

# OK oké

Wetenschappelijk onderzoek naar het delen van kennis tussen de operatieafdelingen onder invloed van toenemende concurrentie in de gezondheidszorg

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Master Zorgmanagement  
Oktober 2006

Begeleider: Dr. J.D.H. van Wijngaarden  
Meelezer: Dr. G.R.M. Scholten

Marina Wintermans  
Studentnummer: 284986





## Dankwoord

Verskillende mensen hebben mij bij dit onderzoek en de opleiding bijgestaan met adviezen, hulp en ondersteuning. Een woord van dank is hiervoor op zijn plaats.

Allereerst bedank ik natuurlijk mijn man Ad, voor al zijn steun, geduld en onvoorwaardelijk vertrouwen in de goede afloop. Mijn kinderen *Sigrid* en *Geert*, *Lars* en *Astrid*, *Emil* en *Renske*, *Ingeborg* en *Pim*. Zij zijn de afgelopen jaren in een snel tempo zelfstandig geworden. Deze studie zou ik niet hebben kunnen afronden zonder de steun van mijn vader en moeder, mijn zus Annet en mijn zwager Edwin. Nooit was het hen te veel om onze kinderen bij de vele activiteiten bij te staan, om naar sport of naar school te rijden. Bij mijn Vader en Moeder, Annet en Edwin konden zij altijd terecht als ik er weer eens even niet was voor hen. Zij maakten het verschil de laatste jaren....

Daarnaast wil ik de informanten die tijd hebben vrij gemaakt voor mijn onderzoek en voor hun openhartige interviews bedanken. Hun bijdrage is essentieel geweest.

Tevens gaat mijn dank uit naar de docenten en medecursisten van de opleiding, die mij interessante inzichten, boeken en artikelen hebben aangereikt en hierover hebben willen discussiëren. Deze discussies hielden niet na de lessen op. Menige discussies gingen 's avonds laat achter de computer nog door. In het bijzonder wil ik Jeroen van Wijngaarden, mijn scriptiebegeleider, bedanken. Zijn geduld en waardevolle feedback heeft het rendement van mijn opleiding aanzienlijk verhoogd. Tevens gaat mijn dank uit naar mee-lezer Gerard Scholten.

## **Samenvatting**

Sneller Beter is een landelijk ondersteuningsprogramma dat gericht is op het verbeteren van de transparantie, doelmatigheid en kwaliteit van de curatieve zorg. Het 'OK oké' project is één van de projecten dat deel uit maakt van dit programma. In zowel 2004 als in 2005 zijn acht OK oké projecten in de ziekenhuizen gestart. Deze projecten worden ondersteund door het Sneller Beter programma, dat methoden aanreikt om het traject te doorlopen. Centraal hierbij staat het delen van kennis tussen de operatieafdelingen. Het streven is om de succesvolle interventies en resultaten van het 'OK oké' project te delen en te verspreiden in andere ziekenhuizen. Het zogenaamde "vliegwiel effect".

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wil "gereguleerde" marktwerking. Marktwerking en concurrentie hebben als doel de patiënten aan de organisatie te verbinden. Het gevolg hiervan is dat er andere eisen gesteld worden aan de ziekenhuizen. Het streven is om volgens bedrijfseconomische uitgangspunten te werken om winst te genereren. Het verspreiden van kennis kan een probleem zijn onder invloed van de marktwerking en concurrentie. In dit onderzoek staat de vraag centraal of de marktwerking daadwerkelijk gevolgen heeft voor het uitwisselen van kennis binnen het 'OK oké'project.

Om dit te onderzoeken worden zowel theoretische concepten als praktische inzichten gehanteerd. Het vormen van een praktisch beeld ten aanzien van kennis delen en marktwerking tussen de operatieafdelingen is verkregen door middel van kwalitatief onderzoek. Er zijn een aantal interviews afgenomen met diverse personen, voornamelijk de organisatorisch managers van de operatieafdelingen in het 'OK oké' project eerste en tweede tranche. Het theoretisch kader, wat ontwikkeld is aan de hand van een literatuurstudie, zal gebruikt worden om de praktische bevindingen te analyseren.

Uit het onderzoek kunnen een aantal conclusies worden getrokken. Bij alle organisatorisch managers wordt veel samengewerkt op de afdelingen. De aard van het werk brengt dit met zich mee. Op deze manier wordt er veel kennis gedeeld en gecreëerd. De kennis ontstaat door de interactie met elkaar en wordt "mobiel" doordat er diverse netwerken zijn ten behoeve van de medewerkers.

Er zijn twee groepen met organisatorisch managers. De eerste groep managers reageert pro- actief op de marktwerking. Zij zien het als een kans, om de

operatieafdeling en zichzelf te profileren als een goede speler binnen de zorg markt. Door middel van een benchmark kunnen zij hun positie in de markt bepalen. Hiervoor is veel informatie nodig waarop gestuurd kan worden en er is dus bij deze afdelingen veel Informatie Computer Technologie (ICT) aanwezig. Binnen de pro-actieve afdelingen zijn de medewerkers innovatiever en creatiever. Er lijkt meer een ondernemende cultuur aanwezig te zijn. De tweede groep managers vindt eigenlijk dat marktwerking niet kan in de gezondheidszorg. Zij gaan er reactief mee om, door slechts te reageren op de marktwerking als het niet anders kan. Er is weinig ICT op de afdeling en hierdoor is er minder informatie waarop bedrijfseconomisch gestuurd kan worden. De afdelingen nemen niet deel aan een benchmark. Er lijkt meer een bureaucratische cultuur aanwezig te zijn. Het lijkt belemmerend te werken voor de kennisdeling op en tussen de operatieafdelingen (OK). Vooralsnog is iedereen bereid tot het delen van kennis.

## Summary

'Better Fast' is a nationwide support program in the Netherlands, which is aimed on improving transparency, efficiency and quality of curative care. One of the participating projects of this program is 'OK oké'. Both in 2004 and 2005, eight 'OK oké' projects have started at different hospitals. The program 'Better Fast' which serves methods to fit along the process to follow supported these projects. Main issue is sharing of knowledge between the operating theatres. The attainment is to pursue as much as possible stimulation of inventorying good examples and results of the project 'OK oké' and sharing these in other hospitals. The so-called "fly-wheel effect".

The Minister of Health, Welfare and Sports stimulates regulated competition. Goal is to bond patients to the organisation by means of competition. As a consequence new and other demands are put to the hospitals. It's aimed to generate profit by working according to economic standpoints. It can be a problem to spread knowledge under the influence of competition. This survey is started to answer the question whether competition has a negative effect on sharing of knowledge in the project 'OK oké'.

In order to investigate this question, theoretical concepts and practical insights will be examined. A literature study was undertaken to analyze the core concepts. The investigation is based on a qualitative survey, where by means of interviews an overview is generated of knowledge sharing and competition amongst operating theatres. A number of interviews are executed with mainly organisational managers of operating theatres. These departments all participate in the project OK oké, first and second wave. The theoretical context is developed from literature study and will be used to analyse the practical findings.

From the survey a number of conclusions can be derived. At all organisational managers departments, the level of cooperation within the department is high. This is a consequence of the nature of the work. Much knowledge is shared and created. Creation of knowledge derives from interaction and becomes mobile as a result of networking of the associates. Organisational managers can be divided into two groups. The first group reacts pro-active on competition. It is seen as an opportunity to profile the department as a good player in the market of care. With benchmarking the position of the department can be measured. To enable this, much information is

needed and therefore one can see that these departments have a high level of information computer technology (ICT) present. Within the pro-active departments, the employee is more innovative and creative. It seems as if the department has a culture of more employment. The second group of managers does not agree with the fact that competition is allowed in the market of care. They act by only reacting on issues when it is not possible to ignore it. Less ICT is present at the departments, which leads to a lack of information needed to control the department in an economic way. The departments did not participate to benchmarking. A more bureaucratic culture is present. This inhibits sharing of knowledge in and between operating theatres. Everybody is willing to share knowledge. The Minister of Health, Welfare and Sport will Learning is the central at the treatment of modifying and as a result, improving the care processes.

<b>1 INLEIDING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Onderzoeksaanleiding .....	1
1.2 Vraagstelling .....	2
1.2.1 Doelstelling .....	2
1.2.2 Hoofdvraag .....	2
1.2.3 Deelvragen.....	3
1.3 Leeswijzer .....	4
<b>2 'SNELLER BETER' EN HET OK OKÉ PROJECT.....</b>	<b>5</b>
2.1 'Sneller Beter' .....	5
2.2 Het OK Oké project.....	6
2.3 Doorbraakmethode en PDCA-cyclus .....	7
<b>2 METHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
2.1 Relevantie .....	10
2.2 Kwalitatief onderzoek.....	10
2.3 Keuze van onderzoekseenheden.....	11
2.4 Methoden van dataverzameling .....	12
2.5 Analyse van data .....	13
2.6 Validiteit en betrouwbaarheid .....	13
<b>3 THEORETISCH KADER .....</b>	<b>15</b>
3.1 Definitie van kennis.....	15
3.2 Soorten kennis .....	18
3.2.1 Expliciete kennis .....	18
3.2.2 Impliciete kennis .....	19
3.2.3 Kennis volgens Nonaka en Takeuchi.....	20
3.3 Kennisdeling .....	21
3.3.1 Hoe ontstaat nieuwe kennis? .....	22
3.3.2 De vier vormen van kenniscreatie .....	22
3.4 Determinanten bij kennisdeling .....	25
3.4.1 Vertrouwen.....	26
3.4.2 Cultuur.....	27
3.4.3 Communicatie .....	31
3.4 Marktwerking en concurrentie .....	31



3.4.1 Marktwerking.....	32
3.4.2 Concurrentie .....	33
3.5 Kennis delen binnen marktwerking en concurrentie .....	34
3.6 Conclusie .....	35
<b>4 ANALYSE.....</b>	<b>36</b>
4.1 Marktwerking binnen de gezondheidszorg.....	36
4.2 Gevolgen marktwerking binnen de operatieafdelingen.....	38
4.3 Ervaringen marktwerking op de operatieafdeling.....	41
4.4 Kennis delen in de praktijk.....	47
4.4.1 Informatie Computer Technologie .....	48
4.4.2 Netwerken.....	50
4.4.3 “De kennis cultuur”.....	59
4.4.4 De “waarde” van de kennis.....	65
4.5 Korte conclusie analyse.....	67
<b>5 CONCLUSIE.....</b>	<b>68</b>
5.1 Beantwoording Deelvragen .....	68
5.2 De centrale vraag in dit onderzoek.....	71
5.3 Discussie.....	71
5.4 Suggesties .....	74
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>79</b>
Bijlage 1: Lijst van afkortingen.....	79
Bijlage 2: Lijst figuren.....	80
Bijlage 3: Best practice en Evidence-based.....	81

## **1 Inleiding**

In dit hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek besproken. Allereerst wordt de aanleiding van dit onderzoek behandeld. In de tweede paragraaf wordt de probleemstelling gepresenteerd. Hierbij worden een aantal deelvragen geformuleerd. Tenslotte wordt in de laatste paragraaf van dit hoofdstuk een leeswijzer gegeven, waarin de structuur van het complete rapport in vogelvlucht wordt weergegeven.

### **1.1 Onderzoeksaanleiding**

Van oudsher wordt er binnen de gezondheidszorg veel samengewerkt en kennis gedeeld. Voor de intrede van de “gereguleerde” marktwerking waren ziekenhuizen ‘collega’s’. Samenwerking en kennis delen was dus geen probleem; het was vanzelfsprekend. Nu moet er met dezelfde collega ziekenhuizen, privé-klinieken en Zelfstandige Behandelcentra (ZBC) geconcurrereerd gaan worden. De organisaties willen de patiënt aan zich binden. Dit willen zij realiseren door aandacht voor de kwaliteit van zorg vanuit het individuele perspectief, dus meer vanuit de patiënt zelf organiseren. Het gevolg hiervan is dat er andere eisen gesteld worden aan de ziekenhuizen. Er wordt inzicht gevraagd in het functioneren van ziekenhuizen door patiënten, vertegenwoordigers en zorgverzekeraars. Dit moet leiden tot meer transparantie van de geleverde zorg. Op deze manier kunnen de prestaties van de ziekenhuizen onderling worden vergeleken. Om dit te kunnen realiseren heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), al diverse maatregelen genomen en wetten veranderd. Er volgen nog vele veranderingen, geregisseerd door de overheid, om zo meer marktwerking in de gezondheidszorg mogelijk te maken. Er is onder andere meer vrije toetreding van zorgaanbieders mogelijk en het streven is om meer transparantie met betrekking tot prijs en kwaliteit te verkrijgen. De patiënt moet kunnen kiezen in aanbieders van zorg en verzekeraar. Het streven is dus voor de patiënt een betere zorg te organiseren. Hiervoor is de overheid het landelijke programma ‘Sneller Beter’ gestart.

Het ‘Sneller Beter’ programma is een initiatief van het Ministerie van VWS, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Orde van Medische Specialisten en de Algemene Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgende. De doelstelling van het ‘Sneller Beter’ programma is de gezondheidszorg te

optimaliseren. De klant, patiënt staat centraal. De zorg moet op tijd beschikbaar zijn en beter zijn voor de patiënt. ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)).

Het OK oké is een project binnen het 'Sneller Beter' programma. De algemene doelstelling is het verbeteren van de kwaliteit van de zorg op de OK. Kwaliteit van de zorg op de OK betekent: effectieve, veilige, tijdige, meer patiëntgerichte en doelmatigere zorg voor de patiënt.

Het streven is om de succesvolle interventies en resultaten van het 'OK oké' project te delen en te verspreiden in andere ziekenhuizen. Onder invloed van marktwerking kan de verspreiding van kennis echter een probleem zijn. Belangrijk hierbij is de vraag of kennis daadwerkelijk gedeeld wordt ondanks de invloed van de "gereguleerde" marktwerking in de praktijk. De aanleiding van mijn onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de mogelijke gevolgen van de invoering van marktwerking op kennis delen.

## 1.2 Vraagstelling

Aan de hand van de onderzoeksaanleiding welke in de vorige paragraaf aan bod is gekomen zijn diverse vragen geformuleerd.

### 1.2.1 Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel de gevolgen van de marktwerking voor het uitwisselen van kennis tussen de operatieafdelingen te achterhalen.

### 1.2.2 Hoofdvraag

In dit onderzoek wordt het 'OK oké' project binnen 'Sneller Beter' als casus genomen. Binnen dit onderzoek en afgeleid van de doelstelling staat de volgende vraagstelling centraal:

Wat zijn de gevolgen van marktwerking voor het uitwisselen van kennis binnen het 'OK oké' project van 'Sneller Beter'?
--

Dit is een vrij open en globaal geformuleerde vraagstelling, daarom zijn er specifieke deelvragen nodig om het te concretiseren.

### 1.2.3 Deelvragen

De deelvragen gelden als kapstok voor het theoretische gedeelte van dit onderzoek. De volgende deelvragen moeten beantwoord worden alvorens uitspraken te kunnen doen over de hoofdvraag.

Wat zijn de gevolgen van marktwerking en concurrentie voor de OK?

Ziekenhuizen en hiermee ook de operatieafdelingen gaan onder invloed van de marktwerking met elkaar concurreren. Wil een operatieafdeling zich goed kunnen positioneren, dan is het van belang om te achterhalen welke ontwikkelingen een invloed rijke rol spelen.

Wat is de reactie van de OK op de marktwerking en concurrentie?

De Diagnose- Behandelingcombinatie (DBC) systematiek zorgt onder andere voor marktwerking en concurrentie op de operatieafdelingen. Het is dus van belang om te achterhalen in welke mate en op welke manier de operatieafdeling is ingericht en hoe de medewerkers worden aangestuurd voor de marktwerking .

Wat is de invloed van de marktwerking op de bereidheid om kennis te delen binnen het 'Sneller Beter' project 'OK oké'?

In het verleden was kennisdeling vanzelfsprekend tussen de operatieafdelingen. De vraag is of met de intrede van marktwerking één van de uitgangspunten die aan het project ten grondslag liggen, kennis delen en verspreiding, ook van toepassing zijn.

Voordat de centrale vraagstelling en de daaruit afgeleide onderzoeksvragen worden beantwoord, zullen eerst een aantal begrippen worden gedefinieerd en zal een theoretische verantwoording plaatsvinden van veronderstelde verbanden.

Uit de centrale vraagstelling, welke in de inleiding is geformuleerd, zijn twee spanningsvelden af te leiden. Marktwerking en kennisdeling.

### 1.3 Leeswijzer

Nadat in dit hoofdstuk de aanleiding van het onderzoek duidelijk is geworden, wordt in het navolgende hoofdstuk aandacht besteedt aan de achtergrond van 'Sneller Beter' en het OK oké project. In hoofdstuk drie wordt de methodologie besproken. Hierbij komt onder andere aan bod het onderzoeksdesign en de methoden van dataverzameling. Vervolgens wordt in hoofdstuk vier het theoretisch kader besproken. Allereerst komen de concepten aan bod met betrekking tot kennis en kennisdeling. Vervolgens wordt ingegaan op de marktwerking en concurrentie in de gezondheidszorg. Tevens wordt er dieper ingegaan op de rol van de determinanten ten behoeve van kennis delen. Tenslotte volgt een beknopte verantwoording van de gekozen theorieën. In hoofdstuk vijf wordt de analyse behandeld van de resultaten van het onderzoek. Er wordt getracht een koppeling te maken van de theorie met de praktijk. Tot slot volgt een uitgebreide slotbeschouwing in hoofdstuk zes. Een aantal conclusies worden getrokken, zowel inzake het onderzoek zelf als reflectieve conclusies. Er wordt getracht een antwoord te formuleren op de deelvragen en uiteindelijk op de centrale vraagstelling van het onderzoek. Ook worden in dit laatste hoofdstuk suggesties aangedragen voor vervolgonderzoek en geeft de auteur haar persoonlijke visie op het onderwerp weer.

## **2 'Sneller Beter' en het OK oké project**

De overheid wil de gezondheidszorg optimaliseren. Niet alleen marktwerking wordt gebruikt om de kwaliteit te verbeteren. Ook 'Sneller Beter' is een project wat hiervoor wordt ingezet. Een van de 'Sneller Beter' activiteiten is het OK Oké project waar vooral wordt gewerkt aan het optimaliseren van de kwaliteit, innovatie en doelmatigheid van de operatieafdelingen. Beoogd wordt om de succesvolle interventies van het OK oké project te verspreiden naar andere OK's. Het streven is om de opgedane kennis te delen met andere operatieafdelingen. In de hierop volgende paragrafen wordt zeer beknopt het 'Sneller Beter', het OK oké project en de methodiek van het OK oké project besproken.

### **2.1 'Sneller Beter'**

'Sneller Beter' is een door de overheid geïnitieerd project, waarin beoogd wordt de gezondheidszorg te optimaliseren. De uitgangspunten van het 'Sneller Beter' programma kunnen als volgt omschreven worden:

*“De gezondheidszorg moet op tijd beschikbaar zijn; het moet toegankelijk en betaalbaar blijven voor iedereen; de zorg moet beter, de zorg zo veilig mogelijk, doelmatig en patiëntvriendelijk zijn. De wensen van de patiënten staan centraal”.*

([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)) Het programma bestaat uit 3 pijlers. Eén pijler gericht op bewustwording en benchmarking, één gericht op prestatie-indicatoren en de laatste pijler is gericht op het verspreiden van “best practice” \* in de ziekenhuissector. De verwachtingen van het Programma 'Sneller Beter' zijn vooralsnog hooggespannen. Op de website van 'Sneller Beter' ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)) worden diverse thema's beschreven van het Pijler 3 project. Deze thema's beogen aanzienlijke verbeteringen van de patiëntenlogistiek, patiëntveiligheid en klantgerichtheid. De verbeteringen die mogelijk gerealiseerd worden, zorgen ervoor dat de kosten van de gezondheidszorg omlaag gaan. De kwaliteitsverbeteringen dienen structureel plaats te vinden, ook in de toekomst moeten de organisaties continue de kwaliteit van de zorg verbeteren. De succesvolle interventies dienen gewaarborgd te worden in de organisatie en verspreid te worden tussen de organisaties in de gezondheidszorg. Voor het ontwikkelen en toepassen van interventies dient er veel kennis uitgewisseld en gedeeld te worden niet alleen binnen maar ook tussen de organisaties. Het is een

continue proces van kennis delen en leren van de interventies. Dit alles om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Er wordt kort cyclisch geleerd; hierbij gaat het om principes interpreteren, en blijven bijstellen en leren. Het verkleinen van de kloof, tussen de beschikbare kennis en de kennis die in de dagelijkse praktijk wordt toegepast, is het uitgangspunt ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)).

Het 'Sneller Beter' project is in 2004 met acht ziekenhuizen gestart (tranche I). In 2006 is ook de tweede tranche van acht ziekenhuizen actief met het 'Sneller Beter' programma. Het uiteindelijke doel van 'Sneller Beter' is een brede verspreiding van de bereikte resultaten, om kennis te delen op het gebied van patiëntenlogistiek en patiëntveiligheid. Uit het verleden is gebleken dat geïsoleerd uitgevoerde projecten prima kunnen leiden tot zeer goede resultaten. Echter de interne en externe verspreiding lukte vaak maar zeer ten dele.

## 2.2 Het OK Oké project

Een van de projecten van 'Sneller Beter' programma, pijler 3 is het OK Oké project. Dit project beoogt het verbeteren van de kwaliteit van de zorg op de OK. Het is gericht op effectieve, veilige, tijdige, doelmatige en patiëntgerichte zorg. Voor de medewerker op de operatieafdeling moet het werk prettiger, beter en veiliger worden. *“ De centrale doelstelling van het OK Oké project is dat de OK-productiviteit met 30% moet toenemen”.*

Kennis delen en leren staan centraal om deze doelstelling te kunnen realiseren. Vanuit het project worden diverse interventies aangedragen die potentieel kunnen bijdragen om 30% productiviteitsverbetering te bereiken. Een mogelijk belangrijke interventie wordt gezien in productieverhoging in de tijd dat de medewerkers aanwezig zijn op de operatieafdeling. Als een belangrijke tweede interventie wordt beoogd de verhoging van de productie opbrengsten bij een bestaand volume. De laatst voorgestelde interventie bestaat uit gelijke of meer productie bij dezelfde capaciteit. Voor de eerste twee interventies is wel een patiënten aanbod nodig. Er zijn ook diverse andere interventies die mogelijk bij kunnen dragen aan een betere kwaliteit voor de operatieafdeling. Bijvoorbeeld het terug brengen van het aantal operaties in de avond- en nacht uren en het verlagen van het aantal afgezegde operaties. *Het doorlopen van deze interventies gaat volgens de doorbraakmethode.* Er worden kort cyclische interventies toegepast. In deze methodiek speelt kennis

delen tussen de organisaties een belangrijke rol om tot succesvolle interventie te komen.

Niet alleen de doorbraakmethodiek speelt een belangrijke rol in het OK oké project, maar ook het verbeterteam samengesteld uit diverse disciplines levert een bijdrage aan het slagen van het project. De verschillende disciplines zijn nodig om de communicatie goed te laten verlopen tussen de vele professionals met verschillende belangen. De professionals zijn eigenaar van het primaire proces en zijn in de meeste gevallen gericht op het uitoefenen van hun professie. Om hierin veranderingen door te kunnen voeren moet men die goed beargumenteren, waarom, hoe en wat. Om draagvlak te creëren voor een verandering zal er dus veel geïnformeerd, gecommuniceerd en kennis gedeeld moeten worden tussen de professional en het verbeterteam. De geautomatiseerde registratie zorgt mede voor de vergroting van het draagvlak bij de professional.

Het OK Oké project is één van de vele projecten binnen het 'Sneller Beter' programma. Het is een schakel in het grotere geheel van het 'Sneller Beter' waar onderlinge afstemming moet plaatsvinden tussen de projectleiders van de verbeterteams in het ziekenhuis. Regelmatig rapporteert men de behaalde resultaten en deelt men de opgedane kennis met de medewerkers van de operatieafdeling en het verbeterteam. De resultaten van de interventies worden besproken in diverse bijeenkomsten onder andere de werkconferenties die georganiseerd worden door 'Sneller Beter'. Belangrijk bij deze bijeenkomsten is dat kennis wordt gedeeld. Tevens worden ideeën, ervaringen, verdere verdieping van methoden en technieken besproken. In de volgende paragraaf wordt de doorbraakmethodiek nader toegelicht.

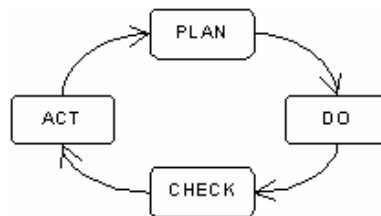
### 2.3 Doorbraakmethode en PDCA-cyclus

In het 'Sneller Beter' Pijler 3 wordt gewerkt volgens de *Doorbraakmethoden en de Procesherinrichting methodiek*. Een belangrijk onderdeel voor de OK is de doorbraakmethodiek, die ontwikkeld is door de Amerikaanse kinderarts Don Berwick. Doel van ieder doorbraakproject is het realiseren van een forse verbetering op een specifiek onderwerp of zorgproces. De doorbraakmethode is een strak gestructureerde manier van werken en bestaat uit een mix van verschillende interventies om verbeteringen in de zorg te realiseren in meerdere ziekenhuizen



tegelijk. Het doel is om in korte tijd de kwaliteit van de zorg aanzienlijk te verbeteren, onder andere door gebruik te maken van goede voorbeelden; 'best-practice'. Een onderdeel van het doorbraakproject is het Nolan verander model. Het Nolan model bestaat uit drie vragen en vele PDSA . Het begint met het kiezen van een ambitieuze doelstelling die SMART\* geformuleerd is. De volgende stap is hoe wordt de verandering gemeten zodat men weet dat de verandering een verbetering is. Vervolgens wordt er gestart met de snelle verbetercyclus volgens Deming, oftewel PDCA-cyclus die uit vier fasen bestaat:

In de *plan-fase* gaat het team bepalen welke veranderingen kunnen leiden tot een verbetering. Tijdens de *do-fase* gaat het team de veranderingen kleinschalig introduceren. In de *check-fase* evalueert het team het effect van de interventie. Als de ervaring positief is, breiden het team de interventie uit tot datgene waarvoor het doel is. Dit is de *act-fase* en nieuwe plan-fase. (Verhoeven MAWM, Schouten LMT 2001). De stappen die doorlopen worden, zullen steeds herhaald moeten worden (cyclisch proces) om te leiden tot een voortdurende verbetering. Dit wordt duidelijk weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 2.1: PDCA-cyclus

De methodiek heeft aandacht voor het oplossen van de kloof binnen de gezondheidszorg tussen aanwezige kennis en de dagelijkse praktijk. Leren staat centraal in deze methodiek. De methode wordt ondersteund waar mogelijk met nulmetingen en voortgangsmetingen. Hiervoor zijn indicatoren ontwikkeld. Er worden voortgangsrapportages gemaakt per doelstelling. Op deze manier kunnen de effectieve interventies worden toegepast in het proces. Het verspreiden van de succesvolle innovaties en de zeer goede resultaten naar andere ziekenhuizen door heel Nederland wordt wel het zogenaamde 'vliegwiel effect' genoemd.

Kennisverspreiding en kennis delen, zowel intern als extern door de organisaties is dus een heel belangrijk thema in het 'Sneller Beter' programma. De werkconferenties

spelen hierbij een rol. Het is het streven om diverse thema's te behandelen tijdens de conferenties. De volgende thema's kunnen aan bod komen: De doorbraakmethodiek, presentaties deelnemers over interventies en ontwikkelingen nieuwe doelstellingen. De doelstelling van de werkconferenties van 'Sneller Beter' is dus het uitwisselen van kennis en ervaring. Men brengt kennis en men kan kennis op doen tijdens deze bijeenkomsten. Nu de marktwerking zijn intrede heeft gedaan is kennis delen echter niet meer zo vanzelfsprekend tussen de operatieafdelingen.

## **2 Methodologie**

In dit hoofdstuk worden de methoden beschreven die in dit onderzoek gebruikt zijn. In de volgende paragrafen komen de relevantie, de keuze voor kwalitatief onderzoek en de onderzoekseenheden, de wijze van dataverzameling en data-analyse ter sprake. Ook wordt er uitleg gegeven over de betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte methoden.

### **2.1 Relevantie**

Het streven in dit onderzoek is om meer inzicht te verkrijgen in de relatie tussen kennis delen en de concurrentie binnen de gezondheidszorg. Er is nog weinig bekend over de gevolgen van de marktwerking in de gezondheidszorg in Nederland. Hoewel er al veel geschreven is over marktwerking en concurrentie in het algemeen. Uit deze grote hoeveelheden literatuur komt naar voren dat marktwerking er veelal toe leidt dat men minder bereid is om kennis te delen om zo concurrentievoordeel te behouden of te behalen. In dit onderzoek wordt op basis van een empirische analyse vastgesteld of deze conclusie ook geldig is voor de sector gezondheidszorg waar een “gereguleerde” marktwerking wordt ingevoerd. Wat zijn nu de verhoudingen van kennis delen en de marktwerking tot elkaar in de gezondheidszorg?

Automatisch leidt dit naar de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek. Het ‘OK oké’ project streeft er naar om de succesvolle resultaten van dit project te verspreiden naar andere operatieafdelingen. Het lijkt dus van belang om meer inzicht in te krijgen in de praktijk van kennis delen op de operatieafdelingen. Door te onderzoeken wat de invloed is van de marktwerking op kennis delen kan een antwoord worden gevonden op de vraag of er in het ‘OK oké’ project kennis wordt gedeeld en op welke manier dit plaats vindt. Door deze inzichten kan het ‘OK oké’ project er in de toekomst rekening mee houden op welke manier het ‘vliegwielt effect’ van kennis delen tussen de operatieafdelingen gerealiseerd kan worden.

### **2.2 Kwalitatief onderzoek**

Dit onderzoek is kwalitatief van karakter. Deze keuze is ingegeven door het doel van de studie en de geformuleerde probleemstelling. Het doel van de studie is, zoals

eerder beschreven, te achterhalen wat de gevolgen zijn van marktwerking voor het uitwisselen van kennis tussen de operatieafdelingen. Dit wordt gerealiseerd door het analyseren van de werkelijkheid. Bij de onderzoeksvraag gaat het om de beweegredenen van de personen. Er wordt gestreefd naar gedetailleerde beschrijvingen, interpretaties en verklaringen van de personen. Op deze manier kan er een nauwgezet beeld van de praktijk worden geschetst. Het is in deze studie moeilijk om de beweegredenen van personen in cijfers of in andere vormen van metingen weer te geven (Creswell, 2003).<sup>1</sup> Dit heeft als gevolg dat de onderzoeksvraag en de karakteristieken zich dus niet lenen voor kwantitatief onderzoek.

Er zijn semi-gestructureerde interviews face-to-face afgenomen bij de respondenten. Op deze manier konden de meningen van de geïnterviewden beter worden weergegeven. Een voordeel van de semi-gestructureerde interviews is dat de context en de achtergrond van de situatie worden verhelderd door de toelichtingen die tijdens het gesprek naar voren komen.

### 2.3 Keuze van onderzoekseenheden

Er is voor gekozen om alle ziekenhuizen die betrokken zijn bij het 'OK oké' project tranche 1 en 2 'Sneller Beter' Pijler 3 te benaderen. Hiervan hebben er dertien aangegeven dat zij interesse hebben en dat zij willen deelnemen aan het onderzoek. Vanwege tijdgebrek, fusie of de vele projecten die al op de operatieafdeling lopen, hebben drie ziekenhuizen aangegeven geen belangstelling te hebben voor het onderzoek. Ruim 80 procent van de ziekenhuizen neemt daarmee deel aan het onderzoek hetgeen de betrouwbaarheid ten goede komt. Binnen de ziekenhuizen is gesproken met de organisatorisch managers van de operatieafdelingen. Ook de medisch managers zijn benaderd voor het onderzoek in verband met het duaal management op de operatieafdelingen. Vanwege tijdgebrek willen de meeste medisch managers echter niet deelnemen aan het onderzoek. Echter één medisch manager was wel bereid tot deelname aan het onderzoek. Uit hoofde van hun functie en opleiding hebben de organisatorisch- en medisch manager inzicht in zowel de maatschappelijke ontwikkelingen als de bedrijfsvoering van de operatieafdeling. Ze hebben allen zitting in het 'OK oké' project. De titel van de functie van de diverse respondenten verschilt per ziekenhuis, we noemen ze in dit onderzoek

organisatorisch medewerkers. Tevens is de programmacoördinator van het 'Sneller Beter' project van het Ministerie van VWS geïnterviewd omdat hij een van de mede initiators van het 'Sneller Beter' project 'OK oké' was. Opvallend was de grote betrokkenheid van de respondenten bij het onderzoek. Dit gaf regelmatig aanleiding tot ontboezemingen en een blik op de toekomstige mogelijkheden en beperkingen.

#### 2.4 Methoden van dataverzameling

Ter ondersteuning van dit onderzoek is uit diverse bronnen informatie bij elkaar gebracht. Er is gekozen voor een literatuurstudie in combinatie met een kwalitatief onderzoek. Een groot deel van de data van het praktijkonderzoek is verkregen door middel van semi-gestructureerde interviews.

De theoretische basis van dit onderzoek wordt gevormd door de literatuur over kennis delen, marktwerking en concurrentie. Aan de hand van de literatuur over de determinanten die een rol spelen bij kennis delen in dit onderzoek worden een aantal bijbehorende karakteristieke eigenschappen beschreven van de determinanten. Daarnaast wordt vanuit de literatuur van marktwerking en concurrentie gekeken naar kennisdeling. Om meer duidelijkheid te verkrijgen over het 'OK oké' project worden documenten zoals, het draaiboek en de vergaderverslagen gebruikt om te analyseren.

Om een beeld te krijgen van de praktijksituatie zijn verschillende organisatorisch managers van het 'OK oké' project geïnterviewd. Er is gekozen voor semi-gestructureerde face-to-face interviews. Hierin is gevraagd naar hun mening, ervaringen en verwachtingen van het kennis delen onder invloed van de marktwerking in het 'OK oké' project. Het is belangrijk dat de vragen zo open mogelijk werden gesteld zodat de geïnterviewde het gevoel krijgt om vrijuit te kunnen spreken.<sup>2</sup> De interviewer kan op deze manier toch nog sturing geven aan het interview, ook al liggen de vragen niet helemaal vast. Een aantal topics uiteraard wel, zoals het 'OK oké' project, marktwerking, concurrentie en kennisdeling. Het voordeel hiervan is dat uitgebreid informatie kan worden ingewonnen betreffende het onderwerp.

De interviews werden opgenomen met behulp van een audio-recorder.

Vooraf werd toestemming gevraagd aan de respondent. Uitspraken die voor de onderzoeker niet helder waren, konden via e-mail alsnog achterhaald worden. Tevens zijn tijdens de interviews aantekeningen gemaakt. De citaten van de respondenten zijn op verzoek anoniem in de resultaten van dit onderzoek vermeld.

## 2.5 Analyse van data

Analyse houdt in dat het theoretisch kader zoals dat voor aanvang van het onderzoek is geformuleerd, wordt vergeleken met de verzamelde informatie uit de literatuurstudie en door semi- gestructureerde interviews in de praktijk. De bij dit onderzoek verkregen data en geregistreerde informatie zijn uitgeschreven. De belangrijke thema's werden bij de analyse gecategoriseerd (topics). Met de data is onderzocht wat de gevolgen zijn van de marktwerking op kennis delen tussen de operatieafdelingen. De informatie kan er ten eerste toe bijdragen dat de veronderstellingen en begrippen waar uit het theoretisch kader is opgebouwd, voorlopig worden bevestigd, ontkend, veranderd of aangevuld. Ten tweede dat er nieuwe begrippen, veronderstellingen en hypothesen worden gegenereerd en geformuleerd (Maso en Smaling, 1998).<sup>1</sup> Met behulp van de onderzoeksresultaten kan de probleemstelling beantwoord worden.

## 2.6 Validiteit en betrouwbaarheid

Op verschillende manieren is geprobeerd de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten. Bij de validiteit van een onderzoek gaat het om de geldigheid van de onderzoeksbevindingen, het 'meten wat je wilt meten' (Baarda et al.2001).<sup>3</sup> Om de validiteit van het onderzoek te vergroten zijn de respondenten van tevoren ingelicht over het doel van het interview om onjuiste beeldvorming te voorkomen. Een goede mogelijkheid voor het vergroten van de validiteit is datatriangulatie, waarbij meerdere methoden en/of databronnen worden gecombineerd (Maso en Smaling,1998).<sup>2</sup> Datatriangulatie werd in dit onderzoek toegepast door zowel gebruik te maken van literatuur, participatie als interviews. Deze gegevens werden met elkaar vergeleken.

*Betrouwbaarheid*

Betrouwbaarheid heeft te maken met de vraag of de onderzoeksuitkomsten onafhankelijk van het toeval zijn (Baarda et al.2001).<sup>3</sup> De betrouwbaarheid in dit onderzoek is verhoogd door gebruik te maken van audio-recorder en het systematisch beschrijven van alle stappen. De stappen werden nauwkeurig beschreven en gedocumenteerd. Tijdens het interview werden notities gemaakt in combinatie met een dagboek. Een vertekend beeld door een selectief geheugen kon hiermee worden voorkomen. Tevens werden de bevindingen zo veel mogelijk inzichtelijk gemaakt met citaten uit de interviews hetgeen de betrouwbaarheid van dit onderzoek ten goede komt.

### **3 Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk worden de relevante onderzoeksonderwerpen en theorieën gepresenteerd aan de hand van de geraadpleegde literatuur. Allereerst zal aan bod komen de definiëring van kennis en hoe kennis gedeeld wordt. Centraal staan hierin de typen expliciete en impliciete kennis. Tevens wordt het model van Nonaka en Takeuchi<sup>4</sup>, waarin vier fasen worden onderscheiden om kennis te delen en te creëren behandeld. Vervolgens komen determinanten die een succesvolle kennisdeling kunnen bevorderen aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met het bespreken van de concepten marktwerving en concurrentie.

#### **3.1 Definitie van kennis**

Om een goed beeld te vormen van de verscheidenheid van de definities van kennis wordt in deze paragraaf onderscheid gemaakt tussen de begrippen data, informatie en kennis. Tevens worden de verschillende soorten kennis weergegeven.

In de eerste plaats is het vooral nuttig om het onderscheid tussen gegevens, informatie en kennis te verduidelijken. Het zijn verschillende begrippen die vaak ten onrechte door elkaar worden gehaald. De begrippen zijn verschillend. In de literatuur is er een veelheid aan definities te vinden. Enkele definities zijn geselecteerd en hier als volgt weergegeven.

##### *Data*

Davenport geeft de volgende beschrijving:

*“Data is a set of specific, objective facts or simple observations. Standing alone, such facts have no intrinsic meaning, but can be easily captured, transmitted, and stored electronically (Davenport, 1998)”<sup>5</sup>*

Volgens deze definitie zijn data objectieve feiten, zonder enige betekenis, die gemakkelijk verzameld kunnen worden, overgedragen en elektronisch opgeslagen.

Een definitie waar in de literatuur vaak naar verwezen wordt is die van Prof. Mathieu Weggeman:

*“Onder data (of gegevens) verstaan we de symbolische weergaven van hoeveelheden, grootheden of feiten; een gegeven is de weergave van waarneemt over een toestand van een in beschouwing genomen variabel”<sup>6</sup>*



---

Driehoeken en punten bijvoorbeeld zijn bepaalde data die nog geen informatie bezitten. Het zijn symbolen die voor die weergaven gebruikt worden. Daarentegen kunnen cijfers, taal, tekeningen, teksten, plaatjes, beelden, video's, enz. wel een betekenis geven binnen een bepaalde situatie. Deze kennis kan ook gemakkelijk zichtbaar gemaakt en opgeslagen worden in protocollen, richtlijnen, cursussen of processen. Dit wordt wel de opslagbenadering genoemd. Het doel van de opslagbenadering is relevante kennis vastleggen in een kennisopslagplaats, zodat de kennis gemakkelijk teruggevonden kan worden. De definities zoals hierboven weergegeven volgens Davenport en Weggeman, komen overeen met elkaar. Uit beide omschrijvingen komt naar voren dat gegevens objectieve feiten zijn zonder enige betekenis. Bij het toekennen van een bepaalde betekenis binnen een bepaalde situatie wordt data informatie.

### *Informatie*

Kuiper en Crooymans hebben de volgende definities voor informatie:

*“Informatie is een feit, een gegeven dat in een context een bepaalde betekenis gekregen heeft. Het heeft een plaats in een referentiekader gekregen.”<sup>7</sup> Informatie heeft slechts een beperkte geldigheidswaarde.”<sup>8</sup>*

Informatie ontstaat wanneer iemand betekenis toekent aan verkregen gegevens (Weggeman; 1997:19).<sup>9</sup> Voor beide auteurs zijn gegevens de bouwstenen van informatie. Enkel wanneer aan de gegevens een betekenis wordt toegekend, worden die data informatie. Vervolgens gebruikt iemand zijn ervaringen en vaardigheden om actie te ondernemen en kan informatie kennis worden. Voorwaarde is wel dat hij een positieve attitude heeft ten aanzien van die actie, anders gebeurt er nog niets.

### *Kennis*

Door Jacobs wordt kennis als volgt omschreven:

*“Kennis is het geheel van relatief stabiele interpretatiekaders waarmee we onze omgeving begrijpen en die ons in staat stellen de continue informatiestromen te ordenen.”<sup>10</sup>*

Kennis is een persoonlijk vermogen en context gebonden. De interpretatie van informatie zal dus afhangen van de situatie. Deze definitie van Jacobs komt overeen met de volgende omschrijving van kennis door Prof. Mathieu Weggeman:

*“Kennis is een persoonlijk vermogen dat iemand in staat stelt om te handelen.”<sup>6</sup>*

---

Handelen kan daarbij heel praktisch zijn, b.v. houthakken en fietsen of juist intellectueel, b.v. praten en analyseren. Hij omschrijft kennis als het product van de informatie, de ervaring, de vaardigheid en de attitude waarover iemand op een bepaald moment beschikt en dit drukt hij kernachtig uit in een formule:  $K=IEVA$  (K=kennis; I=informatie; E=ervaring; V=vaardigheid; A=attitude).

Kennis is dus een menselijk vermogen. Het opdoen van kennis is een dagelijkse bezigheid van mensen. Elke dag komen wij in aanraking met nieuwe situaties thuis, op het werk, sport enz. Er wordt dus kennis opgedaan door middel van praktijkervaringen, bijvoorbeeld het leren lopen of door middel van redentie, bijvoorbeeld bij het boodschappen doen en de prijzen bij elkaar optellen. Kennis hangt van de persoon in kwestie af. Het is dus niet het opslaan van data maar (deels onbewust) het vermogen dat een persoon in staat stelt een bepaalde taak uit te voeren. Het is een persoonlijk vermogen dat iemand in staat stelt om te handelen.

Uit de definitie van kennis van de beide auteurs komen een aantal elementen naar voren: Kennis is contextgebonden. De interpretatie van informatie zal dus afhangen van de situatie. Kennis berust op informatie. Het is als het ware een samenvatting van allerlei informatie die in die bepaalde situatie relevant is. Die informatie wordt verkregen door ervaringen in het verleden en het heden, die men verwerkt tot een nieuw geheel. Daarentegen is kennis nodig om van data tot informatie te komen.

Nonaka en Takeuchi (2003)<sup>4</sup> geven aan dat kennis, in tegenstelling tot informatie, gaat over 'beliefs' en 'commitment'. De kracht van kennis om te selecteren, te organiseren en te oordelen is niet alleen het gevolg van de informatie die opgedaan is; het komt meer door de waarden en overtuiging die eraan ten grondslag liggen. Het onderscheid tussen kennis, informatie en gegevens blijkt echter in de praktijk niet zo eenvoudig te maken. Het persoonlijke vermogen van een persoon bepaalt of iets een gegeven, informatie of kennis is.

Wat is nu de link tussen gegevens, informatie en kennis?

*"Knowledge is neither data nor information, though it is related to both, and the differences between these terms are often a matter of degree (Davenport en Prusak, 1998)."*<sup>11</sup>

Eenvoudig gesteld is er sprake van een zekere gelaagdheid: gegevens zijn de bouwstenen van informatie. Enkel als er aan de gegevens een betekenis wordt toegekend, worden die data informatie. Wanneer zij deze informatie interpreteren of testen in een bepaalde context bekomen zij kennis. Samenvattend kan worden gesteld dat data de grondstof is van informatie en informatie vormt op haar beurt de basis van kennis. Hieruit zou geconcludeerd kunnen worden dat data noodzakelijk is vooraleer informatie gecreëerd kan worden en dat eerst informatie nodig is om tot kennis te komen. Alleen wanneer de nodige informatie en kennis aanwezig zijn kan data herkend worden. Nu duidelijk is hoe kennis gerelateerd is aan informatie en data, kan worden ingegaan op de verschillende soorten kennis die de literatuur onderkent.

### 3.2 Soorten kennis

Er bestaan verschillende soorten kennis. Aangezien elke soort een andere benadering vereist, is het goed hier even bij stil te staan en te kijken naar de verschilpunten. Een van de meest gebruikte indelingen is die volgens Weggeman (2006).<sup>6</sup> Onderstaande tabel geeft de twee hoofdtyperingen weer met daaronder de verschillende subvormen.

<b>Expliciete kennis</b>	<b>Impliciete kennis</b>
Gecodificeerde kennis	Tacit ( verborgen ) kennis
Informatie uit theorieën, formules, procedures, handboeken, tekeningen	Ervaringen, vaardigheden, attitude
Overdraagbaar door onderwijs	Overdracht en delen door demonstratie, leren door te doen
Kennis is nauwelijks macht	Kennis kan macht zijn

Figuur 3.1: Kennis impliciet versus expliciet (Weggeman, 2006)

#### 3.2.1 Expliciete kennis

Volgens Weggeman<sup>6</sup> is informatie de expliciete of gecodificeerde vorm van kennis. Informatie is een boodschap, vaak in de vorm van een document of als iets wat men kan zien of horen en makkelijk over te dragen is tussen mensen. Zoals bij elke boodschap is er een zender en ontvanger. De ontvanger bepaalt of de ontvangen

---

boodschap informatie is, of hij door die boodschap werkelijk wordt geïnformeerd. Informatie wordt pas kennis als mensen iets met die informatie doen: vergelijken met andere informatie, er conclusies uit trekken, samenvoegen met andere kennis, erover praten met andere mensen, enz. Wanneer iemand informatie opneemt, wordt die informatie wel - bewust of onbewust - gecombineerd met de in het hoofd aanwezige informatie, ervaringen, vaardigheden en attituden. Informatie is vooral van invloed op het kennen oftewel het weten.

Expliciete kennis is volgens Weggeman<sup>6</sup> kennis die wel in één of andere vorm kan worden vastgelegd, waardoor ze gemakkelijker kan worden doorgegeven. Expliciete kennis kan dus worden gecodificeerd. Expliciete kennis is even objectief, verifieerbaar, contextgebonden als impliciete kennis, maar deze kennis kan men gemakkelijk mondeling of schriftelijk doorgeven. Men hoeft hier niet noodzakelijk praktijkervaring te hebben om de kennis volledig te beheersen. Het is deze kennis die we terug vinden in boeken, handleidingen, databanken, notities enz. Het leren van deze expliciete kennis is echter lang niet altijd gemakkelijk en mogelijk. Hoewel gecodificeerde kennis dus makkelijk kan worden overgedragen, wil dat nog niet zeggen dat het ook gemakkelijk kan worden verwerkt.

### 3.2.2 Impliciete kennis

Impliciete kennis, ook bekend onder de benaming 'tacit' of 'embedded knowledge', 'stilzwijgende' of 'persoonlijke kennis' (Weggeman, 2006).<sup>6</sup> Volgens Weggeman vormen Ervaringen, Vaardigheden en Attitude samen de impliciete of stilzwijgende kennis. Het is kennis die personen zelf eigenlijk wel weten maar niet in woorden kunnen uitdrukken en daarnaast ook moeilijk te delen is met anderen. Wat wij stilzwijgend weten, is veel meer dan wat we kunnen verwoorden. Hoe we bijvoorbeeld leren fietsen, is moeilijk te delen met anderen. Deze kennis is eigen aan de persoon. Kennis is het onbewust of bewust vermogen dat een persoon in staat stelt om een bepaalde taak uit te voeren. Het is een persoonlijk vermogen om informatie om te zetten in een betekenis voor eigen handelen en denken om met behulp van eerder verworven ervaring en de attitude waarover men op een bepaald moment beschikt (Weggeman, 2006).<sup>6</sup>

Ervaringen, Vaardigheden en Attitude vormen samen de impliciete of stilzwijgende kennis en wordt als volgt omschreven:

- *Ervaringen* worden bewust of onbewust beleefd.
- *Vaardigheden* bestaan uit de intelligentie van de persoon of zijn beoordelingsvermogen over een onderwerp. Tevens is het de vaardigheid die het mogelijk maakt om te communiceren zonder taal, zoals bijvoorbeeld de lichaamstaal. Het heeft invloed op wat personen willen.

*Attitude* is de manier waarop personen zich gedragen en oordelen vormen. Het bestaat uit normen en waarden die voor de personen belangrijk zijn om aansluiting te vinden met andere personen. De attitude heeft invloed op wat we willen.

Kennis, volgens Weggeman,<sup>9</sup> is een vermogen dat niet buiten een individu kan bestaan en daardoor ook niet in machines of administratieve systemen kan worden opgeslagen. In deze scriptie worden deze veronderstellingen niet strikt gevolgd. Wat kennis voor de ene actor is, is informatie voor de ander. Impliciete kennis is sterk persoonlijk ingekleurd en moeilijk te formaliseren. Het is subjectieve kennis (Weggeman, 2006).<sup>9</sup> Impliciete kennis is diep geworteld in iemands praktische activiteit en ervaring en in de idealen, waarden en emoties die zij of hij meeneemt. Deze kennis is moeilijk te documenteren en moeilijk met anderen te delen. Het is zeer persoonlijk en dus contextspecifiek, waardoor het moeilijk te verwoorden is. Het is vaak voor iemand zelf niet helder hoe bepaalde ideeën of beslissingen ontstaan. Impliciete kennis wordt geleerd door oefening, vallen en opstaan, nadoen en intensief samenwerken. Het is voornamelijk gebaseerd op 'on-the-job training' en veel ervaring. Deze kennis is dan ook onlosmakelijk verbonden met persoonlijke ervaringen, zelf verworven overtuigingen, normen en waarden. Impliciete kennis ligt dus opgeslagen in personen, niet alleen in hun hersenen, maar ook in het lichaam en krijgt daarom ook wel de benaming: persoonsgebonden kennis. Nu duidelijk is hoe Weggeman expliciete en impliciete kennis definieert, kan worden ingegaan op de beschrijving van de soorten kennis door Nonaka en Takeuchi.

### 3.2.3 Kennis volgens Nonaka en Takeuchi

Nonaka en Takeuchi (2003)<sup>4</sup> definiëren het verschil tussen expliciete en impliciete kennis gelijk aan de definitie volgens Weggeman.<sup>6</sup> Maar Nonaka en Takeuchi voegen nog iets extra's aan de definitie toe. Expliciete kennis heeft de volgende definitie volgens Nonaka en Takeuchi:

---

*“Explicit knowledge can be expressed in words and numbers. It can be easily communicated and shared in the form of hard data, scientific formulae, codified procedures or universal principles.”<sup>4</sup>*

Impliciete kennis heeft de volgende definitie:

*“Tacit kennis is kennis die de gestolde ervaring van het handelende individu omvat en opgebouwd is uit een model van de wereld, een persoonlijke creatie, overtuigingen, gezichtspunten en knowhow. Deze kennis is moeilijker overdraagbaar.”<sup>4</sup>*

Nonaka en Takeuchi (2003)<sup>4</sup> maken tevens onderscheid tussen een Westerse en Japanse benadering betreffende kennis. Het valt wel op dat de Westerse benadering erg is ingesteld op expliciete kennis dus ook binnen en tussen organisaties. Een organisatie is hierdoor een informatieverwerkende machine. Bij de Japanse benadering voegen Nonaka en Takeuchi iets extra's toe aan de impliciete kennis. Meer dan professor Weggenman vinden zij dat uiterst subjectieve inzichten, intuïties en ingevingen een integraal deel van de kennis vormen. De Japanse visie over organisaties is anders dan bij de Westerse benadering. Nonaka en Takeuchi vinden dat een organisatie geen informatieverwerkende machine is, maar een levend organisme, waarin een gemeenschappelijke opvatting betreffende de missie en visie van de organisatie van veel groter belang is dan het verwerken van informatie.

Samenvattend kan nog eens weergegeven worden dat impliciete kennis zeer persoonlijk en contextgebonden is, waardoor het uiterst moeilijk onder woorden te brengen, te formaliseren en te communiceren is. Expliciete kennis daarentegen is kennis die kan worden overgedragen in een formele en systematische taal. De scheiding tussen de twee vormen is soms heel moeilijk te zien, aangezien er een continue wisselwerking bestaat tussen deze twee hoofdvormen van kennis. Deze wisselwerking bestaat in beide richtingen en ligt aan de oorsprong van de vier modi van kenniscreatie en de kenniscreatie spiraal van Nonaka en Takeuchi die hierna besproken zullen worden.

### 3.3 Kennisdeling

In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag hoe kennis ontstaat en kennis gedeeld wordt. Er zijn veel verschillende manieren om kennis te delen. In dit

onderzoek staat het model van Nonaka en Takeuchi centraal. Het wordt in de literatuur door vele auteurs gehanteerd. Dit model wordt na een korte inleiding over het delen van kennis gepresenteerd en uitgelegd.

Bij het delen van kennis wordt er verondersteld dat er een relatie is tussen minimaal twee partijen. De ene partij heeft en bezit de kennis en de andere partij(en) ontvangt de kennis. De eerste partij deelt zijn kennis bewust of onbewust op welke manier dan ook (schrijven, spreken, door te doen enz). De halende partij moet in staat zijn de kennis te kunnen interpreteren en in zich op te nemen; door te luisteren, na te doen enzovoorts (Hendriks, 1999).<sup>12</sup> Volgens Bertrams (1999)<sup>13</sup> wordt kennis gedeeld door directe en indirecte overdracht. De directe vorm vindt plaats tussen twee personen rechtstreeks face-to-face. Bij de indirecte vorm is er sprake van tussenkomst van een medium waarin de kennis(eventueel tijdelijk) wordt vastgelegd.

### 3.3.1 Hoe ontstaat nieuwe kennis?

Nieuwe kennis ontstaat door conversie van kennis. Bij *kennisconversie* creëert de organisatie continu nieuwe kennis door verbindingen te maken tussen de impliciete kennis van individuen die creatief inzicht ontwikkelen en de gezamenlijke expliciete kennis, op basis waarvan de organisatie nieuwe producten ontwikkelt en innoveert (Nonaka en Takeuchi, 2003).<sup>4</sup> Dit onderdeel is hoofdzakelijk gebaseerd op de theoretische benadering van Nonaka en Takeuchi (2003).<sup>4</sup> Het uitgangspunt voor hun model is het onderscheid dat gemaakt wordt tussen twee vormen van kennis, namelijk expliciete en impliciete kennis.

### 3.3.2 De vier vormen van kenniscreatie

Nonaka en Takeuchi stellen:

*"De kennisvormen werken in het creatief handelen van mensen op elkaar in. Ons procesmodel van kenniscreatie stoelt op de cruciale veronderstelling dat menselijke kennis wordt gecreëerd en vergroot door middel van sociale interactie tussen persoonsgebonden en expliciete kennis. Wij noemen deze interactie 'omzetting van kennis' ofwel 'kennisconversie'. Opgemerkt zij dat deze omzetting een 'sociaal' proces is tussen individuen, niet binnen het individu. Via het proces van 'sociale*

*interactie', worden persoonsgebonden en expliciete kennis dus zowel kwalitatief als kwantitatief vergroot."*<sup>4</sup>

De veronderstelling dat kennis wordt gecreëerd door middel van interactie tussen impliciete en expliciete kennis maakt het mogelijk vier verschillende soorten van kennisconversie te definiëren: ten eerste van *impliciete kennis in impliciete kennis* ofwel **socialisatie** genoemd, ten tweede *van impliciete kennis naar expliciete kennis*, of **externalisatie**, ten derde van *expliciete kennis in expliciete kennis*, ook wel omschreven als **combinatie**, en ten vierde *van expliciete kennis naar impliciete kennis*, ofwel **internalisatie** genoemd.

		Naar	
		<i>Impliciete kennis</i>	<i>Expliciete kennis</i>
Van	<i>Impliciete kennis</i>	<b>Socialisatie</b> afkijken, imiteren meester/gezel ervaren door trial & error	<b>Externalisatie</b> formuleren i modellen, taal, concepten, metaforen en analogieën
	<i>Expliciete kennis</i>	<b>Internalisatie</b> leren door doen vergroot de efficiency van denken door doen	<b>Combinatie</b> bestuderen koppelen en sorteren van kennis nieuwe combinaties

Figuur 3.2: Kennisoverdracht (gebaseerd op Nonaka en Takeuchi, 2003)

Elk van de vier manieren van kennisconversie zal hierna kort besproken worden.

#### *Socialiseren*

Socialisatie is een proces van gedeelde ervaringen en creëert daarmee impliciete kennis zoals gedeelde visies en technische vaardigheden. Een belangrijk aspect hierbij is volgens Nonaka en Takeuchi het observeren, imiteren en oefenen in de vorm van bijvoorbeeld een meester/gezel relatie. Het betreft dus leren door *na* te doen. Voorbeelden: Netjes leren schrijven, een goede bal smashen bij volleybal.

#### *Externaliseren*

Externalisatie is het proces om 'tacit' kennis, ervaringen en vaardigheden zo goed mogelijk in woorden en concepten uitdrukken. Methoden om dit te kunnen



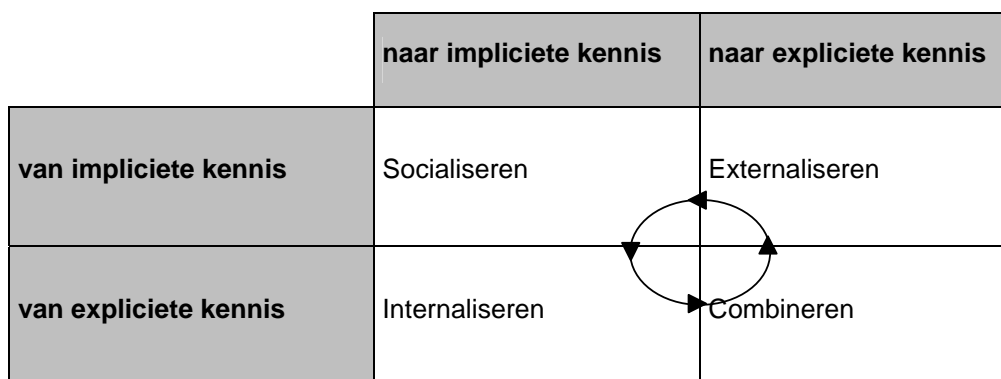
bewerkstelligen zijn vormen als taal, tekeningen, theorieën, metaforen, analogieën, hypothesen, modellen, protocollen, schema's enz.

### *Internaliseren*

Internalisatie is een proces met als doel expliciete kennis om te zetten in impliciete persoonsgebonden (tacit). Het idee van internalisatie is de efficiency van denken vergroten door te doen. Sleutel tot succes is onder andere learning by 'doing'. Het betreft dus leren door het te doen. Bijvoorbeeld het leren lopen en fietsen: investeren in ervaring door voortdurende varianten van hetzelfde te doen.

### *Combineren*

De combinatiefase bestaat uit een proces waarin de expliciete kennis uit de voorgaande fase wordt gesystematiseerd. Het herconfigureren van bestaande informatie door sorteren, toevoegen, combineren en categoriseren van expliciete kennis kan leiden tot nieuwe kennis (Nonaka en Takeuchi, 2003).<sup>4</sup> Centraal hierbij staan zaken als het besturen van expliciete kennis, koppelen en nieuwe combinaties genereren. Het betreft hier dus het ordenen en op een nieuwe manier samenvoegen van bestaande kennis. Nu de vier manieren van kennisconversie zijn behandeld wordt ingegaan op de kennispiraal van Nonaka en Takeuchi weer.



Figuur 3.3: De manieren van kennisomzetting en kennispiraal (Nonaka en Takeuchi, 2003)

Uitgangspunt bij het model van Nonaka en Takeuchi<sup>4</sup> is dat het achtereenvolgens doorlopen van de vier fasen noodzakelijk is om te kunnen blijven vernieuwen en delen binnen en tussen organisaties. Kennis ontstaat door nieuwe ervaringen op te

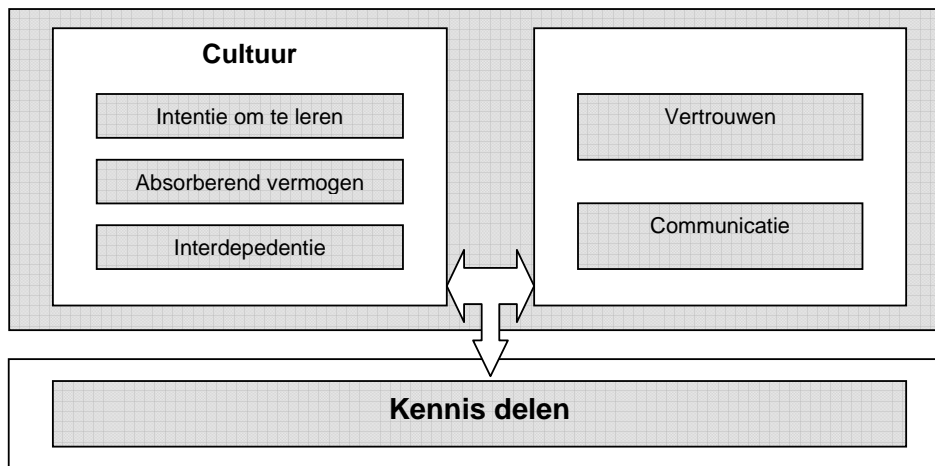
---

doen en door middel van samenwerken (socialisatie).<sup>4</sup> Afkijken en imiteren zorgt ervoor dat de impliciete kennis van de ene persoon 1 (groep) naar de andere persoon 2 (groep) wordt overgedragen. Vervolgens kan persoon 2 (groep) deze kennis expliciteren in de vorm van onder andere modellen, concepten en dergelijke (externalisatie).<sup>4</sup> Deze geëxpliciteerde kennis kan vervolgens gecombineerd worden met eerdere geëxpliciteerde kennis door bijvoorbeeld sorteren, samenvoegen of koppelen van theorieën (combinatie).<sup>4</sup> In de vierde fase wordt deze kennis persoonsgebonden – en daarmee impliciet – gemaakt door leren door te doen (internalisatie).<sup>4</sup> Deze impliciete kennis kan middels socialisatie vervolgens weer worden gedeeld met anderen en zo verder. Deze spiraal is het mechanisme waarmee individuele kennis wordt omgezet in organisatiekennis en waarmee nieuwe kennis gecreëerd kan worden.

Slechts een klein deel van de kennis binnen de onderneming is expliciete kennis. De impliciete kennis omvat het grootste deel van de aanwezige kennis binnen een organisatie. Aangezien dit type kennis moeilijk te imiteren is kan hiermee concurrentievoordeel worden behaald.

### 3.4 Determinanten bij kennisdeling

Nu voor dit onderzoek relevante theorie inzake het delen van kennis is behandeld, is het noodzakelijk te kijken naar de factoren die kennis delen bevorderen tussen organisaties. Er zal slechts ingegaan worden op de determinanten die een rol spelen in het licht van dit onderzoek. Vertrouwen is een van deze determinanten die een grote rol speelt om succesvol kennis te delen. Er dient bij het delen van kennis rekening gehouden te worden met het feit dat er barrières aanwezig zijn die succesvolle kennisdeling in de weg kunnen staan. De volgende determinanten worden beschreven: Vertrouwen, cultuur en communicatie. In de cultuur komen vervolgens de volgende thema's aan bod: Intentie om te leren, absorberend vermogen en de interdependentie van de organisatie.



Figuur 3.4: Determinanten kennisdeling

### 3.4.1 Vertrouwen

Uit de literatuur blijkt dat vertrouwen een belangrijke rol speelt bij het delen van kennis tussen personen en organisaties. Volgens Hendriks (1999)<sup>12</sup> kan er pas kennis gedeeld worden als er een relatie is ontstaan. In dit onderzoek is gekozen voor de definitie van vertrouwen van Smitka (geciteerd in Edelenbos, 2002):

*“Vertrouwen zorgt ervoor dat actoren elkaar handelingsvrijheid durven te geven en onderling verantwoordelijkheden verdelen en zelfs verantwoordelijkheden met elkaar delen.”*<sup>14</sup>

In dit perspectief kan vertrouwen als eerste worden gezien als een informeel besturingsmechanisme om kennisdeling tussen partijen efficiënter en effectiever te laten verlopen. Als tweede kan vertrouwen gezien worden als verwachtingen die zij naar elkaar uit spreken. Het wederzijds vertrouwen wordt groter als er samengewerkt wordt aan een gezamenlijk doel. Het delen van verwachtingen tussen deze personen of groepen brengt groepen dicht bij elkaar. Als er wederzijds vertrouwen is, dan ontstaat er ook wederzijds begrip, wat kan resulteren in gedeelde kennis tussen de personen of groepen. Davenport en Prusakkan (1998)<sup>15</sup> geven de volgende adviezen om vertrouwen tot stand te brengen:

Het vertrouwen moet zichtbaar en overal aanwezig zijn voor leden van de organisatie.

Vertrouwen is een norm en waarde die aanwezig is van de top naar beneden in de organisatie.

De leden van een organisatie moeten zien dat mensen erkenning krijgen voor het delen van kennis.

Vertrouwen speelt dus een belangrijke rol in kennis delen. Dit geldt voor kennisdeling zowel binnen als tussen de organisaties. Volgens Soekijad en Andriessen (2003)<sup>16</sup> vindt kennisdeling als vanzelf plaats, als er maar voldoende vertrouwen is. Als er vertrouwen bestaat tussen de medewerkers onderling, ontstaat de sfeer van zich kwetsbaar opstellen, zich openstellen voor de ander en bereidheid tot samenwerken. Dit leidt vervolgens tot een vergrote kans op delen van impliciete kennis tussen medewerkers onderling. Dit samen werken en kennis delen kan ook plaats vinden tussen de organisaties. Davenport en Prusak (1998)<sup>15</sup> beklemtonen dat spontane, ongestructureerde kennisoverdracht essentieel is voor het succes van een bedrijf. Belangrijk is te beseffen dat in een economie die gedreven wordt door kennis, met elkaar praten echt werk is. De kans dat via spontane conversaties creatieve oplossingen ontstaan is groot; als werknemers aan hun bureau gekluisterd zijn en ploeteren aan individuele taken, gebeurt dit veel minder snel. Volgens Jarillo (1988)<sup>18</sup> wordt vertrouwen in de eerste plaats opgebouwd door het zorgvuldig uitkiezen van de partners in de verschillende relaties. Men zoekt naar partners met gelijke normen en waarden, motivaties en achtergronden. Gelijkheid tussen de organisaties vergroot het vertrouwen. Doordat organisaties onderling een reputatie hoog hebben te houden, zullen zij zich niet opportunistisch gedragen. In ieder geval niet, zolang de opbrengsten opwegen tegen de kosten (Powell, 1991).<sup>18</sup>

### 3.4.2 Cultuur

Cultuur is het geheel aan opvattingen over werk, over elkaar, over de organisatie en aan gedragspatronen zoals die door ervaringen zijn ontstaan (Veenman, van Doorn, 1997)<sup>29</sup> Bertrams (1999)<sup>13</sup> stelt dat deze opvattingen in vier groepen kunnen worden verdeeld. De vier groepen zijn de volgende:

- Waarden: wat is juist en wat is onjuist;
- Normen: wat hoort wel en wat hoort niet;
- Verwachtingen: wat dient er wel, respectievelijk niet te gebeuren;
- Doeleinden: wat is wenselijk, wat is het streven.

Bertrams<sup>13</sup> maakt tevens een indeling van vier typen culturen voor organisaties.

	<b>Intern</b>	<b>Extern</b>
<b>Flexibel</b>	<b>Groepscultuur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traditie</li> <li>- Loyaal</li> <li>- Teamwork</li> <li>- Sociale controle</li> </ul>	<b>Ondernemende cultuur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risico's nemen</li> <li>- Complexe en dynamische omgeving</li> <li>- Innovatie</li> <li>- Experimenterend</li> </ul>
<b>Stabiel</b>	<b>Bureaucratische cultuur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gebaseerd op regels</li> <li>- Hiërarchisch</li> <li>- Geringe zelfstandigheid</li> <li>- Geen experimenten</li> </ul>	<b>Marktgerichte cultuur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereiken van marktgerichte doelen</li> <li>- Contractueel</li> <li>- Geen sociaal verband</li> </ul>

Figuur 3.5: Verschillende cultuurtypen (Bertrams, 1999)

Wil kennisdeling succesvol plaatsvinden dan is de meest efficiënte cultuur volgens Bertrams (1999)<sup>13</sup> een kruising tussen de ondernemende- en de groeps cultuur. Dit is volgens Davenport en Prusak (1998)<sup>15</sup> de kennisgerichte cultuur. Deze bevordert ook de kennisdeling tussen organisaties.

Volgens Davenport en Prusak (1998)<sup>15</sup> is een kennisgerichte cultuur een van de belangrijkste voorwaarden om kennis te delen, ook tussen de organisaties. De kenniscultuur ontstaat doordat men een positieve houding heeft ten opzichte van de kennis, er zijn geen belemmerende factoren aanwezig om de kennis te delen waardoor de medewerker positief geconditioneerd wordt door het management in de kennisdeling. Cultuur ontstaat onder andere door het absorptievermogen, de intentie om te leren en interdependentie van personen.

#### *Absorptievermogen*

Als eerste onderdeel wordt beschreven het absorptievermogen van de medewerkers van een organisatie. De kennis delende partijen moeten beschikken over vaardigheden om kennis te kunnen delen tussen organisaties. Zo stellen Davenport en Prusak (1998)<sup>15</sup> dat wanneer de ontvangende of halende partij een gebrek heeft aan kennisabsorberende capaciteiten, medewerkers moeten worden geschoold in flexibiliteit, tijd krijgen voor leren en moeten open staan voor ideeën.

In het absorptievermogen kunnen drie stappen worden onderscheiden:

Het bepalen van cruciale kennis; kennis die de organisatie nodig heeft om op een bepaalde, meestal korte termijn, te kunnen blijven voorzien in innovatieve producten, waarbij meer nadruk moet komen te liggen op de behoeften van de markt.<sup>15</sup>

Het vaststellen van een kennistekort; door vergelijking van de beschikbare kennis met de benodigde cruciale kennis kan men het tekort bepalen en op basis hiervan kan men vaststellen welke kennis verworven moet worden.<sup>16</sup>

De kennis importeren en ontwikkelen; kennisontwikkeling komt vast te zitten wanneer dit proces te veel intern gericht is; men dient externe kennis te importeren.<sup>15</sup>

#### *Intentie om te leren.*

Ten tweede dient de cultuur van een organisatie de intentie te hebben om te leren. De organisaties moeten gemotiveerd zijn om met elkaar samen te werken, van elkaar te leren en de kennis te delen (Soekijad en Andriessen, 2003).<sup>16</sup> De kennis dient inzichtelijk en toegankelijk te zijn. Om kennis te delen dient een onderneming het commitment van het management te hebben. Dit bevordert een lerend klimaat in de organisatie. Om samen te kunnen werken speelt het lerende vermogen van de organisatie een belangrijke rol. Zowel het verleden als de gewenste toekomst speelt hierbij een grote rol. Ervaringen uit het verleden en/of reputatie zijn belangrijk omdat partners mede op basis hiervan worden gekozen. Toekomstige verwachtingen zijn belangrijk om vast te stellen welke individuele doelen organisaties hebben en te onderzoeken of deze te verenigen zijn in gemeenschappelijke doelstellingen van de organisaties.

#### *Interdependentie*

Als derde onderdeel van de cultuur dient de organisatie zich te kenmerken door een bepaalde mate van interdependentie, welke de aard van de relatie tussen de partners bepaalt. Op het niveau van de individuele organisatie kan de mate van interdependentie gezien worden als het percentage van beslissingen waarbij rekening moet worden gehouden met andere organisaties (Chisholm, 1988).<sup>20</sup>

Chisholm onderscheidt drie soorten interdependentie:

Natuurlijke interdependentie bestaat als er krachten zijn buiten de organisatie om die ze dwingen samen te komen. Bijvoorbeeld wanneer er sprake is van een ongelijke distributie van middelen. De ene actor heeft behoefte aan bepaalde middelen die een ander actor tot zijn beschikking heeft.

Kunstmatige interdependentie komt voort uit het doelbewust verbinden van twee organisaties door een derde organisatie, bijvoorbeeld door de overheid. Vrijwillige interdependentie ontstaat wanneer organisaties vrijwillige relaties aangaan om iets gemeenschappelijks te bereiken. De variabelen zijn elk onmisbaar, maar niet afdoende. Variabele twee en drie zijn hierbij wel de twee belangrijkste krachten om te besluiten tot samenwerking.

Interdependentie kan als volgt worden gedefinieerd: wederzijdse afhankelijkheid om te kunnen functioneren. Zij kunnen niet zonder elkaar. De een heeft iets wat de ander ook wil en dit is wederkerig. Afhankelijkheid moet dus in de ruimste zin gezien worden. Koppenjan (1993)<sup>21</sup> definieert interdependentie als: een reeks interacties tussen actoren, gericht op de beïnvloeding van probleemformuleringen, oplossingen en werkwijzen. Organisaties gaan in sterkere mate elkaars doelbereiking beïnvloeden. Deze ontwikkelingen gaan gepaard met een groeiend bewustzijn van deze interdependenties bij alle actoren. Het interdependentiebewustzijn van de organisaties is van wezenlijk belang, vooral wanneer samenwerking vrijwillig tot stand zou moeten komen. Indien er geen sprake is van een sturende dominante actor komt samenwerking alleen tot stand als organisaties zo sterk van elkaar afhankelijk zijn, en zich dat ook realiseren, dat er door samenwerking voor alle betrokkenen organisaties voordeel behaald wordt.

Concluderend kan worden gezegd dat vertrouwen een grote rol speelt om succesvol kennis te delen. De kennis delende organisaties dienen een cultuur te hebben waar men een positieve houding heeft ten opzichte van de kennis. De kennis delende partijen moeten beschikken over vaardigheden om kennis te kunnen delen. Zij moeten gemotiveerd zijn om met elkaar samen te werken, van elkaar te leren en de kennis te delen. De organisaties moeten zich bewust zijn van de afhankelijkheid van elkaar om kennis te delen. De kennis delende partijen brengen en halen kennis bij elkaar.

---

### 3.4.3 Communicatie

Een beknopte definitie van communicatie die aansluit bij het onderzoek is van Veenman en van Doorn (1997).<sup>19</sup>

*“Een proces waarmee door middel van tekens informatie wordt overgedragen”*

Communicatie is informatieoverdracht tussen twee of meer partijen door middel van tekens, signalen en symbolen. Het doel van communiceren is het overbrengen van een bepaalde boodschap om iets te bereiken. De zender heeft een boodschap te versturen naar een of meerdere ontvangers. Om deze boodschap te ‘vervoeren’ wordt gebruik gemaakt van een medium of een kanaal. Onder een medium wordt in dit onderzoek ook face-to-face communicatie verstaan. Tevens een tastbaar middel om de tekens binnen het communicatieproces vast te leggen. Een kanaal is een infrastructuur waardoor tekens van de ene naar de andere overgebracht worden (Veenman, van Doorn 1997).<sup>19</sup> Feringa, Priëst en Ritsema (1991)<sup>22</sup> beschrijven dat er goede communicatiekanalen moeten worden ingericht om de boodschap te versturen. Zij belichten daarbij een aantal facetten waaraan effectieve communicatie moet voldoen: adequaatheid, duidelijkheid en tijdigheid. Dit om de kennis te communiceren met de andere medewerkers en organisaties. De Informatie Computer Technologie (ICT) kan een belangrijke rol spelen, zeker als het gaat om kennis op voorraad of impliciete kennis die geëxpliciteerd wordt. We hebben het dan over e-mail, internet, intranet, databestanden, digitale gele gidsen, cv-bestanden, expertsystemen, projectenfiles. De computer wordt voornamelijk gebruikt voor de opslag van informatie en kennis. Informatietechnologieën hebben derhalve een ondersteunende, faciliterende functie (Feringa, Priëst en Ritsema, 1991).<sup>22</sup>

### 3.4 Marktwerking en concurrentie

In deze paragraaf worden de begrippen marktwerking en concurrentie uitgelegd. Belangrijk om te weten is dat deze begrippen voor een barrière kunnen zorgen in het succesvol delen van kennis tussen organisaties. Diverse auteurs zoals bijvoorbeeld Porter zijn van mening dat kennisdeling tussen organisaties lastig is bij marktwerking. Er wordt volgens de literatuur weinig kennis gedeeld en samengewerkt tussen organisaties om concurrentievoordeel te creëren en te behouden.



### 3.4.1 Marktwerking

In de gezondheidszorg begon men in de jaren '80 over marktwerking na te denken. Dit is volgens de politiek het principe waarop de gezondheidszorg moet functioneren en de kosten beheerst konden worden. Het gevolg van de marktwerking is dat de overheid zich terugtrekt (Ruud Lapré, 2001).<sup>23</sup> De gezondheidszorg dient een particulier initiatief te worden. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar ook patiënten/consumenten gaan marktrelaties met elkaar aan. De aanleiding voor marktwerking is de individualisering, deregulering en liberalisering. Besturing van de gezondheidszorg op basis van marktwerking staat haaks op het principe van politieke sturing. De beoogde marktwerking betekent echter niet dat de overheid zich niet meer verantwoordelijk voelt voor de publieke belangen. Het kabinet wil een verantwoorde marktwerking in de gezondheidszorg. Dit betekent dat de gezondheidszorg toegankelijk, van een goede kwaliteit, betaalbaar en op tijd beschikbaar is voor iedereen (Erik Schut, 2001).<sup>23</sup> Tevens dient de zorg zo veilig mogelijk, doelmatig en patiëntvriendelijk te zijn. De overheid wil invloed behouden in het speelveld en op de spelregels van de marktwerking in de zorg. Waar zelfregulering niet mogelijk is of faalt, treedt de overheid regulerend of corrigerend op.

Marktwerking in de economie kan worden gedefinieerd als het automatisch tot stand komen van een evenwicht tussen vraag en aanbod waardoor vervolgens de prijs tot stand komt (Erik Schut, 2001).<sup>23</sup> Er worden beslissingen genomen over het produceren, afnemen en verdelen van goederen en diensten door individuele producenten, consumenten en bezitters van productiemiddelen. In de gezondheidszorg houdt het in dat er aan de aanbodzijde voldoende zorgleveranciers zijn en aan de vraagzijde voldoende patiënten die uit de diverse aanbieders moeten kunnen kiezen. Zorgaanbieders kunnen vrij en onmiddellijk toetreden en uittreden, zonder hoge kosten (lage toetredingsbarrières). Er is sprake van transparantie met betrekking tot prijs en kwaliteit. Volledige informatie is noodzakelijk bij de aanbieders en vragers omtrent de zorg. Er mogen geen kwaliteitsverschillen zijn tussen dezelfde geleverde producten (zorg). Er wordt een homogeen product verhandeld. Alle producten die gekocht of verkocht worden, zijn in de ogen van vragers en aanbieders volkomen identiek en uitwisselbaar (Zuurbier, 2005).<sup>24</sup>

---

De Minister van VWS wil “gereguleerde” marktwerking. Dit betekent dat er marktwerking is binnen de door de overheid gestelde voorwaarden en beperkingen. Door middel van nieuwe wetten en maatregelen wil de overheid marktwerking bewerkstelligen (Erik Schut, 2001).<sup>23</sup> De overheid beschikt binnen het stelsel van marktwerking over kostenbeïnvloedende bevoegdheden, evenals over bevoegdheden op het gebied van capaciteitsbeheersing en prijsregulering.

De markt is de ontmoetingsplaats van vraag en aanbod (Erik Schut 2001).<sup>23</sup> Het prijsmechanisme is binnen de publieke sector niet of slechts gedeeltelijk werkzaam. De voor de markt kenmerkende koppeling tussen prestatie en tegenprestatie wordt bij het inschakelen van de overheid meestal doorbroken. Er ontstaat pas echte marktwerking als op de zorgverzekeringsmarkt, zorgverleningmarkt en bekostigingsmarkt volledige concurrentie kan plaats vinden.

### 3.4.2 Concurrentie

Onder concurrentie wordt mededingen verstaan: de strijd tussen verschillende partijen om een doel te bereiken dat door zijn aard slechts voor enkelen is weggelegd. In een concurrentiestrijd gaat de winst van één partij meestal ten nadele van de anderen. De strijd tussen verschillende deelnemers in de markt om een aandeel te verkrijgen in de markt (Porter, 2004).<sup>25</sup> Meestal gaat het daarbij om aanbieders van gelijke of vervangende goederen die dingen naar dezelfde vragers. In de zorg zijn drie markten te onderscheiden. De zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorgaanbiedingsmarkt.

Marktwerking en concurrentie hebben als doel de patiënten aan de organisatie te verbinden. Het effect van deze concurrentiestrategie geeft groei van de omzet wat winst oplevert. Van groot belang is dat ook de ruimte voor concurrentie effectief wordt bewaakt. Dit wordt bewerkstelligd door middel van de Mededingingswet in 1998. De NMa ziet toe op de uitvoering van de wet. De wet is als volgt:

*“Het bewerkstelligen van concurrerende verhoudingen om economische efficiëntie en technologische en economische vooruitgang te stimuleren.”*

Deze wet is bedoeld om meer concurrentie en marktwerking te laten plaatsvinden in de gezondheidszorg.

### 3.5 Kennis delen binnen marktwerking en concurrentie

In het bedrijfsleven wordt volgens Michael Porter (2004)<sup>25</sup> niet met de concurrent samengewerkt om concurrentievoordeel te behouden. Echter hierop zijn een aantal uitzonderingen die er voor zorgen dat er wel kennis wordt gedeeld en dat er wordt samengewerkt tussen organisaties.

Alter et al. en Heck & Grewal 2005<sup>26</sup> hebben diverse variabelen beschreven die leiden tot samenwerking en kennis delen.

- Lagere ontwikkelingskosten van de producten of processen. Men heeft minder personeelskosten, dit geldt zeker voor de kennisintensieve industrie, productiekosten en ontwikkelingskosten. Het leidt tot een lagere kostprijs.
- Het verhogen van de waarde per activiteit, wat leidt tot een hogere toegevoegde waarde voor de cliënt van de uiteindelijke producten of diensten.
- Het beter aansluiten van de activiteiten met elkaar, wat kan leiden tot zowel lagere kosten als een hogere toegevoegde waarde.
- Toegang verkrijgen tot vereiste capaciteiten en vaardigheden. Om het beste talent met de juiste vaardigheden en capaciteiten te hebben in de organisatie kan het te duur zijn om het product/proces te ontwikkelen. Het product of proces kan te specifiek zijn. Of je hebt deze medewerkers maar voor een korte tijd nodig.
- De kortere ontwikkelingstijd van de producten of processen kan stimulans zijn tot samenwerking. Men wil de eerste zijn die het product/proces op de markt brengt. Of men wil de eerste zijn om het product/proces tegen een bepaalde prijs op de markt brengen.
- Beter risicomangement, het delen van risico's en financiële middelen. In verschillende industrieën, bijvoorbeeld bij de farmacie zijn de ontwikkelingskosten zo hoog dat het niet mogelijk is om alleen het risico te lopen om een nieuw product te ontwikkelen.
- Improve localization.

Om samen te werken en kennis te delen met andere organisaties heeft de organisatie wel de juiste cultuur, structuur, vaardigheden en capaciteiten nodig.

### 3.6 Conclusie

#### *Kennis*

Tijdens de literatuurstudie kwam uit diverse artikelen naar voren dat er twee soorten kennis worden onderscheiden, namelijk impliciete en expliciete kennis.

Deze twee soorten kennis dienen als uitgangspunt voor het proces om kennis te delen. Het model van Nonaka en Takeuchi (2003)<sup>4</sup> de kennisspiraal- zorgt voor verduidelijking. Het model onderscheidt vier fasen van kennisoverdracht voor alle mogelijke combinaties: socialisatie, externalisatie, combinatie en internalisatie

#### *Determinanten kennisdeling*

Binnen een kennisdelingsproces zijn een aantal determinanten welke invloed hebben op de bereidheid om kennis te delen; vertrouwen, communicatie en cultuur. De intentie om te leren en het absorberende vermogen zijn randvoorwaarden voor de cultuur. Tevens kan gezegd worden dat de kennis delende organisaties een cultuur dienen te hebben waar men een positieve houding heeft ten opzichte van de kennis en over vaardigheden om kennis te delen. Zij moeten de intentie hebben om te leren en om met elkaar samen te werken. De organisatie dient een absorberend vermogen te hebben om kennis te kunnen delen.

#### *Marktwerking en concurrentie*

In de gezondheidszorg houdt marktwerking in dat patiënten een keuze kunnen maken uit diverse zorgaanbieders. Zij kunnen vrij toetreden en uittreden in de markt. De markt is transparant met betrekking tot prijs en kwaliteit. Concurrentie houdt in dat er mededingen is. Er is een strijd tussen verschillende personen of organisaties om een doel te bereiken, bijvoorbeeld om de beste kwaliteit te leveren of om een monopoliepositie te bemachtigen. In een concurrentiestrijd is de winst van één partij meestal ten nadele van de andere partij. Uit de literatuur blijkt dat kennis delen en samenwerken lastig is als er concurrentievoordeel wordt nagestreefd. Echter onder een aantal omstandigheden zal er wel kennisdeling plaats vinden. Er zijn diverse variabelen die tot samenwerking en kennisdeling leiden:

- Lagere ontwikkelingskosten van de producten of processen.
- Verbetering van de kwaliteit.
- De kortere ontwikkelingstijd van de producten of processen.
- Het delen van risico's en financiële middelen en improve localization.

## **4 Analyse**

In dit hoofdstuk wordt de analyse gepresenteerd. Als eerste wordt beschreven wat de concrete gevolgen zijn van marktwerking voor verschillende OK's en hoe de medewerkers dat ervaren. Vervolgens wordt aandacht besteed aan de centrale rol die kennis delen speelt bij het OK oké project. In de daarop volgende paragraaf wordt de bereidheid van medewerkers besproken om kennis te delen met andere OK's. Daarna wordt ingegaan op de factoren die bijdragen aan de bereidheid tot kennis delen. Afgesloten wordt met een korte samenvattende conclusie.

### **4.1 Marktwerking binnen de gezondheidszorg**

In haar streven om marktwerking in te voeren introduceert de overheid een zogenaamde Diagnose Behandel Combinatie. Op deze manier wordt geprobeerd de gewenste omslag van aanbod "gereguleerde" sturing naar vraaggerichte sturing van de zorg te faciliteren.

De Diagnose Behandeling Combinatie (DBC's) systematiek is een bekostigingssystematiek gebaseerd op geleverde prestaties. De invoering van de systematiek zorgt ervoor dat een prijs gekoppeld kan worden aan het zorgproduct. De DBC's zijn ontwikkeld door de stuurgroep DBC en alle wetenschappelijke verenigingen van de Orde van Medisch Specialisten (Zuurbier 2004).<sup>24</sup> Deze Orde heeft het primaire proces van de medisch specialistische hulp beschreven vanuit de hulpvraag van de patiënt. De DBC's zijn gebaseerd op principes van 'evidence based medicine' \*. De systematiek impliceert een vergaande standaardtypering van de producten (output) van ziekenhuizen, waardoor de zorgverzekeraar de zorgaanbieders op prijs en kwaliteit kunnen vergelijken. Hierdoor zal op de zorginkoopmarkt meer concurrentie en dus meer marktwerking ontstaan.

De Diagnose Behandel Combinatie systematiek is op 1 februari 2005 van start gegaan, zij het voor slechts 10% van de huidige ziekenhuiszorg (het B-segment) (Zuurbier 2004).<sup>24</sup> Het zorgt voor een standaardtypering van een aantal producten die geleverd worden door de ziekenhuizen. Met de nieuwe DBC systematiek moet een betere aansluiting tussen de vergoeding van de gemaakte kosten en de geleverde prestaties en gelijkgerichte incentives (stimulans; prikkels) tot stand komen, zowel binnen de instellingen als tussen de instellingen en de

---

zorgverzekeraars (College Toezicht Zorgverzekeringen 2003)<sup>27</sup>. De specifieke uitgangspunten van de invoering van het DBC-bekostigingssysteem zijn (CTZ 2003):

- a) Meer transparantie en vraagsturing
  - b) Betere sturing van de bedrijfsprocessen en kwaliteit
  - c) Meer productie en afname wachtlijsten
  - d) Marktwerking
- a) Het gehele traject van behandeling, inclusief diagnostiek, wordt ondergebracht in één product. Dit moet leiden tot meer transparantie van de productie van een ziekenhuis en de werkelijke kosten van een behandeling. Ook moeten de productdefiniëringen aan de hand van DBC's inzicht geven in de zorgvraag waardoor er meer vraagsturing mogelijk is (CTZ 2003).
- b) Het DBC-systeem inzicht te geven in de doelmatigheid van de geleverde zorg van een ziekenhuis. De prijs-kwaliteitverhouding van deze producten wordt inzichtelijk.
- c) De DBC's beogen een prikkel te zijn tot een hogere productie; bij een DBC is er sprake van een koppeling tussen het geleverde zorgproduct en de opbrengst. Hierdoor moeten de wachtlijsten afnemen (CTZ 2003).
- d) Zorgverzekeraars kunnen onderling concurreren om de beste zorg van de zorgaanbieders in te kopen voor de eigen klanten, de verzekerden.
- Tot slot de DBC's zorgen voor meer marktwerking. Een DBC-prijs bestaat uit twee vaste componenten, namelijk het honorarium van de medisch specialist en de kapitaallasten, en een variabele component. De zorgaanbieders concurreren op het variabele deel van een DBC-prijs. Ziekenhuizen die hun zorg bedrijfsmatiger, efficiënter hebben ingericht, hebben een lagere DBC-kostprijs dan de ziekenhuizen die hier niet op sturen. De DBC's zijn dus het product dat het spel van vraag en aanbod mogelijk moet maken.

Concluderend kan men zeggen dat de Diagnose Behandel Combinatie's een hele belangrijke rol spelen. Het is een nieuw bekostigingssysteem dat zorgt voor marktwerking in de gezondheidszorg. Zorgverzekeraars kunnen hierdoor onderling concurreren om de beste zorg van de zorgaanbieders in te kopen voor de eigen klanten, de verzekerden. Hierdoor ontstaat concurrentie tussen de zorgaanbieders onderling. In de hierop volgende paragraaf worden de gevolgen van de concurrentie besproken.

#### 4.2 Gevolgen marktwerking binnen de operatieafdelingen

Diverse incentives op de operatieafdelingen zijn inmiddels veranderd onder invloed van de marktwerking en het gebruik van de DBC's. Voor zowel de medisch specialist als de operatieafdeling komt er een directe relatie te liggen tussen het werk dat wordt verricht en het inkomen. Zij hebben beiden een financieel belang dat er doelmatig gewerkt wordt volgens bedrijfseconomische uitgangspunten. Het streven is ernaar de kwaliteit van de operatieafdeling te verbeteren en de zorg inzichtelijk te maken. Voor dit onderzoek zijn de volgende beschreven thema's relevant:

Loon naar werken, doelmatigheid en het werken volgens bedrijfseconomische uitgangspunten, transparantie en kwaliteitsverbetering.

##### *Loon naar werken*

Voordat de marktwerking zijn intrede had gedaan speelden andere incentives voor de medisch specialisten een rol dan voor de operatieafdeling. Er was bijvoorbeeld geen relatie tussen werk dat verricht werd en het inkomen voor de medisch specialist. De kosten van de operatieafdelingen speelden voor de medisch specialist daarom geen rol; waren van geen belang voor hen. Door de DBC's begint dit te veranderen. Het geeft enerzijds zicht op de kwaliteit van de zorg, anderzijds geeft het inzicht in de kosten van de operatieafdeling.

De invoering van deze systematiek zorgt ervoor dat er een prijs gekoppeld kan worden aan een zorgproduct. Het geeft inzicht in de aard van behandeling en de bijbehorende prijs. In vergelijking met vroeger komen de incentives van de medisch specialist en de operatieafdeling meer met elkaar overeen. Door de DBC's kunnen medisch specialisten ook gestimuleerd worden op de kosten te letten en optimale kwaliteit van zorg te leveren. Dit kan namelijk hun inkomen verhogen, zo geven de respondenten aan.

*“Als het DBC traject nog nadrukkelijker wordt ingezet, dan is het de eerste keer dat operateurs belang bij hebben bij een efficiënt OK bedrijfsvoering.. Als echter de snijdende specialisten verantwoordelijk zouden worden voor de kosten, dan zouden ze wel mee gaan denken over de efficiency van het OK-apparaat.”*

---

In de praktijk, volgens de respondenten, streven zij ernaar om alle medisch specialisten zich bewust te laten worden van de bedrijfsvoering op de operatieafdeling. Volgens de respondenten zou het nog idealer zijn als alle kosten die gemaakt worden op de operatieafdeling gekoppeld kunnen worden aan de maatschappen van de medisch specialisten. Als de medisch specialisten efficiënter gaan werken dan kan er meer verdiend worden. Als er niet doelmatig gewerkt wordt, ziet de medisch specialist zijn inkomsten teruglopen. De belangen van de medisch specialist en de operatieafdeling kunnen gelijk zijn bij een efficiënte bedrijfsvoering van de operatieafdeling.

#### *Doelmatigheid en het werken volgens bedrijfseconomische uitgangspunten*

De operatieafdelingen besteden veel aandacht aan doelmatig werken en doelmatigheid omdat de incentives veranderd zijn. Daardoor worden er steeds meer logistieke concepten vanuit het bedrijfsleven vertaald naar de zorgsector en dus ook naar de operatieafdeling. Het gevolg hiervan is dat er op de operatieafdeling wordt gestuurd op de patiëntenlogistiek en de zorgprocessen. Volgens de geïnterviewden wordt er op de operatieafdeling naar gestreefd om volgens bedrijfseconomische uitgangspunten te werken. Door de DBC's wordt het transparant wat een behandeling kost en wat het oplevert. Dit maakt het voor de operatieafdeling mogelijk om een economische vergelijking te maken. Op welke ingrepen, activiteiten maakt men winst of verlies? Hierdoor kunnen producten waar de operatieafdeling goed in presteert op de markt worden gebracht. De slechte producten kunnen worden afgestoten. Volgens de respondenten worden op grond van de winst- en verliesgevende activiteiten verschillende keuzes gemaakt en daardoor zijn er verschillende ontwikkelingen binnen de operatieafdeling:

- Het afstoten van specialismen bij verliesgevendheid of een dominante actor in de omgeving van de operatieafdeling.
- Het specialiseren van deelgebieden in een bepaald vakspecialisme waardoor een groter volume een verbeterde procesbeheersing en tot minder complicaties zal leiden.
- Specialisatie van activiteiten door middel van grote volumes patiënten te behandelen met dezelfde aandoeningen. Dit resulteert in betere prestaties en lagere kosten. Voorbeelden hiervan zijn de cataract-, liesbreuk-, galblaasstraten. De cataract straat is inmiddels algemeen goed op de operatieafdelingen.



De operatieafdelingen kunnen door middel van deze keuzes een betere zorg leveren. Zij willen graag winst maken of de kosten van de afdeling beheerbaar houden. Doordat de incentives veranderen en de marktwerking zijn intrede heeft gedaan, wordt er doelmatiger gewerkt op de operatieafdelingen en wordt de zorg transparanter aldus de respondenten.

#### *Transparantie*

De zorgprocessen op de operatieafdelingen worden inzichtelijker en men probeert op deze manier de kosten daadwerkelijk aan de bron te koppelen. Vooral nog is het voor de operatieafdelingen die deelnemen aan het onderzoek, nog een hele uitdaging om de daadwerkelijke kosten aan de bron te koppelen. De DBC's hebben dezelfde productdefinities waardoor men zich met andere organisaties kan spiegelen aan "best practice" \*. Het maakt de zorg transparanter, het zorgt dat de operatieafdelingen kunnen concurreren. De operatieafdeling dient om te kunnen concurreren de afdeling bedrijfsmatiger in te richten. Het merendeel van de respondenten vindt echter een echte kosten-baten analyse van een DBC voor alsnog onmogelijk. Het is nu nog moeilijk te berekenen wat de daadwerkelijke kosten zijn van een zorgproduct en wat een DBC oplevert. Volgens de respondenten zijn niet alle kosten inzichtelijk op de operatieafdeling en aan iemand, een vakgroep of iets anders toe te wijzen. Het ontbreekt de meeste ziekenhuizen aan een goede infrastructuur om een daadwerkelijke kosten-baten analyse te maken. Het streven van de operatieafdelingen is er naar om dit in de toekomst wel te realiseren. Een goede ICT service afdeling is hierbij onmisbaar en die is nog lang niet bij elk ziekenhuis op het niveau dat nodig is. Het zorgt ervoor dat de operatieafdelingen daadwerkelijk kunnen concurreren. Volgens de respondenten is voor een echte marktwerking veel meer transparantie nodig. Deze transparantie kan een kwaliteitsverbetering geven van de geleverde zorg.

#### *Kwaliteitsverbetering*

Het gevolg van meer transparantie is de onderlinge 'benchmarking' tussen de operatieafdelingen. Diverse afdelingen hebben voor of tijdens het OK oké project deelgenomen aan een benchmark. Het levert een prikkel op om bij de les te blijven en innovaties in de zorgverlening snel aan te leren en over te nemen. De rol van de benchmark in dit onderzoek wordt later in dit rapport verder toegelicht.

Samenvattend kan gesteld worden dat er voorheen nauwelijks impulsen waren om volgens bedrijfseconomische uitgangspunten te werken en de zorg transparant te maken. De marktwerking en het gebruik van de DBC's hebben ervoor gezorgd dat het werken volgens bedrijfseconomische uitgangspunten nu wel een rol gaan spelen.

De volgende paragraaf is een weergave van de inhoud van interviews die gehouden zijn met de organisatorische managers. Zij hebben uit hoofde van hun functie inzicht in zowel de maatschappelijke ontwikkelingen als de bedrijfsvoering van de operatieafdeling. Zij hebben zitting in het 'OK oké' project.

#### 4.3 Ervaringen marktwerking op de operatieafdeling

De marktwerking en de invoering van de DBC's worden verschillend ervaren. Er is daarbij een duidelijke tweedeling zichtbaar. De ene groep organisatorisch managers is duidelijk bewuster met de marktwerking bezig dan de andere groep managers. De eerste groep betreft managers die pro-actief met de marktwerking omgaan. Zij zien het als een kans, als een mogelijkheid om de operatieafdeling en zichzelf te profileren als een goede speler binnen de markt. De tweede groep organisatorisch managers vindt eigenlijk dat marktwerking niet kan in de gezondheidszorg. Zij gaan er reactief mee om, door slechts te reageren op de marktwerking als het niet anders kan. Als eerste wordt de pro-actieve groep managers beschreven. Vervolgens de reactieve groep organisatorisch managers.

##### *De pro-actieve managers*

Deze organisatorisch managers willen de operatieafdeling volgens bedrijfseconomische principes leiden. De managers willen winst maken en de afdeling en zichzelf profileren in de markt. Zij zijn zich bewust van de marktwerking en de impact die het kan hebben, waaronder bijvoorbeeld:

- De toetreding van buitenlandse ondernemers in de zorg.
- Het eventueel ontslaan van medewerkers op de afdeling als er financieel verlies wordt gemaakt.

De managers willen dat iedere medewerker zich hiervan bewust is. Zij verlangen van medewerkers een actieve houding ten opzichte van de marktwerking. De medewerkers dienen mee te denken over de verbeteringen die haalbaar zijn om volgens bedrijfseconomische principes te werken zodat er winst wordt gemaakt met

de operatieafdeling. Binnen de afdeling wordt daarom ook actief samengewerkt aan het opzetten van straten.

*“Wij hebben voor diverse ingrepen straten ingericht om zoveel mogelijk winst te maken, zodat wij ook de andere zorg kunnen blijven leveren waar verlies op gemaakt wordt.”*

Het draait blijkbaar niet alleen om de winst bij de ontwikkeling van straten. Door de winstgevende straten kunnen zij het geld ook voor andere zaken op de afdeling goed laten verlopen. Op deze manier kunnen verliesgevende ingrepen, bijvoorbeeld neurochirurgie, behouden blijven in het ziekenhuis.

*“Als ik alleen maar naar de centen zou kijken, dan werden er alleen maar electieve ingrepen verricht en winst gemaakt.”*

Het wordt verleidelijk gevonden door deze groep respondenten om alleen maar electieve zorg te verrichten. Het is gemakkelijk geld verdienen. Deze managers zijn zich ervan bewust dat deze zorg eenvoudig uit het ziekenhuis gehaald kan worden en dat de duurdere zorg in de reguliere ziekenhuis blijft.

*“De krenten kunnen uit de pap worden gehaald door de commerciële instellingen, wat ons dan ontnemt op dat front makkelijk geld te verdienen om de duurdere zorg te compenseren.”*

Door de marktwerking en vrijere toetreding van de Zelfstandige Behandel Centra's kan het inderdaad gebeuren dat het snelle geld verdiend wordt buiten het ziekenhuis. De eenvoudige zorg wordt in de ZBC's goed en volgens bedrijfseconomische principes georganiseerd. De operatieafdeling binnen een ziekenhuis zal goed georganiseerd moeten worden. Daadkrachtig optreden is nodig om de concurrentiestrijd aan te gaan.

*“Boodschap voor de ziekenhuizen: We gaan een tijd tegemoet dat we onze zaken goed moeten organiseren, meer flexibiliteit in moeten bouwen om niet buiten de markt te grijpen.”*

Er moet bedrijfseconomisch gewerkt worden op de operatieafdeling. Het resultaat hiervan is dat de operatieafdeling onder andere naar hun processen, taken en functies gaan kijken. Om op deze manier te werken moet er draagvlak zijn bij de medewerkers op de OK. Bij een van de pro-actieve respondenten werd een beleidsdag georganiseerd om medewerkers van de operatieafdeling bewust te maken van de marktwerking en de gevolgen hiervan.

*“Een extern bureau heeft een beleidsdag met onze wensen georganiseerd. We hebben de medisch directeur op de zeepkist gezet om duidelijk te maken wat er zich afspeelt in de zorg. Wat is marktwerking en wat voor gevolgen heeft het voor ons de komende 10 jaren. Wat gebeurt er en waar gaan we naar toe.”*

Deze medewerkers zijn zich bewust van de marktwerking en wat voor effect de marktwerking heeft voor de zorgverlening op de operatieafdeling. Zij denken actief mee in het beter organiseren van de zorg op de operatieafdeling, dit om een goede speler te zijn in de markt.

Marktwerking op de operatieafdeling is mede afhankelijk van de visie en missie die onder andere door de Raad van Bestuur wordt samengesteld en bijgesteld. Zij bepalen de strategische keuze. Bij de pro-actieve managers wordt de Raad van Bestuur als innovatief ervaren. Dit vertaalt zich in het beleid van het ziekenhuis en dus ook op de operatieafdelingen.

*“De marktwerking staat hoog op de agenda in het ziekenhuis.”*

Marktwerking is regelmatig het onderwerp in vergaderingen met de Raad van Bestuur (RvB) of in overlegvormen. Hoe gaan zij reageren als ziekenhuis op wat er in de omgeving gebeurt. De RvB denkt tevens na over de marktwerking. Zij zien door middel van de marktwerking mogelijkheden en kansen voor de toekomst. Dit heeft ook gevolgen voor de operatieafdelingen. De managers willen actief reageren op de marktwerking. Naar de ideeën en mogelijkheden bijvoorbeeld van de organisatorisch managers wordt geluisterd door de RvB en zij reageren hierop. Enkele voorbeelden: een ZBC wordt opgericht door de afdeling en specialisten om winst te genereren; een electief centrum wordt ingericht op een van de locaties van het ziekenhuis; er kan deelgenomen worden aan een benchmark enzovoorts. Ook wordt de behoefte

---

van de patiënt aan zorg onderzocht. De zorgvraag van de patiënt staat centraal. Zij laten het niet alleen bij deze onderzoeken maar reageren hierop met innovatieve concepten zoals het werken met servicemedewerkers.

*“Momenteel hebben wij servicemedewerkers die van acht uur ‘s morgens tot acht uur ‘s avonds klaar staan voor de wensen van de patiënten. Servicegerichtheid. Willen zij een krantje dan kan dit, willen zij een rondje lopen, dan kan dit enz. Dit alles met klantgerichtheid en marktwerking.”*

In dit ziekenhuis wordt onderzoek gedaan naar de zorgbehoefte van de patiënt. Marktwerking is volgens deze geïnterviewden een gegeven en de patiënt is een belangrijke actor hierin. Er is een vliegwiel in gang gezet dat zich voorlopig niet laat stoppen. Niet alleen zijn deze managers zich bewust van de marktwerking maar het wordt ook gebruikt in de salarisonderhandelingen.

*“Ik heb een salaris dat boven de norm is van de organisatorisch managers.”*

Doordat er marktwerking is, kunnen deze managers onderhandelen over de salarissen. Er worden in overleg targets afgesproken. Bij het behalen van de doelstelling komt er op het salaris een bepaalde bonus bij. Dit was een aantal jaren geleden nog niet mogelijk. In tegenstelling tot de hierboven beschreven groep wordt de marktwerking bij de reactieve managers als vervelend en bedreigend ervaren.

#### De reactieve groep managers

Deze groep respondenten ervaart de marktwerking als negatief voor de gezondheidszorg. De DBC's worden als lastig onderdeel van het werk ervaren.

*“Marktwerking: de DBC kwam om de hoek. Het was voor velen zeker in het begin een spookachtig gebeuren. Rekeningen en dat soort zaken, voor specialisten en personeel was en is het niets. Het leidt tot mindere kwaliteit en een afbraak van de Nederlandse solidariteit.”*

Deze respondenten vinden de invoering van de DBC's een bedreiging. Het geeft vooral nog een enorme papieren rompslomp, er moet veel gecontroleerd worden bijvoorbeeld het invullen van de administratie van de DBC's.

*“De specialisten vinden het vreselijk al die extra administratie en tijd.”*

Uit de interviews komt naar voren dat het voor de patiënt niet te begrijpen is . Hierover wordt met enige regelmaat gediscussieerd door de patiënten met medewerkers op de operatieafdeling. De patiënten krijgen rekeningen thuis waar het merendeel niets van begrijpt. Het is bijvoorbeeld lastig uit te leggen dat er ook betaald wordt voor zaken waar je geen gebruik van maakt. Deze managers willen eerst afwachten wat er met de DBC's en de marktwerking gaat gebeuren. Zij willen kijken hoe andere operatieafdelingen en ziekenhuizen reageren op de marktwerking. Er wordt niet pro-actief op de marktwerking gereageerd, alleen reactief.

*“Verzakelijking van de markt, we vergeten dat het patiëntenzorg is, dat het ook om ons zelf zou kunnen gaan.”*

De gezondheidszorg als een markt is iets wat deze respondenten niet willen zien gebeuren. De managers willen alles bij het oude laten. Zij geloven niet in marktwerking binnen de zorg. Volgens deze respondenten is er voor marktwerking meer transparantie, meer innovatie- en kwaliteitsverbeteringen nodig. Dit kan alleen in samenwerking met de professional gerealiseerd worden.

*“De professionals willen alleen goede zorg verlenen en het merendeel wil niet lastig gevallen worden door de marktwerking.”*

Volgens deze managers willen de specialisten alleen zorg verlenen naar eigen inzicht, aan de patiënt. Zij willen geen marktwerking. Uit de interviews komt naar voren dat de specialisten al helemaal geen interesse hebben in een meer gestructureerde bedrijfsvoering. De professional is echter wel nodig om de bedrijfsvoering van de afdeling te verbeteren.

*“Specialisten leven in een wereld van ons kan niets gebeuren, wij leiden weinig op en zijn autonoom en daardoor machtig. Hoe krijg je deze bedrijfsmatig aan het denken met allemaal verschillende agenda's en geen ondernemerschap.”*

Er werken op de operatieafdelingen vele autonome professionals. Zij hebben geen interesse in de organisatorische en bedrijfseconomische zaken die nodig zijn om concurrentievoordeel te behalen met de afdeling. Ook al willen deze operatieafdelingen wel marktwerking dan is het niet mogelijk met een terughoudende Raad van Bestuur. Marktwerking wordt dan lastig op de operatieafdeling.

*“Er gebeurt wat en we kijken wel. De wereld verandert wel door, wordt gedacht. RvB blinkt niet uit in creativiteit.”*

De Raad van Bestuur is bij deze ziekenhuizen niet actief bezig met de marktwerking. De RvB wordt gedwongen om keuzes te maken voor hun organisaties. De operatieafdelingen worden gedwongen om “straten” te introduceren.

*“Wij willen en kunnen niet van zoveel straten hebben, moeten we aan andere overlaten. Die kunnen dat veel beter dan wij. Door de marktwerking zijn we ertoe gedwongen om maar te kiezen voor het electieve en voor het geld.”*

Deze operatieafdelingen worden gedwongen tot electieve zorg omdat hier veel winst te behalen is. Eigenlijk willen zij veel liever alles bij het oude laten en allerlei ingrepen verrichten bij patiënten uit hun vertrouwde regio.

*“Oudere patiënten die niet mobiel zijn gaan echt niet ziekenhuisje shoppen.”*

Volgens de respondenten maken met name de oudere patiënten geen keuze voor een bepaald ziekenhuis. De geografische nabijheid van een ziekenhuis is van groter belang dan de marktwerking.

Opvallend bij deze respondenten is tevens dat zij geen targets afspreken in het jaargesprek over het salaris.

*“Ik ben tevreden met wat ik heb en kan er dan ook niet op afgerekend worden.”*

De managers gebruiken de marktwerking niet om te onderhandelen over de hoogte of eventuele bonussen van de salarissen. Een van de aspecten hierbij is dat zij niet aangesproken willen worden op de niet behaalde prestaties. Het lijkt uit de interviews

dat niet alleen zij verantwoordelijk zijn voor de prestaties die geleverd worden op de operatieafdelingen. De managers vinden dat zij te weinig invloed kunnen uitoefenen op de prestaties en hierdoor hebben targets geen nut.

Uit bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er twee groepen managers met verschillende perspectieven betreffende de marktwerking bestaan. De ene groep reageert pro-actief en de andere groep reageert reactief op de marktwerking. Het lijkt alsof een organisatie die pro-actief reageert op de marktwerking door middel van straten nu al winst boeken. De operatieafdeling kan ondertussen haar winst en kennis benutten om nieuwe projecten te ontwikkelen om de concurrentie aan te gaan en de "strijd" te winnen. Kennis speelt een belangrijke rol om concurrentievoordeel te behalen of te behouden.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de bereidheid tot kennisdeling ondanks de marktwerking tussen de operatieafdelingen.

#### 4.4 Kennis delen in de praktijk.

In principe zijn alle managers nu nog bereid om kennis te delen. Zowel vakinhoudelijke als organisatorische kennis. Onder vakinhoudelijke kennis wordt alle impliciete en expliciete kennis verstaan die nodig is voor het uitoefenen van een specialisme. Deze kennis wordt tussen de organisaties voornamelijk gedeeld door de opleidingen die gevolgd worden en de meester/metgezel relatie.

*"De specialisten leren het vak door af te kijken bij anderen."*

Vakinhoudelijke kennis is zo elementair voor het functioneren van specialisten. Zij leren de vaardigheden van het beroep omdat de leermeester bereid is zijn kennis te delen. Het heeft te maken met de professionaliteit en de afhankelijkheid van elkaar om te functioneren. Organisatorische kennis bestaat uit alle kennis die nodig is voor de bedrijfsvoering van de afdeling. Niet alleen wordt er kennis gedeeld binnen de organisatie maar ook met operatieafdelingen van andere ziekenhuizen. Een van de respondenten merkte bijvoorbeeld op:

*"Er komen hier regelmatig andere managers van de OK's."*



Deze managers komen bij hem langs om informatie te halen over bijvoorbeeld de logistiek van middelen, producten, instrumentensets en verbouwingen.

Het is opvallend dat iedereen bereid is tot het delen van kennis ondanks de invloed van de “gereguleerde” marktwerking. Echter de pro-actieve managers geven aan dat het in de toekomst waarschijnlijk niet meer zal gebeuren. De vraag is waarom er kennis wordt gedeeld tussen de operatieafdelingen. Uit dit onderzoek blijkt dat er vier factoren zijn die hierop invloed hebben. Namelijk de informatietechnologie die aanwezig is op de afdelingen, de netwerken waarin de medewerkers zich begeven, de cultuur die aanwezig is op de OK's en de aard van de kennis. In de volgende paragrafen worden deze factoren besproken.

#### 4.4.1 Informatie Computer Technologie

Zoals eerder beschreven blijkt het kennisdelingsproces gunstig beïnvloed te worden door het gebruik van ICT. De computer wordt voornamelijk gebruikt voor de opslag van informatie en transport van kennis. Informatietechnologieën hebben derhalve een ondersteunende, faciliterende functie. Uit dit onderzoek komt naar voren dat er een tweedeling bestaat tussen de deelnemende van de ‘Sneller Beter’ ziekenhuizen. Er is een reactieve groep managers met weinig informatietechnologie op de afdeling. Daarentegen hebben de proactieve groep managers veel informatietechnologie op de afdeling.

*“Het is ongelooflijk dat in Nederland bij sommige ziekenhuizen zo'n grote achterstand in manier van dataregistratie mogelijk is. Hoe willen zij informatie delen? Wij hebben een database met een historie van 10 tot 12 jaar met alle activiteiten. Noem het maar op wat je wil hebben.”*

Het wordt als zeer opvallend ervaren door de pro actieve managers dat er anno 2006 in een moderne medische wereld, met zoveel technische mogelijkheden, nog steeds OK's zijn zonder pc op de operatiekamers. De proactieve groep managers optimaliseren de bedrijfsvoering door middel van de gegevens die aanwezig zijn. Er wordt bijvoorbeeld één maal per kwartaal een nieuwe capaciteitsverdeling van de

specialisten op de afdeling gemaakt. De argumentatie voor deze veranderingen gebeurt door middel van de beschikbare gegevens.

Kennis, data en informatie delen speelt een belangrijke rol in het doorbraakproject 'OK oké'. Veel gegevens worden als data verwerkt. Een goed OK-data registratiesysteem is van essentieel belang, zeker voor borging van de behaalde resultaten. Voor het toepassen van de interventies wordt continu gemeten of deze interventies effectief zijn. De resultaten worden met de betrokkenen en tussen de operatieafdelingen gecommuniceerd. Is de interventie niet effectief, dan wordt de volgende interventie geïntroduceerd. Veel gegevens zijn nodig om een goed resultaat te behalen. In tegenstelling tot de hierboven beschreven groep zijn er deelnemers aan het 'Sneller Beter' project die geen geautomatiseerd registratiesysteem hebben. De deelnemers aan het project voeren handmatig de gegevens in.

*“Wij registreren alles met de hand, het is bijna onmogelijk, die hoeveelheid werk, de hoeveelheid tijd en dat anno 2006.”*

Er zijn dus diverse operatieafdelingen waar weinig pc's zijn en geen database is. Tevens zijn er ziekenhuizen waar wel veel geschreven data aanwezig zijn, maar men deze niet direct om kan zetten naar stuurgetallen of kengetallen om hiermede te sturen op de operatieafdeling.

*“Wij hebben een enorme hoeveelheid data. Er is nooit iets mee gedaan. Hoe krijgen we deze omgezet naar kengetallen en stuurinformatie? Op het moment dat we die hebben, gaan we reorganiseren.”*

Deze afdelingen hebben problemen met het omzetten van data in nieuwe expliciete kennis waarop gestuurd kan worden. De ondersteuning van een goede ICT is belangrijk voor het slagen van het 'OK oké' project.

Samengevat kan worden gesteld dat kennisdeling gunstig beïnvloed wordt door het gebruik van ICT. Er zijn twee groepen respondenten. De ene groep heeft veel ICT en data op de afdeling; er is hierdoor veel informatie aanwezig waarop gestuurd kan worden. Dit is de groep die pro-actief met de marktwerking bezig is. De andere groep

heeft weinig ICT op de afdeling. De mogelijkheid om kennis te delen is hier minder aanwezig. Dit is tevens de groep die reactief met de marktwerking bezig is. Niet alleen de informatietechnologie is echter van belang voor kennisdeling maar ook de netwerken spelen hier een rol bij.

#### 4.4.2 Netwerken

Volgens de respondenten vindt er veel kennisdeling plaats via een uitgebreid netwerk van formele en informele kanalen. De OK wereld blijkt een klein wereldje te zijn waar iedereen elkaar kent en tegenkomt. Deze contacten ontstaan doordat medewerkers deelnemen aan opleidingen, cursussen en bijscholingen; werken in diverse ziekenhuizen; overlegstructuren onderhouden ; deelnemen aan projecten en lid zijn van beroepsverenigingen.

##### *De opleidingen, studies en bijscholingen*

Netwerken ontstaan voor een deel tijdens opleidingen, cursussen en bijscholingen. Het merendeel van de geïnterviewden, op twee na heeft in het verleden een verpleegkundige opleiding gevolgd en/of een opleiding tot operatie assistente.

*“Ik ken diverse managers nog vanuit het opleidingsziekenhuis, we kennen elkaar dus al een hele tijd goed en hebben al veel samengewerkt.”*

Diverse managers kennen elkaar nog uit het verleden en hadden al een band met elkaar opgebouwd voordat zij organisatorisch managers werden. Het vertrouwen in elkaar is al aanwezig.

Er bestaat nog een andere groep dan hierboven beschreven. Dat zijn de organisatorische managers die in een later stadium van hun carrière een academische opleiding gevolgd. Zij maken ook deel uit van diverse andere netwerken. Uit de interviews komt verder naar voren dat er een duidelijke tweedeling is bij de organisatorisch managers en de visie, het ‘kijken’, naar de afdeling en het ziekenhuis.

Er zijn diverse relaties ontstaan met de universiteit en hun medestudenten. Volgens de respondenten zijn op deze opleidingen veelal diverse disciplines van de arbeidsmarkt vertegenwoordigd.

*“Het heeft voor mij veel gebracht de studie op de uni, het zorgt ervoor dat ik alles met een breder perspectief ben gaan zien, niet alleen te kijken naar de operatieafdelingen en de afdelingen die een relatie hiermede hebben maar ook de wereld om ons heen die in een razendsnel tempo veranderd.”*

De groep academische managers heeft meerdere netwerken waar zij kennis mee delen. Zij vinden het hierbij van belang, dat er intervisie groepen zijn waar zij vraagstukken mee kunnen bespreken. Het vertrouwen dat tijdens hun opleiding is opgebouwd speelt hierbij een belangrijke rol zodat zij over alle onderwerpen kunnen discussiëren. De groep respondenten met de academische opleiding heeft een bredere kijk op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Zij denken anders dan de andere groep managers. Zij halen en delen de kennis op meerdere plaatsen en kijken veel meer buiten de operatieafdeling en het ziekenhuis. Dit zijn ook de managers die pro actief bezig met de marktwerking bezig zijn. Wat wel door deze groep als belangrijk wordt ervaren is dat zij vooruitstrevend willen zijn, dat er meer is dan de OK. Er gebeurt veel in de buitenwereld, waar zij bij willen zijn en op willen reageren. Deze managers hebben een bredere kijk op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg; kijken veel meer buiten de operatieafdeling en het ziekenhuis. Deze managers willen graag hun kennis nog meer vergroten en zijn zich bewust van het feit dat zij afhankelijk zijn van elkaar om te leren.

De managers komen elkaar tegen in diverse opleidingen. Dit kan er voor zorgen dat er al een vertrouwensrelatie aanwezig is bij diverse managers onderling. Zij bellen met elkaar als zij vragen hebben. Ook gaat men bij elkaar op bezoek, om zo bij elkaar in de “keuken” kijken.

*“Wij hebben een nieuw planningssysteem nodig. Ik heb mijn collega gebeld die ik al jaren ken vanuit de opleidingen, voor een afspraak om te kijken hoe het werkt bij hen.”*

Deze organisatorisch manager haalt informatie over een planningssysteem voor zijn afdeling bij een collega. die hij nog uit zijn opleidingstijd kent. Hij is vertrouwd en bekend met zijn collega. Volgens de respondent wordt er tevens over diverse andere onderwerpen gesproken op het werkbezoek, bijvoorbeeld het tekort aan personeel, de projecten waar de operatieafdeling aan deelneemt, de reorganisatie binnen het ziekenhuis enz. Over deze onderwerpen is het gemakkelijk discussiëren samen, zij kennen en vertrouwen elkaar.

Niet alleen de managers kennen elkaar via de opleidingen maar ook de OK assistenten en de medisch specialisten. De opleiding tot operatie assistenten wordt namelijk regionaal gegeven. De specialisten volgen hun opleiding voor een gedeelte in een academisch- en een perifeer ziekenhuis.

*“De blik van de assistenten wordt verruimd door de opleiding, zij komen met diverse andere studiegenoten van andere operatieafdelingen in contact.”*

Het netwerk wordt door de opleidingen vergroot. Zij raken vertrouwd met de andere assistenten tijdens de opleiding. Zij komen dus ook op diverse operatieafdelingen en ontmoeten op deze manier diverse andere specialisten en OK assistenten. Hierdoor wordt het netwerk vergroot van de artsen in opleiding.

Ook vinden er regelmatig bijscholingen en cursussen plaats. Deze kunnen intern of extern plaats vinden. Gemiddeld wordt er door de operatieassistenten vijf maal per jaar aan cursussen deelgenomen. De medisch specialisten worden ook bijgeschoold. Het aantal cursussen is daarbij afhankelijk van het specialisme. Ook hier kom je wederom dezelfde mensen tegen. Op de cursussen zijn veelal medewerkers van de operatieafdeling en uit de medisch technologische wereld vertegenwoordigd. De nieuwste ‘snufjes’ op het OK gebied worden hier gedeeld. De kennis wordt zo up-to-date gehouden.

#### Het werken in diverse ziekenhuizen

Niet alleen via opleidingen, maar ook door het werken in verschillende ziekenhuizen in Nederland kennen diverse managers elkaar. Zij kennen hierdoor de ‘OK wereld’.

*“Ik heb in het midden van Nederland gewerkt, in het Noorden en nu in het oosten. Hierdoor ken ik bijna iedereen.”*

Door de vele fusies in de afgelopen jaren zijn er ook minder ziekenhuizen. Willen zij een passende functie die niet in hun huidige ziekenhuis voorhanden is, dan is verhuizen zeker een optie. Hierdoor ontmoeten zij weer andere managers en wordt hun netwerk vergroot. Niet alleen de managers werken in diverse ziekenhuizen, maar ook de OK assistenten en de medisch specialisten kunnen van ziekenhuis veranderen en hun netwerk hiermee uitbreiden.

#### De overlegstructuren

Onderdeel van het communicatienetwerk zijn ook de verschillende formele overlegstructuren. De organisatorisch managers hebben diverse overlegstructuren. Deze structuren kunnen regionaal en landelijk zijn, De deelname aan de overlegstructuren kunnen variëren. Alle operatieafdelingen kunnen deelnemen aan een regionaal overleg waar informatie en kennis wordt uitgewisseld.

*“Wij kunnen eigenlijk alles met elkaar bespreken, maar meestal bespreken we wat er op dat moment leeft, we kennen elkaar al zolang.”*

Diverse thema's kunnen aan bod komen in het regionaal overleg. Bijvoorbeeld: Hoe gaan zij met tekorten van personeel om en hoe gaan zij personeel werven voor de operatieafdeling?, de arbeidsomstandigheden op de afdeling, de inkoop van diverse goederen voor de operatieafdeling, de kwaliteit, de veranderende wetgeving, deelname projecten enz. In de regio Zuid – Limburg gaat het niet zozeer over deze onderwerpen, maar gaat het ook veelal over concurrentie. Niet alleen de concurrentie ten opzichte van elkaar, maar zij hebben een grotere angst voor de concurrentie vanuit België en Duitsland. Volgens de respondenten is de zorg anders georganiseerd in deze landen. Patiënten kunnen bijvoorbeeld in België in een dag klaar zijn met alle onderzoeken die voor de diagnosestelling noodzakelijk zijn. Tevens kunnen zij aansluitend een afspraak maken voor een eventuele operatie. Dit is nog niet mogelijk in Zuid – Limburg. Toch willen zij dat de patiënten kiezen voor een ziekenhuis in Zuid – Limburg. Hierover wordt regelmatig in het regionaal overleg gediscussieerd en dus leidt het tot meer uitwisselen van informatie om deze doelstelling te bereiken.

*“Regionaal hebben we elke zes tot acht weken overleg. Dit moet wel regelmatig, we willen onze positie behouden en verbeteren tegenover de concurrentie van het buitenland.”*

De managers in deze regio willen dit met regelmaat om te kunnen reageren op de veranderingen die plaatsvinden in de wetgeving of bij de concurrentie. De ziekenhuizen en de operatieafdelingen delen de kennis en vaardigheden om de concurrentie om de patiënt aan te kunnen gaan tegenover de ziekenhuizen in het buitenland. Zij willen een beter service en zorg verlenen. Om dit te verwezenlijken werken zij samen met andere ziekenhuizen in de regio. De Nederlandse ziekenhuizen kunnen samen op uiteenlopende manieren een defensieve strategie opstellen (Porter,2004).<sup>25</sup>

#### Deelname projecten

Netwerken ontstaan ook door de deelname aan verschillende projecten.

Projecten kunnen onder andere gaan over pijnbestrijding, wondverzorging, medicatie, trials van technologieën en technieken. Tevens zijn er projecten die voor de organisatie van de afdeling van belang zijn zoals logistiek en informatietechnologie. Er wordt in de projecten veel kennis gedeeld en gecreëerd.

*“Je komt elkaar regelmatig tegen bij de bijeenkomsten georganiseerd door de projecten die lopen. Er wordt kennis gebracht en gedeeld.”*

In de projecten werken deelnemers aan hetzelfde thema. Hierdoor leren zij elkaar kennen en vertrouwen en wordt het netwerk vergroot. Deze projecten kunnen intern en extern georganiseerd zijn. Een van de projecten die extern georganiseerd is, is de benchmark. Ongeveer de helft van de respondenten aan dit onderzoek nemen deel aan een benchmark voor of tijdens het project ‘OK oké’. Een van de argumenten voor deelname is het volgens bedrijfseconomische principes organiseren van de afdeling. Dit wordt van belang gevonden in verband met de toenemende marktwerking. Zij willen een belangrijke speler in het veld zijn.

Alvorens over te kunnen gaan naar de ervaringen van de benchmark geven we een definitie van benchmark volgens de respondenten. Met een benchmark wordt niets

---

anders dan een vergelijking, een vaststelling van de eigen positie ten opzichte van een best-practices weergegeven. Op de operatieafdelingen wordt de benchmark gebruikt als een doel op zich: meten aan de norm, onderlinge vergelijking, de best-practices (verantwoordingsinstrument) en om de prestaties van de afdeling te verbeteren (prestatie instrument).

De groep deelnemers aan de benchmark is dezelfde groep als de pro actieve managers. Het is de groep die zich bewust is van de marktwerking. Zij zijn al langere tijd actief met het verzamelen van gegevens. Dit maakt het tevens voor de pro-actieve managers makkelijker om aan de benchmark deel te nemen. De informatie en kennis is voorhanden in de databanken.

Uit de interviews komt naar voren dat de pro-actieve managers enkele jaren geleden het inzicht kregen dat er bedrijfsmatiger gewerkt moest worden. Het resultaat hiervan is dat de operatieafdeling naar de processen is gaan kijken. Om deze te verbeteren gingen de operatieafdelingen zich spiegelen aan andere OK's en hun kennis delen. De afdelingen namen en nemen nog steeds deel aan een benchmark. Het gevolg van de benchmark is het verkrijgen van inzicht in de eigen positie in de veranderende omgeving. Er werd naar diverse punten gekeken, onder andere naar de bezetting van de operatieafdelingen, de planning, nachtelijke ingrepen, werk- en logistiek processen. Er kan op deze manier bedrijfsmatiger gewerkt worden. Ook heeft dit een positieve invloed gehad op het beheersbaar maken van de kosten.

*“Dat de zorg steeds meer bedrijfskundig moet worden ingericht, dat is een van de dingen die mij wel opvielen. Noodgedwongen eigenlijk, omdat men van mening was, en ik denk dat dit zo is, dat in ieder geval meer kostenbeheersing tot stand moest komen, meer doelmatigheid in relatie tot de omgevingspositie om zo maar eens te zeggen . De OK is doorgelicht.”*

Ruim 50% van de respondenten hebben dus deelgenomen voor en tijdens het 'OK oké' project aan een benchmark. Zij gebruikten de benchmark als instrument om de kwaliteit te verbeteren en om inzicht te verkrijgen in de kosten van de operatieafdeling. De belangrijkste reden aan deelname aan de benchmark is kosten verlaging en verbetering van de concurrentie positie.



Uit de interviews komt naar voren dat er door deze pro-actieve groep respondenten tegen de methodiek benchmark kritisch aan wordt gekeken. Het is een methodiek, een kapstok. Iedere operatieafdeling heeft zijn eigen bedrijfsvoering, problematiek en uitdagingen. Processen en verbeteracties kunnen niet zomaar gekopieerd worden naar andere operatieafdelingen. Daarentegen kan er wel van anderen geleerd worden en uit diverse oplossingen de beste mogelijkheden gekozen worden die bij de operatieafdeling past. Het is op een andere manier naar de bedrijfsvoering kijken.

*“Toen wij begonnen, was er erg veel weerstand. Had ik zelf ook last van. Het bedrijf had een bepaalde reputatie, Ik had eerst geen behoefte, het liep en draaide goed, iedereen tevreden. Toen de uitslag van de benchmark er eenmaal was, zijn we er open mee omgegaan.”*

Dit citaat laat zien wat de reactie is van een afdeling die in eerste instantie geen behoefte had om zich te meten met de buitenwereld. Door de uitkomsten van de benchmark, was men toch wel verrast. De conclusie was dat er vele zaken verbeterd konden worden. De benchmark liet vele meetbare verschillen zien tussen de operatieafdelingen. Deze verschillen zorgden ervoor dat de pro-actieve managers door het onderzoek na gingen denken hoe verbeteracties ondernomen konden worden. De verbeteracties waren vooral toe te passen in de logistiek en de bedrijfsvoering.

*“We hebben een benchmark gedaan. Er kwam erg veel uit. We deden te weinig voor de groep die we hadden, men komt je niet vertellen dat je het niet goed doet. Wij konden op veel punten winst halen. Je kunt jezelf natuurlijk voor de gek houden en zeggen dat de cijfers niet kloppen. Met open vizier kijken naar dit en niet in de verdediging springen. En dat hebben wij gedaan.”*

Er werden vele verbeteracties ondernomen. De operatieafdeling werd bedrijfseconomischer ingericht. Volgens de geïnterviewden was een van de uitkomsten van de benchmark een overschot aan personeel ten opzichte van de capaciteit en productie. De operatieafdelingen wilden geen personeel ontslaan. Diverse andere oplossingen werden ervoor bedacht. Een van de oplossingen was het verhogen van de productie en het niet aanvullen van natuurlijk verloop van personeel. Er zijn tevens medewerkers gedetacheerd naar andere ziekenhuizen.

Verbeterpunten kunnen dus ook voortkomen vanuit alle medewerkers van de operatieafdeling. Regelmatig wordt er op deze operatieafdelingen gecommuniceerd over de marktwerking met de medewerkers. De verbeteracties moeten een onderdeel worden van de werkzaamheden, de cultuur op de operatieafdeling.

Het gevolg van de benchmark was dat de pro-actieve groep operatieafdelingen meer inzicht hebben in de processen en hoe deze te optimaliseren en te verbeteren. Het heeft ook inzicht gegeven in de eigen positie in de razendsnelle veranderende omgeving. Uit de interviews blijkt duidelijk dat de operatieafdelingen die deelnemen aan de benchmark zich zeer bewust zijn van de marktwerking en de gevolgen hiervan. Tevens zijn deze afdelingen extern georiënteerd. Het zorgt ervoor dat men van tijd tot tijd een kritische kijk heeft op de eigen bedrijfsvoering. Door middel van de benchmark wil de operatieafdeling herhaaldelijk metingen blijven verrichten om te kunnen blijven vergelijken en continue de processen te optimaliseren.

Uit de interviews komt naar voren dat er ook een groep respondenten is, die niet deelnemen aan een benchmark. Er is geen draagvlak op deze afdelingen voor een benchmark deelname. Deze groep zijn de passieve managers in dit onderzoek. Zij wensen zich niet bezig te houden met de marktwerking. Hierover wordt nauwelijks gecommuniceerd. Verbeterpunten komen dus van het management. De medewerkers op de afdelingen zijn zich niet bewust van de veranderende omgeving van de gezondheidszorg. Uit de interviews komt naar voren dat er meer weerstand is tegen veranderingen en verbeterpunten die plaats vinden. Veel voorkomende argumenten tegen benchmark zijn:

Je kunt geen appels met peren vergelijken. De operatieafdelingen hebben verschillende doelen. Er zijn bijvoorbeeld perifere, academische ziekenhuizen en samenwerkende top klinische ziekenhuizen met hierin de operatieafdelingen. Deze hebben andere doelstellingen. Iedereen heeft hierin zo zijn specifieke problemen waar geen algemeen toepasbare oplossing voor is.

Een ander belangrijk argument zijn de kosten voor de benchmark. Waar worden deze kosten neergelegd? Bij de operatieafdeling zelf? Of worden ze door de machtige verzekeraars opgelegd? De benchmark kost alleen maar geld mits ze vergoed worden door de verzekeraar of een andere instantie.

Het deelnemen aan een benchmark kost veel tijd, Er wordt hiervoor geen tijd gereserveerd in de reguliere werktijd. Wie ontwikkelt de indicatoren?

Uit de interviews komt verder naar voren dat er geen databanken met de benodigde gegevens aanwezig zijn op de operatieafdeling. Er wordt hierdoor veel minder gestuurd op prestaties die bij de actieve groep wel voorhanden zijn. Deze operatieafdelingen kijken liever de kat uit de boom.

### Beroepsverenigingen

Als laatste wordt beschreven hoe netwerken ontstaan door lid te zijn van verenigingen die relevant zijn voor de professie. Uit de interviews komt naar voren dat er altijd een medewerker op de operatieafdeling lid is van de Nederlandse Vereniging Leidinggevende Operatieafdelingen. Bij deze vereniging kunnen de organisatorisch managers of teamleiders zich aansluiten. De vereniging stelt zich ten doel de communicatie tussen leidinggevende operatieafdeling zowel regionaal als nationaal te bevorderen, het verstrekken van informatie, het ondersteunen op persoonlijk vlak. Daarnaast is het geven van managementtraining, scholing, bijscholing en het organiseren van themamiddagen en congressen voor de leidinggevende een middel om gesteund te worden bij de uitoefening van de functie. ([www. nvolg.nl](http://www.nvolg.nl)) Tevens is er een informatiebulletin in de vorm van de katern InSkoop.

Uit de interviews komt naar voren dat de vereniging verschillend door de respondenten wordt gewaardeerd. Er is een groep managers die de vereniging als positief ervaren, zij voelen zich prettig bij de vereniging. Dit zijn tevens de managers die passief reageren op de marktwerking. Zij vinden dat de vereniging de communicatie tussen leidinggevende bevordert door middel van de activiteiten die de vereniging heeft. De activiteiten sluiten goed aan bij hun behoeften. De andere groep managers, de pro-actieve groep respondenten daarentegen zijn van mening dat de vereniging weinig innovatief, vernieuwend bezig is. Daarnaast is de vereniging niet of nauwelijks reagerend op de veranderende omgeving, wetgeving van de operatieafdeling. De vereniging heeft geen goed imago voor deze organisatorisch manager.

Samengevat kan worden gesteld dat er veel netwerken ten behoeve van de medewerkers aanwezig zijn. Vele randvoorwaarden voor de netwerken zijn aanwezig. Het heeft te maken met de opleidingen, werkervaringen in diverse

ziekenhuizen, de overlegstructuren, de deelnames aan de vele projecten intern en extern en de lidmaatschappen van diverse verenigingen. De netwerken ontstaan door relaties die onderling worden aangegaan waarbij vertrouwen een belangrijke rol speelt en waardoor men elkaar goed leert kennen. Tevens ontstaan de netwerken omdat iedereen elkaar overal tegenkomt. Doordat de kennis in diverse netwerken aanwezig is, wordt de kennis “mobiel”. De kennis beweegt tussen de operatieafdelingen.

#### 4.4.3 “De kennis cultuur”.

Naast communicatie en netwerken speelt de cultuur ook een belangrijke rol in het kennis delen. De medewerkers van de operatieafdelingen en de pro-actieve en reactieve managers zijn bereid tot kennis delen, zowel vakinhoudelijk als organisatorische kennis. Er zijn wel beperkte verschillen tussen de operatieafdelingen maar die hebben geen grote invloed op het kennis delen. Opvallend is juist dat bij de pro-actieve managers, vooral de specialisten, nog meer bereid zijn tot het delen van kennis dan de reactieve groep. Dit is opvallend omdat bij de pro-actieve managers en afdelingen ook de marktwerking het meest wordt ervaren. Als eerst wordt de cultuur beschreven die op bij beide managers aanwezig is. Hierna volgt het verschil tussen de pro- en reactieve managers en de afdelingen.

De operatieafdeling is een geïsoleerde afdeling een “eilandje” binnen het ziekenhuis. Door onder andere de kledingvoorschriften verblijven meestal de medewerkers de hele dag op het operatiecomplex. Het werk vereist dat er heel intensief wordt samengewerkt.

*“De medewerkers kunnen een hele dag op elkaars lip zitten bij wijze van spreken. Zij moeten dus wel goed kunnen samenwerken.”*

Wil iedereen in het team goed kunnen functioneren, dan moet er samengewerkt worden. Doordat iedereen zoveel van elkaar afhankelijk is, worden de normen en opvattingen sterk met elkaar gedeeld. Dit heeft tot gevolg dat de medewerkers op de operatieafdeling een hechte groep vormen binnen het ziekenhuis. Zij denken allen heel sterk in het belang van de patiënt.

*“Wij doen alles voor de beste zorg voor de patiënt.”*

Een gedeelde opvatting binnen de operatieafdeling is dat de medewerkers optimale zorg willen verlenen aan de patiënt, dit is het doel van het werk. Er wordt veel kennis gedeeld op de operatieafdeling. Enerzijds om deze optimale verzorging aan de patiënt te kunnen verlenen en anderzijds om zichzelf te kunnen onderscheiden van anderen in een specialisme of op de afdeling.

*“Door onder andere de vele technische mogelijkheden is het niet meer dan vanzelfsprekend dat er kennis wordt gedeeld.”*

Het werk is van dien aard dat er heel veel impliciete, maar ook in bepaalde mate expliciete kennis wordt gedeeld op de operatieafdeling in het belang van de patiënt. Om adequaat te kunnen reageren op gebeurtenissen en binnen de operatiekamer wordt er binnen het team veel overlegd. Iedereen probeert zijn inzichten te delen met de andere teamleden om de beste oplossing voor de patiënt te vinden. Zijn de problemen van dien aard dat het team er alleen niet uitkomt en er wordt niet geschroomd om diverse andere specialismen te raadplegen. Dit is een gedeeld standpunt op de operatieafdeling. Niet alleen in het belang van de patiënt maar ook om zichzelf te kunnen onderscheiden van anderen op de afdeling. Om zelf als professional ‘beter’ te worden.

*“Als ik naar mijzelf kijk, wil ik toch graag net wat meer weten dan mijn collega’s. Ik vind het specialisme interessant en boeiend. Je kunt toch niet alles meer bijhouden en in een ding uitblinken is leuk en uitdagend.”*

De medewerkers van de operatieafdeling willen veel kennis vergaren omdat zij optimale zorg willen verlenen en ieder op hun eigen specialisme van het vakgebied wil uitblinken. Zij willen zich onderscheiden van andere collega’s en of ziekenhuizen. Dit kan niet alleen bereikt worden door de Hogere Beroeps Opleiding (HBO) of een universitaire opleiding. Er is veel kennis nodig.

*“Je kunt wel stellen dat bijna iedereen die hier op de afdeling werkt hoog opgeleid is.”*

Gedurende de studie hebben zij kennis opgedaan uit onder andere schriftelijke en mondelinge bronnen, praktische (voorbeeld)situaties en praktische vaardigheden.

*“De artsen zitten eerst 4 jaar op school en komen dan hun theoretische kennis en vaardigheden toepassen in de praktijk als co; de AIO's werken en leren tegelijk.”*

De verkregen kennis wordt door bestudering en toepassing “toegeëigend”, waardoor zij een eigen kijk vormen op de praktijk en de theorie die aan de werkzaamheden ten grondslag ligt. De manier waarop zij hun opleiding hebben verkregen en doorlopen, kan een bijdrage leveren aan het beeld dat zij hierdoor van de praktijk hebben. De opleiding vormt de basis van de manier van denken en doen. De ervaringen die worden opgedaan tijdens en vooral ook na de opleiding, maar ook deels de karakteristieke eigenschappen, overtuigingen en ideeën van een persoon die gedurende zijn leven tot stand zijn gekomen, spelen een rol.

*“Simpel gezegd: je moet wel inzicht hebben, de kunde, veel geduld en willen leren.”*

Het professioneel handelen op de operatieafdeling vereist dus zowel gedeelde kennis en vaardigheden als ervaringskennis en oordeelsvermogen. Om dit te kunnen realiseren is het op de operatieafdeling de dagelijkse realiteit dat er door middel van de meester/metgezel kennis en vaardigheden worden gedeeld. Een meester in de ambacht is ontwikkeld door jarenlange ervaring een rijkdom aan deskundigheden, waardoor hij het vak in de vingers heeft gekregen. Hij is evenwel niet in staat exact weer te geven welke wetenschappelijke of technische beginselen aan zijn kennis ten grondslag liggen (Nonaka, 2003).<sup>4</sup> In de praktijk betekent het dat de specialist zijn impliciete kennis overbrengt op de arts-assistent. Dit gebeurt door vaardigheden te verrichten die de arts-assistent kan imiteren. De arts-assistent op zijn beurt dient wel over het vermogen te bezitten om deze te ontvangen, begrijpen en te verwerken. Op deze wijze leert ook de leerling operatie assistent. Als team kunnen zij veel leren van elkaar betreffende elkaars vaardigheden en theoretische wetenschap. Een meester in de ambacht ontwikkeld door jarenlange ervaring een rijkdom aan deskundigheden, waardoor hij het vak ‘in de vingers heeft gekregen’ (Nonaka, 2003).<sup>4</sup>

*“Of je leert het van de ‘baas’ of van een ouderejaars.”*

Op deze manier leren (kennis delen) kan leiden tot aantoonbare resultaten en tot een effectieve taakuitoefening van de operaties. Tegelijkertijd vraagt de vertaling van deze kennis naar unieke situaties om interpretaties, klinische blik, intuïtie en selectie.

*“Alleen door het veel observeren aan tafel leren zij op de OK wat zij moeten kunnen tijdens de operaties.”*

Het vereist ervaring en persoonlijk inzicht wat leidt tot ‘tacit’ kennis. Het is juist dat deel van de beroepsuitoefening dat niet in regels of procedures kan worden vastgelegd. Kennis overdracht vindt plaats door middel van het socialisatie proces.

Het socialiseren ontstaat ook mede door de meester/metgezel relatie. Deze contacten zijn van belang om te werken op de OK, om kennis te delen en het vak te leren. Er wordt veel samengewerkt wat belangrijk is voor de socialisatie van het werk en het functioneren op de afdeling. Door het vele samenwerken wordt er veel impliciete kennis gedeeld, het is een onderdeel van het werk.

De cultuur van de verschillende operatieafdelingen lijken op elkaar. Er zijn duidelijke opvattingen en normen over het werk aanwezig. Een belangrijke norm is dat kennis gedeeld wordt om een optimale verzorging aan de patiënt te kunnen verlenen. Er zijn echter ook verschillen tussen de operatieafdelingen. Er is met name een duidelijke andere cultuur aanwezig op de operatieafdelingen bij de pro-actieve managers dan bij de reactieve managers. De pro-actieve operatieafdeling heeft eigenschappen van de groepsgerichte en ondernemende cultuur. Zij willen zichzelf kunnen onderscheiden van anderen binnen het specialisme of operatieafdelingen.

#### De pro-actieve operatieafdelingen

Er zijn een aantal specialisten die vanwege hun functie of vanwege het onderzoek wat zij doen als ‘opdracht’ mee krijgen om kennis te verspreiden. Diverse specialisten op de operatieafdelingen kunnen benaderd worden door firma’s uit het bedrijfsleven. Er worden contacten gelegd met bedrijven om bepaalde interventies te ontwikkelen; om nieuwe technieken te verrichten bij patiënten. Hierdoor hebben diverse medewerkers van de afdeling een centrale rol in het verspreiden van kennis.

Deze specialisten willen zich specialiseren en uitblinken, 'voortrekker' zijn in deze behandelingen. De opgedane ervaringen worden gedeeld en verspreid door bijvoorbeeld werkbezoeken, lezingen en congressen. Het is de opdracht om kennis te delen met anderen.

Er zijn bijvoorbeeld vele nieuwe technieken ontwikkeld en geïntroduceerd in verband met incontinentie, verzakkingen bij patiënten de zogenaamde bekkenbodembemproblematiek. Deze specialist deelt zijn ervaring met andere medewerkers van verschillende ziekenhuizen. Zij komen deelnemen aan de operatie om de vaardigheden af te kijken, te leren. De operatie assistenten zijn hier ook bij betrokken en komen voor hun professie informatie en kennis halen.

*"Het is handig om even te kijken wat er nodig is en wanneer."*

De operatie assistente kan op deze manier de impliciete kennis eigen maken zoals bijvoorbeeld wanneer een 'knipje' met een bepaald instrument moet worden verricht. Hiervoor moet je toch ervaring op doen en kennis bij een ander halen. De expliciete kennis die er is op de operatieafdeling wordt altijd al gedeeld. Ook tussen de operatieafdelingen.

#### De reactieve operatieafdelingen

Bij deze operatieafdelingen is een andere cultuur aanwezig. Deze OK's hebben eigenschappen van de bureaucratische cultuur. Van oudsher geldt op de operatieafdelingen dat de medisch specialist een sterke controle uitoefent op zijn vakgebied. Bij deze managers komt dit veel meer naar voren uit de interviews. De medisch specialist kan belang hechten aan regels en standaardprocedures. Dit is ook voor een gedeelte nodig om het specialistisch vak te kunnen beoefenen. Deze specialisten hebben veel autonomie en wil graag het centrale element op de afdeling zijn.

Het gevolg hiervan is wel dat de medisch specialist veel macht naar zich toe kan trekken en dus ook een grote invloed heeft op de cultuur van de operatieafdeling.

*"Het heilig huisje van de artsen, daar ben ik op tegen. Het is een feit en je moet er maar mee leven. Specialisten hier hebben veel macht. Het moet*



*langzamerhand toch eens veranderen. Het zijn goede professionals en weten alles over hun vak en dat moet zo blijven, daarin moet je ze in respecteren.”*

De medisch specialisten kijken vanuit hun eigen positie naar de organisatie en het werk zonder dat ze zich bewust zijn van het grotere geheel en wat er in de omgeving aan veranderingen plaats vinden. Het belang van de specialist kan prevaleren boven andere belangen. Hij wil eigenlijk alleen maar het vak goed uitoefenen en tevens de randvoorwaarden ten gunste hebben voor dit vak. Voor de efficiency van het geheel, de ingrepen en de organisatie, kan het beter zijn om zaken anders te doen. Dit is dan soms zelfs in tegenstrijd met het belang van de specialist.

*“Zo doen wij dat hier, al jaren. Laat liever alles bij het vertrouwde.”*

Deze cultuur werkt belemmerend voor de kennisdeling en het marktgericht denken op de operatieafdeling. Het geeft geen mogelijkheid om tot nieuwe inzichten te komen en kennis te creëren terwijl er toch is aangetoond in onderzoek dat het werken op een andere manier beter resultaat oplevert. Tevens werkt het belemmerend als de medewerkers op de operatie afdeling ‘moeten samenwerken’ terwijl zij dit door diverse redenen niet willen.

*“Kijk, er zijn allerlei perikelen, machtspelletjes en belangen tussen sommige medewerkers. Door wat voor redenen dan ook. Soms kan het niet in de planning anders dan dat zij moeten samenwerken, helaas. Het is niet bevorderlijk.”*

In deze sfeer samenwerken werkt niet motiverend tot kennis delen op de operatiekamer. Er kan ook een beetje een gespannen sfeer zijn tussen de medewerkers. Uit de interviews komt naar voren dat de operatie assistenten ook een professe hebben en geleerd is om te handelen volgens bepaalde richtlijnen die niet altijd overeen komen met de specialist. Dit kan tot conflicten leiden als de medisch specialist zijn eigen methoden wil handhaven. Deze specialisten willen zich niet aanpassen en heel sterk zelf bepalen hoe te handelen. Zij willen de autonomie behouden in het domein waar zij in werken. Deze groep specialisten is ook minder bereid tot kennis delen op de operatieafdeling.

*“Een kleine moeite toch om even uitleg te geven over deze specifieke ingreep, om op zijn minst onderwijs te geven.”*

Het wordt door de medewerkers van de operatieafdeling niet gewaardeerd dat de professionals geen kennis delen. Zij worden als arrogant, autonoom en dominant gezien door de medewerkers. Kennis delen en informatie uitwisselen wordt als normaal ervaren.

Uit de interviews blijkt nadrukkelijk dat de medewerkers op de operatieafdeling duidelijke opvattingen en normen hebben over het werk. Er kan geconcludeerd worden dat beide groepen operatieafdelingen de intentie hebben om kennis te delen, te leren en er kan niet zonder elkaar worden gewerkt. Door het samenwerken ervaren de medewerkers dat zij afhankelijk zijn van elkaar om te kunnen functioneren op de afdeling. De kennis die wordt gecreëerd ontstaat dus door de interactie met elkaar.

De reactieve OK's hebben meer een cultuur met een sterke hiërarchie, veel regels en er wordt minder innovatief gewerkt. Het werkt belemmerend voor de kennisdeling op de operatieafdeling en tussen de OK's. Binnen de pro-actieve operatieafdelingen zijn meer innovatieve en creatieve medewerkers. Er wordt meer kennis gedeeld ondanks de invloed van de marktwerking. Met name vakinhoudelijke kennis.

#### 4.4.4 De “waarde” van de kennis

Vooralsnog is iedereen bereid tot het delen van zowel vakinhoudelijke als organisatorische kennis. Echter de pro-actieve managers geven aan dat zij in de toekomst minder bereid zijn tot het delen van organisatorische kennis. Dit heeft te maken met de aard van de kennis. Enerzijds levert de kennis nu nog geen meerwaarde op, het geeft nu nog geen echt concurrentievoordeel. Anderzijds wordt de concurrentie nu niet als grote druk ervaren.

De kennis die wordt opgedaan door een bepaalde afdeling levert nu nog zo weinig extra's op dat zij daar niet zo moeilijk over doen. Het levert nog geen daadwerkelijk concurrentievoordeel op. Op het moment dat zij daadwerkelijk echt grote concurrentie winst op levert dan zijn zij van plan geen kennis meer te delen.

*“Vindt ik bijwijze van het ei van Columbus uit voor de organisatie dan ga ik dit niet delen maar vraag ik er patent op aan.”*

Deze manager geeft aan dat hij geen kennis deelt als hij iets unieks zou uitvinden waardoor hij een grote slag zou kunnen slaan voor zichzelf of de afdeling. De kennis levert dan een meerwaarde op. Daarbij is het “OK wereldje” klein. Bijna iedereen kent elkaar waardoor kleine verbeteringen snel verspreiden.

Tevens is kennis vaak context gebonden. De pro-actieve managers zijn van mening dat alle organisatorische kennis die zij bezitten niet zomaar te implementeren is naar andere OK's. Belangrijke innovaties zijn vaak moeilijk te verspreiden omdat zij context gebonden zijn.

*“Iedere OK heeft zo zijn eigen context, niet alles past hier zo maar in.”*

Niet alle organisatorische kennis is te kopiëren naar andere operatieafdelingen. Er wordt soms heel gemakkelijk kennis gedeeld omdat zij weten dat de ander er niets mee kan beginnen. De kennis is niet toe te passen op elke OK. Er is op iedere OK een andere context aanwezig.

Er wordt tevens geen kennis gedeeld bij deze groep als de marktwerking zich verder gaat ontwikkelen.

*“Je moet in de marktwerking dan toch je targets halen.”*

Als de marktwerking nog verder intreedt wordt er nog meer op de bedrijfsvoering van de afdeling gestuurd. Winst maken wordt een belangrijk issue. Zelfs marginale verschillen worden dan belangrijk. De kennis kan die aanwezig is, zelfs een klein beetje kennis kan dan al een voordeel opleveren zodat de targets gehaald kunnen worden.

Samenvattend kan gesteld worden dat de pro-actieve managers geen organisatorische kennis meer delen als de marktwerking verder zal intreden en de effecten hiervan nog duidelijker ervaren worden; er is meer concurrentiestrijd onderling is.

#### 4.5 Korte conclusie analyse

Het is opvallend dat alle organisatorisch managers bereid zijn tot het delen van kennis, ondanks de invloed van de “gereguleerde” marktwerking. Wel is er een verschil tussen de managers onderling hoe zij reageren op de marktwerking. Er is een groep met pro-actieve managers en anderzijds een groep reactieve managers. Beide geven echter aan dat zij bereid zijn tot het delen van kennis. Er zijn verschillende determinanten die bij het delen van kennis een rol spelen. Als eerste kan genoemd worden de informatietechnologie die aanwezig is op de afdelingen die gebruikt kan worden. Dit in tegenstelling tot de reactieve managers, afdelingen. Als tweede kan de cultuur genoemd worden. Bij de operatieafdelingen zijn duidelijke opvattingen en normen aanwezig over het werk. Er wordt veel samengewerkt, zij zijn afhankelijk van elkaar om het werk te kunnen verrichten en om te functioneren op de afdeling. Door het vele samenwerken wordt veel kennis gedeeld en gecreëerd. Deze norm zorgt er tevens voor dat er ook veel kennis wordt gedeeld in de vele netwerken ten behoeve van de medewerkers. Vooralsnog is iedereen bereid tot het delen van zowel vakinhoudelijke en organisatorische kennis. Echter de pro-actieve managers geven aan dat zij in de toekomst minder bereid zijn tot het delen van organisatorische kennis. Dit is het gevolg van de “waarde” van de kennis. De kennis levert nu nog geen meerwaarde op, is de marktwerking wordt niet als leidend ervaren en de “OK wereld” is een klein wereldje waar elkaar iedereen kent. De kennis is “mobiel”.

## **5 Conclusie**

In het laatste hoofdstuk van deze scriptie zal getracht worden, aan de hand van de gepresenteerde informatie, een antwoord te formuleren op de centrale vraagstelling van dit onderzoek. Vervolgens worden de deelvragen behandeld en volgen er enkele discussiepunten op basis van de gebruikte methodiek. Tot slot worden op basis van de beantwoording van deze vragen enkele suggesties voorgesteld.

### 5.1 Beantwoording Deelvragen

Wat zijn de gevolgen van marktwerking en concurrentie voor de OK?

De overheid wil “gereguleerde” marktwerking in de zorg. Dit moet er toe leiden dat de zorgvraag van de patiënt centraal komt te staan. Er zijn hierdoor nieuwe eisen voor de bedrijfsvoering van de operatieafdeling ontstaan. De operatieafdeling moet in de eerste plaats weten waar zij goed in is, zodat er concurrentievoordeel behaald kan worden. Met het introduceren van de DBC's als basisinstrument kan de operatieafdeling bedrijfsmatiger gestuurd worden. De DBC's bieden inzicht in de aard van behandeling en de bijbehorende prijs. Het zorgt voor transparantie van de geleverde zorg. Door deze transparantie is het wel van belang om de omgeving te monitoren en de positie ten opzichte van de concurrent te bepalen. Op deze manier kan de organisatie patiënten aan zich binden om zo een groot marktaandeel te verkrijgen en winst te maken op de geleverde zorg. Zo kunnen het ziekenhuis en de medisch specialisten samen een zo goed mogelijk product leveren tegen een zo laag mogelijke prijs.

Wat is de reactie van de OK op de marktwerking en concurrentie?

Er kan geconcludeerd worden dat er twee groepen respondenten met verschillende perspectieven betreffende de marktwerking bestaan. De ene groep reageert pro-actief en de andere groep reageert reactief op de marktwerking.

### De proactieve managers en afdelingen

De pro-actieve managers zijn zich bewust dat door de vrijere toetreding van andere zorgaanbieders marktaandeel verloren kan gaan. De managers werken volgens bedrijfseconomische uitgangspunten. Er wordt gestuurd op de patiëntenlogistiek en de zorgprocessen, om zo de bestaande processen te verbeteren. Voor zowel de medisch specialist als de operatieafdeling kan deze procesbeheersing financieel en tijd winst opleveren. Er worden keuzes gemaakt op grond van de winst- en verliesgevende activiteiten. De afdelingen kunnen zich bijvoorbeeld specialiseren in een bepaald specialisme of deze afstoten. Veranderingsprocessen, worden met medewerkers samen gerealiseerd. Er zijn inmiddels vele straten ontwikkeld om winst te genereren. Tevens willen de managers de positie bepalen van de afdeling ten opzichte van de andere OK's. Er wordt hiervoor aan vele projecten deelgenomen zoals de benchmark. Zij zien het als een kans; als een mogelijkheid om de operatieafdeling en zichzelf te profileren als een goede speler binnen de markt. Om marktaandeel te behouden willen de ziekenhuizen een zorg leveren die betaalbaar, toegankelijk, van een goede kwaliteit, en op tijd beschikbaar is voor iedereen. Tevens is de zorg die geleverd wordt zo doelmatig, patiëntvriendelijk, transparant en veilig mogelijk.

### De reactieve groep managers en afdelingen

De reactieve managers vinden eigenlijk dat marktwerking niet kan in de gezondheidszorg. Zij reageren nauwelijks op de marktwerking. De medewerkers van de afdeling zijn gericht op hun individuele taken en ideeën, er is geen collectief proces gaande om te reageren op de marktwerking. Er wordt ook minder gereflecteerd naar het eigen functioneren van de afdeling. Duidelijk is dat de reactie op de marktwerking afhankelijk is van de cultuur die aanwezig is op de afdeling. De cultuur bij de deze groep hangt samen met de bureaucratische structuren op de afdelingen. Bij de reactieve groep heeft de medisch specialist nog veel autonomie. Zij zijn veel minder extern gericht; vernieuwingen en veranderingen zijn lastig. De reactieve managers vinden eigenlijk dat marktwerking niet kan in de gezondheidszorg en reageren als het noodzakelijk is voor de organisatie.

*Wat is de invloed van de marktwerking op de bereidheid om kennis te delen binnen het 'Sneller Beter' project 'OK oké'?*

In het verleden was kennisdeling een vanzelfsprekend. Ook nu is dit vooralsnog nauwelijks verandert, ook al is er “gereguleerde” marktwerking binnen de gezondheidszorg. “Gereguleerde” marktwerking houdt in dat er marktwerking is binnen door de overheid gestelde voorwaarden en beperkingen. De marktwerking wordt door middel van nieuwe wetten en maatregelen gerealiseerd. Hoe komt het nu dat zij nog steeds bereid zijn tot het delen van kennis? Het heeft te maken met de informatietechnologie; ICT, met de netwerken, de cultuur op de afdelingen en de aard van de kennis.

Informatiecomputertechnologie is een van de determinanten voor het slagen van het ‘OK oké’ project. Het gebruik van ICT zorgt ervoor dat kennis gemakkelijker gedeeld kan worden. De pro-actieve managers hebben veel informatietechnologie op de afdeling. Er zijn vele computers aanwezig om de data's te verzamelen. Daarentegen heeft de reactieve manager veel minder computers op de afdeling en wordt er weinig data verzameld.

De netwerken van de medewerkers van de operatieafdelingen zijn ontstaan doordat zij deelnemen aan opleidingen, cursussen en bijscholingen; werken in diverse ziekenhuizen; overlegstructuren onderhouden ; deelnemen aan projecten en lid zijn van beroepsverenigingen. De netwerken ontstaan omdat zij elkaar overal tegenkomen. Er worden relaties aangegaan waarbij vertrouwen een belangrijke rol speelt. Door deze netwerken is de kennis dus zeer “mobiel”.

Er is een kennisgerichte cultuur aanwezig op de afdelingen. Deze heeft eigenschappen van de groepsgerichte en ondernemende cultuur. Er zijn vele opvattingen en normen over het werk op de operatieafdelingen. Een belangrijke norm is dat kennis gedeeld wordt. Dit brengt ook de aard van het werk met zich mee. Op de OK wordt veel samengewerkt en de werkervaring wordt opgedaan door de meester/metgezel relatie. Kennis delen is een voorwaarde om goed te kunnen functioneren op de operatieafdeling. Ander gedrag wordt door de cultuur niet gewaardeerd en vaak niet getolereerd door de medewerkers. Doordat zij veel samenwerken, een hecht team vormen is iedereen ook in het functioneren van elkaar afhankelijk. Het gevolg van deze norm, deze manier van werken is dus dat bijna iedereen op de operatieafdeling bereid is tot kennis delen zowel intern maar ook tussen de operatieafdelingen.

De laatste determinant voor het slagen van het 'OK oké' project is de "waarde" van de kennis. De kennis levert vooralsnog weinig meerwaarde op voor de afdeling en de marktwerking wordt niet als leidend ervaren.

Door de aard van het werk, door de aanwezigheid van diverse netwerken, de kleine wereld is de kennis "mobiel" tussen de operatieafdelingen. De kennis beweegt tussen de operatieafdelingen.

## 5.2 De centrale vraag in dit onderzoek

Wat zijn de gevolgen van marktwerking voor het uitwisselen van kennis binnen het 'OK oké' project van 'Sneller Beter'?

De marktwerking heeft vooralsnog geen gevolgen voor het delen van kennis in het 'OK oké' project. Vanwege het bestaan van de netwerken en vanwege de cultuur, is kennis delen een integraal onderdeel van het werken op de OK. De determinanten communicatie, de netwerken, de cultuur en de aard van de kennis zorgen ervoor dat zij bereid zijn tot kennisdeling op en tussen de afdelingen.

## 5.3 Discussie

Ook dit onderzoek kent zowel sterke als minder sterke onderdelen. Deze paragraaf gaat in op de beperkingen en komt met suggesties voor vervolgonderzoek rondom het onderwerp kennis delen ondanks de impulsen van de marktwerking.

### *Reflectie methodologie*

Terugkijkend op de methodologie die in dit onderzoek gebruikt is, worden een aantal opmerkingen en kanttekeningen geplaatst. De keuze voor kwalitatief onderzoek heeft bijgedragen aan de diepgang van het onderzoek. Door middel van de interviews is inzicht verkregen in de achterliggende gedachten en opmerkingen van de respondenten, waardoor de scriptie een realistische weergave vormt van de werkelijkheid. De interviews met de organisatorisch managers hebben geen dramatische verschillen opgeleverd, waardoor de mogelijkheid tot het generaliseren van de resultaten naar andere operatieafdelingen aanwezig lijkt.



---

Echter er kan hierbij een kanttekening geplaatst worden. De deelnemers aan het onderzoek zijn al geselecteerde ziekenhuizen door het 'Sneller Beter' programma. Er zou verondersteld kunnen worden dat deze operatieafdelingen de voorlopers zijn in Nederland. Echter de pro-actieve groep managers uit het 'Sneller Beter' programma hebben in het verleden voor of tijdens het 'OK oké' project al deelgenomen aan een benchmark. In totaal ruim vijftig procent van de geïnterviewden. In Nederland heeft ongeveer bijna de helft van de OK's deelgenomen aan een benchmark. Dit duidt erop dat de deelnemers van het onderzoek niet zozeer de voorlopers zijn. En daarom denk ik dat ik een aardige weerspiegeling heb van heel Nederland. Door de opmerking kan de representativiteit in twijfel worden getrokken. Toch lijkt genoemde beperking geen verstrekkende gevolgen te hebben voor de waarde van de uitkomsten van het onderzoek, om de volgende redenen.

Er is ruim 80% van deelnemers van tranche 1 en 2 zijn geïnterviewd. Hierdoor kunnen de verschillende opvattingen uit de interviews elkaar aanvullen en werd alsnog een compleet beeld van de praktijksituatie zichtbaar. De beperkingen lijken geen gevolgen te hebben voor de generaliseerbaarheid van de resultaten naar andere operatieafdelingen. Dit houdt in dat de uitkomsten van dit onderzoek bruikbaar zijn voor andere operatieafdelingen.

#### *Reflectie theorie*

Hierbij kunnen een aantal discussiepunten worden gesteld. Als eerste kan genoemd worden het niet gebruiken van een conceptueel model. Dit heeft geen merkbare invloed gehad op het onderzoek. Door de toepassing van een aantal verschillende kernconcepten over kennis, kennisdeling en marktwerking uit de theorie, werd toch een structuur aan het onderzoek gegeven, wat het analyseren van de data vereenvoudigde. Daarentegen is het echter onoverkomelijk dat ook relevante aspecten van deze theorieën waarschijnlijk niet behandeld zijn. Echter gezien de centrale vraagstelling, de diepgang van het onderzoek en de tijdslimiet was het onderzoekstechnisch onmogelijk om een uitputtend overzicht van alle theorieën met betrekking tot kennis en marktwerking te betrekken bij het onderzoeksproces en te gebruiken bij het ordenen van de onderzoeksresultaten. Vooral de theorieën van Weggeman en Nonaka en Takeuchi betreffende kennis en kennis delen bleken erg bruikbaar te zijn bij dit onderzoek. Deze theorieën zijn bij de analyse gebruikt om inzicht te verkrijgen van de soorten kennis en kennisdeling. Desalniettemin is er continue met een kritisch oog gekeken naar de theorieën zoals de definitie van

---

kennis en de kennispiraal. Binnen dit onderzoek is de kennispiraal van Nonaka en Takeuchi(1995) aangenomen als het uitgangspunt voor wat betreft het delen van kennis. Het is echter niet uitgesloten dat er buiten de vier fasen van de kennispiraal ook andere vormen of fasen van kennisoverdracht bestaan. De kennispiraal is namelijk niet direct een definitie van mogelijke fasen van kennis delen, maar een stappenplan wat doorlopen moet worden om het delen van kennis en het creëren van nieuwe kennis te stimuleren. Daarnaast werd het duidelijker hoe de determinanten, vertrouwen, cultuur en communicatie, de kennisdeling beïnvloeden. Ook leverden de theorieën een belangrijke bijdrage aan de beantwoording van de probleemstelling.

Tot slot een korte overdenking over de marktwerking en kennis delen in de toekomst. De vakinhoudelijke kennis zal ook in de toekomst gedeeld blijven worden. Omdat professionals op een andere manier niet kunnen functioneren. Voor de organisatorische kennis zal dit waarschijnlijk veranderen. De pro actieve groep heeft aangegeven dat er in de toekomst waarschijnlijk beperkt organisatorische kennis gedeeld zal worden. Waarom wordt deze kennis maar beperkt gedeeld en wat verandert er aan de determinanten die het kennis delen beïnvloeden? Als eerste kan de marktwerking hiervoor genoemd worden. Momenteel is er een lichte vorm van marktwerking in de gezondheidszorg. In de toekomst komen de zorginstellingen waarschijnlijk niet meer onder de marktwerking uit. De zorginstellingen en afdelingen zullen sterk op hun productie worden aangesproken. Momenteel is het niet goed mogelijk dat er een kosten-baten analyse wordt gemaakt het kost nog te veel tijd en is nog niet inzichtelijk genoeg. Waarschijnlijk gaat dit onder invloed van een 'zwaardere' marktwerking wel gebeuren. Door de marktwerking zullen zij wel genoodzaakt zijn om een kosten-baten analyse te maken. De kosten worden dan weergegeven in de prijs die voor de zorg betaald moet worden. De werkelijke kosten van de geleverde zorg worden doorberekend aan de patiënt. Doordat de kosten-baten inzichtelijk worden kunnen er beperkingen aan medewerkers worden opgelegd. Er gaat nog meer volgens bedrijfseconomische principes gewerkt worden. Organisatorische kennis wordt waarschijnlijk niet meer gedeeld om een goede positie in de markt te behouden of te verkrijgen. Medewerkers mogen deze kennis niet extern delen met andere operatieafdelingen. Om op deze manier te werken zal de cultuur op de afdeling verder door veranderen. De normen en waarden gaan veranderen. Kennis delen en samenwerken zijn niet meer vanzelfsprekend.

- Doordat de “waarde” van de kennis veranderd zal er waarschijnlijk geen kennis meer gedeeld worden. De kennis zal waarschijnlijk meerwaarde opleveren voor de managers en de afdelingen. De managers worden beoordeeld door middel van targets die opgesteld zijn. Zelfs marginale verschillen worden dan belangrijk en kunnen een voordeel opleveren. Door de marktwerking wordt de “waarde” van kennis veel groter en daarvoor zullen netwerk en cultuur geen tegenwicht voor zijn. Ongeacht het feit dat zij nu zo'n belangrijke rol vervullen.

Op deze manier kan er een echte concurrentie strijd ontstaan om de patiënt en kan er geen kennis gedeeld worden over de bedrijfsvoering van de organisatie. Mogelijk bieden netwerken, de cultuur en de aard van de kennis geen tegenwicht meer om kennis te delen.

#### 5.4 Suggesties

Het uitwisselen van kennis speelt een belangrijke rol binnen 'Sneller Beter' en dus ook binnen het 'OK oké' project. De vakinhoudelijke kennis zal waarschijnlijk altijd gedeeld worden. Uit het onderzoek kwam naar voren dat voornamelijk ook organisatorische kennis vrijelijk gedeeld wordt. Het 'Sneller Beter' stimuleert het delen van ervaringen en kennis door het organiseren van databanken en werkconferenties. De pro-actieve managers geven echter aan dat de ervaringen en kennis niet zomaar gekopieerd kan worden naar andere OK's. De OK's kunnen het wel gebruiken als een voorbeeld, als een inspiratie gebruiken om de interventie toe te passen.

In wezen is dit positief, want op deze manier worden de interventies afgestemd op de eigen OK, passend in de cultuur die er op de afdeling is. Het geeft tevens inzicht in de eigen processen en interventies omdat zij na moeten denken over hun handelen. Het ontwikkelen van een landelijke data-base waar kennis ten aanzien van de OK is, kan een bijdrage leveren aan het delen ervan, ondanks de invloed van de marktwerking. Ook de niet 'Sneller Beter' ziekenhuizen kunnen hiervan profiteren en de zorg optimaliseren.

---

Een advies kan zijn om ook in de toekomst door 'Sneller Beter' een bepaalde structuur van begeleiding te bieden zodat kennis wordt gedeeld ondanks de marktwerking. Bijvoorbeeld eens in de zoveel tijd een "check up" door 'Sneller Beter'. Wel dient er rekening te worden gehouden met de ziekenhuizen die niet hebben deelgenomen aan het 'Sneller Beter' programma.

Een ander alternatief kan zijn het vormen van een landelijke benchmark voor de operatieafdelingen door de NVOLG. Hier wordt dan alle benodigde kennis ten behoeve van de organisatie OK's verzameld en opgeslagen. Op deze manier kan er een netwerk ontstaan waar alle ziekenhuizen zich bij kunnen aansluiten. Dit Nederlandse netwerk kan opgenomen worden in Europese netwerken. Het gevolg hiervan is weer dat er weer veel kennis en informatie uitgewisseld kan worden. Het Nederlandse netwerk is van belang voor de OK's om de positie ten opzichte van de OK's van buitenlandse ziekenhuizen te versterken. Dit in verband met de veranderende wetgeving die in ontwikkeling is om buitenlandse zorgaanbieders gemakkelijker tot de Nederlandse gezondheidszorg toe te laten.

Kennisdelen is essentieel voor het algemene belang van de patiënten. De ziekenhuizen helpen elkaar op deze manier om de kosten te verlagen, om efficiënt en effectief te werken. De kennisdeling dient te bevorderd te worden. Gebeurt dit niet dan zal onder invloed van de marktwerking er steeds minder kennis gedeeld worden.

Een aantal suggesties voor aanvullend onderzoek:

- In dit onderzoek is met name de rol van het kennisdelen tussen de OK's onder de loep genomen. Maar wordt er ook kennis gedeeld door de andere afdelingen met andere ziekenhuizen? In dit onderzoek is alleen maar gekeken naar het delen van kennis tussen de operatieafdelingen. Hierbij is geen aandacht besteed aan de andere projecten en plannen in de rest van de organisatie. Welke factoren dragen hiervan bij aan succesvol kennis delen?
- Tijdens de begin periode (1 a 1,5 jaar) is er een uitgebreide ondersteuning en wordt erg intensief begeleidt door 'Sneller Beter'. Wordt er op langer termijn ook nog daadwerkelijk kennis gedeeld? Daarbij kan ook aandacht worden geschonken aan het "vliegwielen effect" van 'Sneller Beter'.
- In hoeverre kan een landelijk netwerk bijdragen aan het delen van kennis? Hoe kan deze netwerkbenadering toegepast worden?

---

**Literatuurlijst**

1. Creswell, J.W. (2003). 'Research design. Qualitative, quantitative and mixed method approaches'. Second edition. Londen: Sage Publications. (2003)
2. Maso, Iija, Adri Smaling. (1998). 'Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie'. Amsterdam: Boom
3. Baarda, D.B. Goede, M.P.M. de, & Teunissen, J. (2001). 'Basisboek kwalitatief onderzoek: praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek'. Groningen: Wolters-Noordhoff
4. Ikujiro Nonaka en Hirotaka Takeuchi (2003). 'De kenniscreërende onderneming'. p 20, 68-105. Scriptum management Lannoo
5. Davenport, T. (1997), 'Information Ecology: Mastering the Information and Knowledge Environment'. New York, Oxford University Press 1997, 9
6. Mathieu Weggeman (2006.) 'Kennismanagement: de praktijk'. p 33-78. Scriptum management
7. Kuiper, A., 'Kennismanagement en beheer- en exploitatie-organisaties'. ICT Beheer Jaarboek 2000, J. De bon, Den haag, ten Hagen & Stam Uitgevers, vierde editie, eerste druk, p 283
8. Crooymans, M., 'Effectiever operationeel beheer en betere kwaliteit door het toepassen van kennismanagement'. ICT Beheer Jaarboek 2000, J. De bon, Den haag, ten Hagen & Stam Uitgevers, vierde editie, eerste druk, p 306
9. Mathieu Weggeman (1997). 'Kennismanagement: de praktijk'. p.19 Scriptum management
10. Jacobs, D. (1999), 'Het kennisoffensief: slim concurreren in de kenniseconomie'. Denter-Alphen aan den Rijn,Samsom, tweede editie, Hfdst. 3, p 17, p 47
11. Davenport, T., Prusak, L. (1998), 'Working knowledge: How organizations manage what they know'. Boston, Harvard Business School Press, 1998, p 1
12. Hendrik, P. (1999), 'Why share knowledge? The influence of ICT on the motivation for knowledge sharing'. Knowledge and Process Management, p 91-100
13. Bertram, J. (1999), 'De kennisdelende organisatie: Kunst en praktijk van het hergebruik van kennis'. Scriptum, Schiedam

Formatted: Font: 11 pt, Check spelling and grammar

- 
14. Edelenbos, J. (2002). 'Vertrouwen in interorganisationele samenwerking. Bestuurswetenschappen'. p2
  15. Davenport, T.H. en Prusak, L. (1998), 'Codificatie and coördinatie van kennis, Kennismanagement in praktijk'. Amsterdam, p 110-136
  16. Soekijad, M. en Andriessen, E. (2003) 'Conditions for knowledge sharing in compitive alliances'. European Management Journal, p 578-587
  17. Jarillo, J.C. (1988), 'On Strategic Networks'. Strategic Management Journal. 31-41.
  18. DiMaggio, P.J. en W.W. Powell (1991). 'The new institutionalism in organizational analysis'. Chicago: Dongen, H.J. van, W.A.M. de Laat en A.J.J.A. Maas (1996). 'Een kwestie van verschil'. Delft: Eburon
  19. Veenman R. en Doorn van A. (1997), 'Grondslagen van de professionele communicatie'. Bohn Stafleu Van Loghum
  20. Chisholm, D., (1998), 'Coordination without hierarchy'. Berkely.
  21. Koppenjan, J.F.M. (1993), 'Management van de beleidsvorming, Een studie naar de totstandkoming van beleid op terrein van binnenlands bestuur'. Vuga: Den Haag
  22. Feringa, W & Priëst, E & Ritsema, H (1991). Fusie en overname. Wolters Noordhof Management: Groningen
  23. (Ruud Lapré, 2001). Schut. E. 2001. 'De markt voor gezondheidszorg.' In: R. Lapré, F. Rutten & E. Schut. 'Algemene economie van de gezondheidszorg', p 161-218. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
  24. Zuurbier, J. 2004. Prestatiegerichte bekostiging op basis van DBC's. In: J. Zuurbier & Y. Krabbe-Alkemade (red). 'Onderhandelen over DBC's: een thematische benadering'. 29-42. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
  25. Porter, M. 2004. 'Concurrentievoordeel, De beste bedrijfsresultaten behalen en behouden'.p 202-212
  26. Heck, S and Grewwal, T.J. (2005). 'Distributed new product development. In: Kenneth B. Kahn, (Ed.) The PDMA Handbook of New Product Development'. 2<sup>nd</sup> edn.Pp. 158-172. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
  27. CTZ. 2003. 'Toezichttoets: bekostigingssysteem op basis van DBC's'. Amstelveen.
  28. CTG/ZAio. 2005. 'Visiedocument ziekenhuiszorg: analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment'. Utrecht.

29. Cooperation in care 2006. Integration of care in networks by steering, coordination and learning, Thesis, 71-73. Optima Grafische Communicatie, Rotterdam

Internet:

- (CBO). 2006. [Internet]. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO 20-01-2006 [aangehaald 20-01-2006]. bereikbaar op <http://www.cbo.nl/>
- (NVZ vereniging van ziekenhuizen). 2006. [Internet]. NVZ vereniging van ziekenhuizen 14-02-2006 [aangehaald op 14-02-2006]. bereikbaar op <http://www.nvz.nl/>
- DBCzorg. 2004. 'Diagnose Behandel Combinaties'. [Internet]. DBCzorg aangehaald 20-02-2006. Bereikbaar op <http://www.dbczorg.nl>
- (Sneller Beter). 2006. [Internet]. Ministerie van VWS, NVZ vereniging van ziekenhuizen, Orde van Medisch Specialisten en AVVV 15-02-2006 [aangehaald -2006]. bereikbaar op <http://www.snellerbeter.nl/programmasb1/landelijkactieprog/>
- ( NVOLG.nl). 2006 [Internet]. Nederlandse Vereniging Leidinggevende Operatieafdeling 15-02-2006 [aangehaald op 15-02-2006]. Bereikbaar op <http://www.nvlo.nl/>

**Bijlagen****Bijlage 1: Lijst van afkortingen**

iBMG	Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg
CTZ	College Toezicht Zorgverzekeringen
DBC	De Diagnose- Behandelingcombinatie
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs.
ICT	Informatiecomputertechnologie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OK	Operatieafdeling, operatiekamer
PDCA	Plan-Do-Check-Act (cyclus)
PDSA	Plan-Do-Study-Act (cyclus)
RvB	Raad van Bestuur
VWS	Volksgezondheid, Welzijn & Sport
ZBC	Zelfstandige Behandelcentra (ZBC)
SMART	Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch Tijdgebonden



Bijlage 2: Lijst figuren

Figuur 2.1: PDCA-cyclus

Figuur 3.1: Kennis impliciet versus expliciet (Weggeman, 2006)

Figuur 3.2: Kennisoverdracht (gebaseerd op Nonaka en Takeuchi, 2003)

Figuur 3.3: De manieren van kennisomzetting en kennispiraal (Nonaka en Takeuchi, 2003)

Figuur 3.4: Determinanten kennisdeling

Figuur 3.5: Verschillende cultuurtypen (Bertrams, 1999)

Bijlage 3: Best practice en Evidence-based

*Best practice* is een concept uit het managementwezen, dat ervan uitgaat dat er in het bereiken van een bepaald resultaat een techniek, methode, proces, activiteit of initiatief bestaat die of dat effectiever is dan een andere manier van werken waarvan uit de praktijk gebleken is dat deze tot dan toe het meest effectief, of effectief genoeg was. Het uitgangspunt is dat met de juiste processen, controles en tests een project uitgevoerd kan worden met minder problemen en minder onvoorziene complicaties (Goede voorbeelden).

*Evidence-based* richtlijnen is een concept uit de geneeskunde en is gebaseerd op nauwgezet en verstandig gebruik van het beste voorhanden bewijs. Vooraf vindt er een literatuurstudie plaats waarbij alle bestaande richtlijnen, meta-analyses, systematische reviews en megatrials worden verzameld. De onderzoeksresultaten worden geordend en gewogen. Vervolgens worden er nieuwe richtlijnen ontworpen.