken aan voor de problemen die zij met het EPD ervaren. Ten eerste noemen zij een gebrek aan opleiding ten aanzien van administreren. Volgens de zorgverleners is DBC-administratie nooit een onderdeel van hun beroepsopleiding geweest. Sommigen geven daarnaast aan dat zij niet of onvoldoende geschoold zijn door BuurtzorgT zelf. Balkema & Molleman (1999) beschrijven dat bij het implementeren van zelfsturende teams een gebrek aan kennis en vaardigheid mogelijk een barrière is bij het uitvoeren van nieuwe taken. Hier lijkt op basis van dit onderzoek bij BuurtzorgT inderdaad sprake van te zijn.

Hoewel de zorgverleners aangeven dat zij zich verantwoordelijk voelen voor een juiste en volledige administratie, suggereren zij ook dat deze taak niet echt onderdeel vormt van 'hun werk'. De definitie van wat 'hun werk' is koppelen zij aan de kennis en ervaringen, opgedaan tijdens de beroepsopleiding. Vanuit het perspectief van klassieke professionaliteit wordt een professional onder andere gekenmerkt door specialistische (*tacit*) kennis, die middels socialisatie en internalisering van normen en waarden tot stand komt (Noordegraaf, 2007). Kennis over het werken met de DBC-systematiek is echter volgens de zorgverleners niet aangeboden in deze opleiding. In termen van organiserende professionaliteit hebben zij onvoldoende kennis ter beschikking om middels de DBC-systematiek zich te verbinden met de verschillende actoren (Noordegraaf & Siderius, 2016).

Een tweede thema dat zorgverleners bespreken bij het werken met het EPD is een gebrek aan routine. Zij stellen dat zij de handelingen, die betrekking hebben op het bijhouden en vooral afsluiten van DBC's, niet frequent genoeg uitvoeren om er bedreven in te zijn. Noordegraaf & Sterrenburg (2009) geven aan dat incidentele administratie een piekbelasting kan veroorzaken voor professionals, en daar lijkt in deze casus sprake van te zijn. Vanuit de theorie en praktijk van zelfsturing lijkt dit echter inherent aan de manier waarop BuurtzorgT op dit moment georganiseerd is. Deze incidentele administratie behoort namelijk tot het takenpakket van de zorgverlener. Sommige zorgverleners in de casus hebben extra tijd besteedt om hun administratieve taken op

orde te brengen. Wanneer zorgverleners meer geroutineerd zijn in deze taken, lijkt het erop dat de ervaren lasten verminderen. De rol van routine in werkprocessen ben ik in de literatuur rondom zelfsturende teams overigens niet tegengekomen, maar lijkt in deze casus dus wel degelijk relevant.

Een derde thema bij de omgang met het EPD is de ondersteuning. Noordegraaf en Sterrenburg stellen dat ondersteuning bij het verrichten van de administratieve taken de druk voor professionals kan verlichten (2009). Ten aanzien van dit thema reageren zorgverleners wisselend. Het ondersteunende team in Almere wordt door zorgverleners als belangrijk ondersteuningspunt gezien, waarvan zij deels afhankelijk zijn bij het voeren van hun DBC-administratie. Deze afhankelijkheid ontstaat mede door hierboven genoemde gebrek aan routine en opleiding. Een aantal zorgverleners geeft aan meer ondersteuning en training noodzakelijk te achten, zodat zij zelfstandig met succes hun administratieve taken kunnen volbrengen. Enkele zorgverleners vragen daarnaast om meer feedback op hun administratief werk.

### 5.3 Administratie en zorg als spanningsveld

Het nut en de noodzaak van administratieve taken wordt over het algemeen door zorgverleners ingezien. Ze beschrijven in hun reacties de diverse actoren die belangen hebben bij een correcte en volledige afhandeling van de administratie. In die zin zijn zij inderdaad echte organiserende professionals (Noordegraaf & Siderius, 2016). De waarde van de uit te voeren administratieve handelingen wordt echter door de zorgverleners vooral vanuit het perspectief van de cliënt beoordeeld. Zij vragen zich af wat administratieve handelingen toevoegen aan het welzijn van de cliënt. Hieruit spreekt duidelijk de voor professionals typerende ethiek, die bij alle zorgverleners waar te nemen is (Trappenburg, 2011).

Een gevolg van die ethiek is ook dat zorgverleners in het (frequent!) voorkomend geval dat er een keuze tussen zorg en administratieve taken gemaakt moet worden, een groter belang aan de cliëntenzorg toekennen. De professional in zelfsturende teams moet zelfstandig zijn werk coördineren. Hij moet daarom rekening houden met eventuele trade-offs tussen de belangen van verschillende stakeholders (Noordegraaf & Siderius, 2016). Freeman e.a. (2009) beschrijven dat de besluitvorming rondom de omgang met administratieve lasten een keuzeprocess is op basis van prioritering van interne en externe verwachtingen ten aanzien van verantwoording. Deze besluitvorming komt tot stand door een wisselwerking tussen bewuste besluitvorming en automatismen (Freeman et al., 2009, 1066). In de onderzochte casus lijkt het erop dat zorgverleners bij het maken van hun planning en nemen van besluiten vooral werken op basis van automatismen. Dit is het 'nattevingerwerk' of het werken in de 'waan van de dag' waarover zij spreken. Daarbij stellen Freeman et al. dat professionals vooral zullen handelen naar wat zij verstaan onder 'hun best doen' (Freeman et al., 2009, 1066). Voor zorgverleners bij BuurtzorgT is het vanzelfsprekend dat zij bij dilemma's voor de cliënt zullen kiezen. Bekeken vanuit het perspectief van verschillende logica's in publieke dienstverlening kan gesteld worden dat de zorgverleners bij BuurtzorgT zich bij hun handelen vooral laten leiden door de professionele logica (Freidson, 2001).

Door de vrijheid in tijd en ruimte – ontstaan door het werken in zelfsturende teams – kunnen en mogen zorgverleners altijd aan hun administratieve taken werken. In deze casus kiezen zorgverleners vooral voor taken *waarvoor ze zijn opgeleid*, en waarmee ze zich identificeren: de zorg voor hun cliënten. Vanuit de theorie van

zelfsturende teams zou het mogelijk zijn om dit gedrag als het ontwijken van de administratieve verplichtingen te zien. In feite gaat het hier om een conflict van belangen en waarden. De externe verwachtingen (die van de organisatie) brengen met zich mee dat zorgverleners tijd vrij moeten maken voor hun administratief werk, eventueel *ten koste* van cliëntcontact. Hoewel zorgverleners *weten* dat dit zo is, en zich hiervoor ook verantwoordelijk *voelen*, achten zij zichzelf genoodzaakt om in geval van een dilemma *toch* voor een cliënt te kiezen. Vanuit het perspectief van organiserende professionaliteit bekeken, kan gesteld worden dat de zorgverleners weten dat ze trade-offs moeten maken, maar blijken zij in deze casus hiertoe beperkt in staat (Noordegraaf & Siderius, 2016). Ook hiervoor geldt dat zij dit nimmer geleerd hebben, niet in opleidingen noch tijdens eerdere werkervaringen.

#### 5.4 Betekenis van administratieve lasten

Er zijn verschillende redenen waarom zorgverleners in zelfsturende teams administratieve handelingen als *last* beschouwen. Ten eerste is dit het geval wanneer zij te weinig kennis hebben over de omgang met ICT-systemen waarin administratieve handelingen verricht moeten worden. Ten tweede als zij onvoldoende routine opbouwen met de uitvoering van deze handelingen en ten derde wanneer zij onvoldoende ondersteund worden bij de uitvoering hiervan. Zorgverleners zijn zich bewust van de belangen die met een juiste en volledige administratie gediend worden. Zij hebben een voor professionals kenmerkende dienstverlenende ethiek en beschouwen de verschillende belangen vooral vanuit het perspectief van hun cliënten. In deze casus leidt dat er echter toe dat cliëntbelangen voorrang krijgen ten nadele van administratieve taken. Het lijkt er dus op dat dit gedrag het succesvol verbinden met verschillende actoren, zoals dat verwacht wordt van professionals in zelfsturende teams, in de weg kan staan.

## 6 Conclusie, discussie en implicaties

In dit hoofdstuk zal ik de onderzoeksvraag beantwoorden. Daarnaast zal ik ingaan op de implicaties die deze inzichten hebben voor wetenschap en praktijk, en zal ik in de discussie enkele kanttekeningen plaatsen bij dit onderzoek.

### 6.1 Beantwoording onderzoeksvraag

In dit onderzoek stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

**Welke betekenis geven zorgprofessionals in zelfsturende teams bij BuurtzorgT aan hun administratieve lasten?**

Om deze vraag te beantwoorden heb ik een kwalitatieve casestudie uitgevoerd, waarbij ik 15 zorgverleners werkzaam in zelfsturende teams bij BuurtzorgT heb geïnterviewd, mede op basis van respondent-geleide fotografie. Het is niet mogelijk om een eenduidig antwoord op de hoofdvraag te formuleren. Met enige terughoudendheid is het wel mogelijk om enkele conclusies te formuleren op basis van het onderzoek.

Ten eerste kan geconcludeerd worden dat zorgprofessionals in zelfsturende teams een ambigue perceptie hebben aangaande administratieve lasten. Enerzijds zien zij deze lasten als belangrijk en integraal onderdeel van hun takenpakket. Anderzijds worden deze administratieve lasten niet gezien als behorend tot de kunde en vaardigheid van een zorgprofessional en identificeren zij zich er niet mee.

Ten tweede zijn er verschillende factoren die bij het uitvoeren van administratieve handelingen de ervaring beïnvloeden en maken dat zorgprofessionals deze als *last* zien. Professionals in zelfsturende teams zien administratieve handelingen vooral als last, wanneer zij onvoldoende opgeleid zijn in het verrichten van deze taak, te weinig routine hebben kunnen opbouwen en zich onvoldoende ondersteund voelen.

Ten derde blijkt uit dit onderzoek dat zorgprofessionals in zelfsturende teams, vooral door de kenmerkende dienstverlenende ethiek, het belang van het dragen van administratieve lasten afzetten tegen de belangen van hun cliënten en uiteindelijk als secundair aan de zorg zien. Dit verhindert dat de zorgprofessionals succesvol afwegingen kunnen maken tussen de verschillende belangen waarmee zich moeten verbinden.

Sophie vatte tijdens de interviewfase – zonder dat ik dat toen doorhad – de kern van dit onderzoek al samen. Nadat zij al aangaf meer vaardigheid wilde verkrijgen in de omgang met het EPD, benadrukte zij vooral: *“dat moeten wij gewoon leren, tijd te blokken om dat ook te doen. Om het net te zien, of dat het net zo belangrijk is als patiëntenzorg”*. Omgaan met administratie? Zorgverleners in zelfsturende teams moeten dat nog leren.

## 6.2 Discussie

Bij het werken aan dit onderzoek heb ik geprobeerd om zo nauwkeurig mogelijk te werken. Om de kwaliteit en betrouwbaarheid te waarborgen heb ik mijn keuzes en werkwijze in hoofdstuk 3 geëxpliciteerd. In deze paragraaf plaats ik nog enkele kanttekeningen bij de uitvoering van dit onderzoek.

Ten eerste heb ik in dit onderzoek een interpretatieve benadering gehanteerd. Hierbij heb ik de verzamelde data geïnterpreteerd en gecategoriseerd om tot een verhaal te komen, mijn verhaal. De selectie van data en literatuur hebben tot bovenstaand betoog geleid. Gezien de grote hoeveelheid data (en literatuur) die tot mijn beschikking stonden, zijn er vele verhalen te construeren. Ik zal ongetwijfeld ook vele onbewuste keuzes gemaakt hebben tijdens dit onderzoeksproces. Het kan daarom voorkomen dat sommige respondenten bovenstaand verhaal niet (volledig) zullen herkennen en het is de vraag in hoeverre de uitkomsten te generaliseren zijn.

Tijdens de beginfase van het onderzoek had ik in interviews niet altijd de door respondenten gehanteerde definitie van administratie en administratieve lasten helder voor ogen. Ik benaderde de administratieve taak als ware het één enkele, maar al snel bleek dat respondenten duidelijk onderscheid maakten in de verschillende taken waaruit hun administratieve lasten bestonden. Tijdens latere interviews heb ik hier meer aandacht aan besteed en duidelijker gemaakt over welke taken en ervaringen ik meer wilde weten. Daarbij moet worden opgemerkt dat de interviews momentopnamen waren van de ervaringen van mijn respondenten. Sommige respondenten werkten pas korte tijd bij BuurtzorgT of gaven aan dat hun team nog in een 'opstartfase' verkeerde, dit heeft wellicht de onderzoeksresultaten gekleurd.

## 6.3 Implicaties

### 6.3.1 Wetenschappelijk

Het feit dat in deze casus zorgprofessionals zich bij de omgang met administratieve lasten laten leiden door hun professionele ethiek, kan het succesvol maken van trade-offs in de weg staan. Dit terwijl organiserende professionaliteit en het maken van trade-offs in de toekomst waarschijnlijk steeds belangrijker zullen worden (Mirko Noordegraaf & Siderius, 2016). Verder onderzoek naar de wijze waarop organiserende *vermogens* het beste verkregen kunnen worden lijkt zinvol. Een geschikte manier hiervoor zou actie-onderzoek kunnen zijn, waarbij onderzoeker en professional gezamenlijk op zoek gaan naar mogelijkheden hiertoe.

Administratieve handelingen worden in dit onderzoek in een elektronisch patiëntendossier uitgevoerd. De kennis van en kunde in de omgang met ICT-systemen bepaalt mede de ervaren administratieve last. Onderzoek naar hoe en waardoor de problemen in de interactie tussen professionals en ICT-systemen (en derhalve administratieve lasten) ontstaan zou eveneens zinvol kunnen zijn.

Verder heeft dit onderzoek inzicht gegeven in de dynamiek van zelfsturende teams. De door zorgverleners beschreven uiteenlopende invulling van taken binnen de zelfsturende teams nodigt uit tot onderzoek naar het 'waarom' van deze verschillende percepties. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de wijze waar, wanneer en waarop taakplanningen tot stand komen en uitgevoerd worden.

De resultaten van dit onderzoek zijn deels tot stand gekomen met behulp van respondent-geleide fotografie. Deze methode wordt op moment van schrijven nog betrekkelijk weinig toegepast. Het gebruik van deze methode stelde de zorgverleners in staat om rijke beelden te schetsen van hun (professionele) leefwereld. Wanneer ik mijn rol tot interviewer of observator had beperkt waren deze mogelijk onbesproken gebleven. Meer onderzoek zou de mogelijkheden van deze methode verder kunnen verkennen, bijvoorbeeld door de foto's ook aan een visuele analyse te onderwerpen.

### 6.3.2 Praktisch

Met de conclusies van dit onderzoek in het achterhoofd besteed ik kort aandacht aan de uitdagingen bij BuurtzorgT. Het ervaren gebrek aan scholing lijkt een te overkomen probleem, mits voldoende duidelijk wordt *welke* kennis precies ontbreekt. Sommige zorgverleners geven aan dat zij alleen niet weten hoe ze met foutmeldingen om moeten gaan, anderen geven aan meer problemen te hebben. Een inventarisatie van individuele behoeften lijkt hier op z'n plaats, om vervolgens gerichte scholing te organiseren binnen de teams. Deze scholing kan dan ook gezien worden als invulling van het gebrek aan ondersteuning dat sommige zorgverleners noemen.

Het gebrek aan routine dat zorgverleners kunnen ervaren, zou ondervangen kunnen worden door een hechtere samenwerking tussen teamleden. Wanneer zij bijvoorbeeld in gezamenlijke sessies aandacht besteden aan het openen en sluiten van DBC-dossiers, zal opgedane kennis gedeeld, onderhouden en geactualiseerd kunnen worden.

Omdat zorgverleners gekenmerkt worden door hun ethiek, en het liefste voor cliënten werken, zouden zij zichzelf kunnen 'beschermen'. Dat zou inhouden dat zij (structureel) tijd vrij plannen voor het verrichten van administratieve handelingen en zorgen dat zij op dit soort momenten niet gestoord kunnen worden. Om tegelijkertijd wel aan de belangen van cliënten te kunnen beantwoorden, zouden zij dan tijdelijk de verantwoordelijkheid voor cliëntcontact over kunnen dragen op een ander teamlid.



## Literatuurlijst

- Balkema, A., & Molleman, E. (1999). Barriers to the development of self-organizing teams. *Journal of Managerial Psychology*, 14(2), 134–150. <https://doi.org/10.1108/02683949910255205>
- Barker, J. R. (1993). Tightening the Iron Cage : Concertive Control in Self-Managing Teams. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 408–437.
- Berenschot. (2017). Kwart werkbare tijd langdurige zorg naar administratie. Retrieved June 26, 2018, from <https://www.berenschot.nl/actueel/2017/juni/kwart-werkbare-tijd-langdurige/>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen* (2e druk). Amsterdam: Boom.
- Bovens, M., & Schillemans, T. (2009). *Handboek Publieke Verantwoording*. Den Haag: Lemma.
- Bregman, R. (2016). Waarom de baas van Buurtzorg de baas van Nederland zou moeten zijn. Retrieved July 1, 2018, from <https://decorrespondent.nl/5147/waarom-de-baas-van-buurtzorg-de-baas-van-nederland-zou-moeten-zijn/197876415-4c77c222>
- Breit, E., Fossetøl, K., & Andreassen, T. A. (2017). From pure to hybrid professionalism in post-NPM activation reform: The institutional work of frontline managers. *Journal of Professions and Organization*, (December 2017), 28–44. <https://doi.org/10.1093/jpo/jox013>
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Burden, B. C., Canon, D. T., Mayer, K. R., & Moynihan, D. P. (2012). The Effect of Administrative Burden on Bureaucratic Perception of Policies: Evidence from Election Administration. *Public Administration Review*, 72(5), 741–751. <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02600.x>
- Cohen, S. G. (1993). *Designing Effective Self-Managing Work Teams. Center for Effective Organizations* (Vol. 1). Greenwich, Connecticut: JAI Press. [https://doi.org/T 08-10 \(546\)](https://doi.org/T 08-10 (546))
- Cordery, J. L., Morrison, D., Wright, B. M., & Wall, T. D. (2010). The impact of autonomy and task uncertainty on team performance: A longitudinal field study. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2–3), 240–258. <https://doi.org/10.1002/job.657>
- DBC Onderhoud. (2017). Factsheet: De DBC-systematiek in de geestelijke gezondheidszorg. Retrieved from [www.pepwiersma.nl/images/content/files/Factsheet DBC-systematiek ggz.pdf](http://www.pepwiersma.nl/images/content/files/Factsheet%20DBC-systematiek%20ggz.pdf)
- De Bruijn, H. (2011). *Managing Professionals*. New York: Routledge.
- Den Boon, T., & Geeraerts, D. (2005). *Groot Woordenboek van de Nederlandse Taal*. Utrecht / Antwerpen: Van Dale.
- Freeman, A. R., McWilliam, C. L., MacKinnon, J. R., DeLuca, S., & Rappolt, S. G. (2009). Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing the best they can. *Social Science and Medicine*, 69(7), 1063–1071. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.025>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic: On the practice of knowledge*. University of Chicago Press.
- Gestel, R. A. J. van, & Hertogh, M. L. M. (2006). *Wat is regeldruk? Een verkennende internationale literatuurstudie*. Den Haag: WODC / Ministerie van Justitie.
- GGZ Nederland. (2017). *Het roer moet om: onderzoek naar de administratieve lasten in de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort.
- GGZ Nederland. (2018). Regelgekte. Retrieved June 5, 2018, from <http://www.regelgekte.nl/>
- Goodman, P. S., & Haran, U. J. (2009). Self-Managing Teams. In J. M. Levine & M. A. Hogg (Eds.), *Encyclopedia of Group Processes and Intergroup Relations*. Sage Publications.
- Haas, M. R. (2010). The Double-Edged Swords of Autonomy and External Knowledge: Analyzing Team Effectiveness in a Multinational Organization. *Academy of Management Journal*, 53(5), 989–1008. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2010.54533180>
- Hackman, J. R., & Wageman, R. (2005). A theory of team coaching. *Academy of Management Review*, 30(2), 269–287. <https://doi.org/10.5465/AMR.2005.16387885>
- Hood, C. A. (1991). New public management for all seasons. *Public Administration*, 3–19.
- Jansen, T., van den Brink, G., & Kole, J. (2010). Professional pride. A powerful force, (June 2015). <https://doi.org/10.1002/ejoc.201200111>
- Janssen, R., & Soeters, P. (2010). DBC's in de GGZ, ontwrichtende of herstellende werking? *GZ - Psychologie*, 2(7), 36–45. <https://doi.org/10.1007/s41480-010-0082-0>
- Karadarevic, A. (2018). GGZ Nederland organiseert Regelgekte4daagse. Retrieved June 25, 2018, from <https://www.skipr.nl/actueel/id34011-ggz-nederland-organiseert-regelgekte4daagse.html>
- Kiers, B. (2012). Buurtzorg Nederland veroverd buitenland. Retrieved June 27, 2018, from <https://www.zorgvisie.nl/buurtzorg-nederland-veroverd-buitenland-zvs014262w/>
- Lalleman, P. C. B., Smid, G. A. C., Dikken, J., Lagerwey, M. D., & Schuurmans, M. J. (2017). Nurse middle

- managers contributions to patient-centred care: A 'Managerial Work' Analysis. *Nursing Inquiry*, 24(4).  
<https://doi.org/978-90-393-6889-3>
- Langfred, C. W. (2000). The paradox of self-management: Individual and group autonomy in work groups. *Journal of Organizational Behavior*, 21(5), 563–585. [https://doi.org/10.1002/1099-1379\(200008\)21:5<563::AID-JOB31>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1099-1379(200008)21:5<563::AID-JOB31>3.0.CO;2-H)
- Langfred, C. W. (2004). TOO MUCH OF A GOOD THING ? NEGATIVE EFFECTS OF HIGH TRUST AND INDIVIDUAL AUTONOMY IN SELF-MANAGING TEAMS, 47(3), 385–399.
- Langfred, C. W., & Moye, N. A. (2004). Effects of Task Autonomy on Performance: An Extended Model Considering Motivational, Informational, and Structural Mechanisms. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 934–945. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.934>
- Lipsky, M. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Russell Sage Foundation.
- Manz & Sims. (1987). Leading Workers to Lead Themselves : The External Leadership of Self- Managing Work Teams, 32(1), 106–129.
- Manz, C. (1992). Self-leading Work Teams: Moving Beyond Self-Management.Pdf. *Human Relations*.
- Mccloskey, B. A., & Diers, D. K. (2005). of New Ze and Patient Outcomes, 43(11), 1140–1146.
- Meyer, R. E., Hollerer, M. A., Jancsary, D., & van Leeuwen, T. (2013). The visual dimension in organizing, organization, and organization research: Core ideas, current developments, and promising avenues. *Academy of Management Annals*, 7(1), 269–288. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-0925-7>
- Ministerie van Financiën. (2007). *Meten is Weten II. Handleiding voor het definiëren en meten van administratieve lasten voor het bedrijfsleven*.
- Morgeson, F. P., Johnson, M. D., Campion, M. A., Medsker, G. J., & Mumford, T. V. (2006). Understanding Reactions To Job Redesign : a Quasi-Experimental Investigation of the Moderating Effects of Organizational Context on Perceptions of Performance Behavior. *Personnel Psychology*, 59, 333–363. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2006.00039.x>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2017). DBC Systematiek. Retrieved May 31, 2018, from <https://dbcregels.nza.nl/2017/ggz/systematiek/dbc-systematiek/>
- Nederlandse Zorgautoriteit. (2018). Toelichting Validatieregels GGZ. Retrieved May 31, 2018, from <https://werkenmetdbcs.nza.nl/ggz-releases/algemeen-6/nu-geldende-documenten-3/menu-ID-1956>
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation*. Oxford University Press.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism. *Administration and Society*, 39(6), 761–785. <https://doi.org/10.1177/0095399707304434>
- Noordegraaf, M. (2015a). Hybrid professionalism and beyond: (New) Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, 2(2), 187–206. <https://doi.org/10.1093/jpo/jov002>
- Noordegraaf, M. (2015b). *Public Management: Performance, Professionalism and Politics*. Palgrave Macmillan.
- Noordegraaf, M., Geuijen, K., & Meijer, A. (2011). *Handboek Publiek Management*. Boom Lemma.
- Noordegraaf, M., & Siderius, K. (2016). Perspectieven op publieke professionaliteit. *M&O: Tijdschrift Voor Management En Organisatie*, 2, 4–19.
- Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. (2009a). Administratieve lasten voor publieke professionals: ficties en feiten. In *Th. Jansen, G. van den Brink & J. Kole (red.), Beroepstrots—Een ongekende kracht* (pp. 115–128). Amsterdam: Boom.
- Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. (2009b). Publieke Professionals en Verantwoordingsdruk. In *Handboek Publieke Verantwoording*. Den Haag: Lemma.
- Noordegraaf, M., van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015). Professioneel Vermogen. *Beleid En Maatschappij*, 42(4), 287–309. <https://doi.org/10.5553/BenM/138900692015042004002>
- Oosterom, R. (2017). Waarom “ontregelen” in zorg en onderwijs steeds mislukt. Retrieved June 25, 2018, from <https://www.trouw.nl/samenleving/waarom-ontregelen-in-zorg-en-onderwijs-steds-mislukt~ab39b0db/>
- Philippa, M., & Debrabandere, F. (2007). *Etymologisch Woordenboek van het Nederlands*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Pollitt, C., & Bouckaert, G. (2004). *Public management reform*. Oxford: Oxford University Press.
- Reay, T., & Hinings, C. R. (2009). Managing the rivalry of competing institutional logics. *Organization Studies*, 30(6), 629–652. <https://doi.org/10.1177/0170840609104803>
- Schwartz-Shea, P., & Yanow, D. (2012). *Interpretive Research Design: Concepts and Processes*. New York: Routledge.
- Shortt, H. (2015). Liminality, space and the importance of ‘transitory dwelling places’ at work. *Human*

- Relations*, 68(4), 633–658. <https://doi.org/10.1177/0018726714536938>
- Shortt, H. L., & Warren, S. K. (2017). Grounded Visual Pattern Analysis. *Organizational Research Methods*, 109442811774249. <https://doi.org/10.1177/1094428117742495>
- Shortt, H., & Warren, S. (2012). Fringe benefits: valuing the visual in narratives of hairdressers' identities at work. *Visual Studies*, 27(1), 18–34. <https://doi.org/10.1080/1472586X.2012.642955>
- Tjepkema, S. (2003). Verscheidenheid in zelfsturende teams. In *Handboek "Werken, leren en leven met groepen"* (pp. 1–18).
- Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector* (2e druk). Utrecht: NIZW.
- Trappenburg, M. (2011). Professionals en Managers. In M. Noordegraaf, K. Geuijen, & A. Meijer (Eds.), *Handboek Publiek Management*. Den Haag: Lemma.
- Tummers, L. (2012). *Policy Alienation Analyzing the experiences of public professionals with new policies Lars*. Erasmus University Rotterdam.
- Van de Wiel, M. (2017). "Psycholoog soms langer bezig met administratie dan met patiënt." Retrieved June 25, 2018, from <https://nos.nl/artikel/2203048-psycholoog-soms-langer-bezig-met-administratie-dan-met-patient.html>
- van der Geest, M. (2018). Bewindlieden: weg met regeldruk in zorg. *Volkskrant*, p. 1.
- van der Loo, E. (2010). Waarom leren gevaarlijk is. *M & O-Tijdschrift Voor Management & Organisatie*, (4), 52–65.
- van Eijnatten, F. M. (1992). Ontwikkelingen in de sociotechniek. In *Nieuw Handboek A&O-Psychologie* (p. 4.3-1/46).
- Wageman, R. (2001). How Leaders Foster Self-Managing Team Effectiveness: Design Choices Versus Hands-on Coaching. *Organization Science*, 12(5), 559–577.
- Weggeman, M. (2007). *Leidinggeven aan Professionals: Niet Doen!* Schiedam: Scriptum.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology American Journal of Sociology This*, 70(2), 137–158. <https://doi.org/10.2307/2775206>
- Wright Mills, C. (2000). *The Sociological Imagination*. Oxford University Press.
- Ziller, R. C. (1990). *Photographing the self: Methods for observing personal orientations*. Sage Publications.

# Bijlagen

## A. Foto-opdracht (voorbeeldemail)

Beste XXX,

Dank voor ons gesprek afgelopen xxx. Hieronder vind je de bijbehorende foto-opdracht, ter voorbereiding op het interview.

Ik wil je vragen om:

- 4 foto's te maken van typische plekken waar je zorgtaken uitvoert
- 4 foto's te maken van typische plekken waar je zorgadministratie doet

Ik hoop dat het je lukt om de foto's deze en volgende week te maken. Ik zal de foto's voor je ontwikkelen, en meenemen naar onze interviewafspraak.

Als je nog vragen of opmerkingen hebt hoor ik het graag.

Vriendelijke groet,

Onno

## B: Interviewprotocol semigestructureerde interviews

### Interviewprotocol semi-gestructureerde interviews

Onderwerp	Vragen
<b>Algemeen</b>	Wat is je functie? Zou je je takenpakket willen omschrijven? Welke opleiding heb je genoten? Welke teamrol vervul je binnen dit team? Wat is je leeftijd? Hoe lang ben je al werkzaam bij BuurtzorgT? Waarom ben je bij BuurtzorgT gaan werken? NB: later toegevoegd
<b>Vragen bij foto's (per foto)</b>	Wat heb je gefotografeerd? Waarom heb je dit gefotografeerd? Wat betekent deze foto voor jou?
<b>Administratieproces</b>	Zou je het administratieproces bij BuurtzorgT willen beschrijven?
<b>Tijd</b>	Wanneer doe jij je administratie? Op welke momenten van de dag? Hoeveel tijd kost het? Hoeveel heb je nodig?
<b>Context</b>	Zie jij toegevoegde waarde in het doen van administratie? Wat is die / waarom niet? Doe je wel eens administratie die niet noodzakelijk is voor een goede behandeling of kwaliteit van zorg? Leer jij van je administratie? Welke rol speelt administratie in het totale zorgproces?
<b>Mogelijke problemen</b>	Loop je weleens ergens tegenaan in het administratieproces? Hoe ga je daarmee om?
<b>Samenwerking</b>	Welke rol spelen collega's in het administratieproces? Krijg jij feedback op jouw administratieve werkzaamheden?
<b>Taakverantwoordelijkheid</b>	Wat bepaal jij in je werk zelf? Wie is er verantwoordelijk voor een juiste administratie?
<b>Afsluiting</b>	Hoe kijk je na ons gesprek nu naar de foto's? Zijn er nog dingen die je n.a.v. ons gesprek wilt meegeven, nuanceren of benadrukken?