



# De bereidheid van GGZ-zorgprofessionals om te werken met DBC's

Eerste resultaten van een onderzoek onder 1.300 zorgprofessionals

Drs. Lars Tummers, MSc  
Promovendus Erasmus Universiteit Rotterdam  
Departement Bestuurskunde  
[Tummers@fsw.eur.nl](mailto:Tummers@fsw.eur.nl)  
<http://www.eur.nl/fsw/staff/homepages/tummers>

Oktober 2010



# Inhoudsopgave

Voorwoord .....	5
<b>1 Uitgebreide samenvatting.....</b>	<b>7</b>
1.1 Meer dan 1.300 zorgprofessionals hebben gereageerd	7
1.2 Steekproef redelijk vergelijkbaar met populatie	7
1.3 Onderzoeksmodel kort toegelicht	7
1.4 Kenmerken beleid: Zorgprofessionals ervaren niet veel invloed op strategisch, tactisch en operationeel niveau	10
1.5 Kenmerken beleid: Zorgprofessionals waarderen doelen DBC's, maar vinden uitwerking minder zinvol	10
1.6 Kenmerken organisatie: Omgeving professional negatief over DBC's, redelijk veel turbulentie en gemiddelde mate van politieke spelletjes	12
1.7 Persoonlijkheidskenmerken: Zorgprofessionals zijn gemiddeld regelvolgzaam (gemiddelde 5,5) en scoren iets minder hoog op rebellie (4,8)	13
1.8 Respondenten niet erg bereid om te werken met DBC-regelgeving	14
1.9 Zorgprofessionals zijn tevreden met hun werk en intrinsiek gemotiveerd	15
<b>2 Antwoorden op achtergrondkenmerken .....</b>	<b>16</b>
2.1 Zorgprofessionals hebben zeer hoog opleidingsniveau	16
2.2 Veel psychiaters, psychotherapeuten en GZ-psychologen	16
2.3 Zowel vrijevestigden als zorgprofessionals in instellingen	17
2.4 44% van de respondenten geeft leiding aan zorgprofessionals	17
2.5 Respondenten hebben veel werkervaring	17
<b>3 Antwoorden op stellingen over invloed op DBC-regelgeving.....</b>	<b>18</b>
3.1 Introductie tot de stellingen	18
3.2 Zorgprofessionals ervaren op strategisch niveau weinig invloed (gemiddeld 4,3)	19
3.3 Zorgprofessionals ervaren op instellingsniveau redelijk weinig invloed (gemiddeld 4,5)	20
3.4 Zorgprofessionals ervaren redelijk weinig autonomie (gemiddelde 4,6)	20
<b>4 Antwoorden op stellingen over zinvolheid van DBC-regelgeving .....</b>	<b>22</b>
4.1 Zorgprofessionals zijn positief over doelen DBC-regelgeving (gemiddeld 8,0)	22
4.2 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit (gemiddelde 3,6)	22
4.3 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot doelmatigheid (gemiddelde 3,4)	23
4.4 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot keuzevrijheid voor patiënten (gemiddelde 3,4)	23
4.5 Zorgprofessionals neutraal over uitwerking DBC's door instelling (gemiddelde 5,0)	23
4.6 Zorgprofessionals negatief over toegevoegde waarde DBC's bij patiënten (gemiddelde 3,0)	24
4.7 Zorgprofessionals negatief over toegevoegde waarde DBC's voor henzelf (gemiddelde 4,1)	24
<b>5 Antwoorden op stellingen over de eigen organisatie.....</b>	<b>26</b>
5.1 Invoering van DBC's gebeurde in een tijd waarin andere initiatieven ook om aandacht vroegen (gemiddelde 6,6)	26
5.2 Raad van Bestuur (6,6) en direct leidinggevende (5,8) meest positief over DBC-regelgeving (gemiddelde score omgeving 4,8)	26
5.3 Zorgprofessionals ervaren niet veel politieke spelletjes in hun organisatie (gemiddelde 5,6)	27

5.4	<i>Collega's respondentent vertonen matig negatief verandergedrag</i>	28
<b>6</b>	<b>Antwoorden op persoonlijkheidskenmerken .....</b>	<b>30</b>
6.1	<i>Zorgprofessionals zijn niet erg regelvolgzaam (gemiddelde 5,5)</i>	30
6.2	<i>Zorgprofessionals scoren niet hoog op mate van rebellie (gemiddeld 4,8)</i>	30
6.3	<i>Extra: Zorgprofessionals scoren erg laag op utilitair individualisme (gemiddeld 3,1)</i>	31
6.4	<i>Extra: Zorgprofessionals scoren redelijk hoog op 'motivatie voor de publieke zaak' (gemiddelde 7,1)</i>	32
<b>7</b>	<b>Antwoorden op stellingen over veranderingsbereidheid .....</b>	<b>35</b>
7.1	<i>Zorgprofessionals niet erg bereid om DBC-regelgeving in te voeren (gemiddelde 4,3)</i>	35
7.2	<i>Zorgprofessionals vertonen niet veel commitment voor de DBC-regelgeving (gemiddelde 3,9)</i>	35
<b>8</b>	<b>Antwoorden op stellingen over arbeidstevredenheid en intrinsieke motivatie .....</b>	<b>36</b>
8.1	<i>Respondentent zijn tevreden met hun werk (gemiddeld 8,0)</i>	36
8.2	<i>Respondentent scoren hoog op intrinsieke motivatie (gemiddeld 8,0)</i>	36
<b>9</b>	<b>Hoe nu verder: Afschaffen of verbeteren? .....</b>	<b>37</b>
9.1	<i>DBC-regelgeving dient beter aangepast te zijn aan complexe patiënten</i>	37
9.2	<i>Zorgprofessionals willen graag minder administratieve lasten bij uitvoering DBC's</i>	38
9.3	<i>Zorgverzekeraar en financiering: Let op perverse prikkels van DBC-regelgeving</i>	39
9.4	<i>Verbeteringen voor inhoud: Simplificeren DBC-structuur</i>	40
9.5	<i>Proces van invoering: Vooral letten op communicatie naar patiënten en professionals</i>	41
	<b>Literatuur.....</b>	<b>43</b>
	<b>Lijst van tabellen en figuren .....</b>	<b>44</b>
	<b>Figuren .....</b>	<b>44</b>
	<b>Over de auteur.....</b>	<b>46</b>
	<b>Disclaimer .....</b>	<b>47</b>

## Voorwoord

De Nederlandse zorgautoriteit (NZa) heeft per 1 januari 2008 de wijze van declareren via DiagnoseBehandelingCombinaties (DBC's) verplicht gesteld voor de kortdurende tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Dit heeft te maken met de overgang van de kortdurende GGZ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Zorgverzekeringswet (Zvw). Door de overgang naar de zorgverzekeringswet krijgt de geneeskundige GGZ te maken met zogenaamde gereguleerde marktwerking. De bedoeling is dat er concurrentie ontstaat tussen zorgaanbieders onderling en tussen zorgverzekeraars onderling. Marktwerking zou een oplossing zijn voor de wachtlijsten, inefficiëntie en bureaucratie in de zorg. De markt zou hiermee een einde maken aan de stijgende uitgaven. Marktwerking zou ook leiden tot meer keuzevrijheid, terwijl in het overheidsbeleid voldoende waarborgen zouden zitten voor solidariteit.

Één van de instrumenten van de marktwerking is de DBC. DBC's omschrijven de zorg in producten. Zo wordt in elke DBC beschreven wat een patiënt met een bepaalde diagnose aan zorg krijgt en wat de totale kosten zijn. De DBC-regelgeving verschilt sterk van de eerdere methode waar verrichtingen, uitgevoerd bij een patiënt, apart werden gedeclareerd.

Dit onderzoek kijkt naar de ervaringen van onder andere psychiaters, psychologen en psychotherapeuten met DBC's. Het is een vervolg op een onderzoek dat in juni 2009 is gedaan. Toen hebben bijna 500 zorgprofessionals een vragenlijst ingevuld. Deze keer (juni/juli 2010) hebben meer dan 1.300 zorgprofessionals de vragenlijst ingevuld. Bij beide metingen bleek dat veel zorgprofessionals niet erg positief zijn over de DBC-regelgeving, zowel wat betreft hun invloed op de regelgeving als de zin van de regelgeving. In dit rapport beschrijven we de eerste uitkomsten van het onderzoek. We hebben de inhoudsopgave zo geschreven, dat een korte blik hierop een goed overzicht geeft van de gemiddelde antwoorden op de stellingen.

De antwoorden van de respondenten leveren een grote bron van informatie op over de ervaringen van zorgprofessionals met DBC's. Wij zijn alle respondenten die de tijd en moeite hebben genomen om de vragenlijst in te vullen zeer dankbaar! Door het grote aantal deelnemers kunnen we met grotere zekerheid (en geldigheid) dan voorheen conclusies trekken. Bovendien was veel van de informatie nog niet eerder bekend. Dit rapport is een eerste beschrijvende analyse waaraan derhalve niet te grote conclusies verbonden kunnen worden.

Naast de respondenten wil ik graag een aantal mensen bedanken voor hun hulp. Allereerst wil ik prof. dr. Victor Bekkers, prof. dr. Bram Steijn, dr. Sandra van Thiel en dr. Steven Van de Walle graag bedanken voor hun sterke inhoudelijke en methodologische feedback. Verder wil ik ing. Peter Hermus van het RISBO van de Erasmus Universiteit Rotterdam bedanken voor de technische ondersteuning. Mr. Rein Baneke en René Baas van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) en Peter Niesink van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) wil ik

hartelijk danken voor hun feedback op eerdere versies van de vragenlijst en hun verdere medewerking.

Voor vragen of opmerkingen kunt u mailen naar [tummers@fsw.eur.nl](mailto:tummers@fsw.eur.nl).

Lars Tummers  
Utrecht, 9 oktober 2010

#### **Meer informatie**

Meer informatie over dit onderzoek naar ervaringen van professionals met verandering kunt u vinden op <http://www.eur.nl/fsw/staff/homepages/tummers/>

**1. Een analyse van de belangrijkste beleidskenmerken die invloed zijn op de bereidheid om met DBC's te werken (onderzoek onder 480 GGZ-zorgprofessionals)**

Tummers, L. G. (2010). [Explaining willingness of public professionals to implement new policies: A policy alienation framework](#). IRSPM Conference (7 - 9 April), University of Bern.

**2. De ontwikkeling van een kwantitatieve schaal van beleidsvervreemding door onderzoek naar de ervaringen van zorgprofessionals met DBC's**

Tummers, L. G. (2009). [Policy alienation of public professionals: The development of a scale. Annual Work Conference Netherlands Institute of Government \(NIG\) \(12-13 November\)](#), Leiden University: Leiden.

**3. Vergelijk onderzoek bij verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen**

Tummers, L.G., Bekkers, V.J.J.M. & Steijn, A.J. (2009). [Beleidsvervreemding van publieke professionals: Theoretisch raamwerk en een casus over verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen](#). *Beleid en Maatschappij*, 36(2), 104-116.

# 1 Uitgebreide samenvatting

In dit hoofdstuk geven we een uitgebreide samenvatting van onze bevindingen. Voor verdieping – over bijvoorbeeld definities, de gebruikte items, schalen en de betrouwbaarheid van deze schalen – kunt u de volgende hoofdstukken (2 tot en met 8) bekijken. We sluiten af met hoofdstuk 9. Hierin gaan we in op de vraag hoe de DBC-regelgeving - volgens de zorgprofessionals – kan worden verbeterd.

## 1.1 Meer dan 1.300 zorgprofessionals hebben gereageerd

We hebben een adressenbestand van in totaal 5.199 personen aangeschreven. Dit zijn leden van professionele associaties voor zorgprofessionals in de GGZ (NIP of NVvP).

In totaal hebben 1.309 zorgprofessionals de vragenlijst geheel of gedeeltelijk ingevuld. Dit totaal is gehaald na een eerste oproep (24 juni 2010), en twee herinneringen (12 juni en 15 juli 2010). De non-respons is onderzocht door de non-responders te vragen waarom ze niet hebben meegedaan. 106 personen hebben dit aangegeven. Hieruit blijkt dat 34 niet met DBC's werken. Zij zijn bijvoorbeeld eerstelijns GZ-psycholoog, of werken in een ziekenhuis waar DBC's nog niet zijn ingevoerd. Zij vallen dan ook buiten de doelgroep. Hiernaast vallen 25 personen buiten de doelgroep omdat ze bijvoorbeeld gewisseld waren van baan of met pensioen zijn gegaan. De respons bedraagt dan 25% (1.309/(5.199-59)). Dit is hoog in vergelijking met vergelijkbare wetenschappelijke onderzoeken, zeker wanneer zulke grote aantallen personen worden ondervraagd.

## 1.2 Steekproef redelijk vergelijkbaar met populatie

Voor een aantal parameters kunnen we de respondenten (de steekproef) vergelijken met de totale groep van behandelend personeel in de GGZ. Landelijk is 31 procent van het GGZ-personeel man, in de onderzoeksgroep is dat 34 procent. Hiermee is de onderzoeksgroep redelijk vergelijkbaar met de populatie. Hiernaast vergelijken we de leeftjidsverdelingen vergeleken met de populatie. Hieruit blijkt dat de gemiddelde leeftijd vergelijkbaar is met het gemiddelde in de GGZ (48 jaar in de steekproef ten opzichte van 44 jaar in de GGZ). Onze steekproef is dan ook goed vergelijkbaar met de populatie.

## 1.3 Onderzoeksmodel kort toegelicht

Een van de belangrijkste doelen van dit onderzoek is om oorzaken en effecten te onderzoeken die van invloed zijn op de bereidheid van zorgprofessionals om met DBC's te werken. Dit meten we met de begrippen 'bereidheid om met DBC's' te werken en 'commitment naar DBC's'. We kijken ten eerste naar mogelijke effecten van deze bereidheid/commitment op de arbeidstevredenheid en de intrinsieke motivatie van de zorgprofessionals. Ten tweede onderzoeken we mogelijke oorzaken van deze bereidheid. We kijken hier naar drie aspecten: (1) de kenmerken van het beleid, (2) de kenmerken van de organisatie en (3) persoonlijkheidskenmerken:

### 1. Kenmerken van het beleid

Hier onderscheiden we zes onderdelen (voortkomend uit het concept beleidsvervreemding). De eerste drie onderdelen gaan over de ervaren invloed van de zorgprofessional. Heeft deze bijvoorbeeld het gevoel dat zorgprofessionals genoeg invloed hebben gehad op de besluitvorming rond DBC's op landelijk niveau (strategische invloed)? Hoeveel ervaren invloed is er op de manier van invoering van DBC's in de eigen instelling (tactisch niveau)? Tot slot, heeft hij/zij genoeg individuele autonomie bij de uitvoering van DBC's (operationeel niveau)?

Naast (ervaren) invloed kijken we ook naar de mate waarin zorgprofessionals de DBC's zinvol vinden. Uit een vorig onderzoek bleek dat, wanneer zorgprofessionals de DBC-regelgeving niet zinvol vonden, dit een van de belangrijkste oorzaken was voor de bereidheid om met DBC's te werken (Tummers, 2010). We kijken naar zinvolheid voor de samenleving als geheel (leiden DBC's bijvoorbeeld tot meer transparantie?), naar de uitwerking door de instelling, naar zinvolheid voor cliënten en naar zinvolheid voor de professional zelf ('what's in it for me?').

## **2. Kenmerken van de organisatie.**

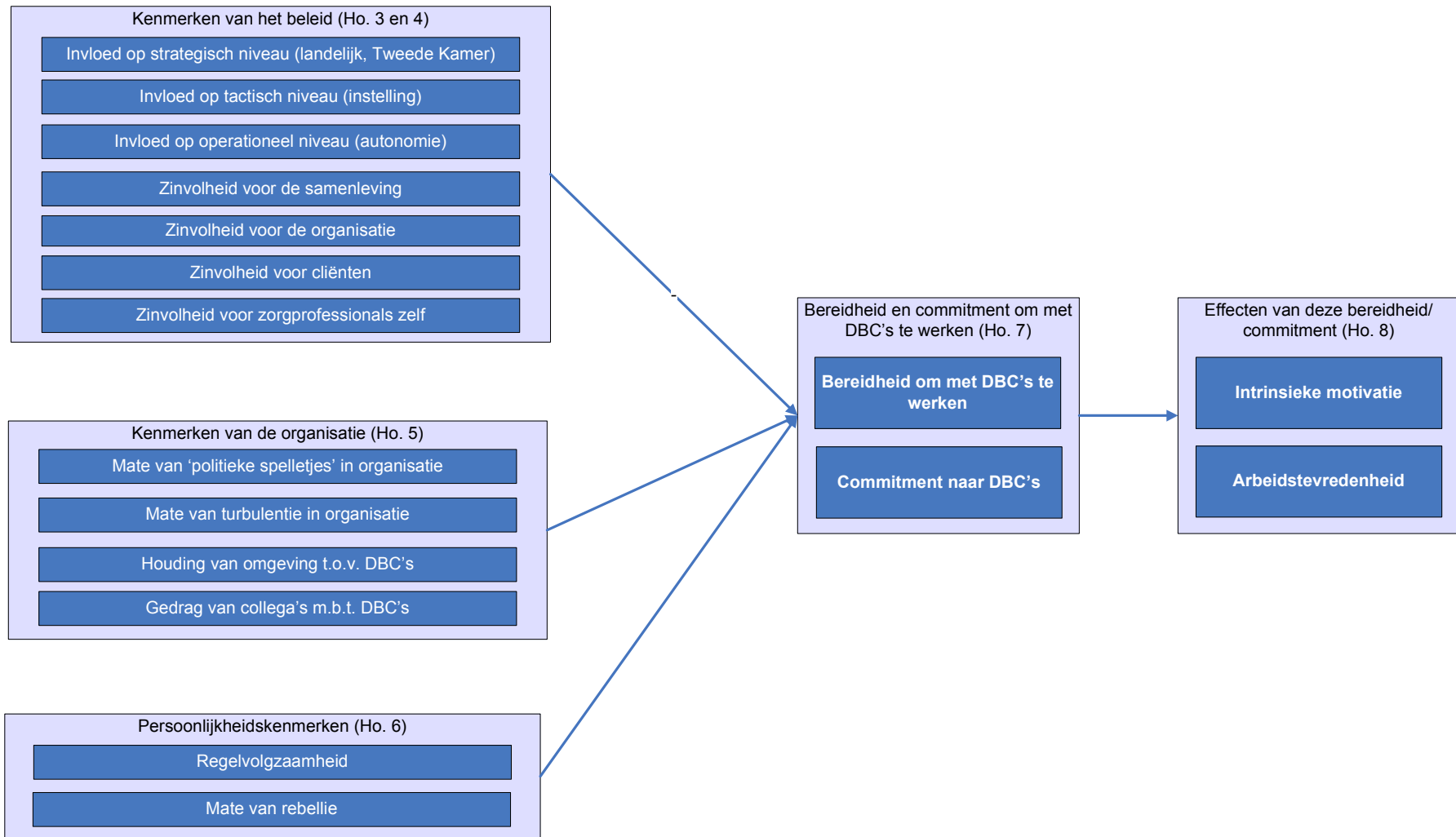
De kenmerken van de organisatie waar een zorgprofessional werkt kunnen ook invloed hebben op de bereidheid om met DBC's te werken. Hier onderzoeken we bijvoorbeeld wat de houding is van de omgeving tegenover DBC's: Staat de direct leidinggevende bijvoorbeeld positief tegenover dit nieuwe beleid? Hiernaast kijken we naar het gedrag van collega's. Tot slot onderzoeken we of er veel andere initiatieven liepen tijdens de invoering van DBC's (mate van turbulentie). Dit kan ervoor zorgen dat er minder aandacht was voor een correcte invoering van DBC's in de instelling.

## **3. Persoonlijkheidskenmerken**

Tot slot bekijken we de persoonlijkheidskenmerken van de zorgprofessionals. Zijn zij bijvoorbeeld van zichzelf erg regelvolgzaam? Dan kan dit ervoor zorgen dat ze meer bereid zijn de DBC-regelgeving uit te voeren.

In onderstaand model geven we – versimpeld – het onderzoeksmodel weer. Zo is te zien wat de verwachte relaties tussen de variabelen zijn. Ook geeft het een duidelijke structuur voor het rapport. In dit eerste rapport gaan we niet in op oorzaak-gevolg relaties, zoals in het onderstaande figuur weergegeven. Wij richten ons primair op het beschrijven van de antwoorden van de respondenten. Op basis van deze informatie zullen we in een later stadium wetenschappelijke artikelen schrijven over de causale relaties. Uit de eerste, voorlopige, analyses blijkt al wel dat de beleidskenmerken veel meer verklarende waarde hebben dan organisatiekenmerken of persoonlijkheidskenmerken.

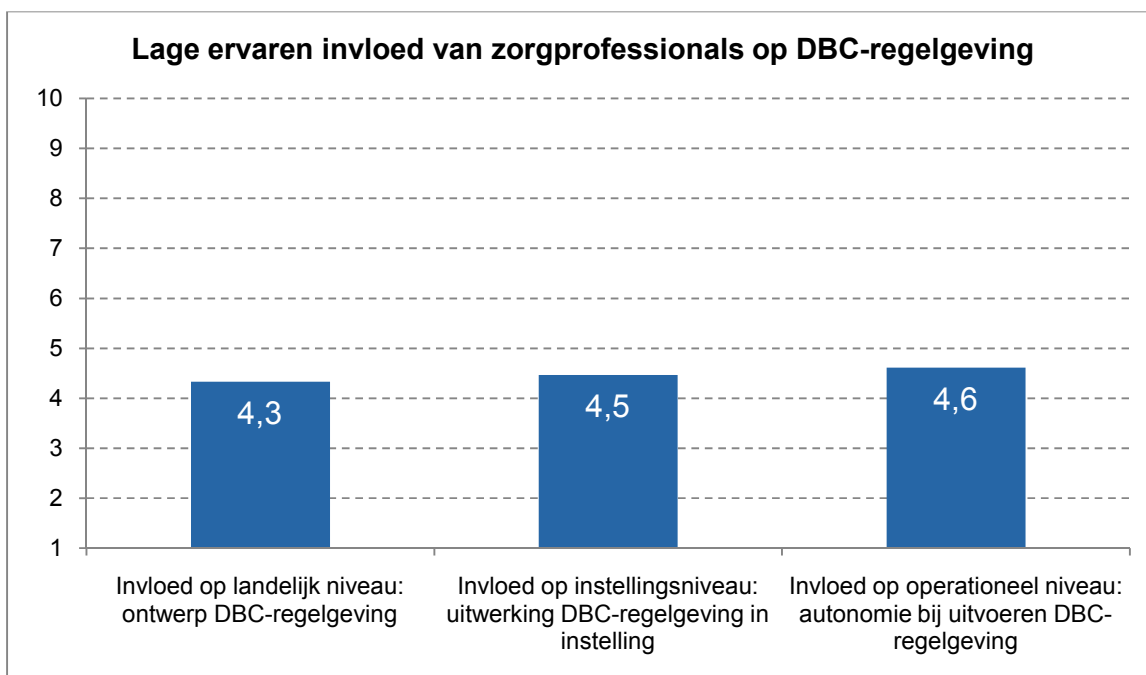




Tabel 1 Vereenvoudigd onderzoeksmodel: Waarom zijn zorgprofessionals bereid om te werken met DBC's (oorzaken), en wat zijn de effecten van deze bereidheid om te werken met DBC's?

#### 1.4 Kenmerken beleid: Zorgprofessionals ervaren niet veel invloed op strategisch, tactisch en operationeel niveau

De eerste drie beleidskenmerken gaan over de ervaren invloed op de DBC-regelgeving. Deze invloed kan zich voordoen op drie niveaus: landelijk niveau, instellingsniveau en op operationeel niveau (mate van autonomie). Zoals te zien in onderstaande grafiek, scoren de zorgprofessionals op een schaal van 1 tot 10<sup>1</sup> een 4,3 (invloed op landelijk niveau), een 4,5 (invloed op instellingsniveau) en een 4,6 (invloed op operationeel niveau). Over het algemeen hebben ze dus het gevoel dat zij niet veel invloed te hebben op de DBC-regelgeving.



Figuur 1 Gemiddelde ervaren invloed van zorgprofessionals bij DBC-regelgeving

#### 1.5 Kenmerken beleid: Zorgprofessionals waarderen doelen DBC's, maar vinden uitwerking minder zinvol

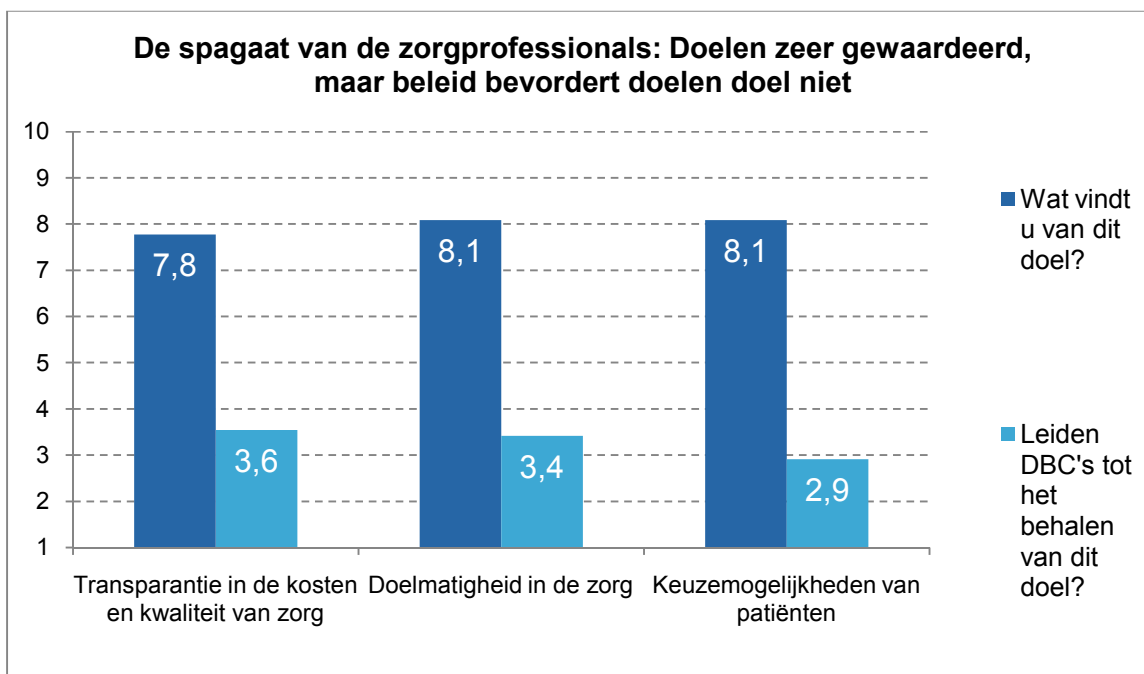
De volgende vier beleidskenmerken gaan in op de mate waarin zorgprofessionals de DBC's zinvol vinden. Eerst kijken we naar de doelen van de DBC's. We onderscheiden drie doelen: transparantie in de kosten en kwaliteit van zorg, doelmatigheid en keuzemogelijkheden voor patiënten. Zoals te zien in onderstaande grafiek waarderen de zorgprofessionals deze doelen (7,8;8,1;8,1). Zij denken echter niet dat DBC's werkelijk tot deze doelen leiden. Zoals twee zorgprofessionals stelden in een open opmerkingenveld:

*'Alle drie de voorgaande doelen zijn uiterst belangrijk maar worden naar mijn mening niet sneller behaald door de DBC's.'*

*'De doelen van de DBC's kan ik onderschrijven - de uitvoering niet. In een optimistische bui denk ik dat dit het begin is van een verbetering. Een wat rommelig en onaangenaam begin- maar ik vertrouw op de dynamiek van veranderingen. In een pessimistische bui denk ik wel eens dat veel mensen binnen de GGZ zo gedemoraliseerd zijn geworden dat dit gehannes met DBC's de nekslag kan zijn voor de GGZ als geheel.'*

<sup>1</sup> Dit is een hercodering van de 5-punt Likertschaal waarop de stellingen zijn gevraagd. De hercodering naar een 10-puntschaal zorgt ervoor dat de antwoorden gemakkelijker te interpreteren zijn.

Veel zorgprofessionals delen dit gevoel. Onderstaande grafiek laat zien zorgprofessionals de doelen van beleid hoog waarderen, maar dat het beleid volgens hen deze doelen helemaal niet dichterbij brengt. Het lijkt erop dat de GGZ hier in een spagaat zit van *goede* doelen en (ervaren) *slechte* uitvoering.



Figuur 2 Doelen DBC zeer gewaardeerd, maar zorgprofessionals denken niet dat DBC's doelen bereiken.

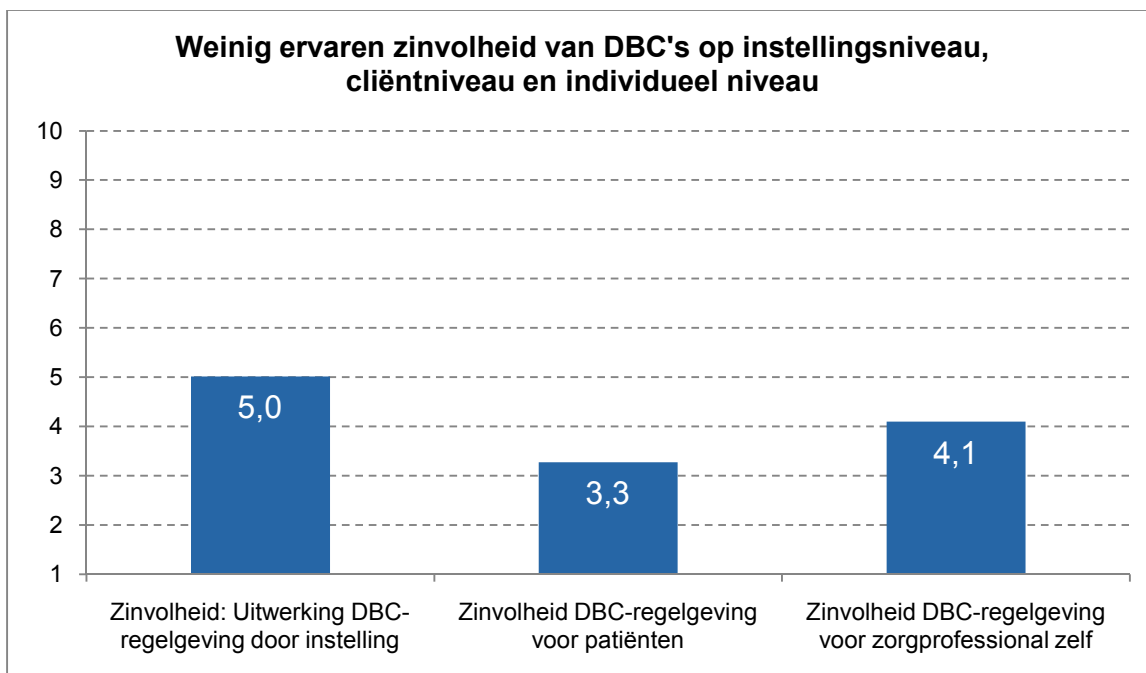
We kijken hiernaast ook naar zinvolheid van de manier waarop de instelling de doelen heeft uitgewerkt, naar zinvolheid voor cliënten (zorgen DBC's er bijvoorbeeld voor dat patiënten beter worden geholpen?) en naar zinvolheid voor de professional zelf (leidt het bijvoorbeeld tot meer/minder inkomsten, of meer/minder administratieve lasten?).

Zoals te zien in onderstaande grafiek vinden de zorgprofessionals dat hun instelling de DBC-regelgeving redelijk heeft uitgewerkt. Zij geven gemiddeld een vijf. De meningen hierover zijn verschillend, wat te verwachten valt omdat organisaties de DBC-regelgeving anders hebben uitgewerkt. Het gaat hier vooral om de administratie. Zo stellen zorgprofessionals:

*'Het DBC-systeem zit volledig verwerkt in ons administratief systeem. zodanig dat als ik mijn werk doe, ik er niets van merk of geen extra dingen hoeft te doen.'*

*'Het registratiesysteem intern is zeer gebruikersonvriendelijk.'*

Over de zinvolheid voor patiënten zijn de zorgprofessionals eensgezinder (gemiddelde 3,3, kleine spreiding). Over het algemeen worden de DBC's niet als zinvol voor patiënten gezien. Ook voor de zorgprofessional zelf lijken er niet veel voordelen aan te zitten (gemiddelde 4,1).



Figuur 3 Gemiddelde ervaren zinvolheid op instellingsniveau, cliëntniveau en individueel niveau

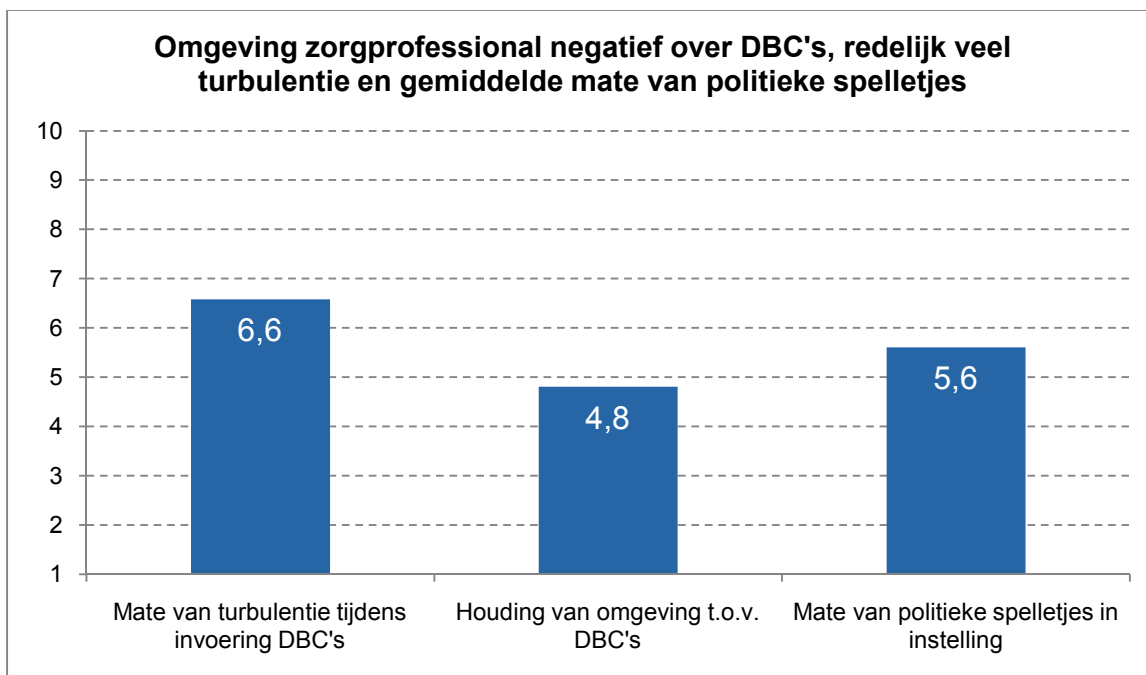
### 1.6 Kenmerken organisatie: Omgeving professional negatief over DBC's, redelijk veel turbulentie en gemiddelde mate van politieke spelletjes

Naast beleidskenmerken onderzoeken we ook of organisatiekenmerken invloed kunnen hebben op de bereidheid om met de DBC-regelgeving te werken.

Ten eerste kijken we of DBC's werden ingevoerd terwijl de organisatie in een turbulente tijd verkeerde. Herold (2007:944) stelt dat turbulentie 'is used to reflect the preponderance of changes going on in the organization at the same time as the focal change—changes that represent additional distractions and adaptation demands and thus form an important part of the context for individuals' reactions to the focal change.' Meer ervaren turbulentie zou zo voor minder veranderingsbereidheid ten opzichte van DBC's kunnen leiden. We zien dat zorgprofessionals de mate van turbulentie een 6,6 geven, niet hoog, maar ook niet laag.

Ten tweede kijken we naar de houding van de omgeving ten opzichte van DBC's. Wat vinden de Raad van Bestuur, de directe leidinggevende en collega's van DBC's? Zijn zij positief over DBC's of juist niet? De direct leidinggevende en de Raad van Bestuur zijn het meest positief over de DBC-regelgeving. Collega's en degenen waar de zorgprofessional leiding aan geeft zijn een stuk minder positief (zie hoofdstuk 5).

Ten derde bekijken we de interne context van de organisatie met het begrip 'politicking', letterlijk vertaald 'het spelen van politieke spelletjes'. We verwachten dat meer ervaren politieke 'spelletjes' ervoor zorgen dat mensen negatiever tegenover een organisatieverandering staan. Zoals te zien zijn de scores hierop niet erg hoog: zorgprofessionals ervaren niet zeer veel politieke spelletjes (gemiddelde 5,6).



Figuur 4 Gemiddelde scores omgeving DBC's: Turbulentie, houding omgeving en mate van politieke spelletjes

### 1.7 Persoonlijkheidskenmerken: Zorgprofessionals zijn gemiddeld regelvolgzaam (gemiddelde 5,5) en scoren iets minder hoog op rebellie (4,8)

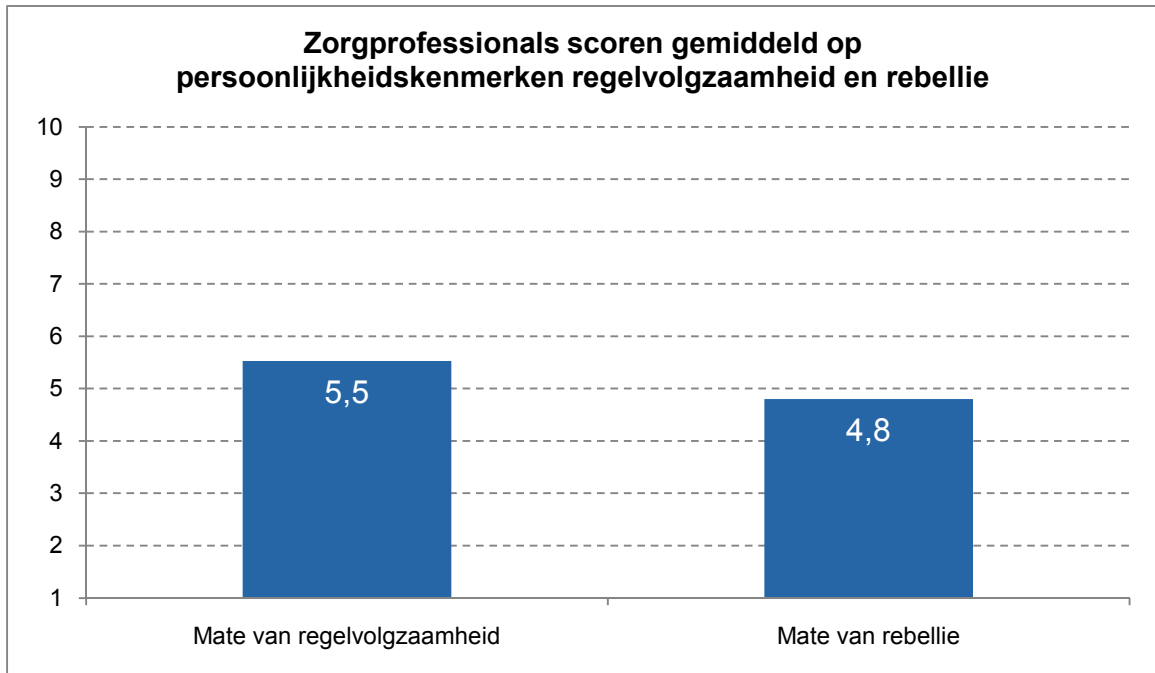
Naast beleidskenmerken en organisatiekenmerken hebben we tot slot gekeken naar de invloed van persoonlijkheidskenmerken op de bereidheid om met DBC's te werken. Hier geven we kort de scores op twee persoonlijkheidskenmerken weer.

Ten eerste hebben we gekeken naar de regelvolgzaamheid van de zorgprofessionals. We zien dat de scores redelijk laag zijn, met een gemiddelde van 5,5. Een voorbeelditem is 'De wet moet altijd worden nageleefd ongeacht de omstandigheden'. Uit de open opmerkingen blijkt dat veel zorgprofessionals genuanceerd naar regelvolgzaamheid kijken:

*'Ik geloof wel in regels maar denk dat soms burgerlijk ongehoorzaam zijn voor het algemeen belang of het belang van een cliënt en voor het vinden van nieuwe wegen zinvol kan zijn.'*

*'Richtlijnen zijn hulpbronnen. daarna zien we verder.'*

Ten tweede kijken we naar de mate van rebellie. Rebellie ontstaat als mensen zich beperkt voelen in hun keuzevrijheid. Hierdoor kunnen ze gemotiveerd zijn om gedrag te vertonen dat juist tegen de verwachtingen ingaat. Aanbevelingen of regels kunnen er zo voor zorgen dat mensen het tegenovergestelde gaan doen. Één van de stellingen is dan ook 'Als iets verboden is, denk ik vaak: Dat is precies wat ik ga doen'. Uit de grafiek blijkt dat de respondenten gemiddeld een 4,8 scoren. Dat is niet erg hoog. We merken op dat de scores van de zorgprofessionals redelijk centreren op het midden: bijna 90% scoort een 4, 5 of 6. De meeste zorgprofessionals scoren zo gemiddeld op rebellie.



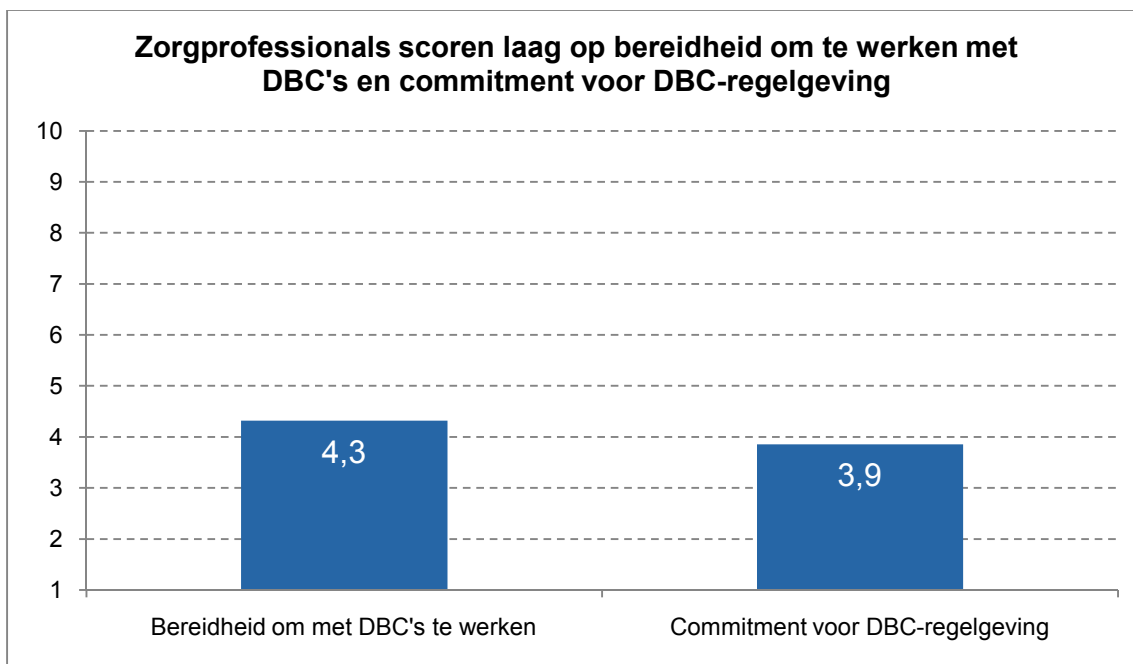
Figuur 5 Gemiddelde scores op regelvolgzaamheid en rebellie

### 1.8 Respondenten niet erg bereid om te werken met DBC-regelgeving

De focus van ons onderzoek is de bereidheid en het commitment van zorgprofessionals om te werken met DBC's.

Metselaar (1997:34) definieert veranderingsbereidheid als 'a positive intention towards the implementation of modifications in an organizations structure, or work and administrative processes, resulting in efforts from the organization member's side to support or enhance the change process'. In dit onderzoek zien we de DBC-regelgeving als de verandering. Zoals te zien in onderstaande grafiek zijn de respondenten niet erg veranderingsbereid ten opzichte van de DBC-regelgeving (gemiddelde 4,3).

Naast veranderingsbereidheid bekijken we ook in hoeverre de zorgprofessionals committed (betrokken) zijn bij de DBC-regelgeving. Herscovitz en Meyer (2002:475) definiëren (affectieve) commitment als 'a desire to provide support for the change based on a belief in its inherent benefits'. Stellingen zijn bijvoorbeeld 'De invoering van DBC's is een goede strategie voor de GGZ' en 'Zaken zouden beter zijn zonder de DBC-regelgeving (R)'. Gemiddeld scoren de zorgprofessionals een 3,9 op commitment. Dit is zeer laag.

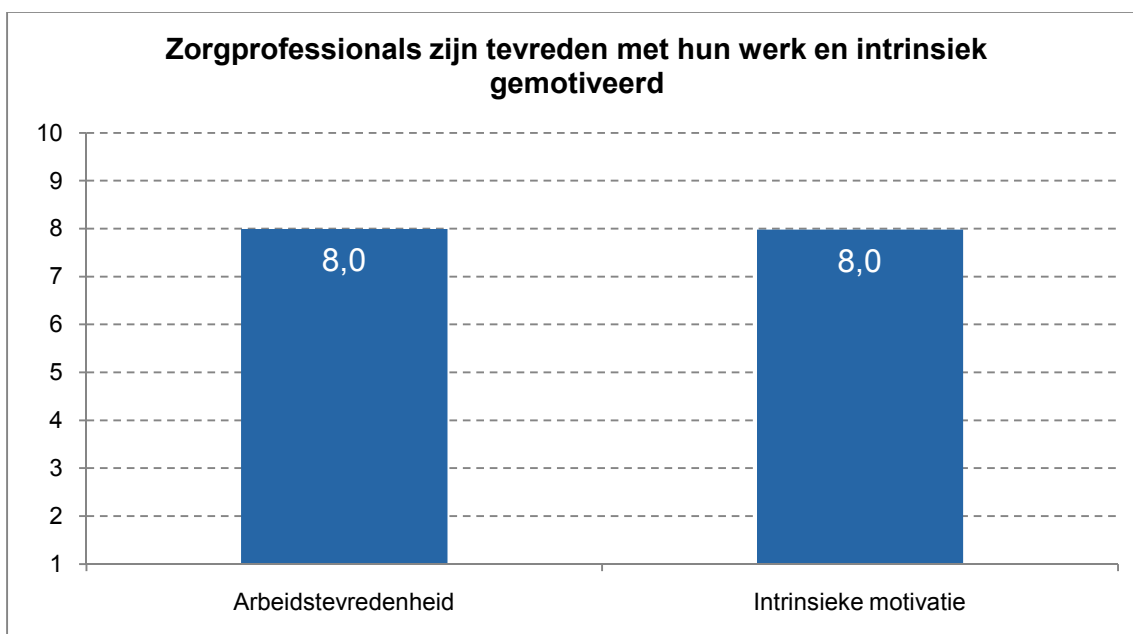


Figuur 6 Gemiddelde scores op bereidheid om met DBC's te werken en commitment naar DBC-regelgeving

### 1.9 Zorgprofessionals zijn tevreden met hun werk en intrinsiek gemotiveerd

Tot slot kijken we in deze samenvatting naar mogelijke effecten van veranderingsbereidheid en commitment. Arbeidstevredenheid is gemeten met één item: 'Alles bij elkaar genomen, ben ik tevreden met mijn werk'. Over het algemeen zijn de respondenten tevreden met hun werk. Hun gemiddelde score is een 8,0.

Naast arbeidstevredenheid hebben we ook onderzocht in hoeverre respondenten intrinsiek gemotiveerd zijn voor hun werk. Wanneer een zorgprofessional negatieve ervaringen heeft met DBC's, zou dit zijn motivatie voor het werk kunnen beïnvloeden. Zoals te zien in onderstaande grafiek scoren zorgprofessionals gemiddeld een 8,0 op intrinsieke motivatie.



Figuur 7 Gemiddelde scores op arbeidstevredenheid en intrinsieke motivatie

## 2 Antwoorden op achtergrondkenmerken

In dit hoofdstuk gaan we in op algemene kenmerken van de respondenten. Wat is bijvoorbeeld hun gemiddelde leeftijd? Wat is hun beroep? Dit geeft een goed beeld van de achtergrond van de respondenten.

### 2.1 Zorgprofessionals hebben zeer hoog opleidingsniveau

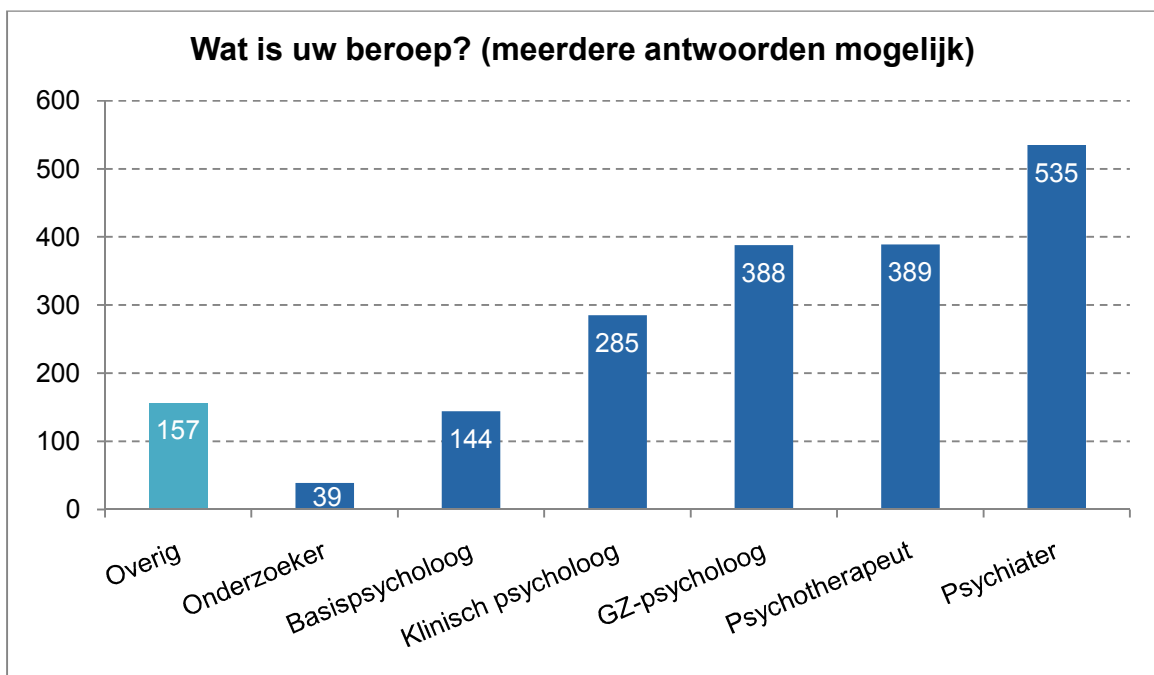
Zoals verwacht zijn de zorgprofessionals zeer hoog opgeleid. Meer dan 76% heeft een postacademische opleiding gevolgd, zoals opleidingen tot GZ-psycholoog of psychotherapeut. Dit is een van de indicatoren die laat zien dat we het over professionals hebben.

Tabel 2 Opleidingsniveau respondenten

Opleidingsniveau	Aantal	Percentage
Hoger beroepsonderwijs (HBO)	2	0%
Academisch onderwijs (WO)	314	24%
Postacademisch onderwijs (o.a. specialisatie of promotie)	993	76%
Totaal	1309	100%

### 2.2 Veel psychiaters, psychotherapeuten en GZ-psychologen

Het beroep dat het meeste voorkomt is psychiater. Hiernaast zijn psychotherapeuten, GZ-psychologen en klinisch psychologen goed vertegenwoordigd. Bij overige beroepen noemen respondenten onder andere klinisch geriater, kinder- en jeugdpsychiater, cognitief gedragstherapeut, GZ-psycholoog in opleiding en directeur. Wat verder opvalt, is dat het totaal optelt tot meer dan het aantal respondenten. Gemiddeld hebben de respondenten  $1.937/1307=1,5$  'beroepen'.





### 2.3 Zowel vrijgevestigden als zorgprofessionals in instellingen

De volgende vraag gaat over de manier waarop de respondent zijn werk uitvoert. Dit kan gebeuren in een instelling of als vrijgevestigde. Hieruit blijkt dat 67% werkt via één of meerdere instellingen. 17% werkt gedeeltelijk in een instelling en gedeeltelijk als vrijgevestigde. 16% werkt alleen als vrijgevestigde. Dit onderzoek geeft zo een beeld van zowel vrijgevestigden als zorgprofessionals in instellingen.

Tabel 3 Manier waarop respondenten hun werk uitvoeren: Bij instelling of vrijgevestigd?

	Aantal	Percentage
Via één of meerdere instellingen, niet vrijgevestigd	877	67%
Gedeeltelijk via één of meerdere instellingen, gedeeltelijk vrijgevestigd	227	17%
Alleen als vrijgevestigde	203	16%
Totaal	1.307	100%

### 2.4 44% van de respondenten geeft leiding aan zorgprofessionals

We hebben ook onderzocht of de respondenten leidinggeven aan andere zorgprofessionals. Het blijkt dat 56% geen leidinggeeft aan andere zorgprofessionals. 44% geeft wel leiding aan andere zorgprofessionals.

Tabel 4 Leidinggeven aan andere zorgprofessionals

	Aantal	Percentage
Leidinggevend	572	44%
Niet-leidinggevend	733	56%
Totaal	1305	100%

### 2.5 Respondenten hebben veel werkervaring

Om te controleren of werkervaring invloed heeft op de ervaringen met DBC's, hebben we gevraagd hoe lang de respondenten als zorgprofessional werkten (ongeacht welke instelling). In onderstaande tabel zien we dat veel zorgprofessionals (42%, 554 personen) meer dan 20 jaar ervaring hebben.

Tabel 5 Leidinggeven aan andere zorgprofessionals

	Aantal	Percentage
0-5 jaar	185	14%
5-10 jaar	192	15%
10-15 jaar	187	14%
15-20 jaar	187	14%
Meer dan 20 jaar	554	42%
Totaal	1.305	100%

## 3 Antwoorden op stellingen over invloed op DBC-regelgeving

### 3.1 Introductie tot de stellingen

Naast de achtergrondgegevens hebben we ook een groot aantal stellingen opgenomen. De respondenten antwoorden bijvoorbeeld op de stelling 'Wij als zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving'. Zij kunnen op basis van vijf mogelijkheden antwoorden:

- 1 = Helemaal oneens
- 2 = Oneens
- 3 = Neutraal
- 4 = Eens
- 5 = Helemaal eens
- 1 = Niet van toepassing

Om ervoor te zorgen dat de antwoorden gemakkelijker te interpreteren zijn, hercoderen we een aantal items, zodat ze allemaal dezelfde richting uitgaan. Als een zorgprofessional het volledig oneens is met deze stelling scoort hij een 1. Wij hercoderen dit naar een 5.  $5 \rightarrow 1$ ,  $4 \rightarrow 2$ ,  $3 \rightarrow 3$ ,  $2 \rightarrow 4$ ,  $1 \rightarrow 5$ . Na hercodering scoort hij dus een 5. Wanneer we een item hercoderen, geven we dit aan door een (R) (Reverse scoring) achter het item te plaatsen. De score 'niet van toepassing' is gekenmerkt als 'missing'.

Hiernaast rekenen we de stellingen om naar een tienpuntsschaal. Dit omdat deze gemakkelijker te interpreteren is.<sup>2</sup> De formule hiervoor is:  $(\text{Score} - 1) * 2.25 + 1$ . De scores worden dan:

Score op 5-puntschaal	Score op 10-puntschaal
1	1
2	3,25
3	5,5
4	7,75
5	10

<sup>2</sup> We merken op dat er een verschil zou kunnen zijn als we een 10-puntschaal hadden gebruikt bij de stellingen. Wij hebben nu alles gemeten op een 5-punts Likert schaal. De omrekening naar de 10-puntsschaal dient alleen om de eerste resultaten gemakkelijker te kunnen plaatsen. Voor wetenschappelijke artikelen rekenen we niet om naar een 10-puntsschaal.

### 3.2 Zorgprofessionals ervaren op strategisch niveau weinig invloed (gemiddeld 4,3)

In de vragenlijst hebben we de respondenten gevraagd naar hun ervaringen met DBC's. Hier gaan we onder andere in op de mate van invloed die zij beleefden op de DBC-regelgeving. We onderscheiden invloed op strategisch, tactisch en operationeel niveau.

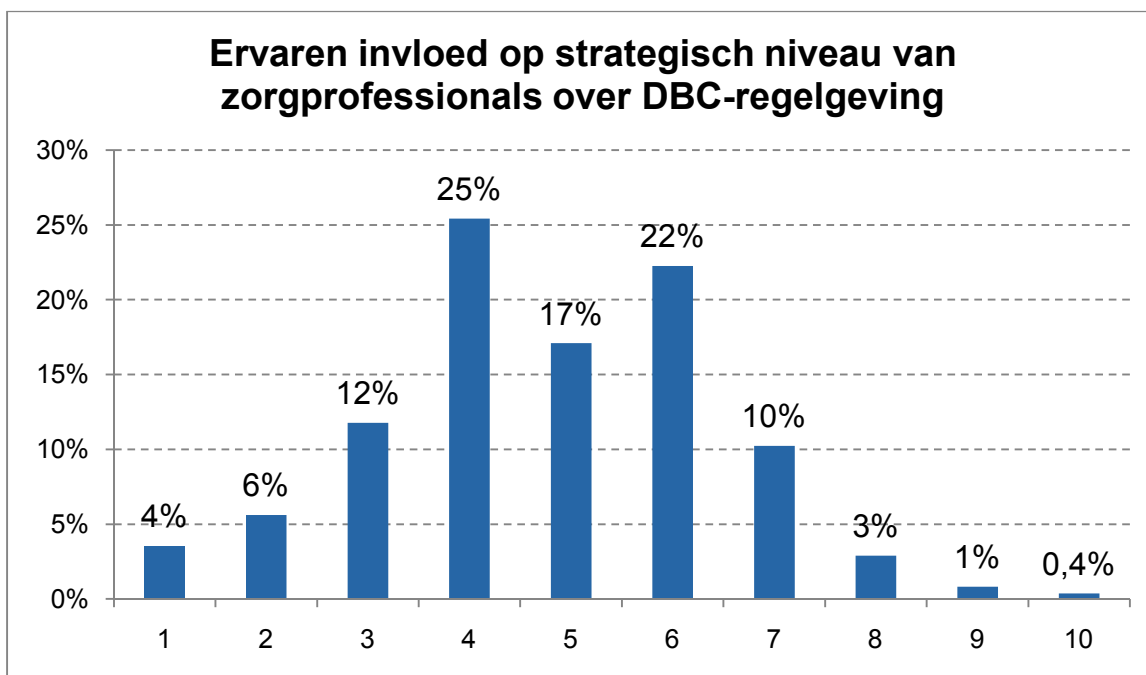
Invloed op strategisch niveau definiëren we als 'De gepercipieerde mate van invloed van de zorgprofessionals op beslissingen over de inhoud van het beleid, zoals vastgelegd in wet- en regelgeving' (Tummers et al., 2009).

Zoals te zien in onderstaande tabel hadden de respondenten niet het gevoel dat ze veel invloed konden uitoefenen op strategisch niveau. Zo was het gemiddelde 5,2 bij de stelling 'Op landelijk niveau konden de zorgprofessionals meebeslissen hoe de DBC-regelgeving werd opgezet'.

**Tabel 6 Invloed van respondenten op strategisch niveau DBC-regelgeving (n= 1.072)**

	Gemiddelde
13.1) Op landelijk niveau konden de zorgprofessionals meebeslissen hoe de DBC-regelgeving werd opgezet	4,5
13.2) Zorgprofessionals hebben, via hun professionele associaties, actief meegedacht over de opzet van de DBC-regelgeving	5,2
13.3) Zorgprofessionals hadden volgens mij veel te weinig macht om de DBC-regelgeving te beïnvloeden (R)	3,3
13.4) Politici hebben bij de opzet van de DBC-regelgeving helemaal niet geluisterd naar de zorgprofessionals (R)	4,1
13.5) Wij als zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving (R)	4,6
13.6) De zorgprofessionals konden de ontwikkeling van de DBC-regelgeving op nationaal niveau (Minister, VWS, 2e Kamer) helemaal niet beïnvloeden (R)	4,4
Schaal van de items (alpha 0,85)	4,3

Als we de schaalcores uitzetten in een grafiek, zien we dat er wel grote verschillen bestaan tussen de respondenten: de spreiding (1,7) is redelijk hoog.



**Figuur 8** Ervaren invloed op strategisch niveau van zorgprofessionals over DBC-regelgeving

### 3.3 Zorgprofessionals ervaren op instellingsniveau redelijk weinig invloed (gemiddeld 4,5)

Invloed op tactisch niveau definiëren we als 'De gepercipieerde invloed van zorgprofessionals op de manier waarop hun instelling de DBC's heeft geïmplementeerd'. Zoals te zien in tabel 7 hebben de respondenten het gevoel dat ze weinig invloed hadden op de manier waarop hun instelling de DBC-regelgeving heeft geïmplementeerd. De gemiddeldes zijn lager dan bij het strategische niveau.

Tabel 7 Invloed van respondenten op instellingsniveau DBC-regelgeving (n=980)

	Gemiddelde
15.1) In mijn instelling konden vooral zorgprofessionals bepalen hoe de DBC- regelgeving werd uitgewerkt	3,7
15.2) In mijn instelling hebben zorgprofessionals, via werkgroepen of vergaderingen, meebeslist over de uitwerking van de DBC-regelgeving	4,2
15.3) Het management van mijn instelling had de zorgprofessionals veel meer moeten betrekken bij de uitwerking van de DBC-regelgeving (R)	4,4
15.4) Bij de invoering van de DBC-regelgeving werd er in mijn instelling helemaal niet naar de zorgprofessionals geluisterd (R)	5,1
15.5) In mijn instelling konden zorgprofessionals meepraten over de uitwerking van de DBC-regelgeving	4,8
15.6) Ik en mijn collega zorgprofessionals stonden compleet machteloos bij de invoering van de DBC-regelgeving in mijn instelling (R)	4,7
Schaal van de items (alpha 0,87)	4,5

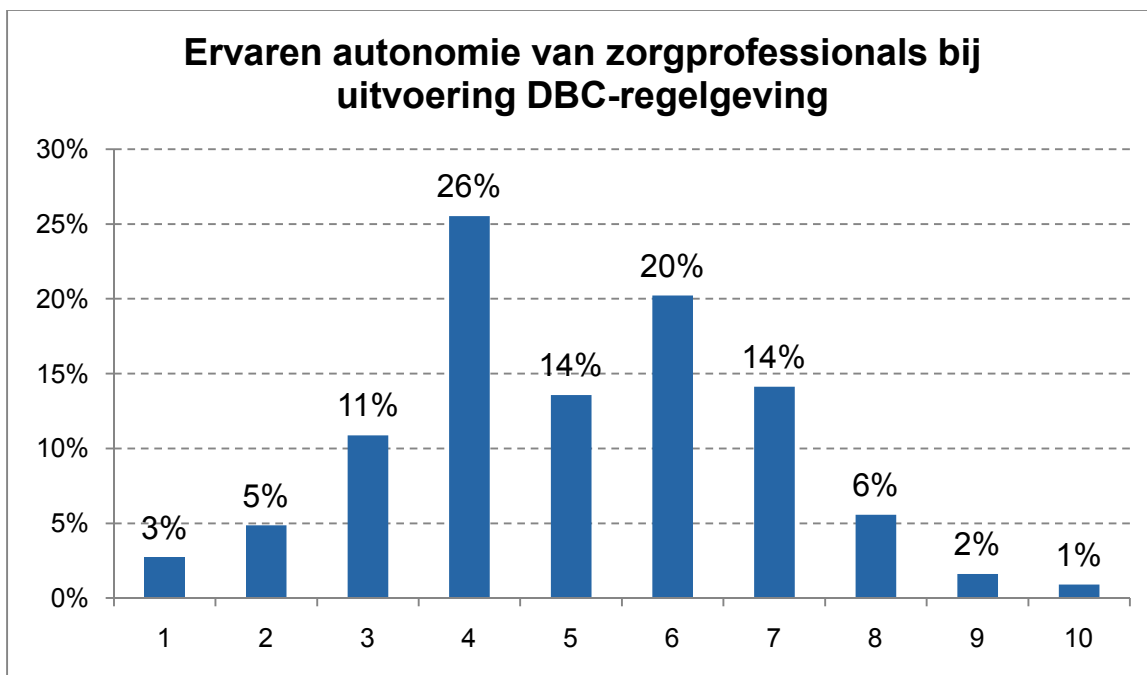
### 3.4 Zorgprofessionals ervaren redelijk weinig autonomie (gemiddelde 4,6)

Invloed op operationeel niveau definiëren we als 'De gepercipieerde vrijheid in het maken van keuzes over het type, de hoeveelheid en de kwaliteit van straffen en beloningen wanneer de zorgprofessional het beleid invoert'. Dit heeft veel raakvlakken met professionele autonomie. Als we kijken naar de scores, zien we dat de zorgprofessionals gemiddeld genomen vaak aan de linkerkant van de schaal antwoorden: ze hebben het gevoel niet zoveel vrijheid te hebben in de uitvoering van het beleid.

Tabel 8 Mate van autonomie tijdens uitvoering DBC-regelgeving (n=1.078)

	Gemiddelde
17.1) Ik heb vrijheid om te bepalen hoe ik met de DBC's omga	4,2
17.2) Bij het werken met DBC's kan ik goed aansluiten op de behoeften van de patiënt	3,9
17.3) Werken met DBC's voelt als een harnas waarin ik me niet goed kan bewegen (R)	4,5
17.4) Als ik met DBC's werk moet ik me aan strakke procedures houden (R)	4,5
17.5) Bij het werken met DBC's kan ik veel te weinig maatwerk voor mijn patiënten leveren (R)	5,1
17.6) Bij het werken met DBC's kan ik mijn eigen afwegingen maken	5,6
Schaal van de items (alpha 0,83)	4,6

Als we de schaalcores uitzetten in een grafiek, zien we dat er wel grote verschillen bestaan tussen de respondenten: de spreiding (1,8) is redelijk hoog. Sommige zorgprofessionals ervaren een grote mate van autonomie (score 7 of hoger), terwijl anderen veel minder autonomie ervaren.



Figuur 9 Ervaren autonomie bij uitvoering DBC-regelgeving

## 4 Antwoorden op stellingen over zinvolheid van DBC-regelgeving

Bij de invoering van beleid geven deskundigen vaak aan dat het belangrijk is dat de uitvoerende professionals het nieuwe beleid als zinvol ervaren. Daarom onderzoeken wij in hoeverre de zorgprofessionals de DBC-regelgeving als zinvol beschouwen. We kijken eerst naar de algemene beoordeling van de doelen. Hierna onderzoeken we of de zorgprofessionals het gevoel hebben dat de DBC's ook werkelijk bijdragen aan deze doelen. Tot slot onderzoeken we of professionals vinden dat hun instelling de DBC's zinvol heeft ingevoerd en of de DBC-regelgeving volgens zorgprofessionals zinvol is voor patiënten.

### 4.1 Zorgprofessionals zijn positief over doelen DBC-regelgeving (gemiddeld 8,0)

De DBC-regelgeving kent verschillende doelen. Op basis van documenten van het Ministerie van VWS en interviews hebben wij drie doelen vastgesteld:

Tabel 9 Doelen DBC-regelgeving

Doel	Redenering
<b>Transparantie</b> in zorgkosten en zorgkwaliteit	Door het typeren van zorgvragen in DBC's ontstaat meer inzicht in de kosten en kwaliteit van de zorg per zorgverlener.
<b>Doelmatigheid</b> (efficiëntie/kosteneffectiviteit) van de GGZ	Door de vergrote transparantie kan marktwerking in de zorg worden geïntroduceerd. Zo ontstaan prikkels om doelmatig te werken. Doelmatig werken betekent dat voor hetzelfde resultaat minder zorgkosten worden gemaakt dan gemiddeld.
Meer keuzemogelijkheden <b>voor patiënten</b>	Door de vergrote transparantie krijgt de patiënt meer inzicht in de prijs en kwaliteit van de zorg per zorgverlener. Dit zorgt ervoor dat de patiënt geïnformeerd kan kiezen tussen verschillende zorgverleners. Patiënten hebben hierdoor meer keuzemogelijkheden.

Deze doelen zijn sterk aan elkaar gerelateerd. In dit onderzoek onderscheiden wij ze wel afzonderlijk. Zoals te zien in onderstaande tabel beoordelen de respondenten de doelen gemiddeld erg positief.

Tabel 10 Mate waarin respondenten het eens zijn met doelen DBC-regelgeving (n=1.102)

	Gemiddelde
19) Ik vind het bevorderen van transparantie in zorgkosten en zorgkwaliteit een heel goed doel	7,8
21) Ik vind het bevorderen van doelmatigheid in de GGZ een heel goed doel (Doelmatig werken / efficiëntie betekent dat voor hetzelfde resultaat minder zorgkosten worden gemaakt)	8,1
23) Ik vind het bevorderen van keuzemogelijkheden voor patiënten een heel goed doel	8,1

### 4.2 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit (gemiddelde 3,6)

Zoals te zien in bovenstaande tabel vinden de respondenten het bevorderen van transparantie in de kosten en kwaliteit van zorg een goed doel. Nu kunnen we kijken of ze denken dat het middel (DBC-regelgeving) leidt tot het gewenste doel. Deze zinvolheid op strategisch niveau definiëren we als 'de perceptie van de zorgprofessionals over de toegevoegde waarde van het beleid aan sociaal relevante doelen'.

Het middel (DBC-regelgeving) leidt volgens veel respondenten niet tot het bereiken van het gewenste doel van transparantie in de zorgkosten en kwaliteit. De gemiddelde score is namelijk een 3.6.

**Tabel 11 Mate waarin respondenten denken dat DBC-regelgeving leidt to meer transparantie in zorgkosten en zorgkwaliteit (n=1.104)**

	<b>Gemiddelde</b>
20.1) De DBC-regelgeving zorgt volgens mij voor meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,6
20.2) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,9
20.3) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,3
20.4) Ik vind dat de DBC-regelgeving nu al heeft geleid tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,2
20.5) Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,7
Schaal van de items (alpha 0,95)	3,6

#### **4.3 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot doelmatigheid (gemiddelde 3,4)**

De respondenten vinden het bevorderen van doelmatigheid in de zorg een goed doel. Maar zij denken niet dat het middel (de DBC-regelgeving) hiertoe leidt:

**Tabel 12 Mate waarin respondenten denken dat de DBC-regelgeving leidt to meer doelmatigheid (n=1.093)**

	<b>Gemiddelde</b>
20.1) De DBC-regelgeving zorgt volgens mij voor meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,5
20.2) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,7
20.3) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,2
20.4) Ik vind dat de DBC-regelgeving nu al heeft geleid tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,2
20.5) Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer transparantie in de zorgkosten en zorgkwaliteit	3,5
Schaal van de items (alpha 0,96)	3,4

#### **4.4 DBC's leiden volgens zorgprofessionals niet tot keuzevrijheid voor patiënten (gemiddelde 3,4)**

Voor keuzevrijheid voor patiënten geldt hetzelfde als bij de andere doelen: de respondenten zijn positief over het doel, maar denken niet dat de DBC-regelgeving hiertoe leidt.

**Tabel 13 Mate waarin respondenten denken dat de DBC-regelgeving leidt to meer keuzevrijheid voor patiënten (n=994)**

	<b>Gemiddelde</b>
24.1) De DBC-regelgeving zorgt volgens mij voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten	2,9
24.2) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de lange termijn (over meer dan 2 jaar) leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	3,1
24.3) Ik denk dat de DBC-regelgeving op de korte termijn (binnen 2 jaar) leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	2,9
24.4) Ik vind dat de DBC-regelgeving nu al heeft geleid tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	2,8
24.5) Alles bij elkaar genomen denk ik dat de DBC-regelgeving leidt tot meer keuzemogelijkheden voor patiënten	3,0
Schaal van de items (alpha 0,97)	2,9

#### **4.5 Zorgprofessionals neutraal over uitwerking DBC's door instelling (gemiddelde 5,0)**

We hebben gekeken naar de manier waarop de instelling de DBC-regelgeving uitwerkt. Één van de stellingen hiervoor was 'De manier waarop mijn instelling de DBC-regelgeving heeft uitgewerkt,

heeft veel positieve gevolgen'. Deze stellingen hebben als doel het latente construct 'tactische zinvolheid' te meten: 'De perceptie van de zorgprofessionals over de toegevoegde waarde van de manier waarop hun instelling de DBC-regelgeving invoert om sociaal relevante doelen te bereiken'. Zoals te zien is het gemiddelde van de antwoorden op de stellingen een 5,0. De respondenten zijn dus gemiddeld neutraal over de manier waarop hun instelling de DBC-regelgeving heeft uitgewerkt.

**Tabel 14 Ervaringen van respondenten met uitwerking DBC-regelgeving in hun instelling (n=994)**

	<b>Gemiddelde</b>
26.1) Ik vind dat mijn instelling de DBC-regelgeving slecht heeft uitgewerkt (R)	5,8
26.2) De manier waarop mijn instelling de DBC-regelgeving heeft uitgewerkt helpt mij bij de uitvoering hiervan	5,6
26.3) De manier waarop mijn instelling het DBC-regelgeving heeft vormgegeven heeft veel positieve gevolgen	4,1
26.4) Ik snap nog steeds niet waarom mijn instelling het DBC-regelgeving op deze manier heeft uitgewerkt (R)	5,8
26.5) De uitwerking van de DBC-regelgeving door mijn instelling zorgt ervoor dat de patiënten beter worden geholpen	3,4
26.6) Volgens mij heeft mijn instelling de DBC-regelgeving goed uitgewerkt	5,4
Schaal van de items (alpha 0,86)	5,0

#### **4.6 Zorgprofessionals negatief over toegevoegde waarde DBC's bij patiënten (gemiddelde 3,0)**

Verder kijken we naar de zinvolheid voor patiënten. Hebben de zorgprofessionals het gevoel dat ze door de uitvoering van de DBC-regelgeving hun patiënten echt helpen? Dit noemen we operationele zinvolheid. We definiëren dit als volgt: 'De perceptie van de zorgprofessional over de toegevoegde waarde van zijn/haar eigen implementatie van de DBC-regelgeving voor patiënten'. Zoals te zien in onderstaande tabel zijn de respondenten negatief over de invloed van de DBC-regelgeving op hun patiënten.

**Tabel 15 Ervaringen van respondenten over toegevoegde waarde DBC-regelgeving voor hun patiënten (n=1.060)**

	<b>Gemiddelde</b>
28.1) De DBC-regelgeving brengt de privacy van mijn patiënten in gevaar (R)	4,0
28.2) Dankzij de DBC-regelgeving kan ik de problemen van mijn patiënten beter oplossen	2,7
28.3) De DBC-regelgeving is bevorderlijk voor het welzijn van mijn patiënten	2,8
28.4) Ik snap niet hoe mijn patiënten op de korte termijn kunnen profiteren van de DBC-regelgeving (R)	3,3
28.5) Ik denk dat de DBC-regelgeving uiteindelijk goed is voor mijn patiënten	3,5
Schaal van de items (alpha 0,80)	3,0

#### **4.7 Zorgprofessionals negatief over toegevoegde waarde DBC's voor henzelf (gemiddelde 4,1)**

Tot slot onderzoeken we wat de zinvolheid van de DBC-regelgeving is voor de zorgprofessionals zelf: 'what's in it for me?'. Dit noemen we persoonlijke zinvolheid. We definiëren dit als volgt: 'De perceptie van de zorgprofessional over de toegevoegde waarde van de DBC-regelgeving voor hem- of haarzelf'. Zoals te zien in onderstaande tabel zijn de respondenten negatief over de persoonlijke zinvolheid.

**Tabel 16 Ervaringen van respondenten over toegevoegde waarde DBC-regelgeving voor henzelf (n=947)**

	<b>Gemiddelde</b>
29.1) Ik ervaar positieve financiële gevolgen door de invoering van de DBC-regelgeving	3,8
29.2) Op de lange termijn is de invoering van de DBC-regelgeving voor mij persoonlijk positief	3,8
29.3) Ik heb weinig gewonnen met de invoering van de DBC-regelgeving (R)	3,6
29.4) Mijn toekomstperspectieven in dit werk zijn slechter geworden door de invoering van de DBC-regelgeving (R)	5,2
29.5) Ik ben bezorgd dat ik iets van mijn status heb verloren door de invoering van de DBC-regelgeving (R)	6,7



	<b>Gemiddelde</b>
29.6) De invoering van de DBC-regelgeving zorgt ervoor dat ik meer administratieve lasten krijg (R)	2,3
29.7) De DBC-regelgeving tast - door de aanlevering van informatie aan zorgverzekeraars - mijn beroepsgeheim aan (R)	3,5
29.8) De DBC-regelgeving tast - door aanlevering van informatie aan het DIS - mijn beroepsgeheim aan (R)	4,0
Schaal van de items (alpha 0,79)	4,1

## 5 Antwoorden op stellingen over de eigen organisatie

In dit hoofdstuk bekijken we organisatiekenmerken die met DBC's te maken kunnen hebben. Zo onderzoeken we of de DBC's werden ingevoerd terwijl de organisatie in een turbulente tijd verkeerde (5.1). Dit kan de houding ten opzichte van DBC's beïnvloeden. Ook kijken we naar de houding van de Raad van Bestuur, de directe leidinggevende en collega's. Zijn zij positief over DBC's of juist niet (5.2)? Ten derde kijken we naar de mate waarin politiek en macht een rol spelen in de organisatie (5.3). Tot slot onderzoeken we het gedrag van collega's ten opzichte van DBC's. Praten zij bijvoorbeeld negatief over DBC's in het openbaar of in vergaderingen (5.4)? De antwoorden op deze vragen geven ons een beeld van hoe er in de organisatie omgegaan wordt met DBC's.

### 5.1 Invoering van DBC's gebeurde in een tijd waarin andere initiatieven ook om aandacht vroegen (gemiddelde 6,6)

We nemen turbulentie in de organisatie mee omdat dit invloed kan hebben op de bereidheid om met DBC's te werken. Herold (2007:944) stelt dat turbulentie 'is used to reflect the preponderance of changes going on in the organization at the same time as the focal change—changes that represent additional distractions and adaptation demands and thus form an important part of the context for individuals' reactions to the focal change'. Meer ervaren turbulentie zou zo voor minder veranderingsbereidheid ten opzichte van DBC's kunnen leiden.

We meten turbulentie met de vier-itemschaal van Herold e.a. (2007). Zoals te zien is de mate van turbulentie redelijk (gemiddeld 6,6). Dit is te verwachten, aangezien de gezondheidszorg in beweging is, met onder andere fusies, nieuwe wet- en regelgeving en interne organisatieveranderingen.

Tabel 17 Ervaren turbulentie tijdens invoering DBC's (n=953)

	Gemiddelde
34.1) De invoering van de DBC-regelgeving gebeurde in een turbulente tijd voor onze instelling	7,0
34.2) Tijdens de invoering van de DBC-regelgeving waren er teveel andere initiatieven die om aandacht vroegen	6,6
34.3) We waren nog bezig met het verwerken van eerdere veranderingen toen we begonnen met de invoering van de DBC-regelgeving	6,7
34.4) De invoering van de DBC-regelgeving zou gemakkelijker zijn geweest als we niet al te maken hadden met een aantal andere wijzigingen	6,1
Schaal van de items (alpha 0,88)	6,6

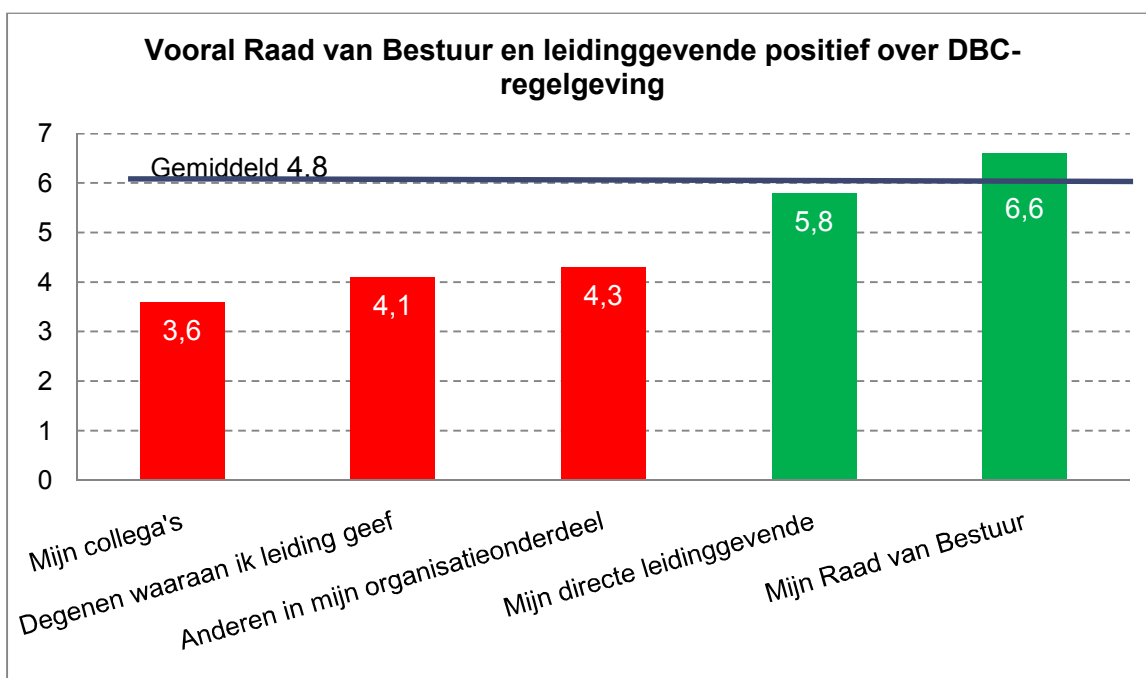
### 5.2 Raad van Bestuur (6,6) en direct leidinggevende (5,8) meest positief over DBC-regelgeving (gemiddelde score omgeving 4,8)

Aan de respondenten hebben we gevraagd aan te geven in hoeverre een aantal belangrijke personen in hun werkomgeving (zoals de collega's en de direct leidinggevende) positief staan ten opzichte van de DBC-regelgeving. Hiermee meten we het concept 'subjectieve norm'. Azjen definieert subjectieve norm als 'the likelihood that important referent individuals or groups approve or disapprove of performing a given behaviour' (Azjen, 1991:195 in Metselaar, 1997:54).

We meten subjectieve norm via de gevalideerde schaal van Metselaar (1997). Zoals te zien in onderstaande tabel en bijbehorende grafiek zijn de direct leidinggevende en de Raad van Bestuur het meest positief over de DBC-regelgeving. Collega's en degenen waar de zorgprofessional leiding aan geeft zijn het minst positief. Gemiddeld scoort 'de omgeving' een 4,8.

Tabel 18 Subjectieve norm (omgeving) van zorgprofessionals over DBC-regelgeving

Hoe staan de volgende personen tegenover de DBC-regelgeving? (van zeer negatief tot zeer positief)?	n	Gemiddelde
35.1) Mijn Raad van Bestuur	757	6,6
35.2) Mijn directe leidinggevende	807	5,8
35.3) Mijn collega's	940	3,6
35.4) Degenen waaraan ik leiding geef	572	4,1
35.5) Anderen in mijn organisatieonderdeel	785	4,3
Schaal van de items (alpha 0,88)	785	4,8



Figuur 10 Houding van omgeving van zorgprofessionals over de DBC-regelgeving, zoals ervaren door zorgprofessionals zelf

### 5.3 Zorgprofessionals ervaren niet veel politieke spelletjes in hun organisatie (gemiddelde 5,6)

De derde variabele die de interne context van de organisatie bekijkt is 'politicking', letterlijk vertaald 'het spelen van politieke spelletjes'. Bouckenooghe et al. (2009, gebaseerd op Allen et al., 1979) definiëren politicking als volgt: 'Politicking describes the perceived level of political games within the organization. A high degree of politicking leads to unnecessary expense, considerable delays, and unwillingness to share knowledge.' Bouckenooghe et al. verwachten dat meer ervaren politieke 'spelletjes' ervoor zorgen dat mensen negatiever tegenover een organisatieverandering staan.

We gebruiken de gevalideerde schaal van Bouckenooghe et al. om de ervaren mate van politieke spelletjes te meten. Zoals te zien zijn de scores niet erg hoog: zorgprofessionals ervaren niet zeer veel politieke spelletjes. Het laagst scoren ze gemiddeld op de stelling 'In onze instelling is vaak sprake van vriendjespolitiek' (5,1) en het hoogst op de stelling 'In onze instelling is het hebben van de juiste connecties belangrijke om iets gedaan te krijgen' (6,2).

**Tabel 19 Mate van politieke spelletjes binnen organisatie, zoals ervaren door zorgprofessionals (n=1.013)**

	<b>Gemiddelde</b>
36.1) In onze instelling spelen machtsspellen tussen organisatieonderdelen een grote rol	5,8
36.2) In onze instelling is het hebben van de juiste connecties belangrijk om iets gedaan te krijgen	6,2
36.3) In onze instelling is vaak sprake van vriendjespolitiek	5,1
36.4) Soms wordt er misbruik gemaakt van medewerkers in onze organisatie	5,3
Schaal van de items (alpha 0,88)	5,6

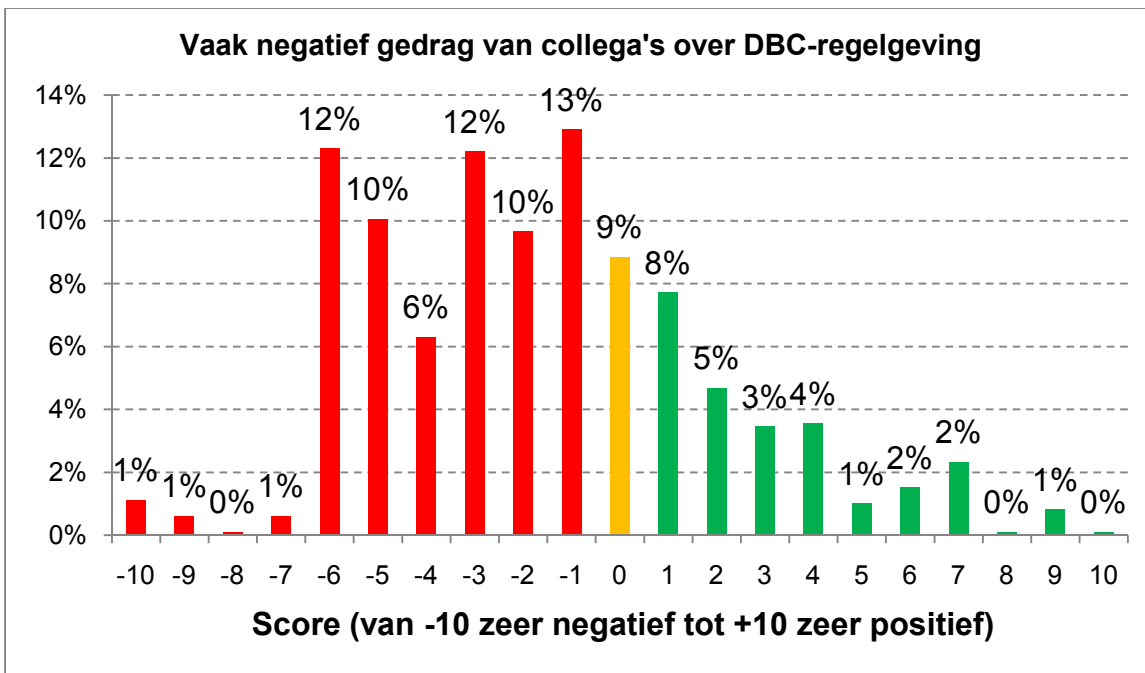
#### 5.4 Collega's respondenten vertonen matig negatief verandergedrag

Tot slot meten we verandergedrag, gebaseerd op (Metselaar, 1997). We vroegen de respondenten het gedrag van hun collega's te beoordelen. Hieronder zijn de keuzes weergegeven, van respondenten die in ieder geval één keuze hebben aangevinkt.

**Tabel 20 Gedrag van collega's met betrekking tot DBC-regelgeving (veranderingsgedrag) (n=984)**

<b>Stelling</b>	<b>Aangevinkt</b>	<b>Niet aangevinkt</b>	<b>Score voor verandergedrag</b>
37.1) Collega's spannen zich sterk in zodat de DBC-regelgeving succesvol wordt geïmplementeerd	18%	82%	+4
37.2) Collega's steunen de DBC-regelgeving	11%	89%	+3
37.3) Collega's voelen zich betrokken maar willen meer informatie	19%	81%	+2
37.4) Collega's praten niet over de DBC-regelgeving	24%	76%	+1
37.5) Collega's volgen een 'ik wacht af en ik zie wel' beleid	62%	38%	-1
37.6) Collega's praten in besloten kring negatief over de DBC-regelgeving	52%	48%	-2
37.7) Collega's praten in vergaderingen negatief over de DBC-regelgeving	48%	52%	-3
37.8) Collega's melden zich ziek (vermoedelijk door DBC-regelgeving)	4%	96%	-4

Op basis hiervan kunnen we berekenen wat het verandergedrag is van de collega's van de zorgprofessionals. Dit doen we door de variabelen op te tellen en te vermenigvuldigen met de score voor het verandergedrag. Dit berekenen we alleen voor respondenten die in ieder geval één keuze hebben aangevinkt. Het gemiddelde is -1,6. De collega's van de respondenten vertonen dus matig negatief verandergedrag. Hieruit volgt de volgende grafiek:



Figuur 11 Gedrag van collega's met betrekking tot DBC-regelgeving (verandergedrag)

## 6 Antwoorden op persoonlijkheidskenmerken

### 6.1 Zorgprofessionals zijn niet erg regelvolzaam (gemiddelde 5,5)

We hebben gekeken naar de regelvolzaamheid van de zorgprofessionals. De items zijn overgenomen uit de European Social Survey (ESS, <http://www.europeansocialsurvey.org/>). We zien dat de scores redelijk laag zijn, met een gemiddelde van 5,5. Uit de open opmerkingen blijkt dat veel zorgprofessionals genuanceerd naar regelvolzaamheid kijken:

*'Ik geloof wel in regels maar denk dat soms burgerlijk ongehoorzaam zijn voor algemeen belang of belang van een cliënt en voor het vinden van nieuwe wegen zinvol kan zijn.'*

*'Richtlijnen zijn hulpbronnen. daarna zien we verder.'*

Tabel 21 Score op regelvolzaamheid (n=1.151)

	Gemiddelde
45.1) Mensen moeten altijd de regels naleven, zelfs als op dat moment niemand kijkt	6,6
45.2) Je moet de wet altijd strikt naleven, zelfs als dit betekent dat je daardoor goede kansen mist	5,6
45.3) Af en toe is het aanvaardbaar de wet te negeren om te doen wat je wilt (R)	5,5
45.4) Een goede burger leeft altijd de regels en wetten na	5,6
45.5) De wet moet altijd worden nageleefd, ongeacht de omstandigheden	4,3
Schaal van de items (alpha 0,80)	5,5

### 6.2 Zorgprofessionals scoren niet hoog op mate van rebellie (gemiddeld 4,8)

Als één van de laatste variabelen kijken we naar 'psychological reactance', vrij vertaald de mate van rebellie. Brehm & Brehm (1981:37) definiëren psychological reactance als 'the motivational state that is hypothesized to occur when a freedom is eliminated or threatened with elimination'. Rebellie ontstaat dus als mensen zich beperkt voelen in hun keuzevrijheid. Hierdoor kunnen ze gemotiveerd zijn om gedrag te vertonen dat juist tegen de verwachtingen ingaat. Aanbevelingen of regels kunnen er zo voor zorgen dat mensen het tegenovergestelde gaan doen. Een van de stellingen is dan ook 'Als iets verboden is, denk ik vaak 'Dat is precies wat ik ga doen''.

We meten rebellie met de gevalideerde 11-item 'Hong psychological reactance' schaal (Shen & Dillard, 2005). Wat opvalt bij deze stellingen, is dat ze door veel respondenten niet erg worden gewaardeerd. Dit in tegenstelling tot veel andere stellingen. De stellingen lijken te absoluut. Respondent geven onder andere de volgende opmerkingen:

*'Stellingen zijn te stellig.'*

*'Ik vind het stellingen die erg absoluut gesteld zijn en waarmee ik weinig kan.'*

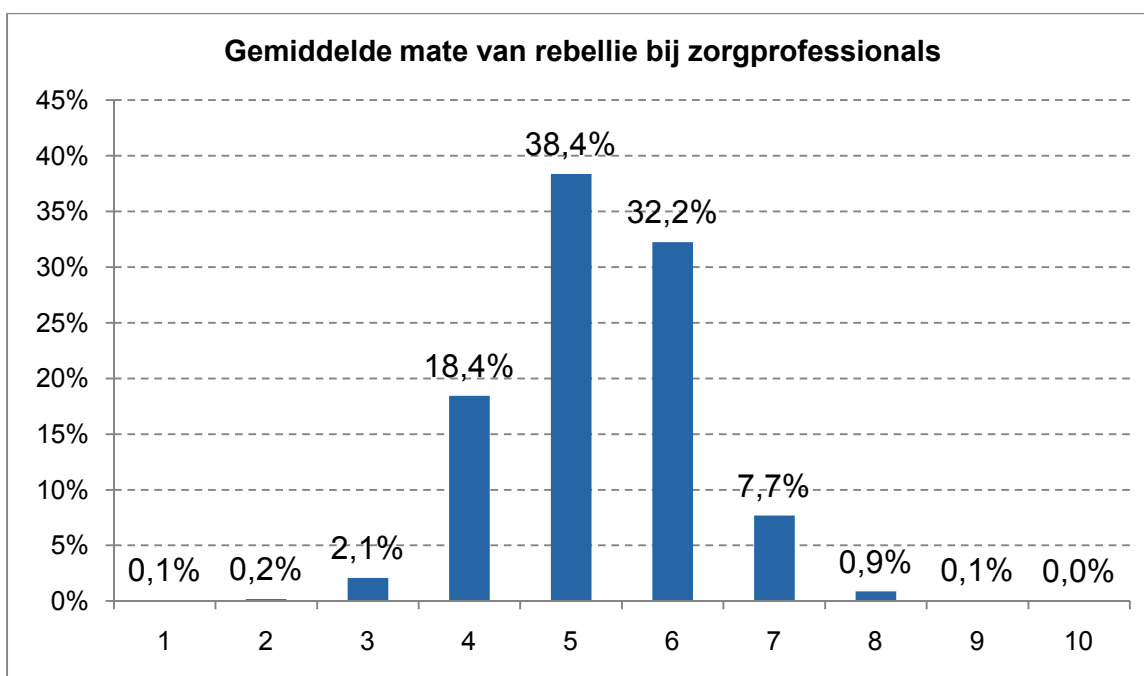
*'De dingen zijn gedifferentieerder dan de antwoordkeuzes. Een goed evenwicht lijkt me doelmatig.'*

We merken op dat - bij het interpreteren van de antwoorden - met deze opmerkingen rekening dient te worden gehouden.

Uit de antwoorden blijkt dat de respondenten gemiddeld een 4,8 scoren. Dat is niet erg hoog. Uit onderstaande grafiek lezen we af dat de scores van de zorgprofessionals redelijk centreren op het midden: bijna 90% scoort een 4, 5 of 6. De meeste zorgprofessionals scores zo gemiddeld op rebellie.

Tabel 22 Score op rebellie (n=1.141)

	Gemiddelde
47.1) Ik raak gefrustreerd als ik geen vrije en onafhankelijke beslissingen kan maken	7,2
47.2) Het ergert me als iemand me dingen uitlegt die voor mij overduidelijk zijn	6,8
47.3) Ik word boos als mijn keuzevrijheid wordt beperkt	6,5
47.4) Regels veroorzaken een gevoel van weerstand bij mij	5,1
47.5) Ik vind het leuk om anderen tegen te spreken	3,9
47.6) Als iets verboden is, denk ik vaak 'Dat is precies wat ik ga doen'	3,0
47.7) Ik ben alleen tevreden als ik handel vanuit mijn vrije wil	4,8
47.8) Ik verzet me tegen pogingen van anderen om mij te beïnvloeden	4,6
47.9) Het maakt me boos als iemand wordt gepresenteerd als een rolmodel voor mij	5,1
47.1) Ik raak gefrustreerd als ik geen vrije en onafhankelijke beslissingen kan maken	6,8
47.10) Wanneer iemand mij dwingt om iets te doen, wil ik juist graag het tegenovergestelde doen.	4,3
47.11) Ik beschouw advies van anderen vaak als een inbraak in mijn persoonlijke vrijheid	3,3
47.12) Adviezen en aanbevelingen zorgen er meestal voor dat ik juist het tegenovergestelde ga doen	3,0
Schaal van de items (alpha 0,78)	4,8



Figuur 12 Scores op mate van rebellie door zorgprofessionals

### 6.3 Extra: Zorgprofessionals scoren erg laag op utilitair individualisme (gemiddeld 3,1)

Als één van de laatste variabelen kijken we naar zogenaamd utilitair individualisme. De meetschaal voor het 'utilitair individualisme' is gebaseerd op het werk van Robert Bellah. Bij het utilitair individualisme vormen 'de persoonlijke preferenties en belangen de leidraad van de verantwoording. Het individuele eigenbelang, met het accent op extern, materieel succes, vormt binnen dit vertoog het centrale criterium'. Mark Elchardus ontwikkelde een meetinstrument voor het utilitair individualisme met een tiental items. In veel verkiezingsonderzoek wordt daarvan een verkorte versie gebruikt (Derks, 2000). Wij gebruiken de verkorte versie, met in totaal drie items.

Zoals te zien in onderstaande tabel scoren zorgprofessionals erg laag op utilitair individualisme. Een mogelijke verklaring is dat het helpen van medemensen inherent is aan het beroep van de zorgprofessional.

Tabel 23 Score op utilitair individualisme (n=1.161)

	Gemiddelde
46.1) De mensheid, onze naasten, solidariteit... wat een onzin allemaal, iedereen moet eerst voor zichzelf zorgen en zijn belangen verdedigen.	3,0
46.2) Het nastreven van je persoonlijk succes is belangrijker dan te zorgen voor een goede verstandhouding met je medemens.	3,1
46.3) Men moet steeds zijn eigen plezier nastreven, en zich niet te veel van anderen aantrekken.	3,0
Schaal van de items (alpha 0,77)	3,1

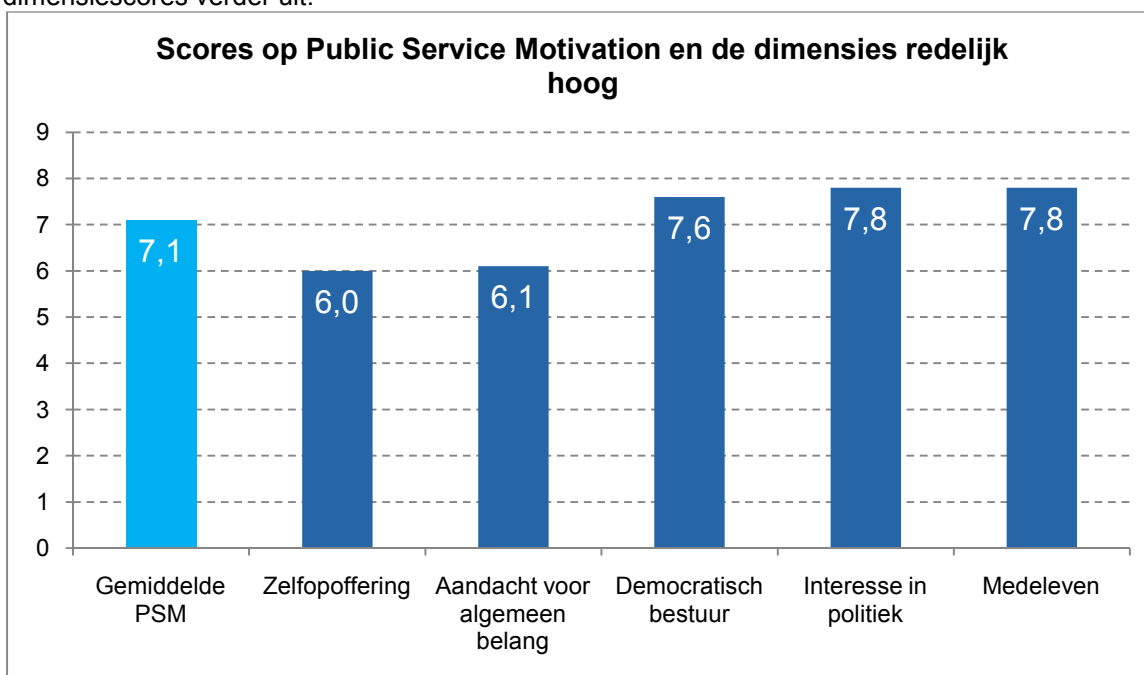
#### 6.4 Extra: Zorgprofessionals scoren redelijk hoog op 'motivatie voor de publieke zaak' (gemiddelde 7,1)

De volgende vijf paragrafen (10.2-10.6) gaan in op het begrip Public service Motivation (PSM), vrij vertaald 'de motivatie voor de publieke zaak' (Steijn, 2006). We zien dit niet als een factor in het verklaren van de bereidheid om met DBC's te werken, maar het kan wel invloed hebben op andere variabelen. Daarom hebben we het in deze studie gemeten.

Brewer and Selden (1998:417) definiëren PSM als 'the motivational force that induces individuals to perform meaningful public service'. Vandenabeele (2008) werkt dit uit in vijf verschillende dimensies van PSM:

- Interesse in de politiek
- Aandacht voor het algemeen belang
- Medeleven
- Zelfopoffering
- Democratisch bestuur

Om deze onderdelen te meten gebruiken we de gevalideerde schalen van VandenAbeele (2008). Onderstaand figuur geeft de gemiddelde scores weer. Zo zien we ten eerste dat de gemiddelde score voor PSM een 7,1 is. De scores voor de dimensies variëren van een 6,0 (voor zelfopoffering) tot een 7,8 (voor interesse in de politiek en medeleven). In de volgende paragrafen werken we dimensiescores verder uit.



Figuur 13 Gemiddelde scores op de vijf dimensies van Public Service Motivation



### Zorgprofessionals hebben grote interesse in politiek (gemiddelde 7,8)

Zoals te zien in onderstaande tabel scoren zorgprofessionals met gemiddeld een 7,8 redelijk hoog op het eerste onderdeel: interesse in de politiek.

Tabel 24 PSM1 - Interesse in politiek (n=1.178)

	Gemiddelde
40.1) Ik heb weinig interesse in het doen en laten van politici (R)	7,5
40.2) 'Politiek' is een vies woord in mijn ogen (R)	8,1
Schaal van de items (alpha 0,63)	7,8

### Zorgprofessionals hebben aandacht voor algemeen belang (gemiddelde 6,1)

De tweede dimensie van PSM is aandacht voor het algemeen belang. De gemiddelde score hierop is een 6,1. Opvallend is dat de zorgprofessionals erg laag scoren op de stelling 'Het algemeen belang dienen vind ik belangrijker dan individuele personen helpen'.

Tabel 25 PSM2 - Aandacht voor het algemeen belang, zoals ervaren door zorgprofessionals (n=1.160)

	Gemiddelde
41.1) Ik vind dat goede burgers in de eerste plaats moeten denken aan de gemeenschap	6,9
41.2) Het algemeen belang dienen is een belangrijke drijfveer in mijn dagelijkse leven (werk of daarbuiten)	6,9
41.3) Ik draag vrijwillig en onbaatzuchtig bij aan de samenleving	6,5
41.4) Het algemeen belang dienen vind ik belangrijker dan individuele personen helpen	4,2
Schaal van de items (alpha 0,67)	6,1

### Zorgprofessionals scoren gemiddeld op zelfopoffering (gemiddelde 6,0)

De derde dimensie van PSM kijkt naar de mate van zelfopoffering van de werknemer. De gemiddelde score is hier een 6,0. Over het algemeen zijn de zorgprofessionals dus niet zeer bereid om de samenleving boven hun individuele belangen te stellen.

Tabel 26 PSM3 – Score op zelfopoffering (n=1.163)

	Gemiddelde
42.1) Veel van wat ik in mijn werk of daarbuiten doe, is niet alleen goed voor mezelf maar ook voor anderen	7,3
42.2) Ik ben bereid om veel op te offeren voor de samenleving	5,3
42.3) Ik vind dat mensen meer aan de samenleving moeten geven dan dat ze er van terugnemen	5,7
42.4) Bijdragen aan een betere samenleving is voor mij belangrijker dan persoonlijke resultaten boeken	5,5
Schaal van de items (alpha 0,64)	6,0

### Zorgprofessionals scoren hoog op medeleven (gemiddelde 7,8)

De vierde dimensie van PSM gaat in op het medeleven van de werknemer. De zorgprofessionals scoren – zoals te verwachten viel – hoog op de items over medeleven, met een gemiddelde van 7,8.

**Tabel 27 PSM4 – Score op medeleven (n=1.170)**

	<b>Gemiddelde</b>
43.1) Ik vind het belangrijk dat ik mensen die in de problemen zitten, kan helpen	8,2
43.2) Ik ben helemaal niet bekommerd om het welzijn van mensen die ik niet persoonlijk ken	8,1
43.3) Als we niet meer solidariteit tonen, is onze maatschappij gedoemd uiteen te vallen	7,1
43.4) Het is een belangrijke taak van de overheid om armoede te bestrijden	7,9
43.5) Ik vind het welzijn van mijn medeburgers heel belangrijk	7,8
Schaal van de items (alpha 0,64)	7,8

### Zorgprofessionals scoren hoog op democratisch bestuur (gemiddelde 7,6)

Tot slot kijken we naar de vijfde dimensie van PSM: democratisch bestuur. VandenAbeele (2008:155) stelt hier dat het gaat om waarden 'which can be considered typical for public services in democratic regimes.' We zien dat de scores dicht bij elkaar liggen, tussen 7,5 en 7,7. Wel merken we op dat de Cronbach alpha met 0,52 erg laag is.

**Tabel 28 PSM5 – Score op democratisch bestuur (n=1.171)**

	<b>Gemiddelde</b>
44.1) Iedereen heeft recht op een goede dienstverlening door de overheid, zelfs al kost dat veel belastinggeld	7,5
44.2) Zelfs in geval van grote rampen moet men ervoor zorgen dat overheidsdiensten blijven draaien	7,7
44.3) Het is van belang dat personeel in overheidsdienst elke uitgave kan verantwoorden	7,6
Schaal van de items (alpha 0,52)	7,6

## 7 Antwoorden op stellingen over veranderingsbereidheid

De laatste items die we bekijken over de DBC's gaan over de veranderbereidheid van zorgprofessionals.

### 7.1 Zorgprofessionals niet erg bereid om DBC-regelgeving in te voeren (gemiddelde 4,3)

Metselaar (1997:34) definieert veranderingsbereidheid als 'a positive intention towards the implementation of modifications in an organizations structure, or work and administrative processes, resulting in efforts from the organization member's side to support or enhance the change process'. In dit onderzoek zien we de DBC-regelgeving als de verandering. Zoals te zien in onderstaande tabel zijn de respondenten niet erg veranderingsbereidheid ten opzichte van de DBC-regelgeving (gemiddelde 4,3).

**Tabel 29 Bereidheid van zorgprofessionals om DBC-regelgeving in te voeren (veranderingsbereidheid) (n=1.036)**

	Gemiddelde
31.1) Ik ben van plan om mijn collega's te overtuigen van de voordelen van de DBC's	3,1
31.2) Ik ben van plan om me in te zetten voor de huidige doelstellingen (zoals transparantie) van de DBC's	4,5
31.3) Ik ben van plan om weerstand tegen de DBC's van mijn medewerkers/collega's te verminderen	3,9
31.4) Ik ben van plan om tijd vrij te maken om de DBC-regelgeving uit te voeren	4,7
31.5) Ik ben van plan om moeite te doen om tot een goede uitvoering van de DBC- regelgeving te komen	5,5
Schaal van de items (alpha 0,86)	4,3

### 7.2 Zorgprofessionals vertonen niet veel commitment voor de DBC-regelgeving (gemiddelde 3,9)

Naast veranderingsbereidheid bekijken we ook in hoeverre de zorgprofessionals committed (betrokken) zijn bij de DBC-regelgeving. Herscovitz en Meyer (2002:475) definiëren (affectieve) commitment als 'a desire to provide support for the change based on a belief in its inherent benefits'. In dit onderzoek zien we de DBC-regelgeving als de verandering. Zoals te zien in onderstaande tabel voelen de respondenten zich niet erg affectief betrokken bij de DBC-regelgeving (gemiddelde 3,9).

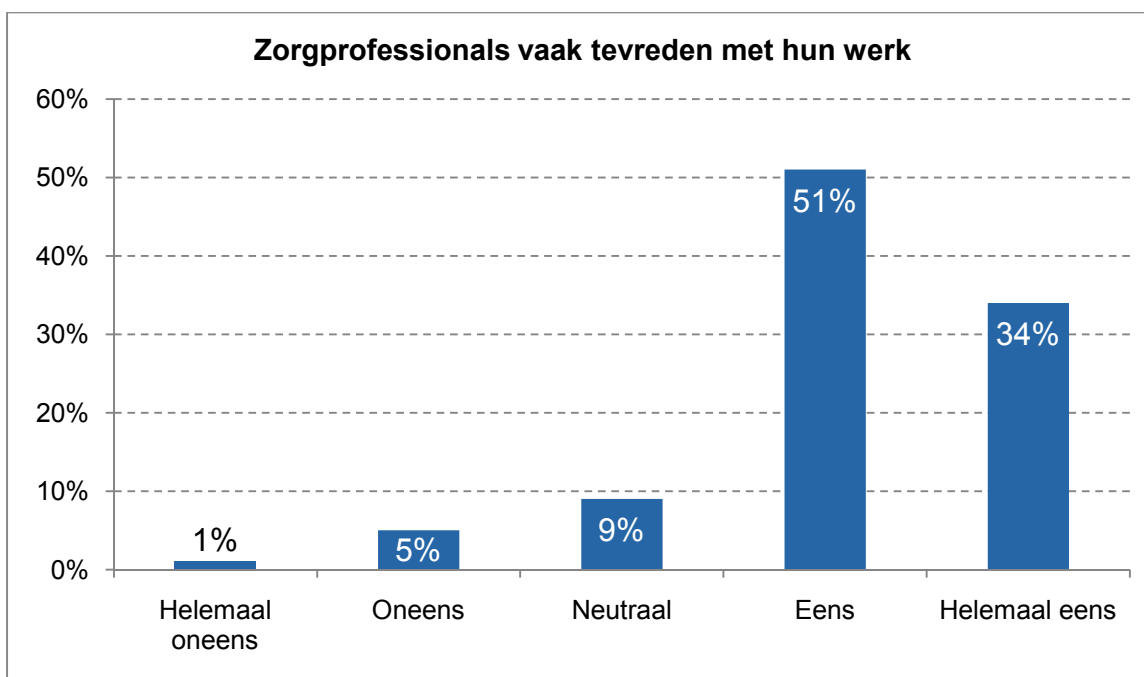
**Tabel 30 Commitment van zorgprofessionals om DBC-regelgeving in te voeren (n=1.036)**

	Gemiddelde
32.1) Ik geloof in de waarde van de DBC-regelgeving	3,4
32.2) De invoering van DBC's is een goede strategie voor de GGZ	3,2
32.3) Volgens mij maakt de GGZ een fout door de DBC's in te voeren (R)	3,7
32.4) De invoering van DBC's dient belangrijke doelen	4,5
32.5) Zaken zouden beter zijn zonder de DBC-regelgeving (R)	4,2
32.6) De DBC-regelgeving is onnodig (R)	4,1
Schaal van de items (alpha 0,90)	3,9

## 8 Antwoorden op stellingen over arbeidstevredenheid en intrinsieke motivatie

### 8.1 Respondenten zijn tevreden met hun werk (gemiddeld 8,0)

Arbeidstevredenheid meten we met één item: 'Alles bij elkaar genomen ben ik tevreden met mijn werk' (Nagy, 2002). Over het algemeen zijn de respondenten tevreden met hun werk. Hun gemiddelde score is een 4,11. In tienpuntsschaal is dit een 8,0.



Figuur 14 Score op stelling: 'Alles bij elkaar ben ik tevreden met mijn werk'

### 8.2 Respondenten scoren hoog op intrinsieke motivatie (gemiddeld 8,0)

Naast arbeidstevredenheid hebben we ook onderzocht in hoeverre respondenten intrinsiek gemotiveerd zijn voor hun werk. Wanneer een zorgprofessional negatieve ervaringen heeft met DBC's, zou dit zijn motivatie voor het werk kunnen beïnvloeden.

We meten intrinsieke motivatie met de gevalideerde schaal van Warr et al. (1979). Zoals te zien in onderstaande tabel scoren de zorgprofessionals hoog op veel stellingen, met een gemiddelde van een 8,0.

Tabel 31 Mate waarin respondenten intrinsiek gemotiveerd zijn (n=1.267)

	Gemiddeld
10.1) Ik krijg een gevoel van persoonlijke tevredenheid als ik mijn werk goed doe	9,2
10.2) Het maakt me trots om mijn werk zo goed mogelijk	8,6
10.3) Als ik mijn werk minder goed doe dan ik kan, voel ik me ongelukkig	6,8
10.4) Ik vind het fijn na een dag werken terug te kijken met het gevoel dat ik mijn werk goed heb gedaan	8,4
10.5) Als ik slecht werk aflever, daalt mijn waardering van mezelf	6,7
10.6) Ik probeer manieren te verzinnen om mijn werk beter uit te voeren	8,1
Schaal van de items (alpha 0,69)	8,0

## 9 Hoe nu verder: Afschaffen of verbeteren?

Op het eind van de vragenlijst hebben we een open opmerkingveld weergegeven. Hier konden de zorgprofessionals aangeven welke ideeën ze hadden om de DBC-regelgeving te verbeteren. 405 zorgprofessionals hebben hier één of meerdere ideeën of opmerkingen geplaatst. We benadrukken dat het hier gaat om de percepties van de zorgprofessionals. Deze hebben wij gestructureerd aan de hand van de drie belangrijke groepen betrokken bij de DBC-regelgeving<sup>3</sup>:

1. Verbeteringen op het gebied van *patiënten* (bijvoorbeeld waarborgen privacy)
2. Verbeteringen op het gebied van *professionals* (bijvoorbeeld minder administratieve lasten)
3. Verbeteringen op het gebied van *zorgverzekeraars* (bijvoorbeeld perverse financiële prikkels aanpakken)

Hiernaast kijken we naar *inhoudelijke verbeteringen* van de DBC-regelgeving (bijvoorbeeld niet/anders werken met DSM-IV) en het *proces* van invoeren (bijvoorbeeld meer communiceren en intensiever betrekken van zorgprofessionals).

Maar voordat we ingaan op mogelijke verbeteringen van de DBC-regelgeving, merken we op dat heel veel zorgprofessionals de DBC-regelgeving willen afschaffen. Van de 405 zorgprofessionals die in dit opmerkingenveld iets heeft aangegeven, stellen 122 (meer dan 30%!) dat volgens heb de GGZ de DBC-regelgeving moet worden afgeschaft. Een aantal citaten:

*‘Afschaffen. Berust op wantrouwen en kost meer geld (in tijd) dan het opbrengt’*

*‘Stoppen en de verantwoordelijkheid weer terugleggen bij de professional die zelf ook voor budgetbewaking zorgt. Met de hulp van administratieve specialisten. Deze laatsten worden door de zorgprofessional aangestuurd. Niet omgekeerd.’*

*‘Afschaffen. Er is een slechtere kostenconformiteit dan bij het oude systeem. Is te complex om ooit goedkoop en transparant te worden. Er zijn goede alternatieven om de kosten per patiënt, de doelmatigheid en de kwaliteit inzichtelijk te maken.’*

*‘De DBC-regelgeving moeten worden afgeschaft.’*

### 9.1 DBC-regelgeving dient beter aangepast te zijn aan complexe patiënten

Nu kunnen we kijken naar mogelijke verbeteringen voor de DBC-regelgeving op het gebied van patiënten.

Ten eerste stellen veel zorgprofessionals dat de DBC-regelgeving niet goed toepasbaar is op de *complexe patiënt*. Het gaat hier bijvoorbeeld om chronische patiënten of patiënten met comorbiditeit. Zoals een respondent stelt ‘Op zich is de DBC systematiek t.a.v. een heldere declaratie van tijd inzichtelijk. Echter, complexe patiënten komen er relatief bekaaid vanaf’.

Ten tweede geven de zorgprofessionals aan dat het soms moeilijk is om de DBC-regelgeving aan te passen aan de *specifieke wensen en behoeftes van de individuele patiënt*. De DBC-regelgeving past hier vaak niet goed op.

*‘Binnen de afdeling Kinder en Jeugd kan alleen de diagnose van het kind gesteld worden. Vaak is echter niet de diagnose van het kind bepalend voor hoe lang en hoe intensief behandeling nodig is. De aanwezigheid van psychopathologie bij ouders kan nauwelijks in het DBC meegenomen worden, terwijl de kwaliteiten van de ouders een zeer grote rol spelen bij de behandeling van kinderen en jongeren.’*

---

<sup>3</sup> We beseffen dat de categorieën in deze indeling niet volledig elkaar uitsluitend zijn. Dit is ook geen vereiste. We gebruiken de indeling alleen om de informatie overzichtelijker te presenteren.

*'Minder beperkingen in behandeltijd. Binnen de psychiatrie is dit zo sterk individueel bepaald voor zowel behandelaar als patiënt. Zorg op maat past dan echt niet binnen de DBC-formule.'*

Ten derde geven zorgprofessionals aan dat de *privacy van de patiënt* nog niet voldoende gewaarborgd is in dit systeem. Zo pleit één van hen voor 'meer privacy voor de patiënt. Niet de complete diagnose ter inzage voor de ziektekostenverzekeraar'. Dit is een bekend punt, waar zorgprofessionals bezorgd over blijven.

Tot slot geeft een aantal zorgprofessionals aan dat ze *de koppeling tussen diagnose en behandeling* niet zinvol vindt. Zo stelt een van hen:

*'DBC's zijn appels met peren vergelijken. De classificatie zegt niet over de noodzakelijke duur en inhoud van de behandeling. De ene aanpassingsstoornis is de andere niet. Het adagium is eenvoudig: kort als het kan, lang als het moet. M.i. is al lang bekend dat de kwaliteit van de therapeutische relatie het meest bepalend is voor het effect van de behandeling.'*

Deze vijf gepercipieerde verbeterpunten hebben we opgenomen in onderstaande tabel:

**Tabel 32 Belangrijkste opmerkingen over verbetering DBC's: Focus patiënt**

Nr.	Onderwerp	Citaten	Aantal keer genoemd (+-)
1	Meer toepasbaar maken voor complexe (comorbiditeit, chronische) patiënten	'In mijn werk zie ik vaak patiënten met 3 of meer diagnoses. De complexiteit ervan wordt niet goed weergegeven door DBC's: er mogen geen parallele DBC's worden geopend'	30
		'DBC-regelgeving is niet ingesteld op specialistische zorg. De bestaande DBC's zijn niet passend of voldoen niet. zodat men 'creatief moet boekhouden' om gepaste zorg toch te kunnen leveren. Financieel is het vaak niet haalbaar om de duurdere specialistische zorg te leveren in DBC-vorm (denk bijv. aan autisme met comorbiditeit).'	
2	Zorg op maat: Specifiek voor cliënt	'Meer mogelijkheden om het systeem aan te passen op de patiënt en niet andersom. Diagnose moet nu binnen 6 weken bekend zijn. Soms is het dan nog niet zeker. De eerste diagnose van de DD wordt dat de diagnose nu.'	19
		'Minder star in voorgeschreven protocollen/ behandelingen. Beter aan te passen op de individuele cliënt'	
3	Betere waarborging privacy voor patiënt	'Lose koppeling DBC's en rapportage aan verzekeraar zoals dat nu mijn geheimhoudingsplicht en privacy van patiënten in mijn ogen schendt'	18
4	Koppeling Diagnose - Behandeling afschaffen.	'De DBC scheren de problemen teveel over één kam: de ene cliënt met een angststoornis is niet de andere en dus zal ook niet elke angststoornis dezelfde aantal sessies behandeling nodig hebben.'	17

## 9.2 Zorgprofessionals willen graag minder administratieve lasten bij uitvoering DBC's

Ook vanuit de kant van zorgprofessionals zelf geven de respondenten verbetermogelijkheden. Zij gaan hier vooral in op de hoge administratieve lasten. Veel zorgprofessionals ervaren dit als zeer onprettig. Ten tweede hebben de zorgprofessionals het gevoel dat hun autonomie soms te wensen over laat. Dit blijkt ook uit de antwoorden over de ervaren autonomie (gemiddelde 4,6 op een schaal van 10, zie uitgebreide samenvatting in hoofdstuk 1). Tot slot geven de respondenten aan dat de DBC-regelgeving de taakverdeling niet meeneemt. Het maakt geen verschil of bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of een psychiater de behandeling uitvoert.

Tabel 33 Belangrijkste opmerkingen over verbetering DBC's: Focus zorgprofessional

Onderwerp	Citaten	Aantal keer genoemd (+-)
Minder administratieve lasten	'Meer secretariële ondersteuning zodat de administratieve last wordt weggenomen van de professional. ICT die ondersteunend is in plaats van een sjabloon dat gevolgd moet worden.'	52
Meer autonomie voor professional	'Meer investering in faciliteren van openen en sluiten van DBC en koppelen van EPD-notities aan DBC-registratie of inzet van een administratief medewerker die zorgdraagt voor bijhouden van DBC-administratie voor de afdeling (verdient zichzelf bij ons 3dubbel terug) 'Mijn eerste gedachte is: laten we ermee stoppen. nu kunnen we nog terug. Als we er toch mee doorgaan zou er een soort DBC-light systeem moeten komen met veel ruimte voor de autonomie van de professional.'	12
Duidelijk maken welke professional het werk uitvoert	'Meer differentiatie in prijs afhankelijk van wie de minuten maakt.'  'Ook de taakverdeling vraagt aandacht. wie kan verantwoordelijk zijn voor welk deel en hoe kan dit de zorgkosten drukken?'	8

### 9.3 Zorgverzekeraar en financiering: Let op perverse prikkels van DBC-regelgeving

De zorgverzekeraar is een belangrijke speler bij de uitvoering van de DBC-regelgeving. Over de zorgverzekeraar – en over de financiering van de DBC-regelgeving – geven de zorgprofessionals vier mogelijke verbeterpunten.

Ten eerste geven veel zorgprofessionals aan dat er *financieel perverse prikkels* in de DBC-regelgeving zitten. Hier ontstaat soms een conflict tussen aan de ene kant de financiële vergoeding, en aan de andere kant de behoeften van de patiënten. Dit is natuurlijk zeer onwenselijk. Zo stelt een zorgprofessional:

*'De DBC regelgeving geeft juist veel mogelijkheden tot fraude. Ik hoor bijvoorbeeld dat mensen bij het afsluiten van DBC's eerder letten op een gunstige uitbetaling bij afsluiten i.p.v. op het juiste moment voor de cliënt om te stoppen. Of dat classificaties eerder gekozen worden omdat ze beter uitbetalen. M.i. is het hele systeem daardoor onbetrouwbaar en geen juiste weergave van wat er werkelijk aan de hand is en wat er werkelijk wordt gedaan.'*

Ten tweede geven de respondenten aan dat zij de *macht van de zorgverzekeraars* zouden willen verminderen. In het huidige systeem is de zorgverzekeraar prominenter aanwezig, en dit wordt niet altijd als wenselijk ervaren.

Ten derde geven een aantal zorgprofessionals suggesties om de *controle* op de DBC-regelgeving te verbeteren. Zo stellen sommigen steekproefsgewijze intercollegiale toetsing voor. Anderen geven aan dat er naast tevredenheidsonderzoeken ook effectmetingen kunnen plaatsvinden. Wanneer deze uniform worden uitgevoerd kan dit uiteindelijk de kwaliteit van zorg verbeteren.

Tot slot stellen de zorgprofessionals de *(achteraf) financiering van de DBC's* aan de kaak. Als DBC's pas achteraf worden betaald, krijgen sommige professionals financieringsproblemen. Ook ontstaat er een financieel voordeel bij kortdurende behandelingen. Over de financiering van DBC's stelt een zorgprofessional stelt:

*'Dat instellingen (tegen rente) geld moeten lenen om voor te financieren vind ik bezopen. Daar worden alleen de banken beter van terwijl de zorgverzekeraar op zijn geld zit. De voorfinanciering (zoals tot nu bij NZA) moet blijven. Dat is echt onnodige marktwerking. Achteraf kan prima verrekend worden.'*

Tabel 34 Belangrijkste opmerkingen over verbetering DBC's: Focus zorgverzekeraar

Onderwerp	Citaten	Aantal keer genoemd (+-)
Financieel perverse prikkels van het systeem aanpakken (zie ook kleinere tijdsintervallen)	'Dat de inkomsten van de instelling voor een groot deel afhankelijk zijn van vergoedingen via DBC. dus van het aangegeven aantal verrichtingen werkt een perverse werking (overregistratie) in de hand.'	33
	'De verhouding tussen direct en indirect contact veranderen. Cliënten hebben uiteindelijk alleen baat bij het directe contact. Het te hoog waarderen van indirect contact geeft een perverse prikkel om administratief veel te doen en om achter de rug van cliënt om te praten in plaats van met de cliënt'.	
Vermindering macht verzekeraars	'Het gekoppeld zijn van diagnose aan betaling kan een perverse prikkel zijn!! en dus misbruikt worden.' 'Minder macht voor zorgverzekeraars. zodat de keuze voor een bepaalde behandeling alleen ligt bij patiënt en behandelaar.'	14
Controle verbeteren	'De zorgverzekeraar eist steeds meer niet alleen tevredenheidonderzoek maar ook steeds meer effectmetingen. Dat is op zich prima maar moet wel overal eenduidig gebeuren. Er zijn teveel verschillende systemen in omloop. Maakt alles onnodig complex.'	9
Meer voorfinanciering: niet afrekenen bij afsluiten DBC	'Geen betaling/vergoeding achteraf. maar juist vooraf. Is namelijk in een particuliere praktijk niet werkbaar'	9

#### 9.4 Verbeteringen voor inhoud: Simplificeren DBC-structuur

Tot slot geven we drie mogelijke inhoudelijke verbeteringen weer voor de DBC-regelgeving. Inhoudelijke experts over de DBC-regelgeving kunnen deze het beste beoordelen op hun waarde.

De belangrijkste opmerking gaat over het *simplificeren* van de DBC-regelgeving. Volgens velen is het systeem te complex, waardoor het vervalt in een soort technocratie. Zij verlangen een eenvoudiger systeem, met bijvoorbeeld minder groepen stoornissen:

*'Vereenvoudiging is belangrijk. Dit is te complex. Technocratisch'*

*'Breng het aantal DBC-activiteiten drastisch terug en schrap onnodige detaillering.'*

*'Baseer de DBC's op echte diagnoses in plaats van classificaties. De DSM V zal daarbij kunnen helpen. Maak ook grotere categorieën.'*

Ten tweede geven de zorgprofessionals aan dat zij graag minder grote tijdsintervallen willen. De grote tijdsintervallen kunnen fraude in de hand werken:

*'De DBC wordt bepaald door de bestede tijd in een behandeling. Er zouden meer tussenstappen in de tijd mogelijk moeten zijn zodat het overschrijden of net niet overschrijden van een tijdsgrens een kleiner financieel gevolg heeft.'*

Tot slot hebben een aantal zorgprofessionals problemen met het feit dat de DBC-regelgeving grotendeels gebaseerd is op de DSM IV. Een zorgprofessional geeft een handreiking om dit gepercipieerde probleem op te lossen:

*'Naast de DSM classificatie kan wellicht een inschatting worden geleverd van de vereiste intensiteit dan wel zwaarte van zorg. Kort en intensief kan dan beter onderscheiden worden van langdurig en laagfrequent. We moeten zorg op maat kunnen blijven leveren. Natuurlijk willen wij als professionals dat de GGZ betaalbaar en daarmee bereikbaar blijft voor iedereen. Dat vraagt om transparantie, doelmatigheid en toezicht via heldere regels.'*



Tabel 35 Belangrijkste opmerkingen over verbetering DBC's: Inhoud

Onderwerp	Citaten	Aantal keer genoemd (+/-)
Simplificeren: Minder DBC's (minder grote tariefklassen)	'Reduceren van het aantal DBC', als het überhaupt wel moet blijven bestaan. Het is een ernstige versimpeling van de complexe GGz.'	42
	'In de kinder- en jeugdpsychiatrie zijn er nog erg veel items op de lijst, waarvan ik meen dat ze onduidelijk zijn en door een ieder anders worden gescoord/ingevuld. Het invullen daarvan -laat staan het discussiëren erover in een teamvergadering - ervaar ik dan ook als volkomen zinloos (b.v. As III IV en V).'	
Kleinere tijdsintervallen	'Aantal verschillende activiteiten minderen. alleen differentiëren waar het uitmaakt (dus meer psychotherapie of behandeling ipv alle verschillende soorten psychotherapie. etc)' 'Belangrijk dat het aantal minuten waarop mensen gezien worden beter ingedeeld worden. Het is nogal een verschil om iemand 13 keer of 30 keer te zien voor hetzelfde bedrag.'	22
	'Ook hoor ik van collegae die zich bezwaard voelen dat ze het hele DBC-bedrag ontvangen terwijl ze veel minder sessies nodig hebben gehad. Dit vind ik erg oneigenlijk / onethisch, het verpest de markt voor de zorg'	
Geen (of anders) gebruikmaken van DSM IV	'De DBC wordt bepaald door de bestede tijd in een behandeling. Er zouden meer tussentappen in de tijd mogelijk moet zijn zodat het overschrijden of net niet overschrijden van een tijdsgrens een kleinere financieel gevolg heeft.' 'Het probleem begint eerder al, namelijk bij gebrekkige DSM-classificatie. Die is niet altijd zo eenduidig te stellen, zeker niet na één intakegesprek. Daarna blijft het schipperen om te zoeken naar de vlag die de lading dekt en de bijbehorende behandeling.'	14
	'DSM-IV is te dominant geworden. DBC categorieën zouden minder strak moeten zijn.'	

## 9.5 Proces van invoering: Vooral letten op communicatie naar patiënten en professionals

Naast de inhoud van de DBC-regelgeving geven zorgprofessionals tot slot drie belangrijke verbeteringen op procesniveau, over communicatie, participatie en educatie.

Ten eerste de *communicatie* over de DBC-regelgeving. 22 Zorgprofessionals geven aan dat deze beter kan. Waarom voert de GGZ de DBC-regelgeving in? Wat zijn de resultaten tot nu toe? Dit zijn vragen die leven bij zorgprofessionals, en waar ze graag antwoord op willen. Verbetering van de communicatie kan ervoor zorgen dat er meer draagvlak voor de DBC-regelgeving ontstaat.

Ten tweede is meer intensieve *participatie* van zorgprofessionals belangrijk. Gepercipieerde invloed is een mogelijk effect hiervan. We hebben invloed gemeten op drie niveaus: op landelijk niveau, op instellingsniveau en op operationeel niveau (mate van autonomie). De zorgprofessionals scoren op een schaal van 1 t/m 10 een 4,3 (invloed op landelijk niveau), een 4,5 (invloed op instellingsniveau) en een 4,6 (invloed op operationeel niveau). Deze scores zijn laag, zeker voor een belangrijke innovatie als de DBC-regelgeving. Meer participatie kan – naast meer ervaren invloed – zorgen voor meer eigenaarschap en een betere regelgeving, omdat de kennis van de zorgprofessionals wordt gebruikt.

Tot slot kan de *educatie* volgens sommige professionals beter. Dit kan de vaardigheid om met DBC's te werken verhogen. Wanneer zorgprofessionals beter met de DBC-regelgeving kunnen werken, kan dit ook de bereidheid verhogen.

Deze drie verbeterpunten voor het proces zijn weergegeven in onderstaande tabel.

**Tabel 36 Belangrijkste opmerkingen over verbetering DBC's: Proces**

Onderwerp	Citaten	Aantal keer genoemd (+/-)
Verbeterde communicatie DBC-regelgeving voor patiënten en professionals	'Inhoudelijke informatieverstrekking om tot meer draagkracht te komen.'  'Meer terugkoppeling van informatie naar de werkvloer over het directe nut van de DBC's, anders dan vanuit financiële overwegingen.'	22
Meer participatie van zorgprofessionals, beroepsverenigingen en cliënten	'Het moet veel beter. Veel meer afgestemd op de praktijk en met echte inspraak uit het veld.'  'In ieder geval moet de macht voor zorg voor de hulpbehoevende heel gauw alsnog weer bij de overheid komen te liggen. En laat de overheid en zorgverzekeraars ons hoogopgeleide professionals meer en veel positiever betrokken worden bij de verantwoordelijkheid om de GGZ betaalbaar te houden. In plaats van een DBC dwingend op te leggen. En het juist moeilijker maken om de hulp te kunnen geven die nodig is. Transparantie en kostenbeheersing: ja.'	11
Meer educatie	'Iedereen, dus ook de medewerkers in de GGZ, de cursus van DBC-onderhoud op internet laten doen.'	2

Met de mogelijke verbeteringen voor het proces sluiten we dit hoofdstuk af. Hier zijn we ingegaan op verbeteringen voor de DBC-regelgeving, zoals ervaren door zorgprofessionals. Deze verbeteringen hebben we verdeeld in vijf onderdelen: patiënten, zorgprofessionals, zorgverzekeraars, inhoud DBC-regelgeving en tot het proces van de DBC-regelgeving.

## Literatuur

- Bouckenooghe, D., Devos, G., & Van den Broeck, H. (2009). Organizational change Questionnaire—Climate of change, processes, and readiness: Development of a new instrument. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 143(6), 559-599.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Brewer, G. A., & Selden, S. C. (1998). Whistle blowers in the federal civil service: New evidence of the public service ethic. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(3), 413-440.
- Derks, A. (2000). 'Ieder voor zich' individualisme tussen burgerlijke ideologie en maatschappelijke ressentiment. *Negende Sociaal-Wetenschappelijke Studiedagen (2 En 3 Mei)*, Amsterdam.
- Herold, D. M., Fedor, D. B., & Caldwell, S. D. (2007). Beyond change management: A multilevel investigation of contextual and personal influences on employees' commitment to change. *Journal of Applied Psychology*, 92(4), 942-951.
- Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87(3), 474-487.
- Metselaar, E. E. (1997). Assessing the willingness to change: Construction and validation of the DINAMO. (Doctoral dissertation, Free University of Amsterdam).
- Nagy, M. S. (2002). Using a single-item approach to measure facet job satisfaction. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 75(1), 77-86.
- Shen, L., & Dillard, J. P. (2005). Psychometric properties of the hong psychological reactance scale. *Journal of Personality Assessment*, 85(1), 74-81.
- Steijn, A. J. (2006). *Carrièrejager of dienaar van de publieke zaak. over ambtenaren en hun motivatie (oratie)*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Tummers, L. G. (2010). Explaining willingness of public professionals to implement new policies: A policy alienation framework. *IRSPM Conference (7 - 9 April)*, University of Berne.
- Tummers, L. G., Bekkers, V. J. J. M., & Steijn, A. J. (2009). Beleidsvervreemding van publieke professionals: Theoretisch raamwerk en een casus over verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen. *B En M : Tijdschrift Voor Politiek, Beleid En Maatschappij*, 36(2), 104-116.
- Vandenabeele, W. (2008). Development of a public service motivation measurement scale: Corroborating and extending perry's measurement instrument. *International Public Management Journal*, 11(1), 143-167.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148.

# Lijst van tabellen en figuren

## Figuren

FIGUUR 1 GEMIDDELDE ERVAREN INVLOED VAN ZORGPROFESSIONALS BIJ DBC-REGELGEVING .....	10
FIGUUR 2 DOELEN DBC ZEER GEWAARDEERD, MAAR ZORGPROFESSIONALS DENKEN NIET DAT DBC'S DOELEN BEREIKEN. ....	11
FIGUUR 3 GEMIDDELDE ERVAREN ZINVOLHEID OP INSTELLINGSNIVEAU, CLIËNTNIVEAU EN INDIVIDUEEL NIVEAU .....	12
FIGUUR 4 GEMIDDELDE SCORES OMGEVING DBC'S: TURBULENTIE, HOUDING OMGEVING EN MATE VAN POLITIEKE SPELLETJES .....	13
FIGUUR 5 GEMIDDELDE SCORES OP REGELVOLGZAAMHEID EN REBELLIE.....	14
FIGUUR 6 GEMIDDELDE SCORES OP BEREIDHEID OM MET DBC'S TE WERKEN EN COMMITMENT NAAR DBC-REGELGEVING .....	15
FIGUUR 7 GEMIDDELDE SCORES OP ARBEIDSTEVREDENHEID EN INTRINSIEKE MOTIVATIE .....	15
FIGUUR 8 ERVAREN INVLOED OP STRATEGISCH NIVEAU VAN ZORGPROFESSIONALS OVER DBC-REGELGEVING .....	19
FIGUUR 9 ERVAREN AUTONOMIE BIJ UITVOERING DBC-REGELGEVING .....	21
FIGUUR 10 HOUDING VAN OMGEVING VAN ZORGPROFESSIONALS OVER DE DBC-REGELGEVING, ZOALS ERVAREN DOOR ZORGPROFESSIONALS ZELF .....	27
FIGUUR 11 GEDRAG VAN COLLEGA'S MET BETREKKING TOT DBC-REGELGEVING (VERANDERGEDRAG) ....	29
FIGUUR 12 SCORES OP MATE VAN REBELLIE DOOR ZORGPROFESSIONALS .....	31
FIGUUR 13 GEMIDDELDE SCORES OP DE VIJF DIMENSIES VAN PUBLIC SERVICE MOTIVATION.....	32
FIGUUR 14 SCORE OP STELLING: 'ALLES BIJ ELKAAR BEN IK TEVREDEN MET MIJN WERK' .....	36

## Tabellen

TABEL 1 VEREENVOUDIGD ONDERZOEKSMODEL: WAAROM ZIJN ZORGPROFESSIONALS BEREID OM TE WERKEN MET DBC'S (OORZAKEN), EN WAT ZIJN DE EFFECTEN VAN DEZE BEREIDHEID OM TE WERKEN MET DBC'S? .....	9
TABEL 2 OPLEIDINGSNIVEAU RESPONDENTEN .....	16
TABEL 3 MANIER WAAROP RESPONDENTEN HUN WERK UITVOEREN: BIJ INSTELLING OF VRIJGEVESTIGD? ..	17
TABEL 4 LEIDINGGEVEN AAN ANDERE ZORGPROFESSIONALS.....	17
TABEL 5 LEIDINGGEVEN AAN ANDERE ZORGPROFESSIONALS.....	17
TABEL 6 INVLOED VAN RESPONDENTEN OP STRATEGISCH NIVEAU DBC-REGELGEVING (N= 1.072) .....	19
TABEL 7 INVLOED VAN RESPONDENTEN OP INSTELLINGSNIVEAU DBC-REGELGEVING (N=980) .....	20
TABEL 8 MATE VAN AUTONOMIE TIJDENS UITVOERING DBC-REGELGEVING (N=1.078).....	20
TABEL 9 DOELEN DBC-REGELGEVING .....	22
TABEL 10 MATE WAARIN RESPONDENTEN HET EENS ZIJN MET DOELEN DBC-REGELGEVING (N=1.102) ....	22
TABEL 11 MATE WAARIN RESPONDENTEN DENKEN DAT DBC-REGELGEVING LEIDT TO MEER TRANSPARANTIE IN ZORGKOSTEN EN ZORGKwaliteit (N=1.104) .....	23
TABEL 12 MATE WAARIN RESPONDENTEN DENKEN DAT DE DBC-REGELGEVING LEIDT TO MEER DOELMATIGHEID (N=1.093).....	23
TABEL 13 MATE WAARIN RESPONDENTEN DENKEN DAT DE DBC-REGELGEVING LEIDT TO MEER KEUZEVRIJHEID VOOR PATIËNTEN (N=994) .....	23
TABEL 14 ERVARINGEN VAN RESPONDENTEN MET UITWERKING DBC-REGELGEVING IN HUN INSTELLING (N=994) .....	24
TABEL 15 ERVARINGEN VAN RESPONDENTEN OVER TOEGEVOEGDE WAARDE DBC-REGELGEVING VOOR HUN PATIËNTEN (N=1.060) .....	24
TABEL 16 ERVARINGEN VAN RESPONDENTEN OVER TOEGEVOEGDE WAARDE DBC-REGELGEVING VOOR HENZELF (N=947).....	24
TABEL 17 ERVAREN TURBULENTIE TIJDENS INVOERING DBC'S (N=953) .....	26
TABEL 18 SUBJECTIEVE NORM (OMGEVING) VAN ZORGPROFESSIONALS OVER DBC-REGELGEVING .....	27
TABEL 19 MATE VAN POLITIEKE SPELLETJES BINNEN ORGANISATIE, ZOALS ERVAREN DOOR ZORGPROFESSIONALS (N=1.013).....	28

TABEL 20 GEDRAG VAN COLLEGA'S MET BETREKKING TOT DBC-REGELGEVING (VERANDERINGSGEDRAG) (N=984).....	28
TABEL 21 SCORE OP REGELVOLGZAAMHEID (N=1.151).....	30
TABEL 22 SCORE OP REBELLIE (N=1.141).....	31
TABEL 23 SCORE OP UTILITAIR INDIVIDUALISME (N=1.161) .....	32
TABEL 24 PSM1 - INTERESSE IN POLITIEK (N=1.178).....	33
TABEL 25 PSM2 - AANDACHT VOOR HET ALGEMEEN BELANG, ZOALS ERVAREN DOOR ZORGPROFESSIONALS (N=1.160).....	33
TABEL 26 PSM3 – SCORE OP ZELFOPOFFERING (N=1.163) .....	33
TABEL 27 PSM4 – SCORE OP MEDELEVEN (N=1.170) .....	34
TABEL 28 PSM5 – SCORE OP DEMOCRATISCH BESTUUR (N=1.171) .....	34
TABEL 29 BEREIDHEID VAN ZORGPROFESSIONALS OM DBC-REGELGEVING IN TE VOEREN (VERANDERINGSBEREIDHEID) (N=1.036).....	35
TABEL 30 COMMITMENT VAN ZORGPROFESSIONALS OM DBC-REGELGEVING IN TE VOEREN (N=1.036) ....	35
TABEL 32 MATE WAARIN RESPONDENTEN INTRINSIEK GEMOTIVEERD ZIJN (N=1.267).....	36
TABEL 33 BELANGRIJKSTE OPMERKINGEN OVER VERBETERING DBC'S: FOCUS PATIËNT .....	38
TABEL 34 BELANGRIJKSTE OPMERKINGEN OVER VERBETERING DBC'S: FOCUS ZORGPROFESSIONAL .....	39
TABEL 35 BELANGRIJKSTE OPMERKINGEN OVER VERBETERING DBC'S: FOCUS ZORGVERZEKERAAR.....	40
TABEL 36 BELANGRIJKSTE OPMERKINGEN OVER VERBETERING DBC'S: INHOUD .....	41
TABEL 37 BELANGRIJKSTE OPMERKINGEN OVER VERBETERING DBC'S: PROCES .....	42

## Over de auteur

Lars Tummers is promovendus en docent bij het departement bestuurskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hier geeft hij het vak 'Publieke Organisaties en Verandering', dat zich richt op verandermanagement in de publieke sector. In zijn onderzoek kijkt hij naar de ervaringen van publieke professionals - zoals verzekeringsartsen, docenten, psychologen en psychiaters – met grootschalige veranderingen. Hij heeft in verschillende tijdschriften en kranten gepubliceerd, zoals Public Management Review, Beleid en Maatschappij, Fusie & Overname en Trouw.

Hij is vooral geïnteresseerd in de ervaringen van publieke professionals met nieuw beleid. In zijn proefschrift beschrijft hij dit met het innovatieve concept 'beleidsvervreemding'. Op dit moment is hij bezig met de ontwikkeling van een valide en betrouwbaar meetinstrument voor beleidsvervreemding. Dit is een vragenlijst die beleidsmakers of onderzoekers kunnen afnemen om te kijken in hoeverre professionals vervreemd zijn van het beleid. Dit meetinstrument kan helpen bij het ontwikkelen en evalueren van nieuw beleid.

Naast zijn wetenschappelijke werk is Lars werkzaam als adviseur verandermanagement bij PricewaterhouseCoopers Advisory. Hier adviseert hij publieke organisaties – vooral in de gezondheidszorg – over manieren om veranderingen succesvol in te voeren.

Dit onderzoek is uitgevoerd vanuit de Erasmus Universiteit Rotterdam.

Lars Tummers  
M7-07  
Erasmus Universiteit Rotterdam  
P.O. Box 1738  
3000 DR Rotterdam  
[Tummers@fsw.eur.nl](mailto:Tummers@fsw.eur.nl)  
<http://www.eur.nl/fsw/staff/homepages/tummers/>

## Disclaimer

Op de inhoud van dit rapport van EUR rusten auteursrechten. Deze behoren toe aan de EUR. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar worden gemaakt, in enigerlei vorm of wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opname of enige andere manier dan na voorafgaande schriftelijke toestemming van de EUR en de auteur.

De schalen van beleidsvervreemding (alle schalen in ho. 3 en 4) mogen voor wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt, als hierbij verwezen wordt naar de auteur die de schalen heeft ontworpen. Wanneer u de schalen commercieel wilt gebruiken, dient u hiervoor toestemming te vragen.