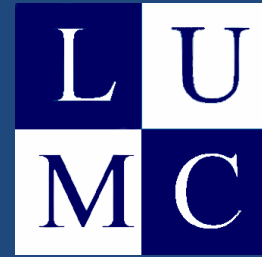




Universiteit Utrecht



“Let them eat cake!”

-Marie Antoinette (1755-1793)

Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van werkzaamheden en een herschikking van taken op een OK-centrum na de implementatie van het LEAN denken.

Emma Vreugdenhil
Utrecht, augustus 2013

“Let them eat cake!”

Een kwalitatief onderzoek naar de beleving van werkzaamheden en een herschikking van taken op een OK-centrum na de implementatie van het LEAN denken.

Emma Vreugdenhil
Studentnummer: 3380688
Augustus 2013

Universiteit Utrecht
Bestuurs- en Organisationswetenschap
Organisaties, Verandering en Management

Scriptiebegeleider: dr. ir. Martijn Koster
LUMC begeleider: dhr. Roel Beck

Voorwoord

De scriptie die hier voor u ligt, markeert het einde van een periode van vier jaar Bestuurs- en Organisationswetenschap en een extra aanvullend jaar Sociale Geografie en Planologie, beide gevolgd aan de Universiteit Utrecht. Het is een periode die enerzijds gekenmerkt wordt door hard studeren, het schrijven van meerdere (afstudeer)onderzoeken en het leren in de praktijk door middel van stages bij de Jeugdinspectie en het Leids Universitair Medisch Centrum. Anderzijds heb ik het Utrechtse studentenleven in diverse facetten mogen leren kennen, waar ik nu met veel plezier op terug kijk.

Het Masterprogramma 'Organisaties, Verandering en Management' bood de mogelijkheid tot verdieping in de 'organisatie' kant van de studie Bestuurs- en Organisationswetenschap, waar mijn interesse het meest naar uit gaat. Op een dynamische organisatie waar elke dag afwegingen moeten worden gemaakt met betrekking tot de gezondheid van mensen (zoals in een ziekenhuis het geval is) is uiteindelijk mijn keuze gevallen.

Mijn afstudeerperiode bij het Leids Universitair Medisch Centrum is turbulent te noemen. De focus van het onderzoek is meerdere malen veranderd, aangepast en verfijnd en ook mijn werkplek en omgeving zijn letterlijk een niveau omhoog getild van de derde naar de vierde verdieping van het ziekenhuis. Dit heeft veel energie en tijd gekost, wat ik als een leerzaam proces beschouw. Het OK-centrum bleek uiteindelijk de juiste plek voor mijn onderzoek naar de beleving van een organisatiestructuurverandering die concrete gevolgen had voor het takenpakket van de operatieassistenten in het LUMC. Met plezier heb ik mij dagelijks in blauwe operatiekleding gehesen, waardoor ik me al snel een van de velen voelde. De gesprekken met de operatieassistenten waren interessant en persoonlijk en ik wil hen bij deze bedanken voor hun openheid en medewerking aan het volbrengen van mijn afstudeerscriptie.

Het besluit om mijn Masterdiploma een jaar later in ontvangst te nemen is een bewuste keuze geweest, waar ik met tevredenheid op terugkijk. Het bood mij de kans om vooruit te kijken naar wat ik in de toekomst wil en mij verder te ontplooiën in een vak waar ik meer interesse in bleek te hebben dan ik aanvankelijk vermoedde: Sociale Geografie en Planologie. Na vier jaar heb ik de vertrouwde USBO, gelegen op het Ledig Erf, verlaten voor een nieuwe uitdaging op de Uithof en deze verandering heeft mij goed gedaan.

Ik heb mijn scriptie nu met plezier afgerond en ik wil daarvoor mijn beide begeleiders, de heren Martijn Koster en Roel Beck, bedanken voor hun steun en betrokkenheid tijdens het maken van soms moeilijke beslissingen op de momenten waarop ik dat nodig had. Tot slot wil ik het Hoofd van de OK de heer Jos Wind en mijn kamergenoot en clusterleider, de heer Erik Hiddinga bedanken die mij wegwijs maakten op het OK-centrum. Dat was met een slecht oriëntatievermogen zoals dat van mij, zeker geen overbodige luxe. Bedankt!

Emma Vreugdenhil

Utrecht, 2013

Samenvatting

Dit afstudeeronderzoek presenteert de bevindingen omtrent de beleving van operatieassistenten met betrekking tot een verandering in hun dagelijkse werkzaamheden op een OK-centrum van een UMC. Het UMC implementeert het 'LEAN denken' wat er vanuit gaat dat zorginstellingen door een toenemende zorgdruk genoodzaakt zijn hun interne processen effectief en efficiënt te houden. Concreet betekent dit dat er een herschikking van de taken op het OK-centrum heeft plaatsgevonden tussen de operatieassistenten en enkele afdelingsmedewerkers. Het management beoogt hiermee een hogere inzetbaarheid van de operatieassistenten in het primaire proces. Een zeventiental semi-gestructureerde interviews zijn afgenomen met operatieassistenten, clusterleiders en enkele afdelingsmedewerkers. Hieruit blijkt dat de operatieassistenten en het management een verschil in visie hebben over wat de taakherschikking kan en zou moeten betekenen op het OK-centrum. Volgens de operatieassistenten kan er geen sprake zijn van meer efficiëntie in het huidige proces omdat zij vanwege een tekort aan collega's al zwaar belast worden. De fysieke en mentale belasting die zij ervaren doet tevens afbreuk aan de beleving van hun werkzaamheden en dit maakt dat de kwaliteit van arbeid (waaronder het bevredigen van de eigen werkbehoeften wordt verstaan) niet optimaal is. Daarnaast zal de taakherschikking in de beleving van de operatieassistenten een vermindering betekenen aan variatie van hun taken en de te leveren kwaliteit. Enige vorm van domeindenken, waarbij de operatieassistenten hun eigen werkterrein willen beschermen en taken niet willen afstaan aan andere disciplines, is dan ook aan de orde.

Inhoud

Voorwoord.....	3
Samenvatting	4
Hoofdstuk 1. Inleiding.....	8
1.1 Context onderzoek: knelpunten in de zorg	8
1.2 Organisatie en aanleiding onderzoek.....	9
1.3 Probleemschets en onderzoeksvraag.....	11
1.4 Doelstellingen.....	13
<i>Inhoudelijk</i>	13
<i>Praktisch</i>	13
<i>Persoonlijk</i>	14
1.5 Leeswijzer	14
Hoofdstuk 2. Conceptueel kader	15
2.1 Organisatiestructuur: ‘There is no one best way to organize’	15
2.1.1 <i>De professionele bureaucratie en de invloed van professionals</i>	17
2.1.2 <i>Bevoegdheid en verantwoordelijkheid</i>	20
2.2 Een ‘slanke’ oplossing: taakherschikking en LEAN	22
2.2.1 <i>Domeindenken, het behouden van de controle en machtsbronnen</i>	25
2.3 Kwaliteit van arbeid.....	28
2.4 Een spanningsvolle relatie: het management en werkvloer	29
Hoofdstuk 3. Methodologie	32
3.1 Onderzoeksstrategie	32
3.2 Onderzoeksontwerp.....	33
3.3 Onderzoeksmethoden.....	33
3.3.1 <i>Semi-gestructureerd interview</i>	33
3.3.2 <i>Participerende observaties</i>	34
3.3.3 <i>Documentanalyses</i>	35
3.4 Onderzoekspopulatie	37
3.5 Kwaliteitsindicatoren.....	38
3.5.1 <i>Betrouwbaarheid</i>	38
3.5.2 <i>Validiteit</i>	38

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten	40
4.1 Beleving dagelijkse werkzaamheden op het OK-centrum.....	40
4.1.1 <i>Verschuiving in taken</i>	40
4.1.2 <i>Een overschrijding van de kaders</i>	41
4.1.3 <i>Overbelasting: werken met (te) volle OK programma's en meelopende studenten</i>	43
4.1.4 <i>Onvoldoende ondersteuning, waardering en betrokkenheid</i>	45
4.1.5 <i>Beleving werkzaamheden OK-centrum UMC (versus periferie)</i>	47
4.2 Beleving taakherschikking op het OK-centrum	48
4.2.1 <i>Vermindering variatie eigen werkzaamheden</i>	48
4.2.2 <i>Gevaar voor kwaliteitsverlies</i>	49
4.2.3 <i>De noodzaak van veranderen</i>	51
4.3 "Let them eat cake!"	52
4.3.1 <i>Visie management</i>	53
4.3.2 <i>Visie operatieassistenten</i>	53
4.3.3 <i>LEAN volgens de operatieassistenten</i>	55
Hoofdstuk 5 Analyse van de bevindingen.....	56
5.1 Beleving werkzaamheden	56
5.1.1 <i>Het belang van verantwoordelijkheid en persoonlijke uitdaging</i>	56
5.1.2 <i>Werkbelastende aspecten</i>	56
5.2 Beleving taakherschikking	59
5.2.1 <i>Minder werkvariatie en een verlies aan kwaliteit</i>	59
5.2.2 <i>Domeindenken</i>	59
5.3 Discrepantie management en de werkvloer	60
5.3.1 <i>Verschil in visie</i>	60
5.3.2 <i>Een bemiddelende functie van de clusterleiding</i>	61
Hoofdstuk 6 Conclusie	62
6.1 Beantwoording hoofdvraag.....	62
6.1.1 <i>Ervaring dagelijkse werkzaamheden</i>	62
6.1.2 <i>Knelpunten en mogelijkheden als gevolg van taakherschikking</i>	64
6.1.3 <i>De rol van domeindenken als gevolg van taakherschikking</i>	65
6.2 Punten van advies	66
6.3 Discussie	67

Referenties	68
Figuren	75
Bijlagen.....	76
Bijlage 1: Topiclijst operatieassistenten	76
Bijlage 2: Organogram OK-centrum	78

Hoofdstuk 1. Inleiding

De uitspraak 'Let them eat cake!' wordt wereldwijd toegeschreven aan de Franse koningin Marie Antoinette (1755-1793)¹. Zij zou deze uitspraak gedaan hebben als reactie op het feit dat het Franse volk geen brood had om van te leven. Daarop reageerde zij dat het volk maar 'cake' moest consumeren, een nog veel duurder product in een periode van schaarste. De uitspraak staat inmiddels symbool voor de afstand tussen hoger en lager geplaatsten waarbij hoger geplaatsten niet op de hoogte zijn van de benarde situatie die zich afspeelt bij de lager geplaatsten².

Hoewel de stap van het Franse hof in de 18^{de} eeuw naar de dagelijkse praktijksituatie in een UMC ver te zoeken lijkt, is deze uitspraak wel degelijk ter sprake gebracht door een operatieassistent. De afstand tussen het management en de werkvloer blijkt uit het feit dat de doelen die het management nastreeft, niet parallel lopen of zelfs botsen met de mogelijkheden die de operatieassistenten zien. De implementatie van het 'LEAN denken' op het OK-centrum, waarbij er verschuivingen hebben plaatsgevonden in de werkzaamheden van de operatieassistenten versterkt dit gevoel. Daar waar het management efficiëntie beoogt, benadrukken de operatieassistenten behoudt van kwaliteit in hun werkzaamheden en de mate van overbelasting die zij nu ervaren mede als gevolg van een tekort aan collega's. Hoe de operatieassistenten hun werkzaamheden en de verandering hierin beleven, blijkt verband te houden met verschillende organisatiestructuurkenmerken in een professionele bureaucratie. Dit betreft het gedecentraliseerd werken, de zelfstandigheid van de professionals en de coördinatie, bevoegdheid en verantwoordelijkheid die hier mee samenhangt.

Deze verandering in taken die op het OK-centrum van een UMC plaatsvindt, alsmede de beleving van de kwaliteit van arbeid met betrekking tot de dagelijkse werkzaamheden van de operatieassistenten zal in dit onderzoeksrapport nader worden beschreven. Hierbij zal tevens aandacht worden besteed aan het concept 'domeindenken', een mogelijk gevolg van taakherschikking waarbij verschillende disciplines hun eigen werkterrein beschermen en taken niet willen afstaan aan andere disciplines (RVZ, 2002).

Ter inleiding van dit onderzoeksrapport wordt in dit hoofdstuk allereerst de context waarin de onderzoeksorganisatie, het Leids Universitair Medisch Centrum, zich bevindt besproken. De zorgsector kampt met arbeidstekorten, ook als het gaat om personeel op de OK. Vervolgens zal in paragraaf 1.2 verder ingegaan worden op de organisatie zelf en de aanleiding van dit onderzoek. Aansluitend volgt de probleemschets en onderzoeksvraag in paragraaf 1.3. De doelstellingen die aan deze onderzoeksstage ten grondslag liggen worden in paragraaf 1.4 nader besproken. Tot slot volgt in paragraaf 1.5 de leeswijzer voor het vervolg van het onderzoeksrapport.

1.1 Context onderzoek: knelpunten in de zorg

De zorgsector bevindt zich in een maatschappelijke context waarbij sprake is van een almaar toenemende zorgconsumptie (SER, 2006; Benders, Rouppe van der Voort & Berden, 2010). De vergrijzing van de samenleving speelt daarin een grote rol. Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft om deze reden in juli 2011 advies gevraagd over de toekomstbestendigheid

¹ De uitspraak is echter historisch niet vastgelegd

² www.phrases.org.uk

van de gezondheidszorg (Schipper, 2011). In het bijzonder moet dit advies, dat dit jaar nog wordt verwacht, inzicht geven in de betaalbaarheid van de zorg en de knelpunten op de arbeidsmarkt (www.ser.nl).

Van knelpunten op de arbeidsmarkt blijkt al enkele jaren sprake te zijn als het gaat om personeel op de operatiekamers (Benders et al., 2010). In 2009 had 70 procent van de Nederlandse ziekenhuizen een tekort aan eigen OK personeel, het grootste tekort dat tot dan toe was gemeten (Boer & Beuzekom, 2009). Te weinig opleidingsplaatsen wordt als een van de oorzaken genoemd. Dit is mede het gevolg van bezuinigingen in de zorgsector, waarbij ziekenhuizen zelf geld moeten vrijmaken voor opleidingen (Benders et al., 2010). *“Er is een trend geweest om minder op te leiden, en minder opleiden leidt tot minder personeel. Dat is een van de oorzaken”* (NOS, 2010). In 2011 is om deze reden in overleg met de Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) een fonds opgezet ter bevordering van het opleiden van gespecialiseerd personeel. Ziekenhuizen ontvangen een vergoeding uit dit fonds voor de gemaakte kosten voor het opleiden. Deze regeling moet er tevens voor zorgen dat er minder operatieassistenten uit het buitenland worden aangetrokken (Kamerstuk II, 2009/10 3327). Dit blijkt namelijk niet zonder risico's. Met name taal- en cultuurverschillen worden als problematisch ervaren (Boer & Beuzekom, 2009). Volgens Minister Schipper zal ook *“de WHO-code op het gebied van ethisch verantwoord werven van zorgpersoneel uit het buitenland, [...] werving uit (ontwikkelings)landen met personeelstekorten afremmen”* (Kamerstuk II, 2010/11 29 282, p. 1). Naast het meer opleiden van personeel wordt ook het efficiënter inzetten van het eigen OK personeel (Francati & Ikkersheim, 2009) en een herschikking van taken als mogelijke oplossingen aangedragen. *“De raad denkt daarbij met name aan het verder doorvoeren van taakherschikking en het inzetten van werknemers in nieuwe functies/beroepen en aan het anders organiseren van de zorg”* (SER, 2006, p.9). Met taakherschikking wordt *“het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen”* (RVZ, 2002, p. 87) bedoeld.

1.2 Organisatie en aanleiding onderzoek

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), dat als onderdeel van acht universitair medische centra in Nederland zich bezighoudt met het anders organiseren van de zorg zoals de SER adviseert. Kenmerkend aan deze UMC's is het samenwerkingsverband tussen een (academisch) ziekenhuis en een universiteit. In Leiden kwam deze samenwerking tussen het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) en de faculteit geneeskunde van de Universiteit Leiden in 1996 tot stand. Om deze reden kent het LUMC zichzelf naast de patiëntenzorg nog vier andere kerntaken toe, zoals het doen van wetenschappelijk onderzoek en het aanbieden van onderwijs, opleidingen en bij- en nascholing. In het LUMC zijn rond de 7000 mensen werkzaam.³

Het LUMC geeft 'het anders organiseren van de zorg' vorm door het implementeren van het 'LEAN denken'. Het 'LEAN denken' gaat er vanuit dat zorginstellingen als gevolg van een toenemende zorgdruk genoodzaakt zijn hun interne processen effectief en efficiënt te houden. Ter verbetering van de dienstverlening moet de productiviteit en de kwaliteit omhoog en de kosten omlaag.⁴ Ten

³ www.lumc.nl

⁴ www.leanzorg.nl

tijde van de onderzoeksstage hebben er als gevolg van dit 'LEAN denken' in het UMC veranderingen plaatsgevonden op het OK-centrum die de aanleiding hebben gevormd voor dit afstudeeronderzoek.

Aanleiding onderzoek

Het implementeren van het 'LEAN denken' op het OK-centrum is een maatregel die het management neemt om het eigen OK personeel efficiënter in te zetten en zodoende om te gaan met het tekort aan operatieassistenten. Ten tijde van het onderzoek bleken er tien vacatures open te staan voor de functie van operatieassistent. In het meest nadelige scenario leidt dit tot sluiting van een OK, en dus uitstel van een geplande operatie. Tekorten in deelmarkten zoals die van de operatieassistent, leiden tevens tot een verstoring van de continuïteit van de zorg, omdat door een tekort aan operatieassistenten de operatiecapaciteit (operatiekamers, specialisten) onvoldoende wordt benut (Van Rijn, Schreuder, Vulto, 2002). Dit is zowel voor de chirurg en de andere OK- medewerkers als de patiënt en diens familie, een onaanvaardbare situatie en onverenigbaar met de waarden die een ziekenhuis uitdraagt. De tekorten zijn dus een dringend probleem dat de aandacht van het management behoeft, ook in andere ziekenhuizen. Enkele UMC's zijn de afgelopen jaren het LUMC al voorgegaan met het implementeren van het 'LEAN denken'. Vanuit de gedachte dat door middel van benchmarking tussen UMC's niet meerdere malen het wiel opnieuw uitgevonden hoeft te worden (Van Houdenhoven, Hoorn, Kalkman & Kazemier, 2006), is het LUMC een vergelijkend project gestart: CLEAN. In september 2011 is dit project onder leiding van het hoofd van de Centrale Sterilisatie Dienst (CSD) in het LUMC van start gegaan. Het project hanteert de volgende doelstelling: *"Ontwikkel een nieuw logistiek concept, om de effectiviteit in het primaire proces te verhogen, waarbij de veiligheid, kwaliteit en de tevredenheid van medewerkers worden verbeterd"* (Beck, 2011). Dit onderzoek zal zich richten op een van de nevendoelestellingen die het CLEAN project hanteert om dit doel te bereiken, namelijk het minimaliseren van de inzet van het OK personeel in logistieke werkzaamheden en het maximaliseren van hun capaciteiten in het primaire proces (Beck, 2011).

Onder een efficiëntere inzetbaarheid van operatieassistenten in het primaire proces verstaat het management het instrumenteren aan de operatietafel. Uit eerder onderzoek in UMC's (Blonk, 2006) blijkt dat er onderschat wordt wat de invloed is van logistieke (secundaire) taken op het primaire werkproces van de OK- medewerker. Operatieassistenten blijken veel tijd kwijt te zijn aan logistieke taken en volgens het management weerhoudt ze dit om meer aan de operatietafel te staan.

Vanuit ditzelfde management kwam het aanbod om het CLEAN project te gebruiken als onderzoeksonderwerp. Met een kwalitatieve onderzoeksbenadering is vervolgens gekeken naar de verandering zoals die plaatsvond in de organisatie en daarbij sprak de doorgevoerde taakherschikking op het OK-centrum als onderdeel van dit project het meest aan om nader te onderzoeken. Voor de focus van het onderzoek is gekozen om de aandacht te vestigen op de operatieassistenten die als grootste groep deze verandering ondergaat. Omdat LEAN van oorsprong haar basis vindt in de auto industrie, is de uitwerking van deze principes in een organisatie zoals een ziekenhuis opmerkelijk te noemen. De toenemende zorgdruk maakt verregaande efficiëntie en effectiviteit echter noodzakelijk. Dit onomkeerbare proces waarbij semipublieke organisaties steeds bedrijfskundiger moeten gaan werken en de gevolgen van deze bedrijfskundige beslissingen voor de medewerkers op de werkvloer heeft mij als onderzoeker enthousiast gemaakt voor dit onderzoek naar taakherschikking.

1.3 Probleemschets en onderzoeksvraag

Dit onderzoek baseert zich op twee projecten die vallen onder CLEAN, die ten tijde van de onderzoeksstage (in verschillende fasen) plaatsvonden en beide te maken hebben met het meer 'LEAN' maken van het OK-centrum van het LUMC. Tezamen hebben zij geleid tot een onderzoeksvraag en enkele deelvragen waarvoor ter verduidelijking eerst een inleiding zal volgen.

Het project CLEAN 1 richt zich op het doen van bestellingen van OK artikelen. Op het OK-centrum is een tweedeling te maken in de wijze waarop artikelen worden besteld. Een gedeelte van de artikelen wordt met een vaste routine (bijvoorbeeld wekelijks) afgenomen van vaste leveranciers. Deze 'routine' of 'standaard'-artikelen zijn voorzien van een LUMC-nummer. Dit heeft als voordeel dat deze LUMC-artikelen door middel van het scannen van het betreffende nummer besteld kunnen worden. De afdelingsmedewerkers dragen hier zorg voor. Het andere gedeelte aan artikelen dat het LUMC binnenkomt, zijn bestellingen die door de daarvoor bevoegde operatieassistenten zijn geplaatst (veelal specialisme-oudsten die verantwoordelijk zijn voor het goed verlopen van het desbetreffende specialisme). In tegenstelling tot de standaardartikelen, worden deze 'niet standaard artikelen' handmatig besteld. Dit zijn artikelen die niet met een regelmaat worden besteld omdat ze bijvoorbeeld specifiek voor één operatie nodig zijn.

Gedurende de onderzoeksstage hebben er met betrekking tot CLEAN 1 op verschillende specialismen veranderingen plaatsgevonden van deze besteltaak. Het bestellen van de 'niet standaard' artikelen zijn (of worden) geleidelijk overgenomen van de operatieassistenten door de afdelingsmedewerkers. Praktisch houdt dit in dat deze artikelen een nummer krijgen toegewezen en zo een standaard LUMC artikel worden. Voordeel is, dat waar de operatieassistenten nog handmatig te werk moesten gaan, de afdelingsmedewerkers de voorraad met een scanapparaat kunnen bijhouden, wat efficiënter is. Het wekelijks nalopen van de voorraadkasten en het contact met de leveranciers horen tevens bij deze besteltaak. Het OK-centrum is verdeeld in drie 'snijdende' clusters. Bij cluster 3 zijn de artikelen al overgenomen door de afdelingsmedewerkers en is de taakherschikking afgerond. Ook bij de meeste specialismen van cluster 1 is dit het geval. Cluster 2 staat op dat moment zeer binnenkort te gebeuren.

De taakherschikking wat betreft het doen van bestellingen is een van de eerste maatregelen om de werkprocessen op de OK meer LEAN te maken. Er zullen op korte termijn meerdere herschikkingen van taken volgen als resultaat van CLEAN 2. Dit is het tweede project waar dit onderzoek mede aandacht voor zal hebben. Het betreft het klaarzetten van de operatiekarren voor aanvang van de ingrepen. Ook deze werkzaamheden zullen op termijn overgenomen worden van de operatieassistenten. Het is nog niet geheel duidelijk of medewerkers van de CSD of studenten aan het LUMC die bij willen verdienen, deze taak op zich zullen gaan nemen.

De beslissing van het management om eerdergenoemde taken als gevolg van CLEAN 1 en 2 te herschikken, zullen naar verwachting in de praktijk niet zo gemakkelijk geaccepteerd worden. Uit literatuuronderzoek blijkt dat taakherschikkingen vaak gepaard gaan met een mate van domeindenken waarbij verschillende disciplines hun eigen werkterrein willen beschermen en behouden. Zij beroepen zich op het beheersen van de logica in hun eigen domein die door andere disciplines niet beheerst wordt. Het afbakenen van het eigen domein is niet uitzonderlijk binnen de

organisatiestructuur van een ziekenhuis die gekenmerkt wordt als een 'professionele bureaucratie' (Mintzberg, 1980). Vanwege de hoge mate van zelfstandigheid van de professionals en enige weerzin tegen te veel controle, wordt ook wel gesproken van een territoriumdrift (Koeleman, 2008), waarbij sprake is van een gesloten houding. Dit beperkt de organisatie in haar verandervermogen.

Als gevolg van de taakherschikkingen zullen er voor de operatieassistenten ook verschuivingen plaatsvinden in verantwoordelijkheid en bevoegdheid met betrekking tot die taken. Dit zorgt er mede voor dat de kwaliteit van arbeid (waaronder het bevredigen van de eigen werkbehoeften wordt verstaan) voor hen vermindert. Het management denkt hier echter anders over, zij beschouwen deze taken als logistiek en secundair in het takenpakket van de operatieassistent. Volgens hen gaan deze taken ten koste van de 'primaire' werkzaamheden van de operatieassistenten: het instrumenteren aan de operatietafel. Immers, in de tijd dat operatieassistenten zich bezighouden met bestellingen of het klaarzetten van de operatiekarren voor de volgende dag, kunnen zij niet ingepland worden op een OK zo wordt geredeneerd.⁵ Uit een gemaakte analyse blijkt dat er door de herstructurering van de besteltaken 1 fte (te verstaan 32 uur) is vrijgemaakt op de OK.⁶ Het is echter voor het management niet duidelijk waar die fte op het OK-centrum nu voor wordt gebruikt en hoe de operatieassistenten naar de herstructurering van de taken kijken. Gecombineerd met het tekort aan operatieassistenten vormt dit een probleem dat het management wil aanpakken. Dit onderzoek kan gezien worden als een kwalitatieve evaluatie van het CLEAN project en moet uitwijzen hoe de operatieassistenten de veranderingen in hun werkzaamheden ervaren. Hieruit zal mede blijken dat er een discrepantie bestaat tussen de doelstellingen die het management nastreeft en de mogelijkheden die de operatieassistenten zien.

Door middel van interpretatief onderzoek met gebruikmaking van semi-gestructureerde interviews en observaties op het OK-centrum is het antwoord gezocht op de volgende vragen: hebben de operatieassistenten in hun beleving nu meer tijd voor hun primaire werkzaamheden en wat verstaan zij daar precies onder? Heeft de taakherschikking daadwerkelijk tot gevolg dat zij meer inzetbaar zijn op de OK en wordt dat als een verbetering gezien? Komen deze veranderingen ten goede aan de beoogde veiligheid, kwaliteit en tevredenheid die het CLEAN project nastreeft? Tezamen resulteert dit tot de volgende hoofdvraag die leidend is voor het onderzoek:

Hoe beleven de operatieassistenten hun dagelijkse werkzaamheden op een OK-centrum van een UMC en op welke wijze kijken zij naar de beoogde herschikking van hun taken?

Ter beantwoording van deze onderzoeksvraag worden de volgende deelvragen gehanteerd, die mede voort zijn gekomen op basis van een literatuurstudie.

- ◆ Hoe ervaren de operatieassistenten hun dagelijkse werkzaamheden op het OK-centrum?
- ◆ Welke knelpunten en welke mogelijkheden zien de operatieassistenten in de dagelijkse praktijk ontstaan door de herschikking van hun taken?
- ◆ Op welke wijze speelt domeindenken een rol bij de doorgevoerde taakherschikking?

⁵ Presentatie afronding fase 1 divisiebestuur- project CLEAN

⁶ Presentatie afronding fase 1 divisiebestuur- project CLEAN

1.4 Doelstellingen

De doelstellingen die in dit onderzoek worden nagestreefd zijn te onderscheiden op drie manieren: inhoudelijk, praktisch en persoonlijk.

Inhoudelijk

Voorop staat de doelstelling om inzicht te verkrijgen in de beleving van de operatieassistenten aangaande de doorgevoerde taakherschikking op het OK-centrum. Naar verwachting zullen steeds meer zorgorganisaties het 'LEAN denken', of principes daarvan in de toekomst moeten toepassen. Ziekenhuizen zijn genoodzaakt te anticiperen op de vergrijzende samenleving en de toenemende zorgdruk. Welke uitwerkingen deze veranderingen hebben op het betreffende personeel vormt een belangrijk aspect voor de evaluatie. Vanuit een maatschappelijk perspectief kan dit onderzoek bijdragen aan de vraag die de SER stelt over hoe langdurige zorg in Nederland betaalbaar blijft en waar de mensen gevonden moeten worden die deze zorg kunnen leveren (SER, 2010). Taakherschikking, met als doel meer LEAN te worden, kan een antwoord zijn op deze vraag en de ervaringen in de praktijk hieromtrent worden in dit onderzoek nader onderzocht. Blijft de kwaliteit van arbeid gehandhaafd in de beleving van de operatieassistenten of beschermen zij hun domein?

Vanuit een wetenschappelijke relevantie kan gesteld worden dat in de literatuur tot nu toe met name effectmetingen gedaan zijn naar taakherschikking in de gezondheidszorg (Harmsen et al., 2006; Bussemakers, 2006). Bovendien richten of refereren deze onderzoeken zich specifiek op en aan taakherschikking tussen beroepsgroepen met beide een medische achtergrond (Harmsen et al., 2006; RVZ, 2002; GGZ, 2006; Knip, 2005). Dit onderzoek zal in beide opzichten anders zijn dan voorgaand onderzoek en hoopt ook zo een bijdrage te leveren aan de kennis over taakherschikking en de praktische uitwerking van de LEAN principes in de zorgsector. In tegenstelling tot eerder onderzoek zal een kwalitatieve onderzoeksmethode centraal staan. Het belang van kwalitatief onderzoek naar de uitwerking van LEAN in de gezondheidszorg blijkt uit het feit dat er een steeds groter tekort is aan zorgpersoneel. Het behouden en aantrekken van deze mensen is een noodzaak om zorg te kunnen blijven garanderen. Van belang is het dan ook inzicht te krijgen in hun ervaringen met de LEAN principes ook met het oog voor verdere toepassing in andere (soortgelijke) organisaties. Dergelijk kwalitatief onderzoek geredeneerd vanuit de werknemer ontbreekt tot op heden in de literatuur (Pettersen, 2009). Tevens vindt de onderzochte taakherschikking in dit onderzoek plaats tussen twee verschillende beroepsgroepen waarvan de één geen medische achtergrond heeft. Vanwege dit verschil in beroepsachtergrond, is tevens ook sprake van een ander kennen en kunnen. Dit kan ook consequenties hebben voor de mate waarin domeindenken voortkomt, omdat er een vertrouwensband moet ontstaan waarbij de operatieassistent diens werkzaamheden wil over dragen aan een afdelingsmedewerker.

Praktisch

In het verlengde van de inhoudelijke doelstelling, kan ook een praktisch doel geformuleerd worden. Praktisch gezien is het van belang dat door het verkrijgen van inzicht in de onderzoekssituatie, een beter begrip bewerkstelligd wordt bij het management van de dagelijkse praktijk zoals die door de operatieassistenten wordt beleefd. Dit kwalitatieve onderzoek moet uitwijzen wat deze veranderingen voor de operatieassistenten betekenen en of het gewenste doel om hen meer bezig te laten zijn met hun primaire werkzaamheden in hun opvatting is behaald. Weerstand tegen veranderingen, of domeindenken als gevolg van taakherschikkingen hebben een oorzaak die bij het

management wellicht niet bekend is. De resultaten die dit onderzoek opbrengt kunnen vervolgens mogelijkheden bieden tot nadere communicatie en een terugkoppeling naar het management inzake de taakherschikking zoals die nu plaatsvindt en nog verder zal plaatsvinden als gevolg van CLEAN 2. De 32 uur die door de taakherschikking vrijgemaakt zijn op het OK-centrum moeten zich op enige wijze terugvertalen in concrete verbeteringen in het primaire proces zo wordt verondersteld. Dit onderzoek kan op deze manier op kwalitatieve wijze een bijdrage leveren aan het CLEAN-project, dat de effectiviteit van het primaire proces in de praktijk veelal vanuit een efficiëntie oogpunt benadert. Uitspraken als “hoe krijg ik er meer snijtijd voor terug”⁷, en “we willen naar de 1000 harten per jaar”⁸, laten dit zien.

Persoonlijk

Aan dit onderzoek zijn ook persoonlijke doelstellingen verbonden. Het doen van interpretatief onderzoek geeft de kans om ‘in het veld’ te spreken met de operatieassistenten en hen te observeren tijdens hun dagelijkse werkzaamheden op het OK-centrum. Op deze wijze wordt geprobeerd de sociale werkelijkheid zoals die door de operatieassistenten in het OK-centrum wordt gezien zo goed mogelijk te achterhalen en te beschrijven. Getracht wordt niet het managementverhaal weer te geven maar vanuit het perspectief van de mensen op de werkvloer zicht te krijgen op het onderzoeksonderwerp. Hiervoor wordt ten doel gesteld om een intensieve relatie met de respondenten te bewerkstelligen door middel van een onderzoeksstage, het ‘aanwezig zijn’ op de werkvloer. Leerzaam hieraan is het voor de onderzoeker moeten aanpassen in de context van de respondent, in dit geval het OK-centrum wat voor mij nog een onbekende onderzoekssituatie is met een onbekend vakjargon.

1.5 Leeswijzer

In dit eerste hoofdstuk is een introductie gegeven op het onderwerp en de bijbehorende doel- en vraagstelling die centraal staan in dit onderzoek. Tevens is de organisatie, haar context en de aanleiding van dit onderzoek besproken. Op de eerstvolgende pagina wordt in hoofdstuk 2 het conceptueel kader beschreven wat het onderzoek onderbouwt vanuit een theoretisch perspectief. Vervolgens zal de gekozen onderzoeksstrategie, -ontwerp en -methoden verantwoord worden in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 staan de onderzoeksresultaten centraal, waarna de analyse van deze resultaten volgt in hoofdstuk 5. Hoofdstukken 4 en 5 kunnen het management eerst praktisch en vervolgens meer theoretisch inzicht bieden in de onderzoekssituatie en zijn om deze reden specifiek voor hen interessant om te lezen. Afsluitend zijn in hoofdstuk 6 de conclusie en enkele aanbevelingen te vinden die tevens van waarde kunnen zijn voor het management. De gebruikte referenties en bijlagen volgen tot slot.

⁷ Overleg OK –CSD, 14 maart 2012

⁸ Overleg OK-CSD, 22 februari 2012

Hoofdstuk 2. Conceptueel kader

Dit hoofdstuk beschrijft de theoretische concepten die het onderzoek ondersteunen en richting geven. Voorafgaand en gedurende de onderzoeksstage zijn verschillende thema's van waarde gebleken. Daaraan zal in dit hoofdstuk aandacht worden besteed. Dit onderzoek naar de beleving van de werkzaamheden en de herschikking van taken als gevolg van het implementeren van LEAN op een OK-centrum, vindt grotendeels haar basis in theorieën verwant aan de organisatiestructuur. Hoewel dit een statisch concept lijkt, zal vanuit de interpretatieve invalshoek van dit onderzoek de nadruk liggen op het sociaal constructieve aspect van organisatiestructuren. In paragraaf 2.1 staat het thema organisatiestructuur centraal en wordt onder andere aandacht besteed aan de onderwerpen communicatie, coördinatie, bevoegdheid en verantwoordelijkheid die direct verband houden met structuur en taakverdeling. Tevens wordt ingegaan op het type organisatiestructuur dat op de organisatie van toepassing is: de professionele bureaucratie en met name ook de rol van professionals in deze structuur. Paragraaf 2.2 richt zich vervolgens op het concept taakherschikking waarbij taken van de ene (medische) discipline overgedragen worden aan een andere (niet medische) discipline als gevolg van het implementeren van LEAN. Ook het gevaar voor domeindenken komt hier aan de orde. Dit is een negatieve bijwerking van taakherschikking waarbij de medische discipline haar takenpakket afschermt naar andere disciplines en veranderingen weerhoudt. In paragraaf 2.3 komt vervolgens het concept kwaliteit van arbeid aan bod, gekoppeld aan enkele waarden van LEAN die op deze onderzoekssituatie van toepassing zijn. Zo kan onderzocht worden hoe werknemers hun werkzaamheden ervaren. Ten tijde van personeelstekorten is het essentieel om aan hun werkbehoeften te kunnen blijven voldoen en gemotiveerde werknemers te houden. Wat betreft LEAN zal voor dit onderzoek specifiek gekeken worden naar 'LEAN zorg'. Dit zijn elementen van LEAN toegepast op de zorgsector. Tot slot gaat paragraaf 2.4 in op de relatie tussen het management en de professional. Dit kan inzicht bieden in het feit dat het management en de operatieassistenten zeer verschillende zienswijzen hebben met betrekking tot de doorgevoerde taakherschikking.

2.1 Organisatiestructuur: 'There is no one best way to organize'

De structuur van een organisatie wordt in de literatuur als een van de meest bepalende factoren gezien met betrekking tot diens prestatie, waarbij aandacht moet worden besteed aan de onderliggende processen die het structurele frame verbinden en activeren (Lee & Yang, 2011; Bate, Khan & Pye, 2002). Vanuit een functioneel perspectief wordt de organisatiestructuur ook wel de anatomie van een organisatie genoemd, de fundering waarbinnen een organisatie kan functioneren (Dalton, Todor, Spendolini, Fielding & Porter, 1980). Afhankelijk van factoren als organisatiegrootte, technologie en het vermogen te anticiperen op de directe omgeving waar mee zij in contact staat, neemt een organisatie een andere structuur aan (Aldrich & Herker, 1977; Gordon & Narayanan, 1984; Daft, 1995). In dit onderzoek wordt in navolging van Bate, Khan en Pye (2002) echter een meer sociaal constructief perspectief aangehangen. De auteurs wijzen op het dynamische en het ontwikkelende karakter van een organisatiestructuur. Structuur staat volgens hen niet vast maar wordt continu geconstrueerd in interactie met de geschepte kaders. Dit is een sociale aspect wat de auteurs een organisatiestructuur toekennen naast het functionele aspect. Op basis van Ranson et al. (1980), definiëren zij de organisatiestructuur als: *"both the prescribed frameworks and realized*

configurations of interaction, and the degrees to which they are mutually constituted and constituting" (Bate, Khan and Pye, 2002, p. 199). Vanuit de interpretatieve benadering van dit onderzoek, zal deze definitie aangehouden worden. Houthoofd (2001) herkent tevens dit sociale aspect en spreekt van structuur als een sociaal systeem vanwege de interactie die plaatsvindt als gevolg van onderlinge afhankelijkheid en relaties door taakverdeling.

Met betrekking tot organisatiestructuren in ziekenhuizen spreekt Wulff (1996) in de jaren '90 van een kanteling van de organisatiestructuur in ziekenhuizen waarbij een meer horizontale structuur aangenomen wordt. Dit 'patiëntgeoriënteerde structuurmodel' wordt als volgt gedefinieerd: *"Een organisatie verdeeld in werkeenheden- ook wel divisies, clusters of sectoren genoemd- rondom specifieke (delen van) patiëntenzorg of patiëntencategorieën* (Wulff, 1996, p. 60). Het is een vorm van decentraal organiseren waarbij een integrale verantwoordelijkheid wordt gedelegeerd aan relatief gezien autonome werkeenheden voor de te leveren zorg en behandeling van verschillende patiëntgroepen (Wulff, 1996). Dit model is ook te herkennen op het OK-centrum van het LUMC waar in drie clusters wordt gewerkt (zie paragraaf 3.4). Gevolg is een grote mate van arbeidscheiding door decentralisatie wat Koeleman (2008) ziet als het verbreken van een samenhang in een groter geheel. Interne communicatie heeft zodoende een wezenlijke functie: *"wat gedeeld is door de structuur, wordt weer geheeld door de interne communicatie"* (Koeleman, 2008, p. 71). Het behalen van de organisatiedoelen is volgens de auteur afhankelijk van de bijdrage van de interne communicatie. Met betrekking tot organisatieveranderingen blijkt communicatie een groot probleem te zijn, waarbij organisaties zich vaak verkijken op de ernst van het probleem (De Vries, 1994). De bereidheid om aan veranderingen mee te werken wordt mede bepaald door de wijze waarop gecommuniceerd wordt tussen het management en de werkvloer. Stoter (2009) spreekt om deze reden van communicatie als hét doorslaggevende aspect ten tijde van organisatieveranderingen, waarbij onder andere korte lijnen, een vlotte terugkoppeling, open informatiestromen, autonome taakteams en gelijkwaardige relaties van belang zijn. Dit is een idealistisch streven, maar door verschillende partijen (management en werkvloer) anders te interpreteren afhankelijk van de waarde die hier aan wordt toegekend. In het geval van de situatie op het OK-centrum blijkt de clusterleiding door een overvolle agenda geen tijd te hebben voor de mate van direct contact (korte lijnen en vlotte terugkoppeling) waar de operatieassistenten in het onderzoek om blijken te vragen. Hier over meer in paragraaf 4.1.4.

Volgens Schaad (2003) heeft decentralisatie ook een direct gevolg voor de aansturing van de organisatie, die nu meer plaatsvindt in autonome werkeenheden. Schermer en Quint (2008) spreken over deze autonome werkeenheden als een 'werkbaar team of werkbare afdeling', waarbij afdelingen met overeenkomstige functies verder worden opgesplitst in teams, subafdelingen of geografische gebieden. Volgens hen is sprake van een werkbaar team wanneer er voldoende onderling contact is om samen te werken en deze mate van contact ook tussen de leidinggevende en zijn team wordt gegarandeerd (Schermer & Quint, 2008). Dit sluit aan bij Stoters (2009) streven naar korte lijnen en vlotte terugkoppeling wat sterk subjectief afhankelijk is. Afgezien van voldoende onderling contact herkennen Pross & Schweitzer (2010) in hun onderzoek enkele kerncondities voor het succesvol kunnen functioneren van een organisatie mede op basis van de organisatiestructuur. Eén daarvan is: *"a clear definition of roles, authority, responsibility, and accountability of staff members"* (Pross & Schweitzer, 2010, p. 99).

Deze duidelijkheid in werkbeschrijving waarom wordt gevraagd is volgens Hage and Aiken (1969) echter met name in routinematige en gecentraliseerde organisaties mogelijk, een structuur die volgens Wulff (1996) in ziekenhuizen niet langer aanwezig is. De vorm van technologie die in een organisatie toegepast wordt bepaalt mede deze mate van routine en centralisatie. In het onderzoek van Daft (1995) worden vier vormen van technologie onderscheiden binnen organisaties, die op basis van eerder wetenschappelijk onderzoek (Perrow, 1970) van invloed blijken te zijn op de structuur die in een organisatie gehandhaafd wordt. Variërende van een ambachtelijke technologie (bakker), een routine technologie (lopende band werk), een ingenieurs technologie (accountancy) en een non-routine technologie (ziekenhuizen) is vast te stellen in hoeverre er sprake kan zijn van een structuur met routine, mechanisatie en voorspelbaarheid in het primaire proces (p. 30). In het geval van een academisch ziekenhuis is er weinig sprake van standaardisatie in tegenstelling tot een algemeen ziekenhuis. De meest unieke gevallen worden in academische ziekenhuizen behandeld. Volgens Gastelaars (2006) is in dienstverlenende organisaties de technologie vaak 'zachter' dan gewenst en bestaat er des te meer een roep naar *'evidence based practices'*. Dit zijn interventies op basis van effecten die zich proefondervindelijk bewezen hebben. Het implementeren van LEAN principes op het OK-centrum is een voorbeeld van hoe deze theorie die zich bewezen heeft in de auto-industrie, zich nu moet waarmaken in andere sectoren zoals in dit geval de zorg. De non-routine technologie in een deel van deze sector (de academische ziekenhuizen) past in de structuurvorm die Mintzberg (1980) de *'professionele bureaucratie'* noemt.

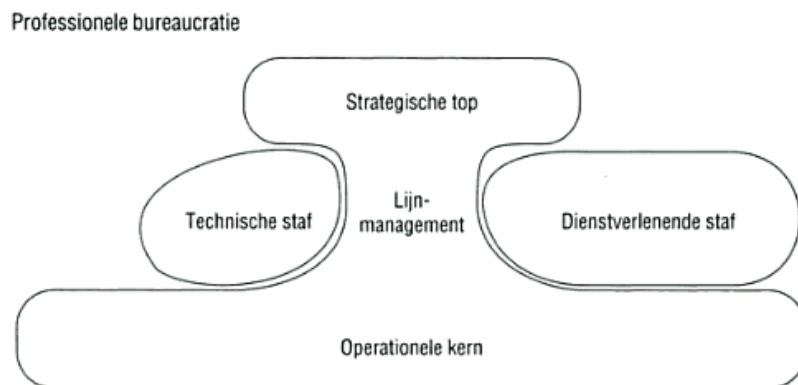
2.1.1 De professionele bureaucratie en de invloed van professionals

Het UMC wordt naast een non-routine technologie ook door een ander aspect getypeerd als een professionele bureaucratie: de professionals. Deze concepten houden sterk verband met elkaar omdat de professionele bureaucratie gebaseerd is op zijn professionals. Zonder artsen (professionals) geen ziekenhuis (professionele bureaucratie). Na een korte toelichting op deze organisatiestructuur zal een verdere verdieping plaatsvinden op de professionals, hun invloed en vraag naar zelfstandigheid en de beperkte mate van coördinatie die hierdoor mogelijk is.

In de literatuur is Mintzbergs (1980) 'structure in 5's' een van de meest vooraanstaande theorieën inzake verschillende structuren die organisaties kunnen aannemen. Mintzberg herkent in elke organisatie vijf basiselementen door groepen mensen te onderscheiden waaronder: de *"operating core (operationale kern), strategic apex (strategische top), middle line (lijnmanagement), technostructure (technische staf) en de support staff (dienstverlenende staf)"* (p.322). Afhankelijk van hoe deze basiselementen zich tot elkaar verhouden onderscheidt hij tevens vijf verschillende ideaaltypen organisatiestructuren. De *professionele bureaucratie* weerspiegelt daarin het best de structuurvorm van een ziekenhuis (zie figuur 1).

Kenmerkend aan een professionele organisatie is de invloed van de professionals of 'operating core', letterlijk te vertalen met de 'operationele kern'. Als specialist nemen zij de beslissingen. De professionals bepalen tevens de kwaliteitsnormen met betrekking tot het primaire proces en het dagelijkse handelen op de werkvloer (Gastelaars, 2006). De kerntaak van een professional is het op professionele grondslag gericht ingrijpen ten behoeve van de klant, waarbij met grote deskundigheid wordt gewerkt (Gastelaars, 2006). Herkenbaar aan professionals is de wil om in hun werkzaamheden zo autonoom mogelijk te kunnen handelen. *"The members of the operating core seek to minimize the influence of the administrators-managers as well as analysts-over their work. That is, they promote*

horizontal and vertical decentralization. When they succeed, they work relatively autonomously, achieving whatever coordination is necessary through the standardization of skills (Mintzberg, 1980. P. 329).



Figuur 1 Professionele bureaucratie

De zelfstandigheid van professionals wordt volgens Schermer en Quint (2008) geclaimd op basis van hun deskundigheid, professionele standaarden en enige vorm van weerzin tegen te veel controle. Zij definiëren een professional als: *“iemand die hoog is opgeleid voor een dienstverlenend beroep en werkt vanuit vastgelegde methodieken en codes. Voorbeelden zijn artsen, advocaten en notarissen”* (Schermer & Quint, 2008, p. 100). Deze weerzin tegen te veel controle bevestigt Koeleman (2008) door te spreken van een ‘territoriumdrift’ in een professionele bureaucratie, waarbij sprake is van een gesloten houding tussen collega’s. Volgens Koeleman (2008) zijn specialisten niet altijd bereid om informatie te delen met stafafdelingen. In het geval van de taakherschikking op het OK-centrum is dit een belangrijk aandachtspunt omdat bij een overname van taken juist een goede informatieoverdracht moet plaatsvinden. Wanneer dit niet goed gebeurt kan dit leiden tot verwijten aan beide kanten, waarbij de specialist het bestuur en de staf onbegrip verwijt, en omgekeerd het bestuur en de staf de specialisten onwil verwijten.

Door deze hoge mate van decentralisatie die in een professionele organisatie wordt nagestreefd is er maar een beperkte mate van coördinatie mogelijk. Mintzberg (2008) onderscheidt de mate van coördinatie op basis van een continuüm bestaande uit de aspecten (van gecentraliseerd naar gedecentraliseerd): standaardisatie van werkprocessen, van output en van vaardigheden. In een professionele bureaucratie, zoals een ziekenhuis, is slechts sprake van een coördinatie op basis van een standaardisatie van vaardigheden, rechts op het continuüm geplaatst. Een standaard aan vaardigheden is vastgelegd in de opleiding. Werkprocessen en resultaten zijn patiënt- en situatieafhankelijk en hierdoor slecht te standaardiseren (Koeleman, 2008). Dit is sterk het geval in een academisch ziekenhuis waar vanwege de vaak bijzondere situatie van de patiënt (in vergelijking met patiënten in een algemeen ziekenhuis) een ingreep nauwelijks te standaardiseren valt.

In hun onderzoek naar coördinatie in ‘fast-response organizations’ herkennen Faraj en Xiao (2006) de beperkte coördinatie ook. Zij definiëren coördinatie als: *“a temporally unfolding and contextualized process of input regulation and interaction articulation to realize a collective performance”* (p. 1157). In organisaties waar contextgebonden en niet-routinematig werk verricht wordt, schieten standaard coördinatiemodellen volgens hen te kort. Deze standaard- of

routinecoördinatie- modellen “*in the sense of recognizable and repetitive patterns*” (Faraj & Xiao, 2006, p. 1157) zijn niet voldoende specifiek uit te voeren omdat de context (bijvoorbeeld een operatie) steeds uniek is. De auteurs hanteren om deze reden een meer pragmatische visie, gefocust op het individu die activiteiten met elkaar en in de betreffende context verbindt. Vanwege de contextgebondenheid beheersen de individuen die deze werkactiviteiten uitvoeren de ‘logica’ van de situatie en kunnen zo praktische en normatieve oordelen vellen. In dit opzicht is er dan wellicht geen sprake van standaardisatie en routine in werkprocessen en/of resultaten, maar maakt de ervaring op een specifiek werkgebied dat zo’n individu de logica beheerst volgens de auteurs. Dit sluit tevens aan bij de zelfstandigheid die professionals claimen volgens Schermer en Quint (2008) en kan als een uiting van domeindenken worden gezien waar, bij taakherschikking, collega’s zich beroepen op het beheersen van de logica in hun domein.

Uitgaande van dit verschil in logica per domein pleiten Faraj & Xiao (2006) voor ‘*fast-response cross-boundary coordination*’ (p. 1156). Kennis is ingebed in gelokaliseerde toepassingen in die domeinen. Coördinatie moet zodoende plaatsvinden over de grenzen van deze domeinen waar kennis en vaardigheden aan elkaar gekoppeld worden om tot een collectief resultaat te komen. Problemen omtrent het delen van kennis tussen domeinen is volgens Bechky (2003) het resultaat van taalverschillen hoewel Koeleman (2008) problemen met kennisdeling inherent acht aan specialisten. Door middel van het over de grenzen te coördineren zoals Faraj en Xiao (2006) beschrijven kan een stimulans geboden worden om verschillende perspectieven, taal en de ingebedde kennis van de domeinen met elkaar in overeenstemming te laten komen (Bechky, 2003; Carlile, 2002). Wat betreft een academisch ziekenhuis waarbij een taakherschikking plaatsvindt tussen functies waarvan de een wel een medische achtergrond heeft en de ander niet, zal dit ook gelden aangaande het gebruikte vakjargon. Houvast aan deze domeinen met de daarbij gebruikte kennis, vaardigheden en taal kan problematisch zijn bij het implementeren van de veranderingen, zoals taakherschikking (zie paragraaf 2.2).

Naast het coördineren over de domeingrenzen herkent Mintzberg (1983) echter nog een ander probleem met betrekking tot coördinatie. Mintzberg wijst op de twee gezagslijnen voor het ondersteunend personeel in een professionele organisatie. Enerzijds is dit de professional aan wie zij ondersteuning bieden op de werkvloer en anderzijds is dit de hiërarchische baas die hun leiding geeft. In het geval van de onderzoekssituatie zijn deze twee gezagslijnen ook op te merken voor de operatieassistenten op het OK-centrum. Tijdens ingrepen ondersteunen zij de betreffende chirurg (de professional) maar hun leidinggevende is de clusterleiding. Voor de operatieassistenten zou hierdoor onduidelijkheid kunnen ontstaan zodra de clusterleiding en de chirurgen een andere visie hanteren die invloed heeft op de werkzaamheden van de operatieassistent. Mede gezien de mate van zeggenschap die professionals hebben in professionele organisaties kunnen mogelijk problemen ontstaan over onduidelijkheid wiens gezag formeel geldt, en wie de macht in de praktijk handhaaft. De organisatie waar deze professionals werkzaam zijn is afhankelijk van de kwaliteit die zij leveren, maar heeft weinig middelen om de kwaliteit daadwerkelijk te controleren, fouten te voorkomen of te verbeteren. Cunliff (2009) noemt dit een organisatieprobleem, waarbij het management maar heel beperkt begrip heeft van de primaire processen. Dit proces wordt versterkt doordat professionals niet alles naar boven doorgeven. (p. 6).

In deze paragraaf is beschreven hoe de organisatiestructuur van een professionele bureaucratie in de praktijk tot uiting komt aan de hand van een vergaande decentralisatie, de logica per domein en de zelfstandigheid die professionals opeisen. Dit levert moeilijkheden op wat betreft de coördinatie van zo'n organisatie die de verschillende domeinen moet laten samenwerken om zo tot een gemeenschappelijk doel te komen. Schermer en Quint (2008) herkennen dit als een structuurkenmerk waarbij samen wordt gewerkt door middel van het groeperen en verdelen van taken naar functies en deze functies naar afdelingen. Aan deze taken en functies zijn bevoegdheden en verantwoordelijkheden verbonden en die reiken zover als het takenpakket bij die functie omschrijft (Schermer & Quint, 2008).

2.1.2 Bevoegdheid en verantwoordelijkheid

In de literatuur wordt uitgegaan van de assumptie dat het ervaren van bevoegdheid een essentieel element is van rechtvaardigheid en aanverwante concepten zoals: gelijkheid, rechten, eerlijkheid en de rechtvaardigheid van procedures (Lerner, 1987). Zodra sprake is van twee werknemers met dezelfde functie en hetzelfde takenpakket en één van deze werknemers ervaart dat de andere werknemer meer bevoegdheden heeft, dan kan deze benadeelde werknemer dit uitleggen als onrechtvaardig. In zijn onderzoek over culturele waarden met betrekking tot werk beschrijft Schwartz (1999) dit: *"Entitlement norms are based on a view of the person as an equal, autonomous social actor. [...] this view of the person underlies autonomy and egalitarianism values (p.42).*

Er bestaan verschillende percepties over het concept bevoegdheid in de literatuur. Zanna (1994) definieert het als een vast gegeven: *"having the right to (something) because of acts or qualities"* (p. 299). Uit literatuuronderzoek van Naumann, Minsky en Sturman (2002) blijkt bevoegdheid echter ook meer een sociaal aspect te zijn refererend aan: *"what an individual believes he or she deserves"* (p.149). Deze meer subjectieve benadering heeft in dit interpretatieve onderzoek de voorkeur omdat hierbij uitgegaan wordt van bevoegdheid als een sociale constructie die door mensen wordt bepaald. Deze constructie ontstaat volgens Lerner (1987) op basis van twee processen waarop werknemers de mate van bevoegdheid beoordelen. Enerzijds wordt bevoegdheid ontleend aan de heersende norm vastgelegd in de sociale structuur. Deze sociale structuur omvat zowel algemene als zeer specifieke regels omtrent bevoegdheid en de geaccepteerde wijze van toepassing in specifieke interacties. Anderzijds wordt bevoegdheid ontleend aan bepaalde personen op basis van persoonlijke overtuiging. Deze vorm is veelal in tegenspraak met de 'gebruikelijke' en heersende norm bijvoorbeeld wanneer vanuit het management een werknemer een voorkeurspositie wordt gegeven door hem meer bevoegdheden te verlenen op basis van persoonlijke voorkeur. Dit zal negatieve consequenties hebben voor het gevoel van rechtvaardigheid onder de andere werknemers op de werkvloer, ook als het management zelf gelooft daar gegronde redenen voor te hebben.

Het belang van open communicatie tussen het management en de werknemer over de daadwerkelijke bevoegdheid wordt door Heath, Knez en Carmerer (1993) beschreven. De auteurs wijzen er op dat het hechten van medewerkers aan hun bevoegdheden de organisatie kan beperken in haar toekomstige aanpassingsvermogen. Werknemers zullen weerstand bieden tegen veranderingen die eerder gegeven bevoegdheden schenden. *"When losses happen that force entitlements to be cut, the employees of these managers will be particularly upset and unadaptive"* (Heath, Knez, Carmerer, 1993, p.88). De strategie van een communicatieve manager zal om deze reden prevaleren. Weerstand als gevolg van een verlies aan bevoegdheden heeft raakvlakken met

het domeindenken, een mogelijk gevolg van taakherschikking waar de volgende paragraaf over zal gaan.

Taken waar men bevoegd voor is, staan niet los van verantwoordelijkheid. Oliva-Teles (2011) benadrukt de parallel tussen de mate van vrijheid van handeling (bevoegdheid) en de mate van vrijheid van de resultaten van die handeling (verantwoordelijkheid). Verantwoordelijkheid kan als volgt uitgelegd worden: *“dat men de verplichting heeft zekere taken te vervullen en bepaalde resultaten te bereiken”* (Houthoofd, 2001, p. 181). Het dragen van verantwoordelijkheid wordt niet altijd als prettig ervaren. Morele en ethische problemen zijn volgens Olivia-Teles (2011) de grootste zorgen voor mensen die zich verantwoordelijk achten in elk bestaande professie. Daarnaast heeft het ook invloed op de dynamiek op de werkvloer. Een medewerker met een hoog gevoel voor verantwoordelijkheid kan door andere medewerkers worden gezien als het hebben van een te proactieve houding wat kan leiden tot negatieve inter-persoonlijke relaties. Volgens Bolino, Valcea & Harvey (2010) kunnen er spanningen ontstaan tussen werknemers zodra er onderling van mening wordt verschild over welke mate van proactief gedrag gewenst is. Proactief gedrag kan door collega's uitgelegd worden als een strijd om loyaliteit met vergeldingen als gevolg oplopend van milde kritiek tot het berokkenen van reputatieschade en uitsluiting. Toch zijn er ook aspecten die het dragen van verantwoordelijkheid aantrekkelijk maken. Verantwoordelijkheid draagt volgens Lawler en Hall (1970) bij aan een hoge mate van voldoening en zelfverwezenlijking.

Volgens Bovens (2005) heerst er rond het concept een soort dubbelzinnigheid, waar een ieder zijn eigen betekenis aan kan geven. Bovens (2005) omschrijft verantwoordelijkheid als een stand van zaken met betrekking tot taken, bevoegdheden en plichten dat vooraf gaat aan het proces van verantwoording afleggen. Deze 'stand van zaken' is volgens Gastelaars (2006) sterk situationeel. Professionele verantwoordelijkheid wordt vastgesteld afhankelijk van de betreffende situatie en de competentie-eisen die gesteld worden binnen de betreffende beroepsgroep (Bovens, 2005). Problemen omtrent verantwoordelijkheid en verantwoording afleggen kunnen op deze wijze ontstaan omdat de betrokkenen ieder op hun eigen manier betekenis geven aan de verantwoordelijkheid die gedragen moet worden in een specifieke situatie.

Kenmerkend aan professionele verantwoording is dat professionals op individueel niveau afgerekend kunnen worden. Tuchtcolleges proberen nauwkeurig te achterhalen of het individuele handelen heeft voldaan aan professionele standaarden wanneer sprake is van het begaan van een medische fout (Bovens, 2005). De landelijke artsorganisatie KNMG gaat tevens uit van de gedachte dat iedere professional zijn eigen verantwoordelijkheid draagt maar ziet als gevolg van ontwikkelingen zoals taakherschikking een gedeelde verantwoordelijkheid met andere zorgprofessionals en medici (KNMG, 2007). Daarmee moet *“voorkomen worden dat (keten)zorg versnipperd raakt, waardoor niet meer kan worden ingestaan voor de kwaliteit van de zorg”* (KNMG, 2007, p. 15). De KNMG heeft met betrekking tot taakherschikking tevens een handreiking 'verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg' opgesteld, waarmee zorgverleners afspraken kunnen maken over een taak- en verantwoordelijkheidsverdeling (KNMG, 2010).

In het geval van de onderzoekssituatie, waarbij een ingreep op een OK pas mogelijk is na acties van verschillende actoren (anesthesie, sterilisatiedienst, operatieassistent en chirurg) kunnen verantwoordelijkheden in elkaar overlopen met gevaar voor versnippering van de ketenzorg. De

actoren moeten nauw met elkaar samenwerken zeker nu taken worden herschikt. Het is om deze reden van belang dat ten tijde van de taakherschikking alle betrokken een duidelijk beeld hebben van eventuele veranderingen in hun verantwoordelijkheid. Deze taakherschikking en de LEAN principes waarop het management zich baseert, zal nu verder worden besproken.

2.2 Een 'slanke' oplossing: taakherschikking en LEAN

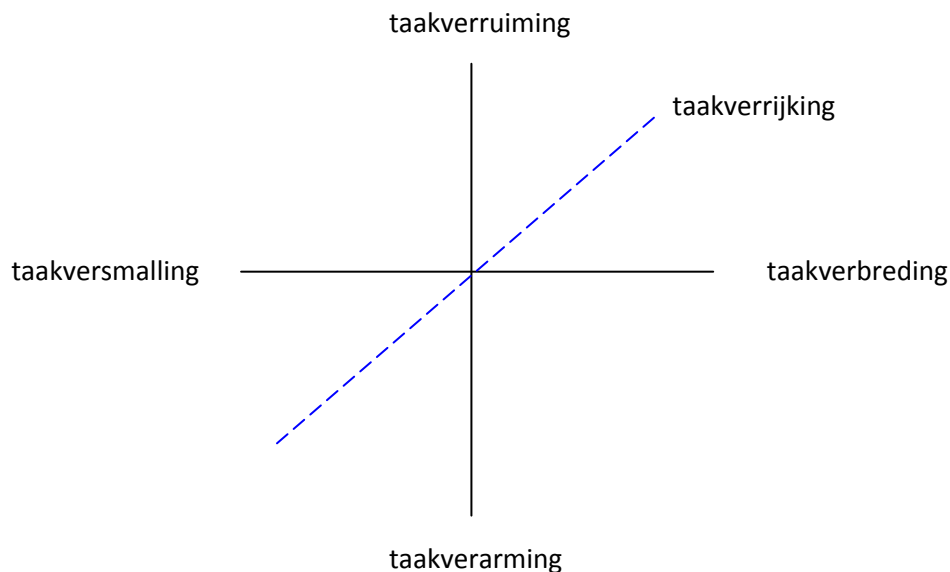
Deze paragraaf beschrijft het concept taakherschikking, de verschillende vormen waarin het zich kan voordoen en de gevolgen hiervan in de praktijk. De taakherschikking op het OK-centrum is het resultaat van het willen implementeren van de LEAN principes. Na een algemener beeld te hebben geschetst van het ontstaan van deze principes zal voor dit onderzoek de focus liggen op de doelstellingen van LEAN die betrekking hebben op de onderzoekssituatie: 'LEAN zorg'. Tevens zal stilgestaan worden bij geconstateerde tekortkomingen van LEAN in de literatuur. Vervolgens zal worden ingegaan op mogelijke problemen die taakherschikking met zich mee kan brengen zoals domeindenken, de rol van macht en het willen beheersen van de arbeidstaak. Dit heeft consequenties voor het verandervermogen van een organisatie.

De onderlinge taakverdeling tussen verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg is het resultaat van historie en traditie (RVZ, 2002). In de huidige praktijk blijkt taakherschikking echter een dynamisch proces en de opvatting over wie welke taak hoort uit te voeren in de zorgsector varieert door de tijden heen (RVZ, 2002). Verschuiving in werkverdeling als gevolg van structuurveranderingen, de verandering in *"taak-, verantwoordelijkheids- en bevoegdheidsverdeling en de coördinatie daarvan"* (Bos en Mastenbroek, 1998, p. 85), wordt als een klassiek dilemma gezien. Als gevolg van het steeds beter willen organiseren van de zorg vinden er in de praktijk voortdurend verschuivingen plaats van taken. Taakherschikking vindt relatief gezien het meest plaats in ziekenhuizen en eerstelijnszorg (RVZ, 2002). Dit onderzoek hanteert de definitie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg waarin taakherschikking als volgt wordt omschreven: *"Het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen"* (RVZ, 2002, p. 87). Dit rapport dat toentertijd weinig aandacht kreeg, heeft in 2008 opnieuw aan betekenis gewonnen mede door het besluit van het kabinet Balkenende IV om maatregelen uit het advies om te zetten in wetswijzigingen (Van Gelder, 2008).

Bij taakherschikking vindt er een nieuw ontwerp van de huidige organisatiestructuur plaats. Fragmentatie van taken moet leiden tot een zo efficiënt mogelijk ingericht arbeidsproces (Mok, 2009). Het werk wordt opnieuw gestructureerd en er is sprake van een overheveling van taken van de ene beroepsgroep naar de andere. Zodoende wordt enerzijds het takenpakket van een bepaalde functie verkleind en anderzijds het takenpakket van een andere functie vergroot. Mintzberg maakt deze verschuiving in takenpakketten inzichtelijk langs een verticale en een horizontale as en spreekt van de termen: *taakverruiming, taakverarming, taakverbreding en taakversmalling* (Mintzberg, 2006). Pas indien deze verschuivingen tussen verschillende beroepsgroepen plaatsvinden, is ook daadwerkelijk sprake van taakherschikking.

Taakverruiming en taakverarming zijn uitersten gepositioneerd op de verticale as. Dit houdt in dat taken verschoven worden tussen verschillende functies die hiërarchisch gescheiden zijn door middel

van opleiding, salaris of bevoegdheden. Taakverbreding en taakversmalling zijn daarentegen uitersten gepositioneerd op de horizontale as. Taken van hetzelfde niveau worden samengevoegd of gesplitst binnen verschillende functies (Thunnissen, Thijssen & De Lange, 2000). Tevens kan er sprake zijn van taakverrijking indien *“de functie zowel horizontaal verbreed als verticaal verrijkt [wordt]”* (Mok, 2009, p. 173). De hieraan verbonden voordelen zijn een verhoging van de motivatie van de werknemer, waardoor de werkgever een hogere productiviteit tracht te genereren. Nadelig aan taakverrijking is dat het rivaliteit stimuleert en collegialiteit kan verminderen tussen werknemers waarvan de taken wel en niet zijn verrijkt. Figuur 2 geeft de posities van Mintzberg (2006) schematisch weer.



Figuur 2 Mogelijke taakherschikkingen

De RVZ spreekt specifiek haar voorkeur uit voor taakherschikkingen en ziet het als een grote toegevoegde waarde waarmee het innovatief vermogen van de zorgsector wordt versterkt (RVZ, 2002). Ervaringen in het buitenland laten tevens zien dat er een toename in het volume van behandelingen kan plaatsvinden als gevolg van taakherschikking (RVZ, 2002). Dit betekent echter niet dat taakherschikkingen gegarandeerd goed ontvangen worden bij de betreffende werknemers. Hoe werknemers aankijken tegen het feit dat taken worden herschikt is afhankelijk van de positie die zij bekleden en de beweging die gemaakt wordt op het figuur. Een beweging naar beneden van taakverruiming naar taakverarming en een beweging van taakverbreding naar taakversmalling (waarbij taken worden afgestaan) kunnen werkinhoudelijk afbreuk doen aan de kwaliteit van arbeid (paragraaf 2.3). Een taakherschikking die door het management opgelegd wordt zal daarom niet altijd positief ontvangen worden. Met betrekking tot de onderzoekssituatie zal het takenpakket van de operatieassistenten verarmen. Zij zullen bepaalde taken die tot dan toe bij hun functie horen niet langer uitvoeren. De afdelingsmedewerkers die werkzaamheden gaan overnemen van de operatieassistenten gaan taken uitvoeren die voorheen bij een functie lag die van hen te onderscheiden is op basis van opleiding, salaris en bevoegdheid. Voor hen is sprake van een taakverruiming.

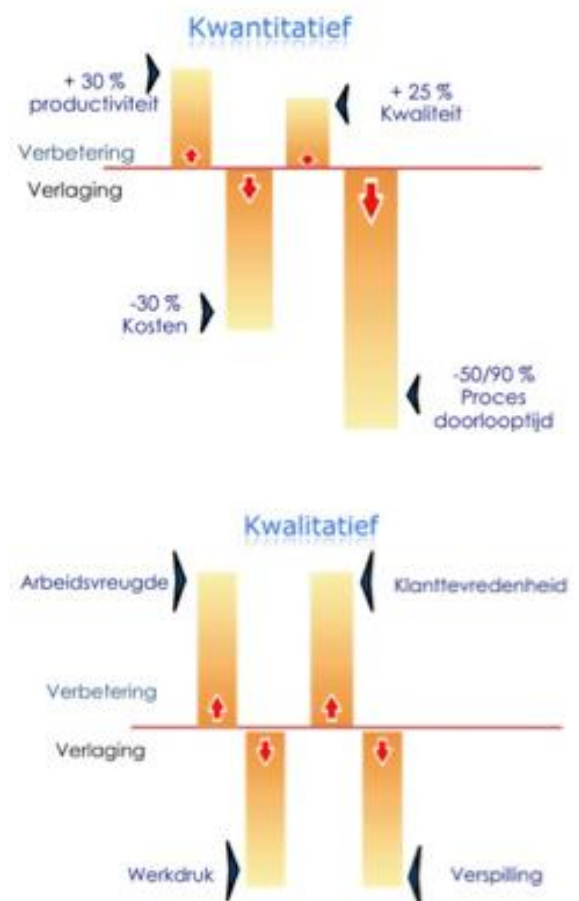
De efficiëntieslag waar het RVZ over spreekt en door middel van taakherschikking probeert de bewerkstelligen, vindt zijn oorsprong in het LEAN maken van de zorgsector. Het ‘LEAN denken’ komt

oorspronkelijk voort uit de autobranche, waarbij de principes van het succesvolle productiesysteem van de autofabrikant Toyota als ideaalbeeld worden geschetst. De autofabrikant bleek superieure prestaties te leveren in een vergelijkend auto-onderzoek in de jaren tachtig (Benders, Rouppe van der Voort & Berden, 2010). Kernwaarden zijn onder andere: standaardisatie, gelijkmatige werkverdeling, visualisatie en het continu gestaag verbeteren (Benders et al., 2010). De principes zijn in de literatuur vertaald naar meer algemeen toepasbare principes voor andere bedrijfstakken, waaronder ook de zorg (Souza, 2009; Benders et al., 2010). De 'LEAN gedachte' gaat uit van het begrip waarde. Datgene wat verspilt, moet zodoende verwijderd worden (www.leanzorg.nl). Een voorbeeld dat deze abstracte termen verduidelijkt is het werk van een beeldhouwer, die door middel van het weghalen van overbodig steen (verspilling), een beeld creëert (waarde). In de zorg wordt waarde gezien als "alles wat bijdraagt aan het beantwoorden van de zorgvraag [...]" (www.leanzorg.nl). LEAN kan worden beschouwd als een methode waarmee door middel van een efficiëntere werkwijze, een zo hoog mogelijke kwaliteit van dienstverlening wordt beoogd.

Dit onderzoek richt zich op de doelstellingen die voor 'LEAN zorg' worden beschreven. Deze doelstellingen kunnen zowel vanuit een kwalitatief als een kwantitatief oogpunt worden gezien (zie figuur 3) en van beide zal gebruik worden gemaakt indien concreet van toepassing op de onderzoekssituatie.

Vanuit een efficiënt oogpunt zijn de volgende doelstellingen te onderscheiden met betrekking tot dit onderzoek: een toename van de productiviteit en bezettingsgraad, een verlaging van de kosten, een verkorting van de doorlooptijden en (administratieve) werkprocessen, een vergroting van de capaciteit en een verkorting van wachttijden. Vanuit een kwalitatief oogpunt gezien zijn dit: een vermindering van de werkdruk, een verhoging van de patiënttevredenheid, het verbeteren van processen en zelfstandige teams en het focussen op verbeterdoelen in de organisatie (www.leanzorg.nl).

Omdat dit onderzoek zich richt op de praktijkbeleving met betrekking tot taakherschikking van de operatieassistenten op alleen het OK-centrum, zijn doelstellingen die hier slechts indirect mee samen hangen achterwege gelaten (zie bijlage 1 topiclijst operatieassistenten).



Figuur 3 LEAN, wat levert het op?

Het toepassen van theorieën in de praktijk lijkt er mede toe dat ziekenhuizen tegenwoordig één van de meest doorgecalculerde organisaties van de wereld zijn (Gastelaars, 2006). Deze rationalisering brengt gevaren met zich mee en ook bij LEAN wordt door critici gewezen op tekortkomingen. Uit een literatuurstudie van Pettersen (2009) blijkt hoe wetenschappelijke auteurs moeite hebben met het formuleren van een juiste definitie van LEAN. Het concept is nu alleen operationeel op basis van de

karakteristieken te definiëren. Dit heeft ook consequenties voor de implementatie van LEAN in de praktijk. Pettersen (2009) zegt hierover: *“The absence of a clear definition has a number of consequences for practitioners seeking to implement lean as well as researchers trying to capture the essence of the concept”* (pp.127-128). De verwarring die hiertoe kan leiden in theoretisch opzicht, kan in de praktijk leiden tot communicatieproblemen en het moeite hebben met het begrijpen van het concept. Volgens de auteur moet een organisatie actief keuzes maken welke onderdelen van de theorie ze willen toepassen en het concept implementeren aangepast op basis van de behoefte van de organisatie. Pettersen (2009) stelt daarmee ook ter discussie dat de principes van LEAN op elk ‘productiebedrijf’ universeel van toepassing zijn zoals Womack, Jones & Roos (1990) dat stellen. Ook Cooney (2002) beaamt dat de principes niet zomaar elke organisatie LEAN kunnen maken omdat dit mede afhankelijk is van organisatiecondities waar niet altijd aan wordt tegemoetgekomen.

Een andere kritiek op het LEAN concept is dat er veelal vanuit management perspectief wordt geredeneerd wat tekort doet aan het perspectief van de werknemer. Werknemers worden te veel gezien als componenten in een productiesysteem, waarbij de gedachte heerst dat minder mensen tot minder fouten zal leiden (Pettersen, 2009). Deze kritiek laat zien dat het concept nog sterke verwantschappen heeft met de auto-industrie. Tevens lijkt beleid dat gebaseerd is op theorie, te veronderstellen dat er een optimale oplossing bestaat vanuit het management. *“The assumption appears to be that a top-down dissemination of evidence will lead to adoption by clinical staff locally”* (Fitzgerald, Ferlie, Wood, & Hawkins, 2002, p 1442). In de praktijk blijkt het echter niet vanzelfsprekend te zijn voor werknemers om wijzigingen in ‘hun’ domein zomaar toe te laten.

2.2.1 Domeindenken, het behouden van de controle en machtsbronnen

Het doorvoeren van veranderingen gaat vaak gepaard met vormen van weerstand. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) onderscheidt enkele clusters van problemen die zich nu en in de toekomst kunnen voordoen met betrekking tot taakherschikking. Het thema *‘domeindenken en psychologische barrières bij beroepsgroepen’* (RVZ, 2002, p. 24) kan voor dit onderzoek van interessante waarde zijn. Het domeindenken wordt beschouwd als een hardnekkig probleem. *“Met domeindenken wordt bedoeld dat beroepsbeoefenaren het eigen terrein streng bewaken en daar niets van willen prijs geven aan andere disciplines”* (Van den Berg, Koopmanschap, De Bakker, Verheij, 2007, p. 105). Gastelaars (2006) geeft aan dat professionals zelfs de meest voorspelbare handelingen niet zonder meer aan anderen willen overlaten.

Uit eerder onderzoek blijkt dat van competitie tussen professies voor het willen overheersen van werkvelden met name sprake is in organisaties waar een onderlinge afhankelijkheid bestaat. Door deze afhankelijkheid worden de grenzen van die taken, ook wel ‘task boundaries’ genoemd, voortdurend uitgedaagd door de verschillende professies: *“The strength of task area boundaries is a central and problematic property of systems of professions”* (Bechky, 2003, p. 721). Met name in het medische domein, waar veel interactie plaatsvindt tussen verschillende professies met verschil in kennis en expertise, wordt deze strijd herkend. Als gevolg hiervan vindt een afbakening plaats van de eigen kennis voor behoud van status en controle over het werkproces. *“A pragmatic view of ‘knowledge in practice’ is developed, describing knowledge as localized, embedded, and invested within a function and how, when working across functions, consequences often arise that generate problematic knowledge boundaries”* (Carlile, 2002, p442). Het beschermen van de eigen kennis

waardoor 'kennisgrenzen' ontstaan waar Carlile over spreekt is te herkennen als één van de machtsbronnen waarop in het vervolg van deze paragraaf zal worden ingegaan.

Gabriel (2008) wijst op de ontwikkeling waarbij organisaties steeds vaker te maken hebben met meer subtielere vormen van controle-uitingen bijvoorbeeld door middel van taal. De auteur spreekt van 'discursive controls', niet-zichtbare controlemiddelen die opereren door middel van taal, classificeren en labelen. Vakjargon, het wel of niet beheersen van de medische termen, is hiervan een voorbeeld. Daarnaast zijn ook zichtbare controlemiddelen op te merken die de grenzen aangeven in de dagelijkse interactie op de werkvloer (Bechky, 2003). Objecten kunnen als controlemiddel gelden als een representatie van (benodigde) kennis. Carlile (2002) verstaat onder objecten een collectie aan artefacten waarmee individuen werken. Wat betreft de onderzoekssituatie beschikt niet elke werknemer bijvoorbeeld over de kennis om operatiekarren klaar te zetten. Dit is tot de taakherschikking plaatsvindt, voorbehouden aan de operatieassistenten die de benodigde kennis hiervoor hebben. Wanneer objecten gedeeld worden over domeingrenzen heen, wordt gesproken van 'boundary objects'. Volgens Carlile (2002) kunnen 'boundary objects' een oplossend vermogen hebben aangaande de strijd om wie welke taak uitvoert indien de betreffende professies dezelfde representatie en betekenis toekennen aan dit object: *"The use of a boundary object is then described as a means of representing, learning about, and transforming knowledge to resolve the consequences that exist at a given boundary"* (Carlile, 2002, p.442). Eenzelfde manier van betekenis geven aan een 'boundary object' kan er dus toe leiden dat de grenzen van taken niet voortdurend worden uitgedaagd en een mogelijke strijd voorkomen wordt.

De onderzochte taakherschikking zoals die op het OK-centrum wordt geïmplementeerd heeft tevens betrekking op verschillende 'boundary objects'. Deze objecten worden gedeeld over de domeingrenzen van enerzijds de operatieassistenten en anderzijds de afdelingsmedewerkers. Met betrekking tot de besteltaak zijn dit de voorraadkasten van het instrumentarium waar beide partijen gebruik van maken en het bestelprogramma via de computer. Het klaarzetten van de operatiekarren is een voorbeeld van een 'boundary object' van het tweede CLEAN project. Indien over deze objecten (en hetgeen waar ze voor staan) anders gedacht wordt door de beide partijen kan in de praktijk onduidelijkheid ontstaan wie waar over gaat. Een goede afstemming is daarvoor noodzakelijk, ook met het oog op de taakherschikking waarbij afstand zal moeten worden gedaan van bepaalde taken.

Het verlies aan controle over taken en de frustratie die dit met zich mee kan brengen, kan volgens Morrill, Zald & Rao (2003) aanleiding zijn tot verzet. Zij spreken van '*covert opposition*', (het heimelijk tegenwerken van de bestaande structuur) of een versterkende trap '*covert conflict*' (p. 402). Baserend op Hirschman (1970) stellen de auteurs dat afhankelijk van de mate van loyaliteit ten opzichte van de organisatie, een medewerker zich terug uit de organisatie kan trekken ('exit'), of hun ongenoegen kunnen laten horen ('voice'). Volgens Gabriel (2008) heeft de hedendaagse werknemer een 'take-it-or-leave-it' houding, waarbij de vrijheid van het individu voorop staat. Gevolg hiervan is dat een werknemer *"lives from exit to exit"* (Gabriel, 2008, p.33), en zich niet zo commiteert als vroeger.

Wanneer werknemers besluiten zich te verzetten zonder zich terug te trekken uit de organisatie ('exit') kunnen zij machtsmiddelen inzetten. Macht wordt in tegenstelling tot gezag als een capaciteit gezien die gegrond is buiten de gezaghebbende (formele) structuur. Het wordt veelal afgezet tegen

het concept autoriteit als het gaat om de mate van legitimiteit waarmee invloed uitgeoefend wordt (Clegg, 1989). Volgens Mintzberg (1983) berust veel macht in een professionele organisatie bij de uitvoerende professionals. Deze macht is enerzijds verbonden aan de professie zelf, en anderzijds wordt deze macht ontleend aan het feit dat het werk te ingewikkeld is voor managers om te controleren of te worden gestandaardiseerd. Uitgaande van de interpretatieve benadering waar betekenis ontstaat in interactie tussen mensen definieert Hallet (2003) symbolische macht op basis van Bourdieu (1991), *“the power to define the situation in which interactions that comprise the negotiated order take place”* (p. 133). In tegenstelling tot Mintzberg (1983) gaat deze benadering niet uit van macht die verbonden is aan een bepaalde professie. Symbolische macht, is een vorm van macht die mensen elkaar (vaak onbewust) toekennen en ontstaat wanneer de uitoefening van werkzaamheden gewaardeerd wordt in interactie met anderen. Hierdoor wordt legitimiteit verworven en dit geeft diegene invloed op (toekomstige) werkzaamheden, interacties en de dagelijkse gang van zaken (Hallet, 2003).

Hoe macht tot uiting komt kan zowel positief uitgelegd worden: *“the raw ability to mobilize resources to accomplish some end”* als negatief: *“the ability to get things done despite the will and resistance of others”* (Krackhardt, 1990, p. 343). De hoeveelheid macht die gelegen is bij, en verworven kan worden door deze professionals wordt mede bepaald door de mate waarin de organisatie afhankelijk is van hen (Mintzberg, 2008). Volgens Stoter (2009) zal er meer macht uitgeoefend worden naarmate partijen binnen de organisatie ook meer afhankelijk van elkaar zijn. Dat gebeurt op drie manieren: (1) bewust of onbewust, (2) direct door middel van sancties of indirect via open discussie, manipulatie en onderhandeling, en (3) openlijk of verborgen in relaties (Stoter, 2008).

Morgan (1992) vertaalt deze uitingen van macht naar typen machtsbronnen, waarvan enkele ook terug te vinden zijn in de praktijk van dit onderzoek.

Formeel gezag wordt gezien als de legitieme vorm van macht die tevens het meest waarneembaar is. Deze vorm van macht is gekoppeld aan een positie en werkt alleen indien onderstaanden het gezag van bovenaf erkennen. Volgens Gastelaars (2006) is er echter sprake van een verandering met betrekking tot de verhouding tot de formele macht ook wel ‘de lijn’ genoemd in organisaties. Professionals trachten zich steeds meer te nestelen in de besluitvormingscentra van het management.

Gebruikmaking van organisatiestructuur, wetgeving en regels waarop iedere werknemer zich kan beroepen en zich kunnen laten gelden. Bijvoorbeeld door middel van stiptheidsacties waarbij protest kan worden geuit zodat aan de eigen wensen tegemoet wordt gekomen. Handelen volgens de voorschriften kan gebruikt worden als sabotagemiddel (Gastelaars, 2006).

Controle behoud over kennis en informatie. Voorbeelden zijn: deskundigheidsmacht dat als middel wordt gebruikt om houding en gedrag te legitimeren en het zich beroepen op het beheersen van de logica in het eigen domein.

Grensbeheersing. Het managen van grenzen waarmee het scheidingsvlak tussen verschillende elementen binnen een organisatie wordt bedoeld zoals de grenzen van domeinen en taken.

In de praktijk brengt het inzetten van machtsbronnen om het eigen domein te beschermen nadelige gevolgen met zich mee voor het tempo waarmee veranderingen kunnen worden doorgevoerd (RVZ, 2002). In de gezondheidszorg wordt dit tempo ook negatief beïnvloed door een verondersteld verlies aan macht (met name onder artsen) (RVZ, 2002; Van den Berg, et al., 2007). Noordegraaf (2011)

spreekt van een: *“political nature of professionalism”* (p.1365) met betrekking tot machtsrelaties en de moeilijkheid waarmee veranderingen aangebracht kunnen worden in het werk van de professional. Dit heeft te maken met de eigen beeldvorming van een werknemer’s professionaliteit: *“As professionals are strongly socialized, they will not easily redefine their own images of professionalism. If they do, they might lose their distinctiveness and weaken their positions”* (Noordegraaf, 2011, p. 1365). Waar Noordegraaf (2011) de eigen beeldvorming van een professional als problematisch ziet, ziet de landelijke artsorganisatie KNMG problemen in mentaliteit. Het doorbreken van domeindenken vraagt volgens hen om een mentaliteitsomslag waarbij *“[...] professionals zichzelf, hun domein, hun vaste patronen van samenwerking en hun werkverdeling ter discussie kunnen stellen en in overleg tussen alle betrokkenen willen herdefiniëren”* (KNMG, 2002, p. 23). Mok (2009) stelt met betrekking tot deze herdefiniëring echter als vereiste dat hetgeen wat tijdens de opleiding is geleerd, ook in de praktijk tot uiting moet worden gebracht. Dit ter voorkoming van een gevoel van ‘onderbenutting’ bij de werknemer, wat wordt gezien als een aantasting op de kwaliteit van de arbeid (Mok, 2009).

2.3 Kwaliteit van arbeid

Naar het concept kwaliteit van arbeid wordt vanuit verschillende wetenschappelijke disciplines onderzoek gedaan, waaronder ook de organisatiekunde. Deze verschillende disciplines maken zowel gebruik van objectieve als van subjectieve benaderingen, waarbij (aansluitend op de onderzoeksbenadering van dit onderzoek) van de subjectieve benadering uitgegaan wordt. *“Bij subjectieve benaderingen wordt aan werknemers zelf naar de beleving van hun arbeid gevraagd”* (Metselaar, 2000, p. 36). Wulff (1996) spreekt over kwaliteit van arbeid als een van de prestaties van een organisatiestructuur. Kwaliteit van arbeid wordt daarin gedefinieerd als *“de mate waarin de behoeften van de organisatieleden worden bevredigd, zoals sociale contacten, zelfontplooiing, werkcyclus en arbeidstijd.”* Metselaar (2000) nuanceert deze definitie en hanteert een meer bruikbare operationalisering van het concept door het te onderscheiden in vier aspecten: arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden en arbeidsverhoudingen. Metselaar (2000) definieert de aspecten als volgt:

Arbeidsinhoud *“heeft betrekking op de taken die worden uitgevoerd. Het betreft onder andere de moeilijkheidsgraad en volledigheid van een functie en de mate van autonomie in het werk.”*

Arbeidsomstandigheden *“zijn de fysieke en ergonomische omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de gezondheid, veiligheid en het welzijn van de medewerkers.”*

Arbeidsvoorwaarden *“betreffen de primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, regelingen rond arbeidsduur en arbeidstijden, werkzekerheid, toekomstmogelijkheden en scholingsmogelijkheden.”*

Arbeidsverhoudingen *“hebben betrekking op de machtsrelaties tussen werkgever en medewerkers en op de relaties tussen medewerkers onderling. Van belang is in hoeverre medewerkers invloed kunnen uitoefenen op beslissingen en of er sprake is van voldoende participatie- en medezeggenschapsmogelijkheden”* (p. 36).

Volgens Mok (2009) zullen er gevoelens van onvrede ontstaan indien men zich er van bewust wordt dat er iets mis is met één van deze vier aspecten. Kompier (2006) wijst in het verlengde van Mok op de belangrijke rol die de psychosociale werkomgeving speelt met betrekking tot het welbevinden, de gezondheid en motivatie van de werknemers en heeft daartoe zeven theoretische benaderingen met

elkaar vergeleken. De psychosociale werkomgeving wordt in de literatuur omschreven als “*de arbeidsinhoud inclusief de functionele en sociale contacten*” (Kompier, 2006, 195). Enkele werkkenmerken die Kompier (2006) onderscheidt zijn ook te herkennen in dit onderzoek met betrekking tot de beleving van taakherschikking (het belang van taakvariatie), en de beleving van de werkzaamheden (werkdruk, sociale ondersteuning/feedback).

In deze paragraaf is ingegaan op het concept kwaliteit van arbeid dat van toepassing blijkt te zijn op de onderzoekssituatie aangaande de beleving van de werkzaamheden en de taakherschikking bij de operatieassistenten. Het is een aspect waarvan de operatieassistenten vinden dat het management daar te weinig aandacht aan besteedt. Over deze relatie tussen het management en de werkvloer gaat de volgende paragraaf.

2.4 Een spanningsvolle relatie: het management en werkvloer

In mijn onderzoek lijkt er een discrepantie te bestaan tussen wat het CLEAN project volgens het management moet gaan betekenen (het vrijmaken van operatieassistenten met als doel meer ingrepen) en wat het project volgens de operatieassistenten zou moeten opleveren (verlichting van de werkdruk, meer tijd voor studenten, en met name géén extra OK-uren). Een negatieve reactie van de werkvloer op een door het management doorgevoerde verandering kan het gevolg zijn van de betekenis die werknemers aan deze verandering geven door het te zien als een bedreiging (Fugate, Prussia & Kinicki, 2010). Het doorvoeren van een organisatieverandering moet volgens de auteurs dan ook op basis van begrip ten aanzien van mogelijke negatieve reacties van de werknemers gebaseerd worden. Uitkomsten kunnen zo effectiever gemanaged worden. Sandberg & Targama (2007) zien het als een van dé managementproblemen, waarbij het management steeds meer afhankelijk wordt van haar werknemers' begrip van hun taken: “*the company becomes more dependent on employees' understanding of their task and of the reality in which they act*” (p.9). Volgens de auteurs zullen werknemers verschillende betekenissen koppelen aan hun werkzaamheden. Wat een versterkend effect heeft op deze verschillende betekenisgevingen aan de de eigen werkzaamheden, is de trend waarbij werknemers meer vrijheden krijgen in plaats van het moeten volgen van regels en routines die het werk afbakenen (Sandberg & Targama, 2007). Dit kan leiden tot een discrepantie tussen de betekenis die het management aan werkzaamheden geeft en de professional die de taken uitvoert.

Om deze discrepantie te overbruggen is het mogelijk de betekenisgeving te managen. Managers hebben “*linguistic resources [...] for influencing the constitution of organizational 'realities' and identities* (Cunliff, 2001, p. 352). Volgens Cunliff (2001) vindt deze beïnvloeding plaats in interactieve momenten waarbij contact wordt gelegd met anderen en zo vorm gegeven wordt aan betekenisgeving. Betekenisgeving kan als volgt worden gedefinieerd: “*a complex, back and forth, unfolding process of mutual construction, one full of tensions and taken- for-grantedness*” (Cunliff, 2001, p. 353). De ‘waarheid’, in de zin van gedeelde betekenissen in de plaatselijke context, wordt zo gevormd in deze interactie. Management kan op deze wijze als een relationeel proces worden gezien, waarbij in interactie dezelfde betekenisgeving getracht wordt te bewerkstelligen.

Naast het managen op betekenisgeving, wijst Schön (1983) in 'the Reflective Practitioner' op het belang van "*reflection-in-action*" met betrekking tot managers (p. 263). Volgens Schön ontbreekt het managers vaak aan het openlijk reflecteren op de processen die leiden tot een crisis (bijvoorbeeld weerstand tegen een organisatieverandering) en wordt alleen het resultaat zelf aan onderzoek blootgesteld. Het openlijk reflecteren kan vormgegeven worden door tussentijdse evaluaties tussen het management en de werkvloer te laten plaatsvinden. Hiervoor is voor beide partijen echter wel van belang dat er een mate van onderling vertrouwen is wil er vrij gesproken kunnen worden. Colquitt, Scotta, Judgea & Shawb (2006) stellen dat voor een vertrouwensband het voor de werknemers belangrijk is het gevoel te hebben eerlijk behandeld te worden door het management. Door open met hen te communiceren, te reflecteren en gebruik te maken van eerlijke, informatieve en adequate verklaringen voor besluitvormingen, kan wederzijds begrip worden bewerkstelligd (Colquitt, Scotta, Judgea, Shawb, 2006). Dit komt met name ten goede ten tijde van het willen doorvoeren van een organisatieverandering. Werknemers "*are more likely to appraise organizational change as less threatening (i.e., more favorably) when they believe that it was handled fairly*" (Fugate, Prussia & Kinicki, 2007, p. 896). Op basis van deze vertrouwensband ontvangt het management de legitimatie van de werknemers voor verdere handelingen. Dit komt overeen met het eerder besproken concept 'symbolic power' van Bourdieu (1990).

Hoewel het management pogingen kan ondernemen om werknemers' betekenisgeving te beïnvloeden of het gevoel te geven dat veranderingen die hen betreffen zo eerlijk mogelijk worden doorgevoerd, stellen Stroopendaal en Kröber (2006) dat een spanning of afstand tussen enerzijds de autonomie van professionals en anderzijds de eisen afkomstig van de organisatie inherent is aan een dienstverlenende organisatie. De auteurs spreken van een kloof tussen beleid, (opgesteld door het management) en uitvoering (door werknemers) in dienstverlenende organisaties. Labrie (2011) herkent dit in haar onderzoek naar de afstemming tussen managers en professionals ook. Beide partijen handelen volgens de auteurs vanuit hun eigen logica die niet gelijk hoeft te zijn, waarbij "*de logica van de manager is gebaseerd op een organisatieperspectief waarbinnen het behalen van afgesproken prestaties en processturing een belangrijke leidraad zijn voor het professionele handelen*" (p. 102).

In navolging van de publieke sector, herkennen Stroopendaal en Kröber in de zorgsector (semipubliek) een meer bedrijfskundige wijze van aansturing. Noordegraaf & Teeuw (2003) noemen dit een bedrijfsmatige positie waarbij prestatie management belangrijk wordt in een publieke organisatie. Dit is in het LUMC ook het geval, dat als semipublieke organisatie onder het publieke domein valt en door middel van het implementeren van de LEAN principes bedrijfsmatiger probeert te werken. De bedrijfsmatige positie is een van de organisatorische posities die de auteurs onderscheiden vanwege de vertroebeling tussen publiek en privaat (beide zijn niet eenduidig af te bakenen vanwege gedeelde kenmerken). Het maakt onderdeel uit van het 'New Public Management'. Kenmerken van het New Public Management is het "*bedrijfsmatiger, zakelijker en prestatiegerichter [werken], teneinde de efficiency, de effectiviteit en de kwaliteit van publieke dienstverlening te vergroten*" (Noordegraaf, 2004, p. 78). Volgens Noordegraaf (2004) kan de bedrijfsmatige oriëntatie verschillen afhankelijk van de setting waarin een organisatie opereert en onderscheidt daarin vier basisbenaderingen. Op een ziekenhuis is een organisatie management van toepassing. "*Bij organisatie management is collectief handelen doortrokken van kennis, professionaliteit en expertise*" (Noordegraaf, 2004, p. 97). Afhankelijk van de zienswijze van het

management kan het behalen van de organisatieprestaties plaatsvinden op basis van een meer mensgerichte of taakgerichte wijze. Het leiderschapsmodel van Blake en Mouton (1968) wijst op deze verhouding van zorg voor productie (taak) en voor mensen (prettige werkcondities). Volgens de auteurs moeten organisaties streven naar een zo hoog mogelijke zorg voor beide organisatieaspecten. Daar waar mensgericht leiderschap een open communicatiecultuur zal stimuleren als gevolg van aandacht voor onderlinge betrokkenheid, begrip, gelijkwaardigheid en kritiekontvankelijkheid, zal een taakgerichte leiderschapsstijl meer de informatierijkheid bevorderen als gevolg van instructieve informatie, sturings- en monitoringsinformatie. Eenzijdig belichten van alleen de taak of mens in een organisatie leidt niet tot de beste organisatie uitkomsten aldus de auteurs.

In dit hoofdstuk zijn de concepten behandeld die het onderzoek naar de werkbeleving en taakherschikking op het OK-centrum theoretisch kunnen verduidelijken. Het volgende hoofdstuk zal ingaan op de gebruikte methodologie in de onderzoekssituatie.

Hoofdstuk 3. Methodologie

Voor het vervolg van dit onderzoek is het van belang verantwoording af te leggen met betrekking tot de gehanteerde onderzoeksstrategie, -ontwerp en -methoden. Tevens zal de rol van de onderzoeker, de selectie van de onderzoekspopulatie en de kwaliteitsindicatoren van dit onderzoek besproken worden.

3.1 Onderzoeksstrategie

Uitgaande van een interpretatieve benadering, wordt een kwalitatieve onderzoeksstrategie toegepast. *“Reality, in this view, is not seen as a hard and objective entity to be broken down and measured through positivist methods but as an intersubjective and socially constructed reality to be explored and interpreted inductively”* (Heracleous, 2001, p. 429). Uitgangspunt van deze benadering is dat betekenis wordt gegeven aan de sociale omgeving, en dat individuen op basis hiervan handelen (Boeije, 2008, p. 31). Om daadwerkelijk inzicht te verkrijgen in de situatie die zich voordoet op het OK-centrum, heeft een kwalitatieve onderzoeksbenadering de voorkeur boven een kwantitatieve benadering. De onderzoeker baseert zich op tekst data in plaats van numerieke data en stelt open vragen in de specifieke context in plaats van het testen van vooraf bepaalde hypotheses (Carter & Little, 2007). Op deze wijze is het mogelijk door te vragen op hetgeen de respondent vertelt over diens ervaringen met de eigen werkzaamheden en de taakherschikking. Gedrag en houdingen van de operatieassistenten kunnen worden verklaard door hun betekenis van de sociale omgeving te achterhalen. Bij het doen van kwantitatief onderzoek, bijvoorbeeld door middel van een vragenlijst, is dat zeer beperkt mogelijk. Tevens kan door middel van kwalitatief onderzoek de onderzoeker in het veld, open staan voor onverwachte verschijnselen en dit betrekken in het onderzoek (Silverman, 2008).

De keuze voor kwalitatief onderzoek is gelegen in het doel om *“situaties waarin men de betekeniswereld achter de interacties, processen, gedragingen, gevoelens en ervaringen wil exploreren”* (Boeije, 2008, p. 36). Kenmerkend aan dit type onderzoek is dat het plaatsvindt in de alledaagse [werk]omgeving, waarbij de onderzoeker zichzelf inzet als instrument om de beleving en interpretatie van de onderzochten te begrijpen (Boeije, 2008). Dit onderzoek kan op deze wijze een vervolg bieden aan eerder onderzoek met betrekking tot het geconstateerde knelpunt wat betreft de invloed van logistieke taken op het primaire proces, dat één op één wordt herkend in het LUMC. Hoe deze taken echter beleefd worden vanuit de operatieassistenten en de bereidheid om deze taken te herschikken naar afdelingsmedewerkers is op het moment van onderzoek doen nog niet duidelijk. Door in gesprek te gaan met de operatieassistenten kan een zo'n volledig mogelijk beeld geschetst worden van de betekenis die zij geven aan hun dagelijkse werkzaamheden op het OK-centrum alsmede op de doorgevoerde taakherschikking. Op deze wijze is het mogelijk dieper in te gaan op de verschillende interpretaties en 'waarheden' vanuit het gezichtspunt van de respondenten.

3.2 Onderzoeksontwerp

Binnen de interpretatieve benadering worden in de literatuur meerdere onderzoeksvormen onderscheiden. In dit onderzoek wordt een casestudy uitgevoerd, wat een gebruikelijke vorm is in een organisatieonderzoek. In een casestudy bestudeert de onderzoeker een casus in diens natuurlijke context waarbij vaak een diagnose wordt gesteld om vervolgens een evaluatie te doen van een probleem in de praktijk. In dit onderzoek vindt een casestudy plaats op een OK-centrum van een academisch ziekenhuis, waar het dagelijks handelen plaatsvindt van de respondenten (de operatieassistenten). Kenmerkend aan een casestudy is het verzamelen van gegevens op verschillende niveaus (indien van toepassing), het gebruik van meerdere methoden van dataverzameling en het oog op de relevante omgeving waarin het verschijnsel zich voordoet (Boeije, 2008, p. 21). Baserend op Yin (2002), wijzen Easterby, Thorpe & Jackson (2008) op de kritiek die vanuit positivistische onderzoekers bestaat op casestudies. Eén zo'n kritiek is dat er een niet-overzienbare hoeveelheid aan data gegenereerd wordt waarop de onderzoeker zijn eigen interpretatie kan loslaten. Aansluitend op de kwalitatieve onderzoeksstrategie, zullen om deze reden de keuzes met betrekking tot verzameling en de analyse van de data vastgelegd worden. Paragraaf 3.5 met betrekking tot de kwaliteitsindicatoren zal dit verder verantwoorden.

3.3 Onderzoeksmethoden

De kwalitatieve methoden die passen bij een casestudy zijn (semi gestructureerde) interviews, (participerende) observaties en documentanalyses (Boeije, 2008). Door middel van methodische triangulatie (het doen van meerdere metingen met behulp van verschillende onderzoeksmethoden) wordt de onderzochte situatie vanuit een verscheidenheid aan invalshoeken bekeken (Boeije, 2008, p. 152). Deze onderzoeksmethoden bieden een mogelijkheid tot verdieping in zaken die door middel van kwantitatieve methoden onderbelicht kunnen blijven, bijvoorbeeld omdat door middel van een interview ruimte wordt gecreëerd om door te vragen naar zaken die de respondent ter sprake brengt. Onderstaand worden de vier onderzoeksmethoden nader toegelicht en met name stilgestaan bij de wijze van gebruikmaking in het onderzoeksproces.

3.3.1 *Semi-gestructureerd interview*

Kwalitatieve interviews worden in de literatuur op verschillende wijze onderscheiden. De mate van structurering die vooraf plaatsvindt, wordt daarin als een van de meest belangrijke criteria beschouwd. Deze structurering betreft de inhoud van de vragen, de formulering, de volgorde van de vragen en de antwoordkeuze. Van een semi- of halfgestructureerd interview is sprake zodra deze vier aspecten niet geheel worden open gelaten, maar enige vorm van voorbereiding voorafgaand heeft plaatsgevonden (Boeije, 2008, p. 57). In dit onderzoek is de voorbereiding van de vragen gebaseerd op zowel literatuur als oriënterende gesprekken waaruit een topiclijst is samengesteld. Deze topiclijst is als handvat gebruikt tijdens de interviews. Daarbij is gedurende het interview de volgorde van de topics aangehouden die de respondent ter sprake bracht. Een sterk punt hieraan is dat op een redelijk natuurlijke wijze gesproken kan worden met de respondent die zelf zijn/haar verhaal doet zonder een situatie te creëren waarbij de onderzoeker, strak vasthoudend aan diens topics, op zoek is naar antwoorden. Dit vraagt echter veel van de onderzoeker, bijvoorbeeld ook om door het verhaal van de respondent niet te veel uit te gaan wijden over zaken die slechts indirect of

niet aan het onderzoek zijn verbonden. Een goede balans vinden tussen enerzijds volledig open staan voor het verhaal van de respondent en anderzijds als onderzoeker zelf de regie houden over de te bespreken topics die voor het onderzoek van waarde zijn, maakt een semi-gestructureerd interview uitdagend.

Voorafgaand aan deze semigestructureerde interviews heeft het onderzoek eerst aanvang genomen door middel van oriënterende gesprekken en informele, ongestructureerde interviews. Deze zijn gehouden met verschillende betrokkenen waaronder: een clusterhoofd, een afdelingsmedewerker, het hoofd van de OK, het hoofd van de CSD en enkele CSD medewerkers. Het houden van dit soort gesprekken heeft de onderzoeker geholpen zich op praktische wijze in te leven in de te onderzoeken situatie. Het op deze manier vergaren van informatie omvatte het grootste gedeelte van het onderzoeksproces. De gesprekken leidden in eerste instantie tot verwondering en enthousiasme bij de onderzoeker vanwege de grote hoeveelheid aan interne informatie die openlijk werd gedeeld. Door verder in gesprek te gaan bleek echter dat er een verschil was ontstaan tussen het onderzoek dat de onderzoeker voor ogen had, en de situatie zoals die werkelijk was. Het CLEAN project had al een verder stadium bereikt (met gebruikmaking van een extern ingehuurd bureau) dan waarvan de onderzoeker op de hoogte was. Zodra dit duidelijk was werd het mogelijk daadwerkelijk een specificatie van het onderwerp in kaart te brengen en met de meer formele en semigestructureerde interviews te starten. Omdat de beginfase enige achterstand opliep zijn de 18 formele interviews in een zeer korte tijdsspanne van ruim twee weken afgenomen. Dit is een intensieve periode geweest voor de onderzoeker omdat het weinig ruimte biedt voor tussentijdse reflectie en overdenking. Dit maakt dat de hoeveelheid informatie uit de interviews af en toe leidde tot een 'brei' aan data voor de onderzoeker die hier vervolgens vat op moest zien te krijgen.

Met behulp van een van de clusterleiders is via een persoonlijke mail en in 'de wandelgangen' contact gezocht met de respondenten en zijn afspraken gemaakt voor de interviews. Bijna alle formele interviews hebben plaats gevonden in een kamertje dat door de respondenten ook wel het 'slecht nieuws kamertje' of 'crying girls room' werd genoemd. Dit kleine lokaal kon om praktische redenen worden gebruikt, omdat het vaak leeg stond. De termen die geassocieerd werden met dit lokaaltje hebben te maken met het feit dat hier achterblijvende resultaten met leerlingen worden besproken. Het 'slechte nieuws' wordt hier gebracht wat tot huilende studenten in opleiding leidt aldus de respondenten. Aangezien de interviews in dit onderzoek geen betrekking hebben op achterblijvende resultaten en alleen met senior operatieassistenten is gesproken (in plaats van studenten) zorgde deze associatie niet voor een (bewuste) beïnvloeding van het gesprek, behalve regelmatig voor een moment van humor.

3.3.2 Participerende observaties

"Participerende observatie is het proces waarin een onderzoeker een veelzijdige en relatief lange relatie met een gemeenschap tot stand brengt en onderhoudt in een natuurlijke setting met het doel wetenschappelijke kennis over die gemeenschap te ontwikkelen" (Boeije, 2008, p. 55).

Observaties zijn een belangrijke onderzoeksmethode geweest in de verkenningsfase. Door het bijwonen van vergaderingen over het CLEAN project en overige overleggen tussen de Centrale Sterilisatie Dienst (CSD) en de OK, hebben deze observaties bijgedragen aan het begrip van de

onderzoeker over de context van het eigen onderzoek. Tijdens deze vergaderingen werd de rol van *'complete observant'* aangenomen gezien het continuüm van links hoge mate van participatie tot rechts hoge mate van observatie (Boeije, 2008, p. 55). De onderzoeker nam zodoende geen deel aan het gesprek.

Emerson, Fretz & Shaw (2011) onderscheiden twee activiteiten met betrekking tot participerende observaties. Ten eerste betreft de onderzoeker een sociale setting en leert daarbij de mensen in die setting kennen. Ten tweede participeert de onderzoeker in de dagelijkse routine van de sociale setting, gaat daarbij relaties aan met de respondenten en doet observaties. Boeije (2008) noemt dit *"de onderzoeker als meetinstrument in optima forma"* (Boeije, 2008, pp. 55-56), omdat de onderzoeker zowel een 'insider' als 'outsider' rol aanneemt. Voordeel aan het aannemen van een insider rol is dat de onderzoeker in de onderzoekssituatie staat en zo ook onbewust informatie vergaart. Tevens raken de respondenten vertrouwd aan de onderzoeker indien deze voor langere tijd aanwezig is in hun dagelijkse werkomstandigheden. Tijdens de onderzoekstage blijkt ook dat de respondenten de onderzoeker gaan herkennen waardoor een band ontstaat wat mijns inziens geholpen heeft in de openheid waarmee de respondenten zich uitten. Ingewikkelder wordt het vervolgens om een outsider rol aan te nemen omdat de onderzoeker betrokken raakt in de onderzoekssituatie en niet ongevoelig is voor hetgeen de respondenten vertellen. Hierover meer in de paragraaf rol van de onderzoeker.

Het meer participerende gedeelte van de toegepaste observaties vond plaats tijdens de dataverzamingsfase. Er is met verschillende operatieassistenten en een afdelingsmedewerker meegelopen om bekend te raken op het OK-centrum en te observeren hoe hun dagelijkse werkzaamheden verliepen. Zo is aan de onderzoeker laten zien hoe het doen van bestellingen werkt aan de hand van barcodes in de voorraadruimtes op het OK-centrum, om wat voor artikelen het precies gaat en hoe de protocollenboeken werken ten tijde van het klaarzetten van de operatiekarren voor de ingrepen van de volgende dag. Deze observaties zijn omgezet en vastgelegd in 'fieldnotes', waarbij de aantekeningen als controleerbare teksten kunnen worden geanalyseerd (Emerson, Fretz & Shaw, 2011). De interacties in de onderzoekssituatie zijn tevens vastgelegd met gebruikmaking van audio opnamen, een mogelijkheid van dataverzameling die door Silverman (2008) wordt beschreven. Zo zijn er, met goedkeuring van de betrokkenen, geluidsopnamen gemaakt tijdens vergaderingen en onderzoekspresentaties. Deze methode leent zich goed voor het begrip van de onderzoeker van de onderzoekssituatie, omdat het de mogelijkheid biedt letterlijk terug te luisteren wat er is gezegd waardoor de kans op interpretatiefouten wordt verkleind. Van de gespreksopnamen is afhankelijk van de bruikbaarheid een afweging gemaakt om enerzijds een transcript te maken of anderzijds de opnamen terug te luisteren en daar vervolgens aantekeningen van te maken. Tevens zijn alle formele interviews aan de hand van audio opnamen getranscribeerd voor de analyse van de tekst.

3.3.3 Documentanalyses

Het gebruik van geschreven artefacten (teksten) kan inzicht bieden in de actuele situatie en diens context, en zal inhoudelijk geanalyseerd worden. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen het gebruik van primair en secundair materiaal (Van Thiel, 2007).

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van zowel primaire als secundaire bronnen. Gedurende de onderzoeksstage zijn veel aantekeningen gemaakt over zaken die relevant werden geacht. Dit gebeurde tijdens (participerende) observaties, formele en informele vergaderingen/overleggen en alles wat bij toeval ter ore kwam. Naast dit zelf (primair) verzamelde materiaal, is ook gebruik gemaakt van interne bronnen inzake het CLEAN project verschaft door het management, en van eerder gedaan onderzoek naar een soortgelijk project in een ander UMC (secundair). Op deze documenten is een inhoudsanalyse toegepast. *“Bij een inhoudsanalyse bestudeert de onderzoeker de inhoud van bestaand materiaal, meestal schriftelijke documenten. Het gaat dus om de boodschap die de product van het materiaal probeert over te brengen op zijn publiek”* (Van Thiel, 2007). Daarvoor is het materiaal geselecteerd dat gaat over het onderzoeksonderwerp, de organisatie, het CLEAN project en de huidige context waarin de organisatie zich begeeft om vervolgens relevante theoretische concepten te achterhalen. De secundaire bronnen hebben met name bijgedragen aan het algemene beeld van de onderzoeker en begrip van de onderzoekssituatie. De primaire bronnen staan dicht bij de ‘unieke’ onderzoekssituatie en zijn daardoor beter te analyseren op basis van betekenisgeving.

3.3.4 rol van de onderzoeker

Bij het doen van interpretatief onderzoek wordt uitgegaan van subjectieve waarheden. De resultaten van dit onderzoek zijn om deze reden een onderdeel van de manier van onderzoek doen en de interpretatie van de onderzoeker. In mijn rol als onderzoeker heb ik getracht de betekenisgeving en het gedrag van de onderzochte werknemers te begrijpen en te verklaren. Er wordt dus gekozen voor een emic (in tegenstelling tot een etic) perspectief waarbij de onderzoeker het ‘insiderverhaal’ van binnenuit de organisatie wil achterhalen en de onderzoeker zichzelf in de context van de respondent inzet als instrument om gegevens te vergaren. Harris (1976) definieert het als volgt: *“operationally, emic refers to the presence of an actual or potential interactive context in which ethnographer and informant meet and carry on a discussion about a particular domain. This discussion is deemed productive to the extent that the ethnographer discovers principles that represent and account for the way in which that domain is organized or structured in the mental life of that informant”* (p.331). De onderzoeker is drie maanden bijna dagelijks op de onderzoekssituatie aanwezig geweest om deze interactie met de respondenten te bewerkstelligen. Het op deze wijze onderzoek doen moet een zo’n goed mogelijk beeld schetsen om inzicht te krijgen in *“het geheel van aannames en veronderstellingen over de sociale werkelijkheid [...]”* (Boeije, 2008, p. 18). Deze strategie leent zich daarom het best ter beantwoording van de onderzoeksvraag en de beschreven onderzoeksdoelen.

Toch zijn er ook kritische kanttekeningen te maken met betrekking tot deze strategie. Door de betrokkenheid in de onderzoekssituatie moet de onderzoeker een professionele afstand behouden voor de onafhankelijkheid van het onderzoek. Toch zal enige mate van beïnvloeding van weerszijde plaats hebben gevonden. Het door middel van een onderzoek aandacht besteden aan hetgeen wat de operatieassistenten te vertellen hebben en het idee gehoord te worden, maakte dat zij de kans gebruikten om hun hart te luchten over andere zaken waar zij tegen aan liepen. Ongenoegens over andere zaken die buiten dit specifieke onderzoek vallen kwamen dan ook aan de orde. Dit heeft in meerdere of mindere mate invloed gehad op de beeldvorming van de onderzoeker. Als onderzoeker is getracht om hiervan bewust te zijn door na de gesprekken met de respondenten weer een outsiders rol aan te nemen. Hierdoor kon gerelativeerd omgegaan worden met de data hetgeen de onafhankelijk van het onderzoek ten goede komt.

3.4 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestaat voor het merendeel uit senior operatieassistenten waar van meerderen ook specialisme-oudsten zijn (eindverantwoordelijk voor een specialisme). Als senior operatieassistent draaien zij al een langere tijd mee in de 'operatiewereld' en hebben vaak al veel veranderingen in hun werkzaamheden meegemaakt of in andere ziekenhuizen gewerkt. Door deze jarenlange ervaring kunnen zij, mijns inziens, de veranderingen in taken enigszins plaatsen in hun huidige context. De operatieassistenten zijn in aantal de grootste groep die te maken heeft met veranderingen in hun werkzaamheden in vergelijking tot een klein aantal afdelingsmedewerkers die de taken door de herschikking steeds verder zullen overnemen. Eerstgenoemden vormen de focus van het onderzoek, maar er is tevens gesproken met de afdelingsmedewerkers en clusterleiders om een evenwichtig beeld te krijgen.

De selectie van de onderzoekspopulatie is als volgt tot stand gekomen. Het OK-centrum kent drie 'snijdende' clusters en een cluster holding, verkoeper en PACU (post-anesthesia care unit), ook wel de pre- en postoperatieve cluster. Het onderzoek richt zich op de drie 'snijdende' clusters waar de operatieassistenten werkzaam zijn. Binnen deze drie clusters zijn meerdere specialisaties gegroepeerd. Per specialisme zijn één of meerdere specialisme-oudsten aangesteld die de eindverantwoordelijkheid dragen. Het doen van bestellingen en het up to date houden van protocollen zijn onder andere taken die onder hun verantwoordelijkheid vallen. Deze specialisme-oudsten zijn om deze reden geselecteerd voor een interview. Dit principe wordt ook wel doelgerichte selectie (purposive sampling) genoemd, waarbij de kenmerken van de populatie (gemachtigd zijn voor het doen van bestellingen en veel ervaring) als basis voor de selectie geldt (Boeije, 2008, p. 50).

Omdat gekeken wordt naar drie verschillende clusters, is tevens getracht een representatieve onderzoeksgroep met betrekking tot deze clusters te interviewen over het onderzoeksonderwerp. In het dataverzamelingsproces met betrekking tot de te interviewen respondenten is vervolgens gebruik gemaakt van theoretische selectie (theoretical sampling), een vorm van doelgerichte selectie. Allereerst zijn de personen op basis van hun potentiële bijdrage geselecteerd, waarna met behulp van de verzamelde gegevens opnieuw een aantal personen zijn benaderd die een bijdrage kunnen leveren aan het onderzoek. Dit is een cyclisch proces waarbij dataverzameling en data-analyse elkaar afwisselen (Boeije, 2008, p. 51). Er zijn in totaal 13 interviews afgenomen met senior operatieassistenten, drie interviews met de clusterleiding van de 'snijdende' clusters en twee interviews met de logistieke afdelingsmedewerkers van de CSD.

De taakherschikking met betrekking tot het plaatsen van bestellingen op het OK-centrum vindt per cluster en daarbinnen per specialisme plaats. Ten tijde van de onderzoeksperiode was de herschikking in cluster 3 al volledig gerealiseerd en bevonden cluster 1 en 2 zich nog in het verandertraject. De herschikking is gestart in cluster 3 vanwege het feit dat dit cluster maar één specialisme kent. Stapsgewijs is vervolgens per specialisme de taakherschikking verder doorgevoerd binnen cluster 1 en 2, tot dat ook die volledig zijn herschikt. Met het afnemen van de interviews moest daardoor steeds opnieuw rekening gehouden worden met de vraag in welk stadium het specialisme waar de respondent werkzaam was zich begaf. Had de taakherschikking al plaatsgevonden of moest dit nog gebeuren? De volgende indeling in respondenten is te maken aan de hand van de drie 'snijdende' clusters.

- Clusterleiding van cluster 1, 2 en 3.
- Operatieassistenten cluster 1, heekunde (algemeen), urologie, oncologie/ gastro enterologie, orthopedie, traumatologie, transplantatie, vaatchirurgie.
- Operatieassistenten cluster 2, gynaecologie, plastische chirurgie, KNO, oogheekunde, neurologie, kaakchirurgie.
- Operatieassistenten cluster 3, thorax.
- Afdelingsmedewerkers (2)

Van elk cluster is, verspreid over de specialismen, met een aantal operatieassistenten gesproken. De gebruikte topiclijst is te vinden in bijlage 1.

3.5 Kwaliteitsindicatoren

Met betrekking tot de kwaliteit van een onderzoek zijn twee indicatoren van belang: de betrouwbaarheid en de validiteit.

3.5.1 Betrouwbaarheid

“Reliability refers to the degree of consistency with which instances are assigned to the same category by different observers or by the same observer on different occasions” (Silverman, 2008, p. 224). De betrouwbaarheid van een kwalitatief onderzoek heeft zodoende betrekking op de consistentie van een meting en van de onderzoeker. Betrouwbare methoden van dataverzameling zullen tot gelijke uitkomsten moeten leiden bij een herhaling van het onderzoek (Boeije, 2008). Door middel van standaardisatie van de methoden moeten toevalsfouten worden tegen gegaan. Bij het doen van kwalitatief, interpretatief onderzoek is de consistentie van een meting met als gevolg een gelijke uitkomst echter niet te garanderen. Dit heeft te maken met het feit dat er onderzoek wordt gedaan naar de betekenisgeving van de onderzochten in een tijd en plaatsgebonden context. Zo zal bij een vervolgonderzoek de onderzoekspopulatie en hun (eventueel herziene) opvattingen in de dan contextuele tijd en plaats anders kunnen zijn.

De navolgbaarheid van het onderzoek is wel mogelijk op basis van gedocumenteerde stappen en keuzes gemaakt in het onderzoeksproces alsmede door de gebruikte onderzoeksmethoden. Deze zijn in het onderzoeksproces zoveel mogelijk vastgelegd. *“Een adequate beschrijving van het onderzoeksproces is een alternatief dat in elk geval virtuele replicatie mogelijk maakt [...]”* (Boeije, 2008, p. 150). Tevens worden maatregelen genomen ter bevordering van de geloofwaardigheid van het onderzoek. De verzamelde data moet aantoonbaar voortkomen uit de afgenomen interviews, gedane observaties en ingelezen documenten en niet het resultaat zijn van verwachtingen en aannames van de onderzoeker (Boeije, 2008). Om deze reden is (met toestemming van de geïnterviewden) gebruik gemaakt van opnameapparatuur tijdens de interviews, zijn de interviews uitgetypt in transcripten en is gebruik gemaakt van een triangulatie van onderzoeksmethoden.

3.5.2 Validiteit

“Wanneer de onderzoeker meet of verklaart wat hij daadwerkelijk wil meten of verklaren, wordt dat opgevat als validiteit” (Boeije, 2008, p. 145). Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de onderzoekssituatie wordt getracht een vertrouwde relatie te bewerkstelligen met de onderzoekspopulatie. Om deze reden is ook gekozen voor het aanwezig zijn op de werkvloer door middel van een onderzoeksstage. Dit moet er onder andere voor zorgen dat de OK –medewerkers

vertrouwd raken met een onderzoeker op het OK- centrum. Er wordt van uit gegaan dat alleen bij vrijwillige participatie aan het onderzoek open over het onderzoeksonderwerp wordt verteld, waarbij de onderzoeker een zo'n goed mogelijke interpretatie kan geven van de onderzoeksituatie. De keuzes en stappen die leiden tot deze interpretaties zullen ter bevordering van de validiteit beschreven worden (Boeije, 2008). De gebruikte topics in de interviews zijn tevens zo veel mogelijk gebaseerd op theorie met betrekking tot dit onderzoeksonderwerp. Daarnaast moet er bij het doen van kwalitatief onderzoek altijd gerealiseerd worden dat een onderzoeker nooit geheel waarde vrij is. Ten gunste van de validiteit wordt echter wel getracht waarderingsvrij te zijn, door de eigen voorkeuren buiten beschouwing te laten (Boeije, 2008, p. 151).

Wat betreft de externe validiteit (oftewel generalisatie) van dit onderzoek, kan gesteld worden dat de problematiek zoals die in het LUMC voorkomt, niet op zichzelf staat. Hoewel het OK-centrum een afgebakend en een specifiek sociale context is binnen het ziekenhuis, is deze niet uniek in vergelijking met andere OK-centra waar dezelfde werkprocessen plaatsvinden, met name bij UMC's. Andere ziekenhuizen in Nederland zullen tevens in meer of mindere mate te maken hebben met dezelfde context voor wat betreft een toenemende zorgdruk en een tekort aan operatieassistenten en zullen daar op moeten anticiperen. In het kader van benchmarking tussen de UMC's is al sprake van LEAN en het herschikken van taken als praktische uitvoering daarvan. Dit onderzoek bouwt tevens voort op een gemaakte analyse in een ander UMC, wat duidt op een herkenning van het probleem bij andere ziekenhuizen. De gemaakte analyse zal om deze reden ook voor andere ziekenhuizen met een vergelijkbare problematiek van interessante waarde kunnen zijn.

Hoofdstuk 4 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk volgen de resultaten afkomstig uit de interviews en de observaties gedurende de onderzoeksstage. In de interviews is gesproken over de beleving van de werkzaamheden van de operatieassistenten op het OK- centrum en aansluitend over het onderwerp taakherschikking in het kader van het project CLEAN. Over die beleving van de dagelijkse werkzaamheden zal in paragraaf 4.1 ingegaan worden. Dit is van belang omdat de wijze waarop de operatieassistent naar zijn/haar werkzaamheden kijkt invloed blijkt te hebben op hun ervaring met de doorgevoerde taakherschikking. De verschuivingen die plaats hebben gevonden in hun takenpakket, de grenzen die opgezocht worden van de taak en bevoegdheden, alsmede verschillende factoren die een belastende werking blijken te hebben op de werkzaamheden van de operatieassistenten zullen in deze paragraaf aan bod komen. Paragraaf 4.2 gaat in op de beleving inzake de taakherschikking en de twee grootste bezwaren die de operatieassistenten noemen: een vermindering aan werkvariatie en het gevaar voor kwaliteitsverlies. In paragraaf 4.3 blijkt tenslotte dat er een andere zienswijze bestaat tussen wat het management, en wat de operatieassistenten onder de werkzaamheden van een operatieassistent verstaan. Dit geldt ook voor de mate waarin taakherschikking (en het beoogde resultaat daarvan) een positieve bijdrage levert op het OK-centrum. Tot slot zal in deze paragraaf aandacht besteed worden aan mogelijke verbeteringen die de operatieassistenten zelf graag doorgevoerd zien worden met betrekking tot het 'LEAN' maken van het OK-centrum.

4.1 Beleving dagelijkse werkzaamheden op het OK-centrum

Uit de gesprekken met de operatieassistenten blijkt dat de wijze waarop zij nu naar hun dagelijkse werkzaamheden kijken en wat zij wel of niet daar onder verstaan, wordt beïnvloed door verschuivingen in hun takenpakket die in het verleden hebben plaats gevonden. Als gevolg van een radicale verbouwing van het LUMC, een toenemende werkdruk in de zorg, een tekort aan personeel (ook in andere beroepsgroepen) en de wijze hoe daar op wordt gereageerd door chirurgen en collega's onderling, is de beleving van de werkzaamheden van de operatieassistent op veel vlakken veranderd binnen het LUMC.

4.1.1 Verschuiving in taken

De senior operatieassistenten die al langere tijd werkzaam zijn bij het LUMC hebben eerst een deel van hun takenpakket moeten afstaan waarna zij, als gevolg van nieuwe veranderingen, er weer andere taken bij kregen. De verandering in hun werkzaamheden was het gevolg van een verbouwing van het ziekenhuis in 1996. Het ziekenhuis bestond uit verschillende paviljoens waar de specialismen in afzonderlijke gebouwen werkzaam waren. Op de vraag waarom bepaalde werkzaamheden (die ogenschijnlijk niet in hun takenpakket horen) wel bij hun functie behoren, is het antwoord steevast: *“dat is historisch zo gegroeid”* (Interview IX). In de kleine buitenklinieken was ieder specialisme op zichzelf werkzaam *“als een zelfstandig bedrijf zeg maar”* (Interview IX). Toentertijd behoorden ook veel taken van de Centrale Sterilisatie Dienst (CSD) tot het takenpakket van de operatieassistenten. *“Dus we hebben alles zelf gedaan, het schoonmaken van de instrumenten en het steriliseren zelfs. Netten opmaken. Die hele afdeling CSD was bijna niks, dat zat in een klein houten barakje”* (Interview IX). De verbouwing zorgde ervoor dat er een einde kwam aan de zelfstandig functionerende buitenklinieken en de totstandkoming van één OK-centrum. Dit had twee consequenties.

Eenzijds werd de CSD als afdeling groter en professioneler georganiseerd waardoor taken die voorheen bij de operatieassistenten lagen, nu overgenomen zijn door CSD-medewerkers. Er is zodoende een samenwerking ontstaan tussen het OK-centrum en de CSD op een hoger niveau, waarbij de CSD de verantwoordelijkheid neemt met betrekking tot de reiniging, sterilisatie en de opmaak van de instrumentennetten voor gebruik op het OK-centrum.

Anderzijds kwam hier aanvankelijk een verbreding van de werkzaamheden voor in de plaats. In de nieuwbouw was het de bedoeling dat alle operatieassistenten allround inzetbaar werden op het gehele OK-centrum. Onder de toenmalige OK-manager is om deze reden besloten dat de assistenten die tot dan toe alleen bekend waren met hun eigen specialisme, ingewerkt moesten worden op de andere specialismen. Dit had concrete gevolgen voor hun werkzaamheden, omdat zij alleen ervaring hadden met ingrepen en de manier van werken op het eigen specialisme. Nu moesten zij ook bij andere specialismen kunnen instrumenteren en/of omlopen. Daarnaast ontstond er veel commotie over de te leveren kwaliteit. *“De toenmalige OK-manager heeft te abrupt overal mensen weggehaald waardoor er zo’n kwaliteitsverlies kwam”* (Interview II). Dit wordt bevestigd door een andere respondent: *“het is natuurlijk niks geworden, omdat je daar veel, héél veel oppervlakkige kennis van krijgt”* (Interview XVI). De angst voor verlies aan kwaliteit komt ook ter sprake als onderwerp met betrekking tot hun beleving van de taakherschikking, waarop in paragraaf 4.2 verder zal worden ingegaan.

In plaats van allround inzetbaar te kunnen zijn is vervolgens gekozen voor het werken in zelfsturende specialismen. *“Vanaf dat moment zijn eigenlijk alle taken groter geworden, uitgebreider, verbreed”* (Interview XVI). Door te werken in zelfsturende specialismen zijn een aantal senior operatieassistenten verantwoordelijk gesteld voor hun eigen specialisme waarin zij werkzaam zijn. De specialismen zijn gegroepeerd in drie ‘snijdende’ clusters. Naast de verantwoordelijkheid voor het eigen specialisme moeten de operatieassistenten ook de andere specialismen op het betreffende cluster beheersen (zie bijlage 2). Dit verschilt echter van het vorige plan om de operatieassistenten op alle specialismen in te werken. Zo kent cluster 3 bijvoorbeeld maar één specialisme: thorax. Cluster 1 en 2 hebben er respectievelijk zeven en zes, al vinden ook hier verschuivingen in plaats. Deze manier van werken bevalt bij de respondenten: *“dat maakt het op zich leuk, want dan heb je een aandachtspunt waar je je heel erg in kan verdiepen, en daarnaast nog een x aantal specialismen om je vaardigheden te kunnen behouden”* (Interview XVI). Hoewel deze (afgebakende) verbreding van de werkzaamheden binnen het eigen cluster goed doet aan de beleving van de werkzaamheden van de operatieassistenten, geven zij aan dat het overschrijden van bepaalde regels door andere professies een aspect is dat daar negatief aan bijdraagt.

4.1.2 Een overschrijding van de kaders

Onder druk van met name chirurgen maar ook van ondersteunende diensten op het OK-centrum, zoals een röntgenlaborant, worden volgens de operatieassistenten de grenzen van meerdere kaders overschreden. De houding van deze collega’s is volgens de operatieassistenten een direct gevolg van het personeelstekort dat bestaat binnen het LUMC, ook binnen andere beroepsgroepen. Het leidt er toe dat het voor komt dat de operatieassistenten werkzaamheden uitvoeren die óf niet tot hun takenpakket behoren óf op momenten plaatsvinden die niet tot de normale procedure behoren. Zij voelen zich meermaals onder druk gezet. De houding van de chirurgen en de directe consequenties die dit heeft voor de operatieassistenten zullen aan de hand van twee praktijkvoorbeelden worden

toegelicht. Het eerste voorbeeld licht toe hoe de grenzen van de bevoegdheden volgens de respondenten worden opgerekt en/of overschreden in hun interactie met andere professies op het OK-centrum. Het tweede voorbeeld gaat over de momenten waarop van hun verwacht wordt te werken.

De houding van de chirurgen wordt beschreven in het boek getiteld 'Bouwen aan het LUMC' dat in 2006 werd uitgegeven over de totstandkoming van het nieuwe ziekenhuis. Vanuit de behoefte om patiëntenzorg samen met onderwijs en onderzoek verder te verweven, is één Universitair Medisch Centrum gerealiseerd (www.leidenuniv.nl), nu bestaande uit drie gebouwen: het ziekenhuis, het onderzoeksgebouw en het onderwijsgebouw. Uit dit boek komt de onderstaande quote die een impressie geeft van de manier van werken zoals die ook door enkele respondenten nu nog wordt herkend. *"De paviljoenbouw, waarvan je je nu afvraagt hoe iemand die ooit heeft kunnen bedenken, weerspiegelde het toenmalige geneeskundige wetenschappelijke landschap: de doktoren in de paviljoens bestierden - al dan niet gedreven door hobbyisme - hun eigen wetenschappelijke koninkrijkje (...)"* (Van Megchelen, 2006).

Deze houding van de chirurgen brengt soms onprettige gevolgen met zich mee voor wat betreft de werkzaamheden die de operatieassistenten moeten uitvoeren gedurende een ingreep. Het eerstvolgende voorbeeld illustreert een situatie die volgens de respondenten regelmatig ontstaat op de OK als gevolg van de dominante houding van een chirurg. Ter inleiding eerst een situatieschets. Een voorbeeld van een taak waarvan momenteel bepaalde operatieassistenten worden verwacht deze uit te voeren, is het bedienen van een röntgenapparaat tijdens een ingreep. Voorheen werd dit gedaan door een röntgenlaborant maar dit leidde tot problemen omdat er maar één röntgenlaborant beschikbaar was voor het hele OK-centrum. Het komt echter voor dat meerdere OK's tegelijkertijd gebruik maken van röntgenapparatuur. Omdat een laborant niet gelijktijdig op meerdere OK's aanwezig kan zijn, is daarop besloten dat de operatieassistenten een 'knoppencursus' moesten volgen. Onder begeleiding van een chirurg met een stralingsbrevet, mogen operatieassistenten statisch doorlichten. Concreet betekent dit voor de operatieassistenten dat de apparatuur boven de patiënt wordt gereden en 'alleen' op de knop hoeft worden gedrukt. *"Je zet hem klaar en that's it"* (Interview XVI). In de praktijk blijkt dit echter anders te werken. Een chirurg blijkt vaak niet van één maar van meerdere kanten röntgenfoto's te willen maken. Hierdoor is er voor de operatieassistent geen sprake meer van slechts klaarzetten. Wanneer zij echter op hun strepen gaan staan en weigeren meer te doen dan waartoe zij in hun beleving bevoegd zijn, ontstaat er een situatie waarbij chirurg en operatieassistent lijnrecht tegenover elkaar staan en een discussie aangaan op de OK.

"En als je op dat moment zegt van dat mag ik officieel niet eens, want daar zijn we niet voor bevoegd dus ik bel nu een röntgenlaborant, dan word je dus eerst uitgescholden door de chirurg want dat betekent dat hij twintig minuten moet wachten. Dus 'doe niet zo flauw en druk gewoon op die knop' wordt er dan gezegd. En ja, dan krijg je toch wel eens in jezelf, ik in ieder geval wel, conflicten" (Interview XII). Ook vanuit de kant van de röntgenlaboranten worden de operatieassistenten niet gesteund in het geval zij hen bellen om de apparatuur te bedienen tijdens een ingreep. *"Dan is heel vaak van die kant de reactie: 'dat doen jullie toch zelf tegenwoordig, daar hebben wij geen mensen voor'. Dus je staat klem en druk je maar weer op die knop en gaat iedereen het steeds normaler vinden dat wij dat doen"* (Interview XII).

Een andere respondent vertelt over het overschrijden van de kaders op basis van het tijdstip waarop van hun wordt gevraagd te werken. Voor het 's nachts opereren zijn bepaalde afspraken geldig. In principe kan er één OK 's nachts draaien *“en misschien een heel klein dingetje waar één iemand voor nodig is daarnaast, maar daarmee houdt het op”* (Interview XVI). Een respondent geeft een voorbeeld van wat er in een desbetreffend weekend had plaatsgevonden wanneer meerdere chirurgen in eenzelfde nacht willen opereren.

“Bijvoorbeeld dat je twee transplantaties doet. Die duren zes uur met de voorbereiding en het inspecteren van de organen erbij nog eens een tot anderhalf uur, afhankelijk van het orgaan. Dus dat maakt 7.5 uur tijd dat je nodig hebt. Dat willen ze overlappen. Stel je voor dat ze om 0.00 uur 's nachts beginnen. Dan ben je tegen 6.00 -7.00 uur klaar. En dan zeggen ze: ‘ik wil om 6.00 uur weer beginnen alvast op de volgende kamer’. En dat orgaan moet nog geïnspecteerd worden maar die mensen heb je dan niet. Wij komen om 8.00 uur 's morgens in huis” (Interview XVI).

Gevolg is dat alsnog mensen thuis opgebeld worden om eerder te komen werken, terwijl deze manier van werken juist bekend staat als een perifere werkmethode. Kenmerkend aan het werken op het OK-centrum bij het LUMC is dat er gewerkt wordt met een ploegdienst. Dit houdt in dat meerdere ploegen op verschillende tijdstippen aanwezig zijn. Ook 's nachts is er een ploeg aanwezig. Het is daarom niet gebruikelijk, mits het niet anders kan, mensen thuis te bellen. Dit wordt door meerdere respondenten als een van de pluspunten van hun werk beschouwd in vergelijking met andere ziekenhuizen. *“Het grote voordeel hier vind ik het dienstensysteem. Je werkt het aanbod weg dat er is en daarna ga je naar huis. Niet dat je van thuis uit nog gebeld kan worden, die andere 16 uur dan. Anders zit je in je weekend thuis te wachten of er nog iets komt en dan moet je met spoed naar het ziekenhuis toe. Dan is er niemand aanwezig en ben je bereikbaar thuis. Het kost ook meer personeel die diensten maar het is wel heerlijk. Dat hier, is een luxe”* (Interview I).

Dat de operatieassistenten niet zomaar toelaten dat zij andere werkzaamheden moeten doen dan waarvoor zij bevoegd zijn, en gehecht zijn aan het werken in ploegdiensten heeft mede te maken met andere aspecten die van invloed zijn op hun werkbeleving. Ten eerste ervaren de operatieassistenten een gevoel van overbelasting door enerzijds te volle OK programma's en anderzijds veel meelopende studenten in opleiding. Ten tweede ontbreekt het volgens hen aan ondersteuning, waardering en betrokkenheid zowel vanuit de clusterleiding als vanuit de collega's onderling.

4.1.3 Overbelasting: werken met (te) volle OK programma's en meelopende studenten

Het gevoel van overbelasting vindt op twee manieren plaats. Eerst zal worden ingegaan op de werkbeleving met betrekking tot de vollere OK programma's die dagelijks moeten worden afgewerkt. Dit is volgens de respondenten het gevolg van de drang van chirurgen in combinatie met het management om zoveel mogelijk patiënten ook daadwerkelijk op één dag te opereren. Er wordt daarbij volgens de respondenten echter te weinig stil gestaan bij het kleine bestand aan operatieassistenten die bij deze operaties moeten instrumenteren. Vervolgens zal worden beschreven welke ervaring de operatieassistenten delen ten aanzien van de vele studenten in opleiding die met hen meelopen. Het opleiden van een grote hoeveelheid nieuwe

operatieassistenten is één van de manieren waarop het management probeert om te gaan met het tekort aan operatieassistenten.

Niet haalbare OK programma's

Er lijkt een verschil in opvatting te bestaan tussen enerzijds de operatieassistenten en anderzijds het management en de chirurgen over de OK programma's. Op het OK programma staat beschreven welke patiënten gepland staan op die dag. Volgens een respondent zijn de geplande OK programma's simpelweg niet haalbaar: *"Te veel patiënten op een dag. Dat je van te voren al ziet nou dat gaat hem echt niet worden. En dan is het natuurlijk dikke tranen als het niet door kan gaan. Maar 's morgens had je al in kunnen schatten dat dat niet zou lukken"* (Interview V). Volgens een van de clusterleiders is dat een keus die het management heeft gemaakt. *"Ik wil zoveel mogelijk kamers open hebben maar als ik eigenlijk goed zou plannen zou ik sowieso elke dag een OK minder moeten gaan draaien. Dus ik plan al krapper [aan operatieassistenten per OK], met het risico als iemand ziek wordt, ik een kamer moet sluiten. En dat is de keus die ze van bovenaf willen. Willen ze het zo of willen ze het van te voren al dat we een kamer sluiten. Nou ze kiezen natuurlijk voor het eerste, dan kunnen we in ieder geval meer kamers draaien"* (Interview XV). Feitelijk wordt op voorhand uitgegaan van de meest ideale maar tevens meest onzekere situatie in plaats van een meer realistische en zekere situatie, afhankelijk van het daadwerkelijke aantal beschikbare operatieassistenten per dag.

Volgens de operatieassistenten werken ook de chirurgen mee aan het zoveel mogelijk in totaliteit aflopen van de volle OK programma's. Zij wekken bij de operatieassistenten de indruk dat elke geplande operatie ook uitgevoerd dient te worden, zelfs als dit ten koste gaat van hun eigen welbevinden. De respondenten spreken over de drang van chirurgen om te willen opereren: *"de artsen vinden het maar gauw goed, zolang ze maar kunnen opereren"* (Interview IV). Dit uit zich in de praktijk op verschillende manieren, zoals het 'strategisch plannen' van operaties. *"En wat ze ook doen, is kleine ingrepen aan het begin van de dag en grote ingrepen halverwege de dag in starten waarvan je weet, dat gaat sowieso uitlopen. En de patiënt ligt er al"* (Interview XVI). Op deze wijze wordt vermeden dat een kleine ingreep uitgesteld wordt naar een andere dag. Immers bij een grote ingreep is de kans op uitloop aanwezig waardoor een volgende ingreep kan komen te vervallen. Daarnaast blijkt ook het begrip 'spoed' rekbaar te zijn zodat operaties toch door kunnen gaan. *"Dan wordt het allemaal als spoed opgevoerd. Spoed is natuurlijk rekbaar, je hebt spoed en je hebt SPOED wat nu nu nu moet"* (Interview V). Op deze wijze zijn de artsen er toch van verzekerd dat alle patiënten behandeld worden die op het programma staan. *"En als je soms pech hebt, sommigen hoor, niet allemaal, dan zeggen ze: 'we gaan een ingreep doen die duurt 180 minuten'. Dan blijkt dat het gewoon bijna een helft meer te zijn. Ja want als ze dat al eerder zetten op het programma, dan kan gezegd worden van: 'dat kan niet' "* (Interview XVI).

De volle OK programma's leiden er in de praktijk toe dat sommige operatieassistenten dag in dag uit vele uren achter elkaar moeten staan. Zij ervaren daardoor een zware fysieke belasting. Met name langdurige operaties vragen fysiek veel van hen. Een respondent zegt daarover: *"neuro begint 's ochtends om 8.00 uur en die is de volgende dag om 15.00 uur eens een keer klaar, dat gebeurt wel eens"* (Interview XV). Gevolg is echter wel dat operatieassistenten vaak uren zonder aflos op de OK staan en in het geval van bijvoorbeeld hartoperaties altijd in dezelfde houding moeten werken. Meerdere respondenten blijken dan ook beroepsgerelateerde klachten te ontwikkelen door de jaren heen. *"Ik zit nu te twijfelen of ik een zenuwblokkade zal laten zetten dat is zodat je de pijn niet meer*

voelt. En dat alleen voor het werk hier. Maar iets anders kan je op een gegeven moment ook niet meer want dan ben je te oud voor ander werk” (Interview IV).

Over wat een passende oplossing is voor de overvolle OK programma’s en de fysieke werkdruk die dit dagelijks met zich mee brengt, delen de respondenten echter niet geheel dezelfde mening. Het probleem kan vanuit twee kanten belicht worden: een korte of een lange termijn visie. Enerzijds wordt vanuit een korte termijn gedachte de mening gedeeld dat er vaker een OK gesloten moet worden. *“Het blijft altijd wikken en wegen. Aan de ene kant zijn het de artsen die vragen om OK tijd, aan de andere kant kan je daar niet aan voldoen. Als er echt niemand is dan houdt het op. Maar als je het op de werkvloer vraagt dan zou dat wel vaker moeten”* (Interview V). Anderzijds wordt door de respondenten ook niet zomaar geaccepteerd dat kamers gesloten worden. *“Ik vind niet dat er een OK dicht mag. Je moet het natuurlijk omdraaien. Je moet geen OK’s dicht doen, er moeten meer mensen komen. Dan ga je toegeven aan het tekort”* (Interview IX). Deze respondent redeneert net als het management vanuit een langere termijn gedachte. Het management ziet het opleiden van meer leerlingen als een antwoord op de fluctuerende golf aan tekorten. Een van de clusterleiders zegt hier over: *“Je ziet elke 10 jaar ups en downs, een golfbeweging. Als de economie slecht is dan trekt de zorg weer aan. We gaan nu meer opleiden, om een grotere club op te leiden om uit je eigen vijver te kunnen vissen, om het zo maar te zeggen”* (Interview VIII). Het opleiden van meer studenten heeft in de praktijk tot gevolg dat er een grotere groep aan operatieassistenten in opleiding moet meelopen op het OK-centrum. Dit heeft ook gevolgen voor de werkbeleving van de operatieassistenten aan wie deze taak wordt toevertrouwd die tevens al te maken hebben met volle OK programma’s.

Meelopende studenten

Als gevolg van het *‘willen vissen uit eigen vijver’*- besluit, spreken de respondenten over een gevoel van overbelasting doordat een groot aantal studenten mee moet draaien op de OK en met name ook in de nachtdiensten. De verhouding student-gediplomeerden ligt hierdoor ietwat scheef, omdat het aantal studenten groeit, op een kleiner aantal gediplomeerden. Het legt volgens de respondenten een extra druk op hen, omdat zij zich verantwoordelijk voelen voor hun studenten. *“En omdat je altijd de enige gediplomeerde bent, voelde ik me dan ook verantwoordelijk dat de student niet een of ander trauma oploopt op zo’n dag. Want als zo’n hart stopt, dan stopt alles. Dan probeer je ze daar op voor te bereiden”* (Interview II). Ook voor het goed kunnen uitvoeren van hun eigen werkzaamheden wordt de grote groep aan studenten door meerdere respondenten als een belasting gezien. *“En qua werkdruk, het aantal leerlingen wordt steeds groter en ja, die moeten toch door ons begeleid worden en eigenlijk is er steeds minder tijd voor gezien ook de langere OK programma’s”* (Interview XII). Een enkeling verwoordt het nog sterker. *“Nou het is niet altijd leuk nee. Soms staan er drie of vier leerlingen die amper wat kunnen op de OK. Dat is leuk voor de vulling maar voor diegene die daar staat is dat gewoon afschuwelijk. In één woord afschuwelijk. Je moet iedereen in de gaten houden”* (Interview IV).

4.1.4 Onvoldoende ondersteuning, waardering en betrokkenheid

Mede door de belasting die de operatieassistenten ervaren in hun dagelijkse werkzaamheden is de behoefte aan ondersteuning, waardering en onderlinge betrokkenheid groot. Deze condities die een rol spelen in hun werkbeleving worden echter door meerdere respondenten gemist. Volgens de operatieassistenten is dit toe te schrijven aan meerdere aspecten. Ten eerste is dit het minder

aanwezig zijn van de clusterleiding op de werkvloer. Ten tweede een impopulair (en in de ogen van de operatieassistenten) oneerlijk besluit met betrekking tot het aflossen op de OK's. Ten derde speelt ook het gebrek onderlinge waardering, en het uitspreken daarvan een rol.

Mede als gevolg van de druk die de respondenten ervaren is de behoefte aan ondersteuning vanuit de kant van de clusterleiding groot. De clusterleiding blijkt dit echter niet ten alle tijde te kunnen bieden. De respondenten merken op dat hun leidinggevendens steeds minder op de werkvloer aanwezig zijn om hen te ondersteunen met problemen die zich op dat moment voordoen. De clusterleiding beaamt dit zelf ook. Feitelijk is het de bedoeling dat zij 50 procent van hun diensttijd op de werkvloer aanwezig zijn. Dit blijkt slechts een ideaal beeld vertelt een van de clusterleiders: *“Zij [het management] denken inderdaad met het aflossen voor een kopje koffie dat ik op de OK kom, en in principe twee dagen in de week op OK sta. Maar voor 130 man ben ik maar twee dagen aanspreekbaar en dat is natuurlijk niet goed, dus dat kan ik niet redden”* (Interview XV). Door af te lossen op de OK is de clusterleiding aanwezig tijdens de ingrepen en kunnen zij op die manier ondersteuning bieden aan hun operatieassistenten.

Dat dit maar zo weinig het geval is, leidt ertoe dat de operatieassistenten spreken over het missen van een back-up die zij graag in hun clusterleiding zien als het gaat om hun werkzaamheden. *“Ik heb toch heel vaak op het moment dat het moeilijk wordt dat je geen back-up hebt. En dat ze ook niet op de hoogte zijn van waarmee jij op dat moment bezig bent”* (Interview IX). Dat de clusterleiding niet precies meer op de hoogte is van wat er speelt wordt door andere respondenten bevestigd: *“van sommige dingen op het cluster weet jij meer dan dat zij weet”* (Interview IV). Aanspreekbaar zijn voor de mensen op het OK-centrum wordt echter wel door de clusterleiding als belangrijk aangemerkt. Uit observaties blijkt er een bijna continue aan- en afloop van mensen te zijn bij de kamer van de clusterleiding wanneer zij niet op de OK staan. Dringende maar ook minder dringende mededelingen en/of vragen (bijvoorbeeld over het persoonlijke werkrooster, vakanties etc.), nemen zo ongemerkt veel tijd in beslag van de clusterleiding. De drukte op de kamer en het moeten wachten totdat de clusterleiding aanspreekbaar is, weerhoudt de meer ervaren operatieassistent contact te zoeken met hun leiding. *“Nu als er iets is probeer je het zelf op te lossen, je zoekt ook niet veel verder”* (Interview IV). De clusterleiding ziet hier zelf ook verbeterpunten in. *“Ik vind het heel belangrijk dat dat ook moet kunnen en ik moet er ook wat meer structuur in gaan aanbrengen hoor, dat als ze geen probleem hebben dat het dan nu even niet kan”* (Interview XV). Eén respondent wijdt problemen op de werkvloer direct aan deze vermindering van ondersteuning door de clusterleiding. *“Dat is dus waarom dingen ook vaak mislopen. Een programma, ze zeggen het staat in Ezis [computerprogramma]. Ik zit toch niet de hele tijd in Ezis te kijken, ik ben geen kantoorejuffertje. Het clusterhoofd moet zeggen: ‘er komt een patiënt bij’”* (Interview VI).

Het nemen van impopulaire maatregelen door de clusterleiding versterkt dit gevoel dat zij er niet voldoende zijn voor hun ‘mensen’. Op een van de drie clusters is door de clusterleiding besloten dat er niet afgelost mag worden voor de lunch, omdat dit onrust met zich meebrengt. Extra in- en uitloop gedurende een ingreep brengt een verhoogd risico met zich mee. Een respondent licht dit toe. *“Er gaat iemand van tafel en in ene sleep je iets mee waar je geen zicht op hebt, gazen bijvoorbeeld. Tellen, tellen, tellen en registreren tot en met”* (Interview I). Gevolg is wel dat de operatieassistenten zich niet eerlijk bejegend voelen ten opzichte van hun collega's die wel afgelost worden. *“De artsen,*

nou de een na de andere arts lost elkaar af, de [arts]assistenten lossen elkaar af, maar wij mogen niet” (Interview VI).

Tot slot lijkt een gebrek aan ondersteuning vanuit hun clusterleiding zoals de operatieassistenten aangeven te ervaren, niet te leiden tot meer toenadering met de collega’s onderling. Het gebrek aan onderlinge waardering en betrokkenheid wordt als een belastend aspect gezien dat het werk mentaal verzwaart. *“Ik vind wel dat hier te weinig waardering uitgesproken wordt naar elkaar toe. En het is natuurlijk ook een stukje dat je opbouwt omdat je specialisme oudste bent. Dat is mijn waardering” (Interview XII).* Ook het gevoel van onderlinge betrokkenheid wordt wel eens gemist. *“Wat meer betrokkenheid van ‘wil je afgelost worden’. En ik vraag nu dus al weken plan me een keertje uit want ik heb nog zoveel te doen en dan werk ik tot half vijf en dan is het: ‘je moet naar huis, je moet naar huis’. Belachelijk, achter je rug om wordt er gesmoest van ‘geen wonder dat ze zoveel overuren heeft.’ Maar heel veel uren schrijf ik niet eens op” (Interview VI).* Anderen missen met name het onderlinge contact met de collega’s doordat ze zoveel op de OK ingepland staan. *“Af en toe als ik twee of drie collega’s tegen kom in de koffiekamer denk ik goh, nou dat is maar heel toevallig dat we nu eens met elkaar van de hele groep gezamenlijk koffie kunnen drinken. En dan moet je nog maar afwachten of ze niet direct achter de computer springen, dus dan heb je er nog geen contact mee” (Interview IX).*

4.1.5 Beleving werkzaamheden OK-centrum UMC (versus periferie)

Ondanks het feit dat de dagelijkse werkzaamheden door verschillende aspecten zowel fysiek als mentaal als belastend worden ervaren, maken de respondenten veelal een bewuste keuze voor een baan bij het LUMC. Zij refereren meerdere malen naar de periferie waar veel respondenten tevens hebben gewerkt of waar bevriende collega’s werkzaam zijn en op basis daarvan een vergelijking maken. De keuze om te werken bij het LUMC kent verschillende redenen, waarvan het soort werk dat verricht wordt in een UMC een belangrijke blijkt te zijn.

Zo bestaat er een verschil in de werkzaamheden van een operatieassistent in een perifere ziekenhuis of een UMC. Dit is bijvoorbeeld te herkennen aan de primaire werkzaamheden die worden onderscheiden in de verschillende ziekenhuizen. In een UMC, zoals die van Leiden, zijn er op een OK tenminste twee operatieassistenten werkzaam waarvan afwisselend de een instrumenteert en de ander omloopt. Onder het instrumenteren wordt het steriel aan de operatietafel verstaan waarbij de operatieassistent de benodigde materialen en instrumenten aanreikt aan de chirurg gedurende een ingreep. De assistent die omloopt, staat niet steriel en is verantwoordelijk voor het bedienen van verschillende apparatuur in de operatiekamer en haalt, indien nodig, extra materiaal van buiten de OK. Daarnaast zijn er enkele operatieassistenten die niet vast worden ingepland op een OK. Als ‘aflos’, lopen zij verschillende operatiekamers af om de omloop af te lossen voor een korte pauze waarna zij weer terugkeren op de operatiekamer. In een perifere ziekenhuis wordt nog een andere kerntaak onderscheiden, namelijk het assisteren. Als operatieassistent opereer je mee met de chirurg. *“Een chirurg wil dat bepaald weefsel opgehouden wordt. Optillen, presenteren, klemmen afhaken en opzetten in overleg met de chirurg. Hier [het LUMC] heb je een assistent-chirurg of een co-assistent. Hier assisteren wij niet” (respondent IV).*

Het verschil in werkzaamheden heeft tevens met de complexiteit van de ingrepen te maken. UMC's hebben een vooruitstrevende rol ten opzichte van perifere ziekenhuizen met betrekking tot het inspelen op technologische en medische ontwikkelingen op operatiegebied. Patiënten die vanwege hun zeer slechte toestand niet meer in een perifere ziekenhuis kunnen worden geholpen, hebben zodoende in een UMC nog een laatste kans. Van standaard operaties is daarom ook niet tot nauwelijks sprake in een UMC. In een UMC worden ingrepen veelal gecombineerd zoals een bypass en het vervangen van een hartklep in één operatiesessie. *"We zijn hier een topklinische tent hè, dus alle vreemde, rare dingen, die kunnen hier geopereerd worden"* (Interview XVI). Dit maakt het werken in een UMC voor enkele respondenten van interessante waarde ten opzichte van een perifere ziekenhuis. *"Ik heb ook in de periferie gewerkt en dat zijn meestal wel kleine dingen, dit zijn grote operaties, dat is leuk"* (Interview III). Een andere respondent herkent zich hier in. *"Ik wilde groter, uitdagender"* (Interview I). Complexe en niet-standaard ingrepen blijken inherent te zijn aan de werkzaamheden op een OK-centrum van een UMC. In het kader van een steeds verbeterende patiëntveiligheid met betrekking tot de hoog complexe ingrepen, wordt het werk wel steeds omslachtiger gevonden. *"Wat dat betreft wordt het steeds omslachtiger dat opereren. Het is niet alleen maar opereren: je moet de netten scannen, alle losse instrumenten die je erbij pakt noteren, je plakt stickers van je gazen, er wordt eerst nog een sign- in gedaan, gebriefd. Dat zijn een heleboel extra dingen die in de loop der jaren er bij zijn gekomen omdat je dat vroeger nooit deed"* (Interview I).

Resumé

Het takenpakket van de operatieassistenten (en de bevoegdheid die daaraan gekoppeld is) blijkt door de jaren heen aan veranderingen onderhevig te zijn geweest. Onder invloed van verschillende factoren zoals volle OK programma's en weinig ondersteuning ervaren veel respondenten hun werk zowel fysiek als mentaal belastend. Toch spreken velen van hen hun voorkeur uit voor het werk in een UMC in vergelijking met de perifere ziekenhuizen, vanwege de complexere ingrepen die het werk daardoor uitdagender voor hen maakt.

4.2 Beleving taakherschikking op het OK-centrum

Gedurende de onderzoeksstage is gekeken naar twee projecten met betrekking tot taakherschikking, waarvan CLEAN 1 al in gang is gezet. Het vervolgproject CLEAN 2 genaamd, is dan nog in de inventarisatiefase. Met de respondenten is over beide projecten gesproken, hoewel geen enkele respondent goed bekend was met de term CLEAN die aan de projecten is gekoppeld. *"Wel van gehoord, maar je mag me even opfrissen"* (Interview II). Uit hun ervaring met het eerste project en de mening die zij er op na houden voor wat betreft het vervolgproject, zijn twee onderwerpen te onderscheiden. Ten eerste zien de operatieassistenten een vermindering in variatie van hun werkzaamheden optreden door zowel CLEAN 1 als 2. Ten tweede vrezen zij voor kwaliteitsverlies, hoofdzakelijk als gevolg van CLEAN 2.

4.2.1 Vermindering variatie eigen werkzaamheden

Als gevolg van de taakherschikkingprojecten ondervinden de operatieassistenten een vermindering aan werkvariatie, wat zij als een negatief aspect ervaren. Al eerder bleek dat de operatieassistenten het werk belastend vinden. De werkzaamheden die het management wil herschikken (vaak als

randwerkzaamheden aangeduid), worden door de operatieassistenten juist gezien als een moment van tussentijdse rust. *“Ja en ik denk dat ik daar niet de enige in ben, dat er toch wel meer mensen zijn die zeggen het is toch wel even lekker als je een half uurtje kan klaarzetten, dat is toch een soort van rustmomentje”* (Interview XII). Dit ter afwisseling van de uren lange ingrepen waar zij zeer geconcentreerd op een OK aanwezig moeten zijn. *“En ik moet zeggen, als je een hele dag gestaan hebt, is het lekker als je om drie uur van tafel komt, je gaat wat eten, even klaarzetten, iets bestellen en ik moet nog wat administratie opruimen. Even wat anders”* (Interview I). Het gaan missen van afwisseling in de werkzaamheden door het steeds verder doorvoeren van de taakherschikking wordt door veel respondenten beaamd. *“Dát maakt je werk ook leuk, dat je die afwisseling hebt. Ik hoef niet alleen maar aan tafel te staan”* (Interview VI). En ook *“Je staat met z’n allen op een paar vierkante meter, dan ben je blij als je weer even een stukje kan lopen”* (Interview XVI).

De afwisseling in het werk wordt juist door de senior operatieassistenten als prettig ervaren. Als gevolg van de herschikking van de besteltaak zullen aspecten wegvallen waar zij waarde aan hechten. *“Ik vind extra verantwoordelijkheid en het extra contact dat je daardoor hebt met de artsen en met de firma’s heel leuk, en dat zal ik echt jammer vinden als dat weg valt”* (Interview XII). De clusterleiding herkent dit ook: *“je beroep is niet vijf dagen achter elkaar staan, je beroep is ook nog omlopen, opleiden etc.”* (Interview VIII). Een respondent trekt een parallel met het werk van een dokter. *“Kijk, de dokter doet ook niet alleen opereren of alleen poli, die houdt zich ook bezig met onderzoek, vergaderingen, dat is heel divers. Ik denk dat dat voor ons net zo geldt”* (Interview XIII). Dat de operatieassistenten waarde hechten aan een gevarieerd werkpatroon komt ook deels voort uit hoe de taakverdeling in het verleden is ontstaan. Met name de senior operatieassistenten die al jaren mee draaien op het OK-centrum zijn gewend bepaalde taken te doen. *“Ik ben wel zo opgevoed, dat je dat doet als zijnde operatieassistent. Het klaarzetten, bepaalde dingen schoonmaken”* (interview XIII). Een andere respondent beargumenteert waarom deze taken door hen gedaan worden: *“Het is natuurlijk gecreëerd naar onze functie omdat wij verstand hebben van al het instrumentarium, apparatuur en materialen wat je nodig hebt op de OK”* (Interview XVIII).

Meerdere respondenten geven dan ook aan de steeds verdere doorvoering van taakherschikking te beschouwen als een uitholling van hun eigen functie als operatieassistent. Een respondent die over een soort gelijk project had gelezen in een ander ziekenhuis verbaasde zich met name over het doel dat het management precies nastreeft. *“Wat er in staat is dat logistieke medewerkers en de CSD een aparte opleiding gegeven wordt. Dan geven ze weer welke dingen zij in die opleiding krijgen, en dan denk ik ja, dan ben je met een soort OK opleiding bezig. Wat wil je dan? Wil je mensen op de OK hebben, of wil je goedkopere medewerkers hebben die hetzelfde kunnen?”* (Interview XVI). Dit laatste geeft weer hoe sterk de operatieassistenten zich verbonden voelen met werkzaamheden die ogenschijnlijk niet tot hun primaire taken behoren. Logistieke medewerkers of CSD medewerkers zullen met een interne opleiding slechts randwerkzaamheden kunnen overnemen, maar niet het primaire werk zoals instrumenteren tijdens een ingreep. Echter wordt er binnen het management wel gesproken van het vervangen van operatieassistenten door CSD medewerkers als het gaat om de randwerkzaamheden (verslag MT vergadering).

4.2.2 Gevaar voor kwaliteitsverlies

De respondenten vrezen naast een vermindering in variatie van hun werkzaamheden ook een verlies aan kwaliteit die zij als operatieassistent willen leveren, met name door CLEAN 2. Onder de

respondenten wordt het leveren van kwaliteit als een van de zaken in hun werkzaamheden gezien waar zij belang aan hechten: *“goede kwaliteit leveren en daar draag ik ook zelf zorg voor”* (Interview I). Ook de clusterleiding vindt het leveren van kwaliteit een speerpunt: *“dat de kwaliteit hier gewoon top is, dát wil ik”* (Interview XV).

De herschikking van hun taken naar de afdelingsmedewerkers accepteren zij mede om deze reden niet als iets vanzelfsprekends. Het ontbreken van een medische achtergrond van de afdelingsmedewerkers wordt door sommigen als een struikelblok ervaren: *“dat stukje kennis, dat missen de mensen van de CSD”* (Interview XII). De operatieassistenten rekenen de afdelingsmedewerkers dit echter niet persoonlijk aan: *“ja hoe moet je dat nou weten als CSD-medewerker, dat kun je niet allemaal protocolleren”* (Interview V). Ook andere operatieassistenten beamen dat dit niet geheel valt te protocolleren: *“en ook met het klaarzetten, wij kennen de ingreep dus we weten wat we eventueel nog nodig kunnen hebben. Wij moeten nu ook onze protocollen heel kritisch gaan doorlezen en heel erg gaan uitbreiden, want hoe gaat dat dan ‘s avonds als wij een spoed OK krijgen. Nu heb je dit en dan is het: ‘nee we gaan toch nog dit er bij doen’ dat kunnen wij dan ook wel bedenken. Maar zij niet.”* (Interview VI).

Het ontbreken van de benodigde kennis en het inzicht in een ingreep door afdelingsmedewerkers, maakt het lastig om de taken zoals het klaarzetten van de operatiekarren kwalitatief goed over te nemen aldus de operatieassistenten. Voor henzelf blijkt het nog een lastige opgave te zijn zo nu en dan. *“Soms staan er echt dingen in [het programma] dat ik denk nou ja, wat gaan we nu doen en dan gaan we maar de dokter bellen”* (Interview XV). Daarnaast (in het kader van CLEAN 1) zal het voor de afdelingsmedewerkers nog lastiger zijn dan voor de operatieassistenten zelf om een spoedingreep in te kunnen schatten met betrekking tot bestellingen. *“Ze hebben niet altijd een duidelijk beeld nog, dat zou echt wel komen van wat is spoed en wat is niet spoed en wat moet snel in huis komen en wat niet”* (Interview XIV). Het inzicht wat prioriteit heeft en wat minder, luistert soms erg nauw zo blijkt uit het volgende voorbeeld.

“Toevallig ging ik op vrijdagmiddag die ingreep klaarzetten en toen zag ik dat het manco was. Daar is geen belletje gaan rinkelen, en dat was een onmisbaar product voor de ingreep. Toen heb ik met spoed via allerlei omwegen nog iets anders moeten regelen. Maar als die vrijdag iemand niet specifiek had geweten dat dat onmisbaar was voor die ingreep en had klaargezet, dan hadden twee patiënten afgezegd moeten worden voor maandag” (Interview XII).

Hoewel de afdelingsmedewerkers wel werkzaam zijn op het OK-centrum, komen ze niet écht op de OK's waardoor zij het directe contact met de chirurgen missen. Dit contact met de chirurgen wordt door de operatieassistenten als essentieel gezien voor het klaarzetten van de operatiekarren. *“Nee en dat denk ik ook met de CSD die wil gaan klaarzetten. We kunnen er opzetten dat dit de ingreep is, en dan zie je dat dokter A het is die deze pincet wil, maar stel je voor dat dokter B het gaat doen die wil dat pincetje niet. Die wordt er zelfs boos om ‘ik moet die spullen niet’ dat kan zo gaan”* (Interview I). Dat het klaarzetten van de operatiekarren geen simpele activiteit is die aan ieder ander kan worden overgedragen heeft er mede mee te maken dat een UMC geen tot nauwelijks standaard ingrepen uitvoert. In heel Nederland worden ingrepen steeds verder gecentraliseerd naar specifieke ziekenhuizen en de UMC's voeren steeds vaker alleen nog hoog complexe ingrepen uit. *“Als wij hier*

een heup gaan doen dan komt er vaak nog dit bij, dat bij, dus dat maakt het zo lastig” (Interview XV). Hoog complexe ingrepen zijn om die reden volgens de respondenten ook lastig klaar te zetten. “Als je een perifere ziekenhuis hebt waar je bijvoorbeeld 10 liesbreuken op een dag doet, dan zet je 10 karren klaar en dat is allemaal standaard. Maar dat is bij ons niet” (Interview V).

Het gevaar waar de operatieassistenten tevens op wijzen is dat wanneer een operatiekar niet compleet blijkt te zijn, of dat er ter plekke een andere chirurg komt opereren die met ander materiaal wil werken, de operatieassistenten zelf niet meer weten waar zij de spullen moeten halen. Met de herschikking zal dit op een andere locatie komen te liggen. Met name in het geval van spoedsituaties wordt dit hoogst onwenselijk gevonden: *“ik denk dat je heel goed in noodsituaties, als we snel iets moeten halen, blindelings er op af moeten kunnen lopen” (Interview I). Ook de clusterleiding voorziet hier nog moeilijkheden: “maar als jij een spoed hebt dan moet je naar beneden gaan zoeken naar je spullen. En er staan wel ongeveer standaard dingen klaar, maar er komen altijd extra’s bij en dan kom je niet bij die spullen want zij weten ook niet waar het ligt en dat maakt het erg onzeker” (Interview XV).*

Tot slot zal volgens de respondenten de taakherschikking van het tweede CLEAN project leiden tot kwaliteitsverlies als het gaat om de operatieassistenten in opleiding. Gedurende de opleiding zetten studenten ook vaak de operatiekarren klaar. Zo raken zij bekend met de vele verschillende instrumenten(netten) en materialen en leren tevens op praktische wijze nadenken over wat bij welke ingreep wordt gebruikt. Bovendien weet een student die omloopt waar, indien nodig, extra materiaal vandaan gehaald kan worden. Eén respondent spreekt al haar zorgen uit over het feit dat de studenten steeds meer aangewezen zijn op de protocollenboeken en niets meer uit het hoofd leren. *“Het gebeurt vaak dat iemand alleen op het programma staat voor een kransslagader operatie, en dan wordt een echo gemaakt en dan blijkt de klep te lekken. Als jij nooit klaarzet, laat staan dat je het een keer uit je hoofd hebt geprobeerd, dan kan jij niet op het moment dat een ingreep anders wordt bedenken dat je nu spullen nodig hebt voor een klep” (Interview II). Een andere respondent beaamt dit: “de artsen moeten werken met mensen die niet meer zo deskundig zijn als vroeger, omdat de kwaliteit van de opleiding steeds minder wordt” (Interview X).*

4.2.3 De noodzaak van veranderen

Sommige operatieassistenten zien echter wel in dat niet veranderen geen optie is. Het project CLEAN 1 over het doen van bestellingen wordt over het algemeen (voorzichtig) goed ontvangen: *“ik ben het voor een heel groot deel eens, dat iemand die er geen verstand van heeft producten kan bestellen. Maar bij bepaalde implantaten moet iemand niet denken, dat is gebruikt dus dat bestel ik dan maar, want er verandert veel” (Interview VI). De respondenten maken ook het onderscheid tussen de standaard artikelen en de specifieke bestellingen die de chirurgen speciaal aanvragen voor een patiënt. Met name voor het doen van de standaard bestellingen zien de operatieassistenten wel mogelijkheden: “dus de hele specifieke dingen moeten we gaande weg maar kijken, maar de standaard bestellingen, ja waarom kan dat niet door iemand anders overgenomen worden? (Interview XVIII).*

De respondenten zien zelf in dat de huidige werkwijze niet ideaal is en voor verbetering vatbaar. *“Zoals wij het doen, dat is niet meer van deze tijd. Bij Albert Heijn zijn ze moderner dan de manier*

waarop wij bezig zijn. Geen account krijgen op de computer dus tellen en in een schriftje schrijven. Dat moet weer aan iemand gegeven worden die het kan invoeren in de computer. Ik vind het erg leuk maar dit is zo frustrerend, zo oldschool” (Interview XI). Operatieassistenten die wel over een account beschikken, vinden de situatie ook niet ideaal. Omdat niet iedereen een account krijgt voor het doen van bestellingen, wordt er in de praktijk door meerdere mensen onder een account besteld. “Als ik er dan niet ben of een andere leidinggevende, dan moest dat wel besteld worden. Van elke hartklep hebben we er bijvoorbeeld maar een of twee op de plank. Dus mijn naam werd door de hele afdeling gebruikt. Mijn naam is de sloerie van de OK, iedereen kan haar misbruiken en ik kreeg mails met vragen terwijl ik die artikelen nooit heb besteld” (Interview II). Tevens wordt er begrip getoond voor het financiële gewin bij de taakherschikking als het gaat om het doen van bestellingen. “Er moet heel erg op kosten gelet worden. En doordeweeks is er geen tijd door ons om dat er een tekort is en de operaties daar te lang duren. En dan sta ik bijvoorbeeld op 1^{ste} kerstdag met een onregelmatigheids toeslag maximale, en ik zit ook in de maximale schijf, dan sta ik daar bestellingen te doen” (Interview II).

Ook over het CLEAN 2 project, waarbij de mogelijkheid wordt onderzocht om de operatiekarren door anderen dan de operatieassistenten zelf klaar te zetten, herkennen de respondenten enkele voordelen. “Wij werken tot half 5 en dan denk je nog even de [avond]dienst ontlasten want we lopen zoveel kamers uit. En bij ons op het cluster is het vaak om half 5 met z’n allen wat in een kar gooien want dan staat het maar klaar voor de [avond]dienst en dan is het even gauw van hup en het ziet er leuk uit. En dan kom je ‘s morgens en dan ontbreken er dingen. Maar dat is ook gewoon tijdgebrek. Een andere respondent verwacht ook dat de herschikking enigszins de druk zal verlichten. “Maar aan de andere kant, als het heel druk is geweest en je moet ‘s avonds nog tien operaties klaarzetten, dan zou het heel erg lekker zijn als het niet meer hoeft” (Interview XII). Hierbij gaan de respondenten uit van de oplossing van het management waarbij zij steeds meer aan tafel zullen staan omdat naar verwachting de krapte aan operatieassistenten niet op korte termijn zal worden opgelost. Echter zien zij zelf andere mogelijkheden om de processen op het OK-centrum meer LEAN te maken, waarover in de volgende paragraaf meer.

Resumé

De operatieassistenten vrezen voor een steeds verdere uitholling van hun functie door de taakherschikking zoals het management dat beoogt. Allereerst komt dit doordat zij een vermindering aan werkvariatie ondervinden, terwijl zij dit juist zien als compensatie ten opzichte van de vele uren die zij aan tafel staan. Ten tweede zal het niet kennen van de wensen van de chirurgen, de werkwijze op een OK én het ontbreken van de vakinhoudelijke kennis en inzicht leiden tot kwaliteitsverlies volgens de respondenten. Tot slot brengt de taakherschikking volgens hen veel onzekerheid met zich mee en doet het afbreuk aan de vaardigheden van de operatieassistenten in opleiding. Toch zien de operatieassistenten zelf ook in dat de huidige werkwijze niet ideaal is en voor verbetering vatbaar.

4.3 “Let them eat cake!”

De uitspraak ‘Let them eat cake!’ die door een operatieassistent werd gedaan tijdens een interview verwijst symbolisch naar de afstand tussen het management en het OK personeel zoals zij die ervaren. De afstand tussen het management en de werkvloer blijkt uit het feit dat de doelen die het management door middel van de taakherschikking nastreeft, niet parallel lopen of zelfs botsen met

de mogelijkheden die de operatieassistenten zien. Onderstaand worden beide visies nader beschreven.

4.3.1 Visie management

Met de taakherschikking beoogt het management het werkproces op het OK-centrum efficiënter in te richten en zodoende meer 'LEAN' te maken. Logistieke werkzaamheden die ogenschijnlijk niet tot de functie van operatieassistenten behoren worden overgedragen aan medewerkers met een lagere salarisschaal. Tevens moet deze taakherschikking leiden tot het vrijmaken van de operatieassistenten uit dit secundaire proces, zodat zij meer inzetbaar zijn op de OK. Uitgangspunt is een hogere productie in de vorm van meer draaiende operatiekamers. De vraag die het management zichzelf stelt is: waar kan, door de (nu al gedeeltelijk doorgevoerde) taakherschikking, efficiëntie behaald worden? Waar kunnen de operatieassistenten nu op ingezet worden nu zij niet langer de bestellingen hoeven te doen en straks ook de operatiekarren niet langer hoeven klaar te zetten. *"Dit betekent voor mij, als je in de logistiek van de OK nadenkt, dat ik bijna alle aflossen die ik rond heb lopen er tussen uit kan halen. Dan win ik gewoon 4 à 5 fte die ik zo in het primaire proces kan terugzetten"* (Hoofd OK-centrum, verslag MT vergadering).

4.3.2 Visie operatieassistenten

Aan de operatieassistenten is dan ook de volgende vraag gesteld in het kader van hun dagelijkse werkzaamheden en de beoogde taakherschikking: 'Kan in jullie beleving meer OK tijd ingepland worden als jullie andere werkzaamheden niet langer hoeven uit te voeren?' Op deze vraag reageren de respondenten nagenoeg overeenkomstig. De respondenten zien het niet gebeuren dat de overname van bestellingen en het klaarzetten van de operatiekarren leidt tot meer OK tijd. *"Dat slaat nergens op, je krijgt er niet een OK voor terug"* (Interview III). Er is volgens hen geen sprake van tijd die dan over is: *"dat je die tijd over hebt bedoel je? Nou nu ren je tussen door. Ik denk dat het lastig wordt om op die manier te tellen"* (Interview VIII). En ook: *als je alleen maar naar het klaarzetten gaat kijken, ik begrijp niet dat ze daar meer uren of snijtijd vandaan getoverd willen krijgen"* (Interview III). Toch is dit wel waar het management van uit gaat en dit leidt tot enige verontwaardiging onder de operatieassistenten. *"Misschien moeten ze hier dan een keertje een dagje meelopen of zo, kijken hoe dat precies hier gaat"* (Interview III). Volgens de respondenten is het niet mogelijk extra OK's te draaien zolang er sprake is van een tekort aan operatieassistenten. Pas wanneer er weer op formatie gewerkt wordt, kan worden gekeken naar een verhoging van het aantal draaiende kamers. Aan die voorwaarde moet huns inziens eerst worden voldaan. *"Als ze meer personeel aanstellen wel"* (Interview XII). Dan hoeft er ook niet meer in eigen tijd gewerkt te worden aldus de respondenten. *"Er is sowieso al een verschuiving dat mensen langer blijven of eerder komen. Dus het werkt al niet zoals het zou moeten werken. Er is gewoon geen ruimte om uitgepland te worden"* (Interview II). Een andere respondent denkt juist dat de taakherschikking meer tijd zal gaan kosten dan dat het oplevert. *"Ik denk dat de tijd die wij kwijt zijn uiteindelijk met het controleren en het recht breien van dingen die niet kloppen, dat je heel weinig winst gaat behalen"* (Interview XII). De operatieassistenten zien liever de focus van het management op 'kwalitatieve' aspecten van LEAN zoals een verlaging van de werkdruk en de kwaliteit van de opleiding van operatieassistenten in wording. *"Dus in plaats van een OK te openen zal ik zeggen, steek die tijd in studenten. En er worden nu ontzettend veel studenten opgeleid, twee keer per jaar, dat ik denk stop!"* (Interview II).

Wat betreft de werkdruk uit dit zich steeds vaker in tijdgebrek voor taken die buiten de operatiekamer plaatsvinden. Omdat er wordt gewerkt met zelfsturende specialismen op de drie clusters, moeten de taken per specialisme zelfstandig uitgevoerd worden. *“Taken zoals dat je zorgt dat het leeninstrumentarium op tijd in huis is. Dat je af en toe even met je collega’s gaat zitten van hoe werkt het, waar moeten we op letten. Zijn er nieuwe dingen die er aan zitten te komen? Procedures, protocollen, aanschaffen van nieuwe materialen, nieuwe boormachines. Wie is er verantwoordelijk voor wat? Dat is wel belangrijk en zijn leuke dingen om te doen, maar ik merk wel gedurende de laatste jaren dat je niet toekomt aan een aantal taken die je tot nu toe had”* (Interview XVI). Daarnaast resulteert de werkdruk voor sommigen regelmatig in werken buiten diensttijd, omdat zij veel vast staan op de OK. *“Ik probeer met een leverancier nu al drie maanden een afspraak te maken. Ik doe het nu maar voordat ik dienst heb. Dus als ik om 12.30 uur moet beginnen, spreek ik om 11.30 uur af, in mijn eigen tijd”* (Interview XI). Andere respondenten geven aan juist aan het eind van hun dienst (vaak om 16.30 uur) langer door te werken, of bijvoorbeeld bestellingen te doen tijdens hun pauze of soms zelfs in een nachtdienst. *“Dus dan verplaats ik eigenlijk de dingen ook voor ’s avonds en ’s nachts. Dat ik ’s nachts mijn bestellingen zit in te voeren. Dus we halen ergens die tijd vandaan, zo tussen door. Een enkeling reageert echter nonchalant. “16.30 uur is 16.30 uur. Ambtenaar he, semi ambtenaren zijn we. Als het tijd is, is het tijd!”* (Interview III).

Omdat die taken toch gedaan moeten worden en overwerken niet altijd een optie is, resulteert dit soms in wat onrustige situaties waarbij de operatieassistenten twee dingen te gelijk aan het doen zijn. Enerzijds staan ze ingepland op de OK, en anderzijds moeten ze nog bestellingen doen. Een respondent zegt hier over: *“Als je op OK staat met twee, een eind derdejaars en een eind tweedejaars, dus studenten die gewoon veel ervaring hebben bij een ingreep waarvan ik weet dat ze die onder de knie hebben, dan ga ik even bestellingen doen en dan ben je vlakbij. En heel officieel mag ik dan natuurlijk niet die leerlingen alleen laten. En soms heb ik wel momenten gehad dat ik dacht ik moet nu wel even bestellingen doen maar eigenlijk kan ik niet weg”* (Interview XII). Een andere respondent herkent zich hierin: *“ik kan nu niet mijn werk doen op de OK zonder telefoontjes te krijgen van de firma’s of dat de CSD mij opbelt van ‘ik heb leeninstrumentarium hier beneden staan wat gecontroleerd moet worden voor morgenochtend want we moeten het steriel maken’. En dan zeg ik ‘ik sta nu op OK, ik kan nu niet weg’. Als je dan afgelost kan worden voor de lunch dan loop ik in mijn pauze naar de CSD. Dus in eigen tijd”* (Interview XVIII). Ook het gevaar dat taken er bij inschieten door tijdgebrek blijkt aanwezig te zijn zo blijkt uit het volgende voorbeeld.

“Ik heb ook wel eens gehad, dan ligt de patiënt al op tafel en dat is er iets niet besteld wat er had moeten zijn. Gewoon omdat de mensen er niet aan toekomen. Acuut bellen met de firma is dan de oplossing, waar een ziekenhuis zo dicht mogelijk in de buurt is en nu een koerier naartoe kan rijden om dat te gaan halen. Dat gebeurt helaas. Gelukkig niet vaak, maar elke keer dat dat gebeurt is gewoon een keer te veel. Dan merk je aan van die kleine dingen, die hebben vergaande gevolgen. Van die kleine dingen van ‘je hoeft toch niet te bestellen, dan kan ook morgen’. Nee, soms moet je echt nú bestellen en anders heb je het gewoon niet op tijd” (Interview XIV).

Naast deze ‘kwalitatieve’ focus op LEAN, dragen de operatieassistenten ook concrete voorbeelden aan met betrekking tot taakherschikkingen op het OK-centrum.

4.3.3 LEAN volgens de operatieassistenten

De twee taakherschikingsprojecten hebben een kenmerk overeenkomstig: de taken die herschikt worden (het bestellen en het klaarzetten van de operatiekarren) zijn 'voorbereidende taken' te noemen. Daar waar het management tijdwinst en efficiëntie tracht te bewerkstelligen door deze taken te herschikken, zien de respondenten meer mogelijkheden als het gaat om afsluitende taken na afloop van een ingreep. *"Ik denk dat je meer winst kan halen met dat wij onze spullen niet meer hoeven op te ruimen na een OK, de vieze spullen. Dat klinkt heel denigrerend, maar dat is 'dom' werk, en daarvan denk ik, daar leert niemand wat van"* (Interview XII). Nu is nog het geval dat de operatieassistenten zelf de waszakken, vuilniszakken en het vuile instrumentarium van de OK wegbrengen. Een andere respondent herkent zich in dit idee: *"Zet die karren op de gang, laat de CSD langskomen en neem die karren mee. Het is misschien maar vijf minuten, maar in die vijf minuten kan ik weer zorgen dan mijn operatiekamer in orde is, dat mijn OK tafel verbouwd is, dat alle attributen die extra nodig zijn binnen zijn. Dat ik dan even tijd heb met een leerling van wat is de volgende en dat je de voorbereiding kan doen"* (Interview XVI).

Een variant van deze nieuwe taakverdeling is wel al eerder uitgetoetst, maar niet tot het genoegen van de operatieassistenten. In deze variant, die nog voor enige verwarring zorgde, was het de bedoeling dat de CSD-medewerkers op de OK de tafels leeg kwamen ruimen en de gebruikte materialen meenamen. De operatieassistenten hebben echter vaak zelf al de instrumenten in de netten gedaan op het moment dat een patiënt gesloten wordt. Onduidelijk in dit geval was op welk moment de CSD-medewerkers gebeld moesten worden om deze werkzaamheden over te nemen. *"En op welk moment bel je dan de CSD? Is dat op het moment uit efficiëntie wanneer je de patiënt gaat sluiten? Bij de een is dat lang bij de ander is dat kort. Die patiënt moet vervolgens overgetild en wakker gemaakt worden. Dan is het niet wenselijk dat je veel herrie maakt, dat je met veel mensen op zo'n kamer rondloopt"* (Interview XVI).

Een andere taak die de operatieassistenten voorstellen om te herschikken is het controleren op datum en het uitsoppen van de dagkar. Per OK is een dagkar aanwezig waar een kleine standaard aan voorraad in zit. *"Dan denk ik dat vind ik nou echt zonde. Ik vind het prima want ik zet de radio aan, maar dat is echt zonde om dat door een dure operatieassistent te laten doen"* (Interview XII). Het delen van dit soort ideeën met het management verloopt echter nog stroef. Hoewel het management door middel van meerdere informatie- en overlegbijeenkomsten in gesprek gaat met de operatieassistenten en om hun input vraagt over dit soort zaken, hebben de respondenten daar weinig vertrouwen in. *"Net zoals heel veel dingen, dat wordt vanachter een bureau bedacht. En die schema's van achter die bureaus bedenken is prima, maar in de praktijk is dat anders. En dat schijnen ze maar niet te willen bedenken"* (Interview VI).

Resumé

De doelen die het management door middel van de taakherschikking nastreeft lopen niet parallel of lijken te botsen met de mogelijkheden die de operatieassistenten zien. Daar waar het management de focus legt op het kwantitatieve gedeelte van LEAN (efficiëntie), willen de operatieassistenten meer aandacht voor de kwalitatieve aspecten zoals meer tijd voor operatieassistenten in opleiding en de te hoge werkdruk die zij ervaren. Zelf hebben zij ook ideeën hoe processen op het OK-centrum meer LEAN kunnen worden gemaakt. Echter, het ontbreekt aan vertrouwen om dit met het management te delen.

Hoofdstuk 5 Analyse van de bevindingen

In dit hoofdstuk wordt een verbinding gelegd tussen de bevindingen uit de onderzoekspraktijk en de theoretisch concepten eerder beschreven in het conceptueel kader. Het doel van dit hoofdstuk is de bevindingen binnen een specifieke onderzoekssituatie zoals die zich voordoet op het OK-centrum van het LUMC, te begrijpen en inzichtelijk te maken aan de hand van de al bestaande literatuur.

5.1 Beleving werkzaamheden

5.1.1 Het belang van verantwoordelijkheid en persoonlijke uitdaging

Het takenpakket van de operatieassistenten (en de bevoegdheid die daaraan gekoppeld is) blijkt door de jaren heen aan veranderingen onderhevig te zijn geweest. Die ontwikkeling is te verklaren in de trend waarbij ziekenhuizen in de jaren '90 overgingen op een wat Wulff (1996) noemt: 'patiëntgeoriënteerde structuurmodel'. Relatief autonome werkeenheden dragen vanuit een horizontale structuur de verantwoordelijkheid voor de te leveren zorg omtrent specifieke patiëntgroepen. Deze verantwoordelijkheid is met name bij de senior operatieassistenten gelegen, die hun specialisme draaiende moeten houden. Taken zoals de zorg dat leeninstrumentarium op tijd binnen is, verantwoordelijkheid voor het team, nieuwe procedures, het bijhouden van protocollen en de aanschaf van nieuwe materialen dragen positief bij aan hun werkbeleving. Tevens leidt verantwoordelijkheid volgens Lawler & Hall (1970) tot een hoge mate van zelfvoldoening en zelfverwezenlijking. Door hun jarenlange ervaring blijken deze operatieassistenten behoefte te hebben aan meer uitdaging dan het instrumenteren en omlopen zelf, wat hoofdzakelijk als hun primaire werkzaamheden wordt gezien. Zij vinden deze uitdaging in taken waar een bepaalde vorm van verantwoordelijkheid aan is verbonden, waaronder het contact met chirurgen en leveranciers over OK materialen. De hoogcomplexere ingrepen in het UMC alsmede de behoefte om bevindingen uit de praktijk onderzoeksmatig aan te gaan pakken zijn voorbeelden van hoe het werk voor de operatieassistenten uitdagend blijft. De positieve bijdrage voor de beleving van hun werkzaamheden hierdoor, is uit te leggen door het feit dat zelfontplooiing en het onderhouden van sociale contacten belangrijke aspecten zijn voor de arbeidsinhoud van kwaliteit van arbeid (de behoefte bevrediging van organisatieleden) (Wulff, 1996; Metselaar, 2000).

5.1.2 Werkbelastende aspecten

De respondenten ervaren echter ook aspecten die negatief bijdragen aan hun kwaliteit van arbeid, waaronder een grensoverschrijding van taak en bevoegdheden, een overbelasting door te volle OK programma's alsmede door de grote hoeveelheid meelopende studenten en tot slot een gebrek aan ondersteuning, waardering en betrokkenheid.

Wat betreft *de grensoverschrijding van taak en bevoegdheden*, ervaren de operatieassistenten een druk om bepaalde werkzaamheden uit te voeren die officieel niet tot hun takenpakket behoren of werkzaamheden te verrichten op momenten die niet gebruikelijk zijn. De respondenten beschouwen dit als een gevolg van het tekort aan OK personeel, dat niet alleen in het LUMC, maar ook landelijk wordt herkend (Benders et al., 2010; Boer & Beuzekom, 2009). De druk die de operatieassistenten ervaren door de houding van met name de chirurgen, is echter mede te verklaren vanuit de organisatiestructuur van een ziekenhuis die te herkennen is als een professionele bureaucratie. De operationele kern blijkt in zo'n organisatiestructuur veel invloed uit te oefenen door zich als

specialist te beroepen op hun deskundigheid en professionele standaarden (Schermer & Quint, 2008). Enige weerstand tegen te veel controle maakt dat zij hoofdzakelijk de beslissingen op de werkvloer nemen en zij bepalen zo tevens de kwaliteitsnormen met betrekking tot het dagelijks handelen op de werkvloer (Gastelaars, 2006), waar zij in dit geval samen moeten werken met de operatieassistenten. Het uitdagen of overschrijden van de grenzen van taken en bevoegdheden is te herkennen als het sociaal constructieve karakter van een organisatiestructuur waar in dit onderzoek vanuit wordt gegaan. Bate, Khan & Pye (2002) stellen dat organisatiestructuren niet vast staan maar continu geconstrueerd worden in interactie. De macht berust daarin in grote mate bij de chirurgen omdat de organisatie (professionele bureaucratie) afhankelijk is van haar operationele kern (de professionals) (Mintzberg, 2008).

De situatie waarbij een chirurg en een operatieassistent lijnrecht tegenover elkaar staan discussiërend over wat mag en tot hoever de bevoegdheid van de operatieassistent reikt, kan in de literatuur aan hand van de twee aspecten uitgelegd worden. Een medewerker kan zijn of haar bevoegdheid formeel ontlenen, via de heersende norm die is vast gelegd in de sociale structuur of informeel op basis van persoonlijke overtuiging (Lerner, 1987). De chirurgen hebben bepaalde verwachtingen ten opzichte van de operatieassistenten (bijvoorbeeld het statisch doorlichten en zoveel mogelijk patiënten behandelen). De operatieassistenten willen aan deze verwachtingen echter niet zondermeer tegemoet komen. Zij beroepen zich op de regels en norm vastgelegd in de formele structuur en handelen volgens de voorschriften (Gastelaars, 2006), een machtsbron die Morgen (1992) onderscheidt. De chirurgen baseren zich daarentegen op de informele structuur en vinden dat zij vanuit hun positie die bevoegdheid aan de operatieassistenten mogen ontlenen op basis van hun persoonlijke overtuiging. De operatieassistenten erkennen deze positie echter niet als vanzelfsprekend. Zij staan daardoor in tweestrijd tussen twee gezagslijnen: de professional en de hiërarchische baas. Dit is één van de coördinatieproblemen waarop Mintzberg (1983) wijst in een professionele bureaucratie.

De overschrijding van de kaders en de eigen bevoegdheid leidt tot een gewetenskwestie, wat uit te leggen valt als een kenmerk van verantwoordelijke medewerkers (Oliva-Teles, 2011). Dit hoge gevoel van verantwoordelijkheid uit zich ook in andere opzichten, zoals het werken buiten diensttijd om benodigdheden voor de volgende dag te controleren, het plannen van afspraken met leveranciers buiten werktijd, het niet willen sluiten van een OK ondanks de magere bezetting en de verantwoordelijkheid die zij voelen naar de studenten toe. De operatieassistenten schrijven dit toe aan het tweede arbeidsbelastende aspect *een overbelasting door te volle OK programma's alsmede door de grote hoeveelheid meelopende studenten*.

Als gevolg van het meer willen 'vissen uit eigen vijver' besluit moet er een grote groep aan studenten begeleid worden. Dit maakt de verhouding student-gediplomeerde volgens de operatieassistenten scheef. Zij voelen zich verantwoordelijk zodat dat de studenten goed voorbereid zijn en geen trauma oplopen. Het maakt het eigen werk van de gediplomeerden echter extra belastend omdat iedereen 'in de gaten' moet worden gehouden. Daarbij komt dat de operatieassistenten door de volle OK programma's al weinig tijd hebben met de studenten. Het aantal operaties dat wordt gepland op een dag wordt door de operatieassistenten als te veel en in sommige gevallen als niet haalbaar bestempeld met het tekort aan operatieassistenten waarvan sprake is. Operaties worden volgens hen 'strategisch' gepland waarbij lange ingrepen pas later op de dag worden ingepland zodat korte

ingrepen daarvoor plaatsvinden en niet verschoven worden naar de volgende dag in geval van uitloop. Het dag in dag uit vele uren achter elkaar staan als gevolg hiervan, en het bij sommige ingrepen steeds dezelfde houding aan moeten nemen, maakt dat de operatieassistenten beroepsgerelateerde klachten ontwikkelen. Hieruit kan worden afgeleid dat de fysieke en ergonomische omstandigheden zwaar worden gevonden, wat onderdeel uitmaakt van het aspect arbeidsomstandigheden met betrekking tot kwaliteit van arbeid (Metselaar, 2000). De gezondheid en het welzijn van de operatieassistenten lijken zo ondergeschikt te worden gemaakt aan andere prioriteiten. Tevens leiden de volle OK programma's ertoe dat werkzaamheden van de operatieassistenten die buiten de OK plaatsvinden, zich opstapelen na diensttijd. Operatieassistenten maken afspraken met leveranciers voordat hun dienst begint, komen terug op vrije dagen of werken tijdens hun pauze door. Dit doet afbreuk aan de kwaliteit van arbeid op het aspect arbeidsvoorwaarden (regelingen rond arbeidstijden) (Metselaar, 2000). De operatieassistenten hechten op een bepaalde manier wel waarde aan deze taken mede omdat de variatie van het aan tafel staan hen goed doet. Kompier (2006) herkent variatie aan werkzaamheden als een werkaspect ten behoeve van de (psychosociale) werkomgeving.

Ten derde ervaren de operatieassistenten *een gebrek aan ondersteuning, waardering en betrokkenheid* op de werkvloer in de literatuur te herkennen als het aspect arbeidsverhouding van kwaliteit van arbeid (Metselaar, 2000). De sociale verhoudingen tussen hen zouden zij intensiever en met meer onderling begrip willen zien, met het gevoel dat zij samen de werklust delen. Nu bestaat het gevoel dat wanneer de ene operatieassistent zich nog extra inspant na werktijd er achter de rug om afkeurend wordt gepraat. Bolino, Valcea & Harvey (2010) herkennen dit in hun onderzoek naar het aannemen van een proactieve houding door werknemers en de mogelijk negatieve gevolgen daarvan voor inter-persoonlijke relaties. De auteurs stellen dat er een mate van productief gedrag gewenst is, en dat het tot kritiek kan leiden wanneer werknemers deze grens overschrijden. Ook het contact met de clusterleiding blijkt, met name door de senior operatieassistenten minder te zijn dan zij zouden willen. De operatieassistenten spreken van het missen van een back-up en zeggen meer te weten van wat er gaande is dan de clusterleiding zelf. Vanwege de gedecentraliseerde organisatiestructuur op het OK-centrum, wordt het belang van interne communicatie des te groter volgens de theorie van Koeleman (2008). Echter ervaren de operatieassistenten dit niet als vanzelfsprekend. Zij wijten problemen op de werkvloer aan een gebrek aan communicatie en aansturing. Een sprekend voorbeeld hiervan, is het gebrek aan informatie door het clusterhoofd aan de operatieassistenten indien er een extra patiënt op het OK programma wordt toegevoegd. De operatieassistenten verwachten hierover van hun clusterleiding bijtijds geïnformeerd te worden zodat de materialen voor de operatie tijdig klaargezet kunnen worden. Veranderingen op het programma willen zij mondeling gecommuniceerd krijgen, en niet secundair via een computerprogramma. Voor veranderingen zijn korte lijnen en een vlotte terugkoppeling een pré voor een goede communicatie tussen management en de werkvloer (Stoter, 2009).

Afgemeten aan de definitie van Schermer & Quint (2008) waarbij van een werkbaar team gesproken wordt zodra sprake is van voldoende contact tussen collega's onderling en met hun leidinggevenden, kan gesteld worden dat er geen sprake is van ideale werkbare teams. De clusterleiding is meermaals niet op de hoogte van wat er zich precies afspeelt op de werkvloer. Ook het contact met het management is oppervlakkig te noemen. Dit ondanks meerdere pogingen van het management om inspraakmomenten in te lassen en zo in contact te staan met de werkvloer. De operatieassistenten

hebben echter het gevoel dat er toch weinig met hun ideeën wordt gedaan. Zij ervaren hun invloed op beslissingen als minimaal.

5.2 Beleving taakherschikking

5.2.1 Minder werkvariatie en een verlies aan kwaliteit

Uit gesprekken met de operatieassistenten blijken twee hoofd onderwerpen als argumenten te dienen tegen de implementatie van de taakherschikking zoals het management dat beoogt: een vermindering aan werkvariatie en een verlies aan kwaliteit. De operatieassistenten zijn door de jaren heen gewend geraakt aan het uitvoeren van bepaalde taken en de taakherschikking maakt dat zij deze werkzaamheden niet langer hoeven te doen terwijl zij hier wel een zekere mate van waarde aan hechten. De herschikkingen ervaren sommige respondenten dan ook als een uitholling van hun functie, mede door het feit dat zij op de hoogte zijn van veranderingen in andere ziekenhuizen waar logistieke medewerkers een soort OK opleiding krijgen. Dit verkleint op sommige vlakken de professionele verschillen tussen beide beroepsgroepen. Volgens Noordegraaf (2011) is dit uit te leggen als een gevolg van de beeldvorming die werknemers hebben met betrekking tot hun eigen professionaliteit. Het herdefiniëren van de eigen professe door dat taken niet langer tot die functie behoren maakt het werk minder onderscheidend. Een OK opleiding aan CSD medewerkers geven versterkt dit gevoel. Vooral nog wordt deze opleiding niet aan de CSD medewerkers van het LUMC gegeven en benadrukken de operatieassistenten dat een verlies aan kwaliteit zal plaatsvinden door een gebrek aan medische kennis, inzicht, en contact met de chirurgen bij de afdelingsmedewerkers. De KNMG (2002) spreekt in tegenstelling tot Noordegraaf van een mentaliteitsprobleem, omdat werkverdeling tussen domeinen altijd ter discussie moet kunnen worden gesteld. Tevens kan gesproken worden van een machtsbron, waarbij de operatieassistenten zich beroepen op hun deskundigheid (Morgan, 1992).

5.2.2 Domeindenken

Een tegenreactie vanuit de operatieassistenten komt niet geheel onverwacht. Veranderingen gaan vaak gepaard met weerstand en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) voorspelde onder andere het probleem van domeindenken als het gaat om taakherschikking. Dit is tevens te verklaren vanwege de onderlinge afhankelijkheid die tussen de operatieassistenten en de afdelingsmedewerkers bestaat. Bechky (2003) herkent deze afhankelijkheid in het medische domein waar professies met verschillende expertise interactie met elkaar hebben. Een zichtbaar controlemiddel dat zich voor lijkt te doen, is de negatieve houding van de operatieassistenten ten opzichte van de taakherschikking met betrekking tot de operatiekarren. Deze houding kunnen de operatieassistenten aannemen omdat zij het object, de operatiekar, als een representatie van (benodigde) kennis zien (Bechky, 2003). De operatiekarren zullen als gevolg van de taakherschikking als een 'boundary object' getypeerd worden omdat het een object is dat gedeeld wordt tussen twee domeinen (Carlile, 2002), die van de operatieassistenten, en die van de afdelingsmedewerkers. De operatiekarren worden gebruikt over de domeingrenzen heen en een gedeelde bevoegdheid en verantwoordelijkheid gaat hier mee gepaard. De operatieassistenten hebben er geen vertrouwen in dat de afdelingsmedewerkers de operatiekarren kwalitatief goed klaar kunnen zetten. Zij beroepen zich op hun ervaring, wat uit te leggen valt als het beheersen van de 'logica' van het domein (Faraj & Xiao, 2006). Dit gebrek aan vertrouwen draagt bij aan het domeindenken en dit kan de beoogde taakherschikking problematisch maken.

De operatieassistenten geven aan te vrezen voor extra controlewerk als zij zelf hun operatiekarren niet meer klaar mogen zetten of dat problemen zullen ontstaan in het geval van spoed en studenten niet weten waar ze het benodigde materiaal moeten halen. De afdelingsmedewerkers hebben huns inziens ook te weinig medische kennis en contact met de betreffende chirurgen. In de literatuur is op drie manieren begrip voor deze argumenten te vinden.

Ten eerste is kenmerkend aan een academisch ziekenhuis dat er weinig standaard is doordat werkprocessen en resultaten patiënt- en situatieafhankelijk zijn Koeleman (2008). Hierdoor is slechts een standaardisatie van vaardigheden mogelijk (Mintzberg, 2008), die tijdens de opleiding wordt geleerd. Afdelingsmedewerkers hebben niet deze opleiding genoten.

Ten tweede wijst Mok (2009) op het belang dat wat in de opleiding is geleerd, ook in de praktijk tot uiting moet kunnen worden gebracht. Het niet meer klaarzetten van de operatiekarren of het kunnen pakken van materiaal van buitenaf door studenten kan uitgelegd worden als een aantasting van de kwaliteit van arbeid.

Ten derde spreekt Carlile (2004) van kennis als lokaal, aan een functie en context gebonden. Andere professies beschikken zodoende niet zomaar over die context- en functiegebonden kennis, die de operatieassistenten nodig vinden voor het uitvoeren van die werkzaamheden. Het over de grenzen coördineren wordt daarbij belangrijk geacht (Faraj & Xiao, 2006) zodat de domeinen en de specifieke kennis meer in overeenstemming kunnen worden gebracht (Bechky, 2003; Carlile, 2002).

5.3 Discrepantie management en de werkvloer

5.3.1 *Verschil in visie*

De veranderingen die het OK-centrum ondergaat als gevolg van het meer 'LEAN' willen maken van de interne processen leidt onder meerdere respondenten tot onbegrip. Op het OK-centrum heerst onduidelijkheid onder de operatieassistenten wat precies de bedoeling is met de CLEAN projecten en mede daardoor bestaat er onbegrip en verontwaardiging over welk doel het management najaagt. Met de invoering van het CLEAN project heeft het management een efficiëntie slag voor ogen. Deze efficiëntie is vooralsnog volgens de operatieassistenten niet mogelijk omdat er huns inziens al te veel van hen wordt gevraagd, mede door een tekort aan personeel. Het gevoel is daardoor sterk dat het management geen aandacht besteedt aan de fysieke en mentale belasting en problemen die de operatieassistenten daarvan ondervinden. Aan de hand van het model van Blake en Mouton (1968) met betrekking tot effectief leiderschap, kan gezegd worden dat in de beleving van de operatieassistenten het management geen goede balans vindt tussen enerzijds de zorg voor productiviteit en anderzijds de individuele behoefte van de operatieassistenten. De focus ligt in deze situatie teveel op het behandelen van patiënten, wat ten koste gaat van het welzijn van de operatieassistenten.

Het management lijkt voorbij te gaan aan de kwalitatieve doelstellingen die 'LEAN Zorg' impliceert door zich voornamelijk te richten op zaken zoals een toename van de productiviteit en bezettingsgraad en een verlaging van de kosten. Dit wijst erop dat ook het LUMC tot een 'gecalculeerde organisatie' behoort (Gastelaars, 2006), een trend die onder ziekenhuizen gaande is als gevolg van een meer bedrijfsmatige aanpak van (semi) publieke organisaties (Noordegraaf & Teeuw, 2003). Aan kwalitatieve aspecten van LEAN zoals een vermindering van de werkdruk of het kwalitatief verbeteren door meer tijd te hebben voor studenten wordt volgens de operatieassistenten te weinig aandacht besteed. Mede vanwege de domeinbeheersing die zich op

verschillende manieren uit, (onder andere door het spreken van een uitholling van hun functie) kan gesteld worden dat de operatieassistenten de verandering ervaren als een bedreiging (Fugate, Prussia & Kinicki, 2010).

5.3.2 Een bemiddelende functie van de clusterleiding

Opvallend is de rol van de clusterleiding tussen enerzijds het management en anderzijds de operatieassistenten. Als direct leidinggevende van de operatieassistenten vormt de clusterleiding een schakel tussen de twee partijen die niet in overeenstemming lijken te zijn. De clusterleiding woont vergaderingen bij met het management en staat tevens dagelijks in contact met de operatieassistenten. Dat de senior operatieassistenten aangeven dat ze meer contact met hun clusterleiding zouden willen om problemen op de OK te delen, geeft blijk van een vertrouwensband. De operatieassistenten willen juist graag informatie delen met hun direct bovenstaande en waar zij het gevoel hebben dat spreken met het management hen niets oplevert, hebben zij dit gevoel wel bij hun clusterleiding. Dit kan uitgelegd worden als het toekennen van symbolische macht (Bourdieu, 1991) aan de clusterleiding vanwege de waardering in de uitoefening van hun werk. De legitimiteit die de clusterleiding hierdoor verwerft kunnen zij enerzijds inzetten om invloed uit te oefenen op het management (Hallet, 2003). Anderzijds kunnen zij betekenisgeving managen (Cunliff, 2001). De discrepantie in de betekenisgeving omtrent de taken van de operatieassistenten kan zodoende worden verkleind omdat door meer communicatie onderling begrip kan worden bewerkstelligd. Zodra deze betekenisgeving meer in overeenstemming is, kan daardoor geredeneerd worden vanuit een soortgelijke 'logica'. Die is vanuit het management veelal gericht op de organisatiedoelen (Labrie, 2011). Tevens kan wanneer het management meer begrip heeft van de situatie zoals de operatieassistenten deze ervaren, gemakkelijker gemanaged worden op negatieve reacties ten tijde van veranderingen (Sandberg & Targama, 2007). Het vertrouwen dat tussen beide partijen gecreëerd kan worden geeft de operatieassistenten tevens de mogelijkheid het gevoel te krijgen dat er eerlijk wordt gehandeld. Vervolgproblemen met betrekking tot de implementatie van veranderingen kunnen hierdoor afnemen (Colquitt, Scotta, Judga & Shawb, 2006).

Meer onderling vertrouwen geeft ook het management de kans om openlijk te durven reflecteren op het eigen handelen. Juist op het proces in plaats van het eindresultaat moet gereflecteerd worden aldus Schön (1983). Tot slot moet echter gesteld worden dat het doorbreken van een gehele discrepantie tussen het management en de operatieassistenten een ideale situatie is. Dit valt te verklaren uit het feit dat een afstand of enige vorm van spanning tussen beiden inherent is aan een dienstverlenende organisatie (Stroopendaal & Kröber, 2006).

Hoofdstuk 6 Conclusie

In dit onderzoek is aan de hand van een casestudy onderzocht hoe operatieassistenten veranderingen in hun werkzaamheden beleven als gevolg van een taakherschikking op het OK-centrum. Door een toenemende zorgdruk en een landelijk tekort aan OK personeel (Boer & Beuzekom, 2009; Benders et. al, 2010) ondergaat het OK-centrum van het LUMC veranderingen die betrekking hebben op het meer 'LEAN' maken van de interne processen. Effectiviteit en efficiëntie zijn daarin belangrijke uitgangspunten waarbij een verbetering van de dienstverlening moet worden gerealiseerd door de productiviteit en de kwaliteit te verhogen en de kosten te verlagen (www.leanzorg.nl). Verschillende taakherschikkingsprojecten (CLEAN 1 en 2) zijn bedacht waarbij taken structureel van de ene beroepsgroep (operatieassistenten) overgedragen worden aan een andere beroepsgroep (afdelingsmedewerkers). Zo moet op praktische wijze vorm gegeven worden aan de LEAN principes op het OK-centrum. Hoe deze veranderingen op de werkvloer van het OK-centrum tot uiting komen en ontvangen worden door de desbetreffende operatieassistenten was tot dit onderzoek echter nog niet bekend. Om deze reden is de volgende vraag opgesteld met het doel inzicht te scheppen in de onderzoekssituatie:

Hoe beleven de operatieassistenten hun dagelijkse werkzaamheden op een OK-centrum van een UMC en op welke wijze kijken zij naar de beoogde herschikking van hun taken?

De maatschappelijke bijdrage van dit onderzoek blijkt uit de vraag van de SER (2010) hoe langdurige zorg in Nederland betaalbaar behouden kan blijven, en of taakherschikking als praktische uiting van LEAN daarop een antwoord is. Vanuit wetenschappelijk perspectief draagt dit onderzoek bij aan het doen van kwalitatief onderzoek naar LEAN en speelt in op de kritiek dat dit concept tot nu toe te veel vanuit managementperspectief wordt benaderd (Pettersen, 2009). Aan de hand van de eerder opgestelde deelvragen zal de hoofdvraag worden beantwoord.

6.1 Beantwoording hoofdvraag

6.1.1 Ervaring dagelijkse werkzaamheden

Over de ervaring met, en betekenis die de operatieassistenten aan hun dagelijkse werkzaamheden toekennen, blijkt het volgende het geval.

Ten eerste is hetgeen wat de operatieassistenten onder hun (primaire) werkzaamheden verstaan, niet gelijk aan wat het management daaronder verstaat. Het management ziet het instrumenteren aan tafel en het omlopen als belangrijkste taken van de operatieassistenten. De operatieassistenten zien dit echter anders. De taken die niet direct op de OK plaatsvinden, maar tot dan toe wel door hun worden gedaan (klaarzetten, het doen van bestellingen, studenten begeleiden, leeninstrumentarium regelen, contact met leveranciers en de chirurgen) vinden zij in meerdere of mindere mate ook tot hun takenpakket behoren. Ze zijn zo 'opgevoed' om deze taken te doen en de diversiteit aan taken maakt het werk aantrekkelijk. De direct leidinggevenden van de operatieassistenten, de clusterleiding, erkent deze diversiteit aan taken ook. In de literatuur wordt dit herkend als het feit dat werknemers door de jaren heen een steeds grotere mate van vrijheid hebben verkregen om zelf betekenis aan hun werkzaamheden te geven in plaats van het moeten volgen van regels en routines

die het werk scherp afbakenen. Dit geeft werknemers een mate van vrijheid van beslissen en handelen. Gevolg hiervan is dat organisaties steeds meer afhankelijk zijn van het begrip van werknemers van hun taken en dat er verschillen kunnen ontstaan tussen deze betekenisgevingen (Sandberg & Targama, 2007). Er kan echter gemanaged worden op de betekenisgeving (Cunliff, 2001) zodat in de organisatie gelijk gedacht wordt over de uit te voeren werkzaamheden. Daarnaast draagt een vlotte, eerlijke en informatieve communicatie met de werkvloer (Stoter, 2009) en het openlijk reflecteren van het management bij tot wederzijds begrip (Colquitt, Scotta, Judgea, Shawb, 2006). Dit zal ten goede komen tijdens het implementeren van veranderingen.

Ten tweede kunnen met betrekking tot de ervaring met de dagelijkse werkzaamheden, verschillende redenen onderscheiden worden waarom de operatieassistenten dit werk doen. Velen van hen spreekt de hoogcomplexe ingrepen aan die in een UMC worden uitgevoerd in tegenstelling tot de ingrepen in de perifere ziekenhuizen. Er is daardoor weinig sprake van standaardisatie in het proces (Koeleman, 2008). Tevens maakt de extra verantwoordelijkheid die de senior operatieassistenten dragen mede als gevolg van het contact met firma's en de chirurgen over OK materialen het werk uitdagend. Deze verantwoordelijkheid draagt bij aan de mate van zelfvoldoening en zelfverwezenlijking (Lawler & Hall, 1970) en verhoogt voor hen de kwaliteit van arbeid (Metselaar, 2000). Ook de verantwoordelijkheid om met het team het eigen specialisme 'draaiende' te houden draagt hier aan bij. Dit is kenmerkend aan wat Wulff (1996) noemt een 'patiëntgeoriënteerd structuurmodel', waarbij relatief autonome werkeenheden vanuit een horizontale structuur, de verantwoordelijkheid dragen voor de te leveren zorg omtrent specifieke patiëntgroepen.

Ten derde uiten de operatieassistenten zich echter wel kritisch over hun werkzaamheden, wanneer van hen gevraagd wordt taken uit te voeren die niet tot hun takenpakket behoren of op momenten moeten plaatsvinden die niet gebruikelijk zijn. Zij constateren dat de grenzen van taken worden overschreden door andere professies waarmee zij samenwerken op het OK-centrum, met name de chirurgen. Gevolg is dat de bevoegdheden van de operatieassistenten worden opgerekt of overschreden. De operatieassistenten spreken zodoende van een dominante en dwingende houding van de chirurgen wat leidt tot discussie op de OK over welke taken zij daadwerkelijk mogen uitvoeren, op welke tijden en tot hoever hun bevoegdheid reikt. De operatieassistenten ervaren dit als een gewetenskwesie, wat uitgelegd kan worden als een aspect van mensen die zich verantwoordelijk voelen in hun werk (Olivia-Teles, 2001). De houding van de chirurgen is mede te verklaren vanuit de organisatiestructuur van een ziekenhuis: de professionele bureaucratie. Kenmerkend aan deze organisatiestructuur is dat de operationele kern veel invloed uitoefent door zich te baseren op hun deskundigheid en professionele standaarden (Schermer & Quint, 2008). Bezien vanuit een sociaal constructief karakter van een organisatiestructuur waarbij structuur geconstrueerd wordt in interactie (Bate, Khan & Pye, 2002), berust de macht veelal bij de chirurgen. Als operationele kern (de professionals) is de organisatie (de professionele bureaucratie) van hen afhankelijk (Mintzberg, 2008).

Tot slot ervaren de operatieassistenten naast deze druk van de chirurgen nog andere werkbelastende aspecten die negatief bijdragen aan de beleving van hun werkzaamheden en de kwaliteit van arbeid (Metselaar, 2000). De OK programma's worden als te vol ervaren (er zijn te veel operaties per dag ingepland en een tekort aan operatieassistenten) en het aantal studenten dat moet worden opgeleid om dit tekort aan te pakken is naar verhouding te groot op het aantal

gediplomeerden. Dit komt niet ten goede aan de kwaliteit van hun opleiding en de eigen werkzaamheden van de gediplomeerden volgens de operatieassistenten. Het missen van een back-up door de clusterleiding draagt hier tevens negatief aan bij. De communicatie met de clusterleiding wordt met name door de senior operatieassistenten als minimaal ervaren, waarbij hun leidinggevende vaak niet op de hoogte is van wat er op de werkvloer speelt.

6.1.2 Knelpunten en mogelijkheden als gevolg van taakherschikking

Over de invoering van de taakherschikking zijn de meningen onder de respondenten verdeeld. Wat betreft de taakherschikking van de besteltaak (CLEAN 1) erkennen zij dat de wijze waarop nu wordt gewerkt niet efficiënt is (het doen van bestellingen in een schriftje) en dat zij relatief dure krachten zijn (het doen van bestellingen op 1^{ste} kerstdag). De mogelijkheid tot een verlaging van de werkdruk maakt het tevens voor sommigen fijn dat taken afgeschoven kunnen worden naar de afdelingsmedewerkers, ook wat betreft de taakherschikking van de operatiekarren (CLEAN 2). Dit verlicht de druk op hun schouders om niet met twee taken tegelijk bezig te moeten zijn (bijvoorbeeld het doen van bestellingen tijdens een operatie waar zij ingepland staan) of dat zij dingen vergeten, met alle mogelijke consequenties van dien. Tevens biedt de taakherschikking in hun ogen de mogelijkheid tot meer tijd voor de operatieassistenten in opleiding, hoeven zij niet meer te werken buiten diensttijd, of terug te komen op vrije dagen.

Operatieassistenten die hun bedenkingen uiten of in sterke mate tegen de herschikkingen zijn vrezen voor een verlies aan kwaliteit van het werk dat zij tot dan toe hebben gedaan en dat van de operatieassistent in opleiding. Een gebrek aan medische kennis, inzicht en contact met de chirurgen bij de afdelingsmedewerkers is daar een oorzaak van. Ook de opleiding van de studenten komt het volgens de operatieassistenten niet ten goede, omdat door de taakherschikking van de operatiekarren, de studenten de kans wordt ontnomen om zich al klaarzettende voor te bereiden op de ingrepen. Tevens zal een minder gevarieerd werkpatroon volgens hen leiden tot een nog zwaardere fysieke en mentale belasting, wat negatief bijdraagt aan de kwaliteit van arbeid (Metselaar, 2000).

De operatieassistenten zijn het nagenoeg over één ding eens: het doel dat het management najaagt om meer OK tijd te genereren als gevolg van de taakherschikkingen vinden zij onrealistisch en onmogelijk. Het doel van het project CLEAN: *“Ontwikkel een nieuw logistiek concept, om de effectiviteit in het primaire proces te verhogen, waarbij de veiligheid, kwaliteit en de tevredenheid van medewerkers worden verbeterd”* wordt huns inziens niet gehaald door middel van deze taakherschikking. De respondenten zijn niet méér tevreden dan voor de invoering, zij verwachten niet meer in het primaire proces (aan de operatietafel) te staan, en het doet volgens hen ook niet goed aan de kwaliteit. De operatieassistenten en het management verschillen aanzienlijk in hun visie op het CLEAN project. De operatieassistenten wijden dit aan onwetendheid bij hun leidinggevendenden over de gang van zaken op de werkvloer wat in de literatuur als een herkenbaar probleem wordt gezien ‘Let them eat cake!’ (Cunliff, 2009). Daar waar de operatieassistenten verbeteringen zien vanuit een meer mensgerichte visie, hanteert het management een sterk productiegerichte visie (Blake & Mouton, 1968). Zolang er sprake is van een tekort aan collega’s zien de respondenten echter geen mogelijkheid tot een hogere productie in OK’s. Zij zien liever een verlaging van hun eigen werkdruk, meer tijd voor de operatieassistent in opleiding, meer onderlinge betrokkenheid en een taakherschikking van ander soort werkzaamheden.

6.1.3 De rol van domeindenken als gevolg van taakherschikking

Afleidende uit de kritische houding van de operatieassistenten kan gesteld worden dat van een bepaalde mate van domeindenken sprake is in de onderzoekssituatie. Het is een vorm van weerstand tegen veranderingen die het RVZ (2002) al voorspelde als gevolg van taakherschikking. De afhankelijke relatie tussen de domeinen maakt dat professies controle trachten te houden, en dat is op het OK-centrum ook het geval. De operatieassistenten beroepen zich op hun deskundigheid en het beheersen van de 'logica' in het medische domein (Morgan, 1992; Faraj & Xiao, 2006) en hebben niet het vertrouwen dat de afdelingsmedewerkers hun taken kwalitatief goed over kunnen nemen. Dit domeindenken kan problemen veroorzaken omtrent het delen van objecten over de domeingrenzen heen, ook wel 'boundary objects' genoemd (Bechky 2003; Carlile, 2002). De operatiekarren blijken in de onderzoekssituatie een 'boundary object' te zijn. De operatiekarren representeren voor de operatieassistenten de (benodigde) kennis waarvan het volgens hen de afdelingsmedewerkers aan ontbreekt. Toch zullen de operatieassistenten moeten gaan samenwerken met de afdelingsmedewerkers indien de taken omtrent de operatiekarren worden herschikt.

Het gebrek aan vertrouwen maakt dat de operatieassistenten hun domein liever onveranderd zien, wat als een mentaliteitsprobleem wordt herkend (KNMG, 2002). Tevens spreken de operatieassistenten van een uitholling van hun functie terwijl de taken die overgenomen kunnen worden door afdelingsmedewerkers door het management getypeerd worden als randwerkzaamheden. CSD medewerkers zullen alleen administratieve of logistieke werkzaamheden kunnen overnemen, en geen opleidingsgebonden werkzaamheden (zoals het instrumenteren). Toch blijken de operatieassistenten zich verbonden te voelen aan deze administratieve of logistieke taken die zij gewend zijn te doen. De taakherschikking vraagt van hen een herdefiniëring van de eigen professie en een verandering in beeldvorming met betrekking tot de eigen werkzaamheden (Noordegraaf, 2011).

Uit dit onderzoek kunnen de volgende algemene conclusies getrokken worden.

- Toepassingen van LEAN hebben concrete gevolgen voor de beleving van de werkzaamheden op de werkvloer. Het feit dat dit concept in de literatuur veelal vanuit het managementperspectief wordt benaderd, onderbelicht dit gegeven.
- Het management behaalt voordeel uit het managen van betekenisgeving bij haar werknemers. Door middel van interactie met de werkvloer kan wederzijds begrip bewerkstelligd worden. Veranderingen kunnen hierdoor minder gezien worden als een bedreiging, omdat het management en de werkvloer op 'dezelfde lijn' zitten.
- LEAN kan gezien vanuit maatschappelijk opzicht, bijdragen aan het betaalbaar houden van langdurige zorg door werkzaamheden te herschikken (efficiëntie), indien rekening gehouden wordt met de kwalitatieve doelstellingen van LEAN met betrekking tot de kwaliteit van arbeid van de betreffende medewerkers.

6.2 Punten van advies

Op basis van de onderzoeksresultaten en de analyse kunnen de volgende punten worden geadviseerd aan de onderzoeksorganisatie.

➤ **Pas 'LEAN' toe op de mogelijkheden die de situatie biedt**

De operatieassistenten geven aan hun werkzaamheden zowel fysiek als mentaal een zware belasting te vinden. Te vol geplande OK programma's met veel te begeleiden studenten en een onderbezetting aan operatieassistenten zorgen voor een hoge werkdruk. De efficiëntieslag die het management beoogt vinden zij om deze reden niet realistisch en een afbreuk aan hun eigen werkvariatie en de kwaliteit van hun werk. Efficiëntie is niet wenselijk als dit ten koste gaat van het welzijn van de werknemers zelf of het te leveren werk. Tevens dient rekening te worden gehouden met de uitdaging die senior-operatieassistenten uit hun werk proberen te halen buiten de OK. Dit zal teniet gedaan worden door hen als gevolg van de taakherschikking meer aan de operatietafel te zetten. Het botst tevens met de kwalitatieve doelstellingen van LEAN. Een verschuiving van een meer productie naar een mensgerichte stijl van leidinggeven is gewenst.

➤ **Geef meer ruimte voor initiatief vanuit de werkvloer**

Tijdens de gesprekken met de operatieassistenten blijkt dat zij praktische ideeën hebben over hoe hun werkzaamheden op het OK-centrum huns inziens kwalitatief beter en efficiënter kunnen worden ingericht. Een gebrek aan vertrouwen ontbreekt echter nog om dit met het management te delen. Door met hen in contact te staan, te luisteren naar de initiatieven en ook daadwerkelijk actie te ondernemen op basis van deze voorstellen, kan het vertrouwen groeien tussen het management en de werkvloer. Dit vertrouwen zal tevens toenemen zodra de operatieassistenten ervaren dat eerlijk en informatief met hen wordt gecommuniceerd, en het management openlijk reflecteert op de gang van zaken. Ideeën vanuit de werkvloer zullen zo gemakkelijker ter sprake worden gebracht waarvan een concreet voorbeeld is het herschikken van het 'soppen' van de dagkar op de OK.

➤ **Biedt meer ondersteuning aan de mensen op de werkvloer**

De operatieassistenten geven aan meer ondersteuning te kunnen gebruiken vanuit hun clusterleiding. De drukte op de kamer van de clusterleiding weerhoudt met name de meer ervaren operatieassistenten contact te zoeken met hun leidinggevenden. Zij geven echter wel aan ondersteund te willen worden in bijvoorbeeld beslissingen die zij op de werkvloer moeten nemen. Meer contact tussen clusterleiding en werkvloer kan daardoor tevens leiden tot meer begrip en onderlinge betrokkenheid. Dit kan de operatieassistenten ook helpen in hun positie ten opzichte van de chirurgen wanneer zij geconfronteerd worden met twee verschillende gezagslijnen. De clusterleiding kan zodoende weer een back up vormen waar de operatieassistenten behoefte aan hebben.

➤ **Geef de clusterleiding een grotere rol in de veranderingen**

De clusterleiding vormt een directe schakel tussen het management en de operatieassistenten, de twee partijen die geen overeenstemming hebben over wat de taakherschikking kan betekenen op het OK-centrum. De clusterleiding heeft als gevolg van het vertrouwen die de operatieassistenten in hun hebben de legitimiteit om invloed uit te oefenen. Zij kunnen deze legitimiteit inzetten door enerzijds invloed uit te oefenen op het management en anderzijds de betekenisgeving met

betrekking tot de werkzaamheden van de operatieassistenten te managen. Dit kan de discrepantie tussen beide partijen verkleinen.

6.3 Discussie

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden in een periode waarin het OK-centrum van het LUMC bezig was met het 'anders organiseren van de zorg'. Naast dat dit veel onrust met zich meebrengt op de werkvloer zelf, is het ook lastig geweest om dit onderzoek daar in vorm te geven. Enige onzekerheid ontstond over de mate waarin het veranderingstraject al van start was gegaan. De eerste fase van het onderzoekstraject, de verkenningsfase, is daardoor een turbulente fase geweest die meer tijd vroeg dan aanvankelijk gepland. Dit heeft consequenties gehad voor het uitvoerende gedeelte van de onderzoeksstage, het verzamelen van data. Naar verhouding heeft dit in een zeer kort tijdsbestek plaatsgevonden, waardoor de dataverzameling pas in een later stadium meer literair is onderbouwd. Enerzijds is het lastig om op deze manier grip te houden op het onderzoek, anderzijds past dit ook bij het doen van inductief onderzoek.

Dit onderzoek hoopt te hebben bijgedragen aan de kennis over de praktische toepassing van het 'LEAN denken' in de zorg aan de hand van een casestudy op een OK-centrum. Vanuit een kwalitatieve, interpretatieve benadering is het concept taakherschikking onderzocht en is ingegaan op verschillende organisatiestructuuraspecten die hieraan verbonden zijn. Dit onderzoek kan zodanig op kwalitatieve wijze een bijdrage leveren aan het CLEAN-project, dat de effectiviteit van het primaire proces met name vanuit een efficiëntie oogpunt benadert. Tevens wordt getracht een beter begrip bij het management te bewerkstelligen van de dagelijkse praktijk op het OK-centrum. Een afstand tussen het management en de werkvloer ("let them eat cake!") is hiervoor een reden geweest. Ook kan dit onderzoek in het kader van benchmarking tussen UMC's een bijdrage leveren aan andere ziekenhuizen die te maken hebben met dezelfde context van een toenemende zorgdruk, een tekort aan operatieassistenten, het anders moeten organiseren van de zorg en het implementeren van het 'LEAN denken'. Aanvullend onderzoek in de toekomst moet uitwijzen of de bevindingen uit deze casestudy ook breder worden herkend in andere ziekenhuizen en of de UMC's mogelijkheden zien om tezamen op de problematiek te anticiperen.

Referenties

- Aldrich, H. & Herker, D. (1977). Boundary spanning roles and organization structure. *The Academy of Management Review*, Vol. 2, No. 2, pp. 217-230.
- Bate, P., Khan, R., Pye, A. (2000). Towards a Culturally Sensitive Approach to Organization Structuring: Where Organization Design Meets Organization Development. *Organization Science*, Vol. 11, No. 2, pp. 197-211.
- Bechky, B.A. (2003). Object Lessons: Workplace Artifacts as Representations of Occupational Jurisdiction. *American Journal of Sociology*, Vol. 109, No.3, pp. 720-752.
- Bechky, B.A. (2003). Sharing meaning across occupational communities: the transformation of understanding on a production floor. *Organizational Science*, Vol. 14, No. 3, pp. 312-330.
- Beck, R. (2011). *Projectbrief OK-CSD CLEAN*. Leiden: LUMC.
- Benders, J.G.J.M., Rouppe van der Voort, M. & Berden, B. (2010). *Lean denken en doen in de zorg: Acht verhalen uit de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Berg, M.J. van den, Koopmanschap, M.A., Bakker, D.H. de & Verheij, R.A. (2007). *Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West*. Utrecht: Nivel.
- Blake, R.R. & Mouton, J.S. (1968). *The managerial grid; key orientations for achieving production through people*. Texas: Gulf Publishing Company.
- Blonk, A. (2006). Optimale logistiek op de OK. In Houdenhoven, M. van, Hoorn, A van, Kalkman, C. & Kazemier, G. (Eds.), *Benchmarking OK-Ieren van elkaar* (pp. 97-101). Baarn/Leusden: Springer Uitgeverij.
- Boeije, H. (2008). *Analyseren in kwalitatief onderzoek- denken en doen*. Amsterdam: Boomonderwijs.
- Boer, F. & Beuzekom, M. van (2009, 16 juni). *Nijpend gebrek aan operatieassistenten en anesthesiemedewerkers*. Geraadpleegd via medischcontact.artsennet.nl/nieuws-26/archief-6/tijdschriftenartikel/60969/personeelstekort-ok.htm (4 april 2012).
- Bolino, M., Valcea, S. & Harvey, J. (2010). Employee, manage thyself: The potentially negative implications of expecting employees to behave proactively. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 83, pp. 325-345.
- Bos, M. & Mastenbroek J. (1998). *Communicatie in organisaties*. Alphen aan den Rijn: Samsom.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and symbolic power*. USA: Harvard University Press.
- Bovens, M.A.P. (2005). Publieke verantwoording: een analysekader. *Jaarboek beleid en maatschappij* (pp. 25-55). Den Haag: Boom.

Bussemakers, H.J.J.M. (2006). *Taakherschikking in de neurologie- de effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para) medici en verpleegkundigen*. Leiden: Stichting STG.

Carlile, P.R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization Science*, Vol. 13, No. 4, pp. 442-455.

Carter, S.M., Little, M. (2007). Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, Vol. 17, No. 10, pp. 1316-1328.

Clegg, R. (1989). Radical revisions: power, discipline and organizations. *Organizations Studies*, Vol. 10, No. 1, pp. 97-115.

Colquitt, J.A., Scott, B.A., Judge, T.A., Shaw, J.C. (2006). Justice and personality: Using integrative theories to derive moderators of justice effects. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol. 100, No. 1, pp. 110-127.

Cooney, R. (2002). Is 'lean' a universal production system? *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 22, No. 10, pp. 1130-47.

Cunliff, A.L. (2001). Managers as practical authors: reconstructing our understanding of management practice. *Journal of Management Studies*, Vol. 38, No. 3, pp. 351-371.

Cunliff, A.L. (2009). *A very short, fairly interesting and reasonably cheap book about management*. Los Angeles: Sage Publications

Dalton, D.R., Todor, W.D., Spendolini, M.J., Fielding, G.J. & Porter, L.W. (1980). Organization structure and performance: a critical review. *The Academy of Management Review*, Vol. 5, No. 1, pp. 49-64.

Easterby-Smith, M., Thorpe, R. & Jackson, P.R. (2008). *Management research*. London: Sage Publications Ltd.

Faraj, S. & Xiao, Y. (2006). Coordination in Fast-Response Organizations. *Management Science*, Vol. 52, No. 8, pp. 1155-1169.

Fitzgerald, L., Ferlie, E., Wood, M., & Hawkins, C. (2002). Interlocking interactions: The diffusion of innovations in healthcare. *Human Relations*, Vol. 55, No. 12, pp. 1429-1449.

Francati, V. & Ikkersheim, D. (2009). Personeelstekort op de OK. *Best Practices Zorg*, No. 3.

Fugate, M. Prussia, G.E. & Kinicki, A.J. (2010). Managing Employee Withdrawal During Organizational Change : The Role of Threat Appraisal. *Journal of Management*, Vol. 38, No. 3, pp. 890-914.

Gabriel, Y. (2008). Spectacles of Resistance and Resistance of Spectacles. *Management Communication Quarterly*, Vol. 21, No.3, pp. 310-326.

Gelder, T. van (2008). Taakherschikking: Raakt het ons? Wat moeten we er dan mee? *De anesthesioloog*, Vol.4, No. 3, pp. 5-8.

Gordon, L.A. & Narayanan, V.K. (1984). Management accounting systems, perceived environmental uncertainty and organization structure: an empirical investigation. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 9, No. 1, pp. 33-47.

Hage, J. & Aiken, M. (1969). Routine technology, social structure and organization goals. *Administrative science quarterly*, Vol. 14, No. 3, pp. 366-376.

Hallet, T. (2003). Symbolic Power and Organizational Culture. *Sociological Theory*, Vol. 21, No.2, pp. 128- 149.

Harris, M. (1976). History and significance of the emic/etic distinction. *Annual Review of Anthropology*, Vol.5, pp. 329-350 .

Harmsen, M., Laurant, M., Achterberg, T. van, Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H. & Grol, R. (2006). *Taakherschikking in de gezondheidszorg: Een systematisch literatuuroverzicht*. Nijmegen: UMC St Radboud.

Heath, C., Knez, M., & Camerer, C. (1993). The Strategic Management of the Entitlement Process in the Employment Relationship. *Strategic Management Journal*, Vol. 14, pp. 75-93.

Heracleous, L. (2001). An ethnographic study of culture in the context of organizational change. *The Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 37, No. 3, pp. 426.

Houthoofd, N. (2001). *Bedrijfsmanagement. Strategie, structuur, strijd*. Gent: Academia Press.

Kamerstuk II 2009/10, 3327 (Aanhangsel) Geraadpleegd via <http://www.fairpolitics.nl/doc/16-06-2010%20werven%20indiaas%20ok-personeel.pdf> (4 april 2012).

Kamerstuk II 2010/11, 29 282, nr. 109 Geraadpleegd via <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/29282/kst-29282-109?resultIndex=77&sorttype=1&sortorder=4> (4 april 2012).

Knip, M. (2005). *Werken met Nurse Practitioners; effecten van functiedifferentiatie op de grens van care en cure* (Dissertatie). Geraadpleegd via http://www.rug.nl.proxy.library.uu.nl/feb/onderzoek/onderzoekscentra/healthcare_rho/publicaties/wetenschapartikelen/2005KnipProefschrift.pdf (9 maart 2012).

Koeleman, H. (2008). *Interne communicatie als management instrument*. Amsterdam: Kluwer.

Kompier, M. (2006). Werk- en organisatiegerichte interventies. Schaufeli, W.B., Bakker, A. & Jonge, J. de (Eds.), *De psychologie van arbeid en gezondheid*. (pp. 193-213). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2002). *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht: KNMG.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2005). *Manifest Medische professionaliteit*. Utrecht: KNMG.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) (2010). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Utrecht: KNMG.

Krackhardt, D. (1990). Assessing the political landscape: structure, cognition, and power in organizations. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35, No. 2, pp. 342-369.

Labrie, N. (2011). Ruimte of kloof? Over afstemming tussen managers en professionals. *Journal of Social Intervention*, Vol. 20, No. 1, pp. 100-117.

Lawler, E.E. & Hall, D.T. (1970). Relationship of job characteristics to job involvement, satisfaction and intrinsic motivation. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 54, No. 4, pp. 305-312.

LEANZORG, geraadpleegd via http://www.leanzorg.nl/Lean_in_de_Zorg/lean_in_de_zorg.html (4 april 2012).

Lee, C. & Yang, H. (2011). Organization structure, competition and performance measurement systems and their joint effects on performance. *Management Accounting Research*, Vol. 22, No. 2, pp. 84-104.

Leids Universitair Medisch Centrum. Geraadpleegd via www.lumc.nl (12 maart 2012).

Lerner, M. J. (1987). Integrating Societal and Psychological Rules of Entitlement: The Basis Task of Each Social Actor and Fundamental Problem for the Social Sciences. *Social Justice Research*, Vol. 1, No. 1, pp. 107-125.

Megchelen, P. van (2006). *Bouwen aan het LUMC*. Zwolle: Drukkerij Waanders.

Metselaar, C.M.T. (2000). *Sociaal-organisatorische gevolgen van kennistechnologie : een procesbenadering en actorperspectief* (Dissertatie). Geraadpleegd via <http://dare.uva.nl/document/84022> (12 maart 2012).

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science*, Vol. 26, No. 3, pp. 322-341.

Mintzberg, H. (1983). *Power in and around organizations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.

Mintzberg, H. (2006). *Organisatiestructuren*. Amsterdam: Pearson.

Morrill, C., Zald, M.N. & Rao, H. (2003). Covert Political Conflict In Organizations: Challenges from Below. *Annual review of sociology*, Vol. 29, pp. 391-415.

Naumann, S.E., Minsky, B.D., Sturman, M.C. (2002). The use of the concept "entitlement" in management literature: A historical review, synthesis, and discussion of compensation policy implications. *Human Resource Management Review*, Vol. 12, pp.145-166.

Nederlandse Vereniging voor Inkoopmanagement (NEVI). *Macht en invloed: Mintzberg*. Geraadpleegd via <http://www.nevi.nl/sites/default/files/kennisdocument/ORG-VERAM-kre-015-bl.pdf> (22 januari 2013).

Noordegraaf, M. (2004). *Management in het publieke domein*. Bussum: uitgeverij coutinho

Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues. *Organization Studies*, Vol. 32, No. 10, pp. 1349–1371.

Noordegraaf, M. & Teeuw, M.M. (2003). Publieke identiteit. Eigentijds organiseren in de publieke sector. *Bestuurskunde*, Vol, 1, pp. 2-13.

NOS (Producent). (2010, 18 augustus). *Tekort aan OK- assistenten in Oost- Nederland* [audio podcast]. Geraadpleegd via <http://nos.nl/audio/179080-tekort-aan-okassistenten-in-oostnederland.html> (12 maart 2012).

Oliva-Teles, N. (2011). The sense of responsibility in the context of professional activities in Medical Genetics. *Medical Health Care Philosophy*, Vol. 14, No. 4, pp. 397-405.

Pettersen, J. (2009). Defining lean production: some conceptual and practical issues. *The TQM Journal*, Vol. 21, No. 2, pp. 127-142.

Pross, C. & Schweitzer, S. (2010). The culture of organizations dealing with trauma: source of work-related stress and conflict. *Traumatology*, Vol. 16, No. 4, pp. 97-108.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ.

Rijn, P.W.E. van, Schreuder, R.F., Vulto, M.E. (2002). *Beroep op flexibiliteit- Een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector*. Leiden: Stichting STG.

Sandberg, J. & Targama, A. (2007). *Managing Understanding in Organizations*. London: SAGE Publications Ltd.

Schaad, A. (2003). *A framework for organizational control principles*. (Dissertatie). Geraadpleegd via University of York.

Schermer, K. & Quint, P. (2008). *De organisatie als hulpmiddel*. Geraadpleegd via http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-90-313-6299-8_5 (5 december 2012).

Schippers, E.I. (2011). *Adviesaanvraag betaalbare zorg voor toekomstige generaties*. Den Haag: VWS.

Schön, D.A. (1983). *The reflective Practitioner- how professionals think in action*. USA: Basic Books.

Schwartz, S.H. (1999). A theory of cultural values and some implications for work. *Applied psychology: an international review*, Vol. 48, No. 1, pp.23-47.

Silverman, D. (2008). *Doing qualitative research*. London: SAGE Publications Ltd.

Sociaal Economische Raad (SER). (2006). *Voorkomen arbeidsmarktknelpunten collectieve sector*. Den Haag: SER.

Sociaal Economische Raad (SER). (2010). *Gezondheidszorg: hoe houden we langdurige zorg betaalbaar?* Geraadpleegd via <http://www.ser.nl/nl/actueel/congressen/2010/20101006.aspx> (27 mei 2013).

Sociaal Economische Raad (SER). (2012). *Vervolgadvies betaalbare zorg voor toekomstige generaties*. Geraadpleegd via <http://www.ser.nl/nl/taken/adviserende/werkprogramma/betaalbare-zorg.aspx> (4 april 2012).

Souza, L.B. de (2009). Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*, Vol. 22, No.2, pp. 121-139.

Stoopendaal, A. & Kröber, H. (2006). *Van professionele distantie naar professionele presentie*. Geraadpleegd via <http://www.isoindezorg.nl/kennisbank/van-distantie-naar-presentie.pdf> (6 mei 2013).

Talbott, S.W. (1981) Review Grid approaches for managerial leadership in nursing. *The American Journal of Nursing*, Vol. 81, No. 12, pp. 2226-2227.

Thiel, S. van (2007). *Bestuurskundig onderzoek, een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Vries, G. de (1994). In Hoorn, J., Letting, J., Tuijl, H.F.J.M. van, Vissers, J.M.H & Vries, G. de (Eds.), *Ontwerpen en veranderen van zorgprocessen* (pp. 17-36). Utrecht: De Tijdstroom.

Womack, J.P., Jones, D.T. & Roos, D. (1990). *The Machine that Changed the World: The Story of Lean Production*. New York: Rawson Associates.

Wulff, R.E. (1996). *Het ontwerpen van ziekenhuisorganisaties*. (Dissertatie). Geraadpleegd via Technische Universiteit Eindhoven.

Zanna, M.P. (1994). *Advances in experimental social psychology*. California: Academic Press Inc.

Figuren

Figuur	Titel	Gebaseerd op	Pagina
Figuur 1	Professionele bureaucratie	Koeleman (2008)	p. 18
Figuur 2	Mogelijke taakherschikkingen	Mintzberg (2006)	p. 23
Figuur 3	LEAN, wat levert het op?	Leanzorg.nl (2013)	p. 24

Bijlagen

Bijlage 1: Topiclijst operatieassistenten

Introductie onderwerp

Persoonlijke achtergrond/ taakomschrijving

Functie, specialisatie en werkzaamheden op de OK

Keuze werk

Belangrijk aan het werk en eigen rol daarin

Sprake van gemis van belangrijke zaken in het werk

Verandering met betrekking tot taakherschikking

Stadium van doorvoeren verandering op specialisatie/cluster

Beleving operatieassistent: wat/wanneer/waarom een verandering plaatsgevonden

Ervaring met verandering

Beleving operatieassistent: realisatie verandering op specialisatie/cluster. (volledig/ nog meer?)

Situatie beschrijving voor verandering

Beleving situatie/werkwijze voorafgaand aan verandering

Mate waarin betrokken gemaakt bij aanloop verandering

Situatie beschrijving na doorgevoerde verandering

Beleving nieuwe situaties t.o.v. hoe het was

Betekenis verandering voor primaire werkzaamheden

Kwaliteit (verbetering?)

Tijd aan operatietafel (toename?)

Invloed verandering op werkbeleving (opnieuw dezelfde keuze?)

Verdere doorvoering van taakherschikking i.v.m. CLEAN 2

◆ LEAN

Is er sprake van

- vermindering van de werkdruk
- verbetering van (administratieve) werkprocessen
- verhoging patiënttevredenheid
- toename productiviteit en bezettingsgraad
- verkorting doorlooptijden OK / verkorting wachttijden
- vergroting capaciteit / grotere benutting OK kamers

◆ Structuurverandering

Beleving taak-, verantwoordelijkheid-, en bevoegdheidsverdeling.

◆ Domeindenken en psychologische barrières

Taakherschikking en uitholling van functie

Praktijk: behoud van/controle over taken ondanks herschikking

Taken als belangrijk onderdeel van werkzaamheden?

Oordeel operatieassistent m.b.t. kwaliteit afdelingsmedewerkers (benodigde kennis en vaardigheden)

Eindoordeel en toekomst

Doel van het project bereikt?

Problemen?, zo ja, welke?

Mogelijkheden of knelpunten (toekomst)

Bijlage 2: Organogram OK-centrum

